

232
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ARAGON"

LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA
COMO UN FACTOR DEL SUICIDIO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
CONCEPCION MELLENDEZ FLORES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION..... 1

CAPITULO PRIMERO

LA DIRECCION PSICOLOGICA

1. Origen y evolución de la psicología como ciencia auxiliar de la criminología..... 11
- 1.1. Antecedentes Generales..... 12
- 1.1.1. El estructuralismo..... 13
- 1.1.2. La reflexología..... 15
- 1.1.3. El psicoanálisis..... 18
- 1.1.4. El conductismo..... 26
- 1.1.5. Normalidad y anormalidad..... 30
- 1.1.6. Psicopatología criminal..... 33
2. Definición de la psicosis maniaco depresiva... 35

CAPITULO SEGUNDO

PSICOPATOLOGIA CRIMINAL

1. Clasificación de la psicopatología criminal.... 40
- 1.1. Enfermedades mentales llamadas orgánicas.. 40
- 1.1.1. Arterioesclerosis cerebral..... 41
- 1.1.2. Demencia senil..... 42
- 1.1.3. Neurosífilis..... 46

1.1.4. Epilepsias.....	47
1.2. Psiconeurosis.....	50
1.2.1. Neurosis de ansiedad.....	52
1.2.2. Depresión reactiva.....	54
1.2.3. Neurosis obsesivo compulsiva.....	55
1.2.4. Neurosis fóbica.....	58
1.2.5. Neurosis histérica.....	60
1.3. Psicosis.....	63
1.3.1. Las esquizofrenias.....	64
1.3.2. La psicosis maniaco depresiva.....	69
1.3.3. La psicosis paranoide.....	70
1.3.4. Las psicosis psicogénicas.....	73
1.4. Depresiones.....	74
1.4.1. Depresión agitada.....	75
1.4.2. Depresión involutiva.....	75
1.5. Reacciones psicofisiológicas.....	76
1.6. Trastornos de la personalidad.....	76
1.6.2. Alcoholismo y farmacodependencia.....	81
1.6.3. Neurosis de carácter.....	85

CAPITULO TERCERO

LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA COMO UN FACTOR DEL SUICIDIO

1. Evolución histórica de los conocimientos sobre la psicosis maniaco depresiva.....	88
-----------------------------------------------------------------------------------------	----

2. Etiología.....	89
2.1. Edad de aparición.....	90
2.2. Índice de frecuencia.....	91
3. Fases de la psicosis maniaco depresiva.....	92
3.1. Fase maniaca o hiperactiva.....	92
3.2. Fase depresiva.....	95
4. El suicidio.....	101
4.1. Concepto de suicidio.....	102
4.2. El suicidio ante el derecho penal.....	104
4.3. Teorías sobre los suicidios.....	113
4.4. Acto del suicidio.....	119
4.5. Causas y motivos.....	123
4.6. Suicidio y enfermedades.....	124
4.7. Las actitudes de la sociedad frente al suicidio.....	126
4.8. El intento suicida.....	129
4.8.1. Métodos empleados en los intentos suicidas.....	131
5. Pronóstico y curso.....	131
6. Tratamiento.....	132
CONCLUSIONES.....	142
BIBLIOGRAFIA.....	147

INTRODUCCION

Mediante la presente investigación, haremos un estudio criminológico de la Psicosis Maniaco Depresiva como un Factor del Suicidio. Pero primero conoceremos la importancia de la psicología en el campo de la criminología, la cual estudia al individuo en cuanto a su persona y así poderlo relacionar con el derecho, en el caso de que el individuo presente una enfermedad mental.

La psicología reviste una gran importancia en el campo de la criminología ya que en muchas ocasiones no sabemos con certeza porque el individuo llega a suicidarse o intente el suicidio. Aunque no debemos olvidar que para la ejecución o el intento del suicidio, pueden intervenir diversos factores, como son: el medio social, el psicobiológico o el psicológico; pero el factor que tiene más relevancia en nuestra investigación es el factor psicológico. Es por esto, que analizaremos la Dirección Psicológica, en la cual estudiaremos; La reflexología, que es el estudio de los reflejos; El estructuralismo, que se refiere a la estructura de la conciencia; El psicoanálisis, el cual se utiliza como terapia en los casos en que un individuo presente alguna enfermedad mental, substituyendo los medicamentos por la terapia, pues en ella se sacan a flote todos sus traumas; El conductismo, en el que se cree que se puede manejar al individuo en cuanto a los intereses de un --

tercero; La normalidad y anormalidad, debiendo precisar - que en aquella el individuo no llega a delinquir, pues su personalidad se encuentra ajustada y, en la anormalidad si puede cometer actos antisociales.

Finalmente, dentro de la Dirección Psicológica veremos la psicopatología criminal, que es la que se encarga de estudiar los trastornos en el funcionamiento de la personalidad y se clasifica en: Enfermedades mentales llamadas orgánicas, Psiconeurosis, Psicosis, Depresiones, Reacciones psicofisiológicas y Trastornos de la personalidad.

La Psicosis Maniaco Depresiva se encuentra dentro de la subdivisión de las Psicosis. Y es aquella que se caracteriza por episodios recurrentes de marcada melancolía, con pérdida apreciable de la realidad en la que se suceden estados depresivos, estados maniacos y que aparecen en forma periódica y pueden presentarse en un mismo día, en forma semanal, mensual o anual.

Como anteriormente mencionamos, la psicopatología criminal (Capítulo Segundo) se clasifica en seis grupos de trastornos mentales:

1.- Enfermedades mentales llamadas orgánicas son: aquellos padecimientos en los cuales el estado mental del enfermo depende de su condición orgánica; en las que estudiaremos: Arterioesclerosis cerebral, Demencia senil, Neurosífilis y Epilepsias.

2.- Psiconeurosis es: una enfermedad mental en la que el individuo sufre alteraciones o trastornos que van desde el grado de poca hasta moderada intensidad, y que se refieren a problemas de afectividad; las cuales son: Neurosis de ansiedad, Depresión reactiva, Neurosis obsesivo-compulsiva, Neurosis Fóbica, Neurosis histérica.

3.- Psicosis: es un trastorno psíquico, se caracteriza por la desorganización de la personalidad destruyendo la relación que se tiene con la realidad. Es en esta enfermedad mental donde se clasifica la Psicosis Maniaco Depresiva, la que es tema de estudio de nuestra investigación y que será tratada en el Capítulo Tercero. Además, la Psicosis se clasifica en: Esquizofrenia, Psicosis Paranoide y Psicosis Psicogénicas.

4.- Depresiones, las cuales se basan en un sentimiento de trizteza, en la que se pueden presentar tendencias suicidas. Se subdividen en: Depresión agitada y Depresión involutiva.

5.- Reacciones psicofisiológicas, en donde las enfermedades orgánicas tiene como causa la mente, que es la que crea las enfermedades del organismo.

6.- Trastornos de la personalidad; son defectos en el desarrollo de la personalidad, como son: Las psicopatías, el alcoholismo y la farmacodependencia, así como la neurosis de carácter.

Todas las enfermedades mentales anteriormente mencionadas seran estudiadas en el Capítulo Segundo de nuestra investigación.

En el Capítulo Tercero, analizaremos la Psicosis Maniaco Depresiva como un Factor del Suicidio, en el que se creía que la depresión y la manía se podían presentar en forma separada, pero se observó que la depresión podía conducir a la manía y la manía a la depresión. Como puede ser la muerte de un familiar, la perdida de un empleo, un desengaño amoroso, un quebranto económico, etc., lo que puede conducirlos al suicidio. La edad en la que se presenta con frecuencia es de los 18 a los 40 años de edad.

En cuanto a la psicosis maniaco depresiva, ésta se caracteriza como su nombre lo indica por dos fases: Una -- maniaca y otra depresiva. En la fase maniaca, el individuo pierde recato, prudencia y discreción a sí mismo, mostrándose alegre, activo, optimista, también un buen sentido -- del humor; teniendo dos grados de intensidad, que son: La hipomanía y la manía delirante aguda. En la fase depresiva el individuo se muestra triste, abatido, dejando de disfrutar del trabajo, de las diversiones y su atención se concentra más en sí mismo; observándose en esta fase la depresión leve y la depresión aguda.

Por lo que corresponde al suicidio, podemos decir que, es la privación de la vida por propia decisión; Y no es, ni debe ser considerado como delito ni cuando se consuma, ni cuando se frustra. Pero adquiere relevancia penal -- cuando en su causación concurre además de la actividad del suicida, otra fuerza individual extraña. Es así como la -- Doctrina y el derecho comparado reconoce tres formas de -- participación en el suicidio: a) La participación moral en forma de inducción al suicidio; b) La participación material en forma de auxilio al suicidio; c) participación material tan completa y acabada que el partícipe mismo ejecuta la muerte de otro con su consentimiento. A este respecto cabe mencionar que nuestro Código Penal, recoge las -- tres hipótesis de punibilidad de la participación suici- -

da, en sus artículos 312 y 313, los cuales en el desarrollo de nuestro tema estudiaremos.

Haciendo notar que el suicidio ha sido analizado desde todo tipo de perspectivas: Desde la Teoría Sociológica (encabezada por Emilio Durkheim), la del Determinismo Biologista y la Teorización Psicoanalítica.

Aunque el suicidio no es un acto cuidadosamente planeado, analizaremos algunos aspectos relacionados con el acto, como son: La hora, el mes en que se llevó a cabo, el lugar y la forma donde se realizó.

Por otra parte, resulta bastante difícil precisar las causas aparentes del suicidio, pero los motivos manifestados generalmente por los familiares del suicida o por él mismo en los casos en que su intento se vio frustrado, constituye la causa más proxima del suicidio. Teniendo como motivos: Los disgustos familiares, dificultad amorosa, enfermedad grave o incurable, o bien una enfermedad mental.

En el caso de las enfermedades mentales, la que más se presenta en los intentos suicidas o en el acto suicida ya consumado es la Psicosis Maniaco Depresiva.

Para esto, la sociedad a optado por prestar ayuda a estas personas, creando Centros de Prevención; en el que pueden ser escuchadas las personas que lo necesiten y se les da un tratamiento para que tengan ánimo de seguir viviendo. En México, existe el Centro de Prevención para -- Transtornos Afectivos, en el que su tratamiento es la psicoterapia, la cual puede ser individual, familiar o en grupo.

CONCEPCION MELENDEZ FLORES.

CAPITULO PRIMERO

LA DIRECCION PSICOLOGICA

1. Origen y evolución de la psicología como ciencia auxiliar de la criminología.
 - 1.1. Antecedentes Generales.
 - 1.1.1. El estructuralismo.
 - 1.1.2. La reflexología.
 - 1.1.3. El psicoanálisis.
 - 1.1.4. El conductismo.
 - 1.1.5. Normalidad y anormalidad.
 - 1.1.6. Psicopatología criminal.
2. Definición de la psicosis maniaco depresiva.

1. ORIGEN Y EVOLUCION DE LA PSICOLOGIA COMO CIEN--
CIA AUXILIAR DE LA CRIMINOLOGIA.

La Psicología fué perfilándose como ciencia a partir del siglo XIX, pues hasta la primera mitad de ese siglo denominan las ideas de Kant y Herbart, famosos filósofos que ejercían poderosa influencia en la filosofía y en las ciencias.

Kant negaba la posibilidad de la existencia de experimentos en el ámbito psicológico, ya que afirmaba que el tiempo es la única dimensión de la conciencia y que con ella no se pueden hacer experimentos.

Herbart por su parte aplicaba las matemáticas al estudio de los problemas psicológicos, en los cuales no se podía experimentar, negando así la calidad científica de la psicología.

A pesar de que ambos filósofos negaban la posibilidad de considerar a la psicología como ciencia, existen otros fisiólogos que sí llegan a demostrar que la psicología es una ciencia; como en su oportunidad analizaremos. Indudablemente, la psicología reviste una gran importancia en el campo de la criminología, pues va a servir para conocer al individuo en cuanto a su persona y relacionarlo

con las leyes para que se resuelvan ciertos problemas jurídicos.

1.1. ANTECEDENTES GENERALES.

La psicología tiene una gran relevancia en nuestra investigación, ya que en muchas ocasiones nos preguntamos ¿ Por qué el individuo, llega a suicidarse ? ó ¿ Por qué el individuo, llega a delinquir ?; en algunas ocasiones no encontramos una respuesta satisfactoria.

Pero en otras, se afirma que el medio social es el que influye, sin olvidar que también tiene importancia la personalidad, es decir el hombre mismo en su individualidad, aunque no se debe prescindir del aspecto psicobiológico, ya que todos los factores pueden intervenir para que - el individuo llegue a tomar una decisión, teniendo mayor - preponderancia uno u otro factor.

El factor psicológico es de importancia en nuestra investigación, sin olvidar que los demás factores pueden - intervenir para que el individuo llegue a delinquir o en - un momento dado a autodestruirse, pues como anteriormente señalamos, el factor psicológico conoce al individuo en su interior, permitiéndonos conocer cuales son los motivos -- que lo llevan a tomar una determinación.

1.1.1. EL ESTRUCTURALISMO.

El estructuralismo es el sistema de la psicología fundado por Wilhem Wundt en el cual se estudiaba la forma de la conciencia; teoría que fué difundida por su discípulo Titchener.

Wilhem Wundt (1832 - 1920) fué alumno de un grupo destacado de fisiólogos dedicados a demostrar que los fenómenos psicológicos se podían explicar en términos físicos, tan es así que en 1879 en Leipzig creó el primer laboratorio de psicología, siendo su principal método empleado para conocer la personalidad el de la introspección que significa: mirar hacia adentro. También, dedujeron que los procesos conscientes constaban de tres elementos; los cuales eran: las sensaciones, las imágenes y los sentimientos. Por lo cual, estos elementos se combinaban de tal forma que dan como resultado, no meramente la suma de estos elementos, sino algo muy diferente de los elementos participantes.

Aunque el estructuralismo es fundado por Wundt, esta teoría fué difundida por Titchener. La cual, estudia la conciencia, utilizando un método que fué el de la introspección. Este método va más allá de lo exterior, trata de estudiar lo que existe en el interior de la conciencia, de

duciendo que existen tres elementos que son: Las sensaciones, las imágenes y los sentimientos, pero no se especifica que es lo que se llega a formar con la combinación de - estos tres elementos.

De igual manera, Wundt afirmó la existencia de una mente colectiva, dividiendo la psicología en experimental y social. La psicología social a su juicio era prácticamente imposible someterla a métodos experimentales.

Por otra parte, Wundt contribuyó para que la psicología ingresara al campo de las ciencias, demostrando que los fenómenos psíquicos eran susceptibles de estudiarse en un laboratorio, sujetos a métodos, instrumentos y áreas de trabajo específicos.

De acuerdo a lo anterior, Kant negaba la posibilidad de que la psicología se estudiara en un laboratorio; pero Wundt demuestra lo contrario y logra que la psicología sea considerada como una ciencia.

1.1.2. LA REFLEXOLOGIA.

Se considera a la reflexología como el " Estudio de los reflejos; muy importante a partir de los estudios de Pavlov acerca de los reflejos condicionados y de la interpretación fisiológica de estos fenómenos ". (1)

Además, " considera que todo acto neuropsíquico -- puede ser reducido al esquema de un reflejo en que la excitación, al llegar a la corteza cerebral, despierta las huellas de las reacciones anteriores y encuentra en ellas el factor que determina el proceso de descarga ".(2).

De acuerdo a lo anterior, la reflexología es el estudio de los reflejos, en la cual la excitación de cierto reflejo nos da como resultado una reacción.

La reflexología va a tener su desarrollo en Rusia, y sus exponentes fueron: Ivan Petrovich Pavlov y Vladimir Michaelovich Bechterev.

(1) Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado. De Selecciones Reader's Digest. México. 1979 Tomo 10. p. 3192.

(2) Osvaldo N. Tieghi. Reflexología Criminal. Ed. Del Jurista. Buenos Aires. 1974. p. 74.

Ivan Petrovich Pavlov (1849 - 1936) fué un notable fisiólogo que descubrió en 1890 los reflejos condicionados. En 1904 recibió el premio Nobel de Medicina por su trabajo sobre el funcionamiento de las glándulas digestivas; esto consistía, en que un perro sujeto a experimento, secretaba saliva al llevarle su alimento o con solo escuchar los pasos de la persona que usualmente le llevaba el alimento. Pavlov después de numerosos experimentos llegó a la conclusión de que la salivación era innata o natural y a esto le dominó " Reflejo condicionado ".

Pavlov prolongó sus estudios sobre los reflejos -- condicionados, y fué así como observó el fenómeno llamado " neurosis experimental " que consistía " ... en que un perro al que se le había condicionado a salivar al ver un círculo como proceso de excitación, y dejar de salivar al ver una elipse como un proceso de inhibición, se le mostró una figura que no era un círculo ni una elipse, sino semejante a ambas, y el perro fué incapaz de diferenciarlas, -- apareciendo una conducta en que el perro ladraba, mostraba los dientes, atacaba los instrumentos, y se negaba a comer, o sea, un comportamiento que se parecía notoriamente a la neurosis aguda de los seres humanos ". (3)

(3) Octavio A. Orellana Wiarco. Manual de Criminología.

3a. ed., México. Ed. Porrúa, S.A., 1985. p. 198.

En ambos experimentos, se tiene una reacción a los reflejos ya condicionados, pero si existe un cambio sobre ellos se da un descontrol en la reacción, y se tiene un rechazo a lo que no se conocía, provocando una neurosis.

Como anteriormente mencionamos, otro de los exponentes de la reflexología fué Vladimir Michaelovich Bechterev (1857 - 1927) el cual denominó " reflejos asociativos " o " psicorreflejos " a los reflejos condicionados y que después denominó "Reflexología ".

Para Bechterev el punto fundamental del cual partió fué la asociación de las huellas cerebrales, donde se advierte que los reflejos asociados tienen como punto de partida la excitación externa, aunque realmente van a ser determinados por la asociación de las huellas cerebrales. Estas son las que dice al hombre que ciertos sonidos significan la presencia de un pájaro y que hacen que lo busque con los ojos. En consecuencia, Bechterev nos dice que toda la vida del hombre está determinada por asociaciones de este género.

Bechterev confirma lo que Pavlov ya había experimentado, es decir, que los reflejos asociados, como los -- llamó Bechterev, necesitan de una excitación externa para que se de una reacción.

Por todo esto, cabe mencionar que nuestros actos - no corresponden a una elección libre de la voluntad, sino que están condicionados por un complejo mecanismo de asociaciones cerebrales vinculadas a la experiencia; pero en algunas ocasiones si se puede controlar esta relación.

1.1.3. EL PSICOANALISIS.

Sigmund Freud (1856 - 1939) es el fundador del - psicoanálisis, famoso neurólogo y psiquiatra austriaco. Vivió casi toda su vida en Viena, donde estudió y fundó una importante escuela. Tuvo discípulos muy importantes entre ellos Jung y Adler.

En 1879 comenzó sus estudios universitarios, y en 1881 obtuvo su título. Estudió después anatomía cerebral, pero comprendiendo que no constituía proceso alguno con - relación a la filosofía, se dedicó al estudio de las enfermedades nerviosas.

En 1885 obtuvo la plaza de docente de neuropatología, como consecuencia del reconocimiento de sus trabajos histológicos clínicos.

Después en 1906, E. Bleuler y su ayudante C. G. -- Jung al igual que otros médicos suizos, se interesaron por él y por el psicoanálisis. En 1908 se celebró en Salzburgo un primer congreso y se editó la primera revista psicoanalítica. En 1910 por sugerencia de S. Ferenczi, se creó la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Freud pasó sus últimos años en Londres, ya que tuvo que abandonar Austria al ser ésta anexada a Alemania -- por Hitler. En este tiempo los libros de Freud fueron prohibidos y quemados.

Ahora bien, analizaremos el concepto del psicoanálisis; El término " psicoanálisis " se extiende a tres diferentes acepciones:

- A) El psicoanálisis como una compleja teoría dinámica del desarrollo de la personalidad.
 - B) El psicoanálisis como un procedimiento terapéutico.
 - C) El psicoanálisis como un método de investigación.
- A) El psicoanálisis como una compleja teoría dinámica del desarrollo de la personalidad, en la cual estudiamos los puntos básicos de esta teoría.

a) Pansexualismo: Para la teoría freudiana el hombre actúa por motivos de orden sexual, es decir, el sexo es el motor que mueve al hombre. El delito, lo antisocial y lo desviado tienen como base un significado sexual.

Sin embargo, al cometerse un delito no solo existen motivos de orden sexual, pueden existir motivos sociales, psicológicos, políticos, religiosos, etc., y no solo lo sexual es motivo suficiente como lo señala el pansexualismo.

b) Los instintos: Tenemos que el instinto básico es el eros o instinto de la vida, que va a ser básicamente sexual. Pero se opone otro instinto a éste que es el tánatos o instinto de muerte. De ahí que, el hombre tiene un instinto de muerte, un tanátos que lo lleva a destruir, a matar o a delinquir.

c) El complejo de edipo: Freud señala que todos somos edipo, al menos en la primera infancia, porque es en la que se desea sexualmente a la madre y se odia al padre. Sin embargo, esta fase debe ser superada o de lo contrario se desarrollarán una serie de anomalías, y su personalidad estará mal estructurada y podrá llegar al crimen. Finalmente para Freud, el criminal es un sujeto que no resolvió su problema edípico.

De acuerdo a lo anterior, Freud señala que el amor que se le tiene a la madre es de tipo sexual y sin pensar que el amor que se le tiene a la madre puede ser cariño pero sin relacionarlo con lo sexual, y si el hombre es criminal, no va a ser criminal por el hecho de que no haya resuelto su problema de edipo, sino que pueden existir diversos motivos para que el hombre llegue a cometer un delito.

d) La libido: Debe tener una tendencia heterosexual, es decir, debe buscar un ser del sexo opuesto, o de lo contrario, sea que se atrase, se adelante, se revierta o se extravíe y traerá problemas, los cuales algunos pueden considerarse criminales.

B) El psicoanálisis como un procedimiento terapéutico.

Esta técnica de terapia va surgiendo, al darse cuenta Freud de que no todos sus pacientes eran hipnotizables y que otros no podían recordar lo que habían relatado en estado hipnótico.

En ésta técnica se puede penetrar a las instancias inconscientes y que el paciente va a estar en un estado inconsciente. Por lo que, un enfermo logra hacer conscientes sus procesos inconscientes y logra sacar a flote sus traumas.

mas sexuales, frustraciones, inhibiciones y complejos, por lo que ese conocimiento permite que el paciente lo supere en bien de su salud psíquica y fisiológica. Para esto, uti liza algunos métodos, como son:

a) La psicopatología de la vida cotidiana, en la cual, se descubre que en la vida diaria, todos tenemos pequeños síntomas de lo que acontece en nuestro inconsciente y así se analizan los recuerdos infantiles, las equivocaciones orales y escritas, los errores conductuales y los actos fallidos. Todas estas vivencias que nos suceden varias veces al día, están íntimamente conectadas con núcleos inconscientes.

b) La interpretación de los sueños, demuestra que el sueño es la realización inconsciente de un deseo frustrado, y que es el inconsciente vivo el que actúa durante el sueño.

c) La transferencia en donde llega un momento en el cual el paciente identifica al analista con alguien que generalmente es el padre o la madre, y traslada hacia el analista sentimientos y reacciones que corresponden al modelo elegido. Este será el momento en el que se debe aprovechar para obtener el máximo de información, pero es también peligroso, pues la relación debe de romperse y darse por --

terminado el análisis.

El psicoanálisis en la actualidad es de gran importancia, ya que se substituyen los medicamentos por la terapia, esto es en cuanto a los problemas de tipo psicológico.

C) El psicoanálisis como un método de investigación.

Freud siempre se ostentó como científico, diciendo que, lo único que vale es precisamente lo científico. Pero también llegó a hacer filosofía, esto se aprecia en su obra " El porvenir de una ilusión " y " El psicoanálisis como toda una forma de concepción del universo ".

Por otra parte, Alfred Adler (1870 - 1937) fué uno de los primeros seguidores de Freud, pero se separó de él por claras diferencias en la teoría, y funda su propia escuela, la " Psicología Individual ". La cual fija su atención , en tres principios que determinan la conducta humana:

1. El sentimiento de inferioridad genético, orgánico o condicionado por la situación. Este sentimiento es universal en el hombre, para Adler todos nos sentimos infe

riores con relación a algo o a alguien. Por lo que este -- sentimiento puede reaccionarse en dos formas, o se enferma y entonces atrae la atención de los demás, se les manipula y se ejerce poder sobre ellos, o se compensa entrando a -- una franca lucha por el poder.

2. El esfuerzo para compensar este sentimiento de - inferioridad por medio de la ambición del poder. Donde el hombre se halla siempre conducido por un afán de superioridad, la tendencia a la superación se convierte en la ley - fundamental de la vida. Este afán continuo de superación - hace que el hombre busque la perfección, y al no encontrarla se siente inferior.

3. El sentimiento de comunidad, que atenúa al sentimiento de inferioridad y controla los impulsos de poderío. El cual, se va formando en el individuo desde edad pequeña, gracias a la influencia familiar, y cultivará a su formación en la escuela y después en la sociedad.

De todo ello se deduce que, el sentimiento de inferioridad es aquél donde el individuo se siente menos, pero puede que reaccione para atraer la atención de los demás o para ejercer poder sobre ellos; Entonces, el sentimiento - de inferioridad va a ser cambiado por el de superioridad, es así que se van a compensar ambos sentimientos, teniendo

una tendencia a la superación y no sintiéndose inferior. En cambio, el sentimiento de comunidad va a existir como un control sobre ambos sentimientos, pues este sentimiento se va formando desde pequeño, con la familia, en la escuela y en la sociedad.

Para Adler, el complejo de inferioridad adquiere una gran importancia, porque de él pueden derivarse alteraciones de la personalidad que determinan reacciones delictuosas en un hombre que debe ser considerado como moral.

Así mismo, las múltiples conductas desviadas son consideradas como síntomas de un concepto de superioridad que proviene del sentimiento de inferioridad, es decir que considera que las conductas desviadas provienen del sentimiento de inferioridad. Por lo que respecta al delincuente dice, que al cometer un delito se siente superior a sus -- víctimas, a las leyes y a sus defensores.

" Cuando la reacción no es adecuada, el sujeto desarrollará conductas desviadas, la incapacidad para resolver la vida social, el trabajo y/o el amor, lleva al individuo a insuficiencias que se traducen en neurosis, pervers

sión sexual, suicidio, criminalidad, etc. ". (4)

Finalmente, podemos decir, que cuando no existe -- una reacción adecuada a los problemas de la vida y el individuo no se siente capaz para resolverlos, puede convertirse en un criminal, o opta por su autodestrucción.

1.1.4. EL CONDUCTISMO.

Una de las corrientes que más ha criticado el psicoanálisis en la actualidad, es el " Conductismo o behaviorismo ". Su fundador fué John Broadus Watson (1878-1958).

Para Watson, el hombre no es más que un conjunto - de reflejos inatos y condicionados, y la finalidad de la psicología conductista es la modificación de la conducta a base de aprender y desaprender.

(4) Luis Rodríguez Manzanera. Manual de Criminología, sexta ed., México, Ed. Porrúa, S. A., 1989.p.389.

Por lo que, dicho autor afirmaba; que podía hacer de cualquier niño bien formado y sano, criándolo en un mundo adecuado, cualquier cosa: Un médico, un abogado, un artista, un gran comerciante, y aún un mendigo o un ladrón, sin tener en cuenta sus talentos, predisposiciones, inclinaciones, aptitudes y ascendencia.

Por todo eso, el conductismo consideraba que el -- hombre podía ser manejado a voluntad de una tercera persona; para hacer de ella ya sea un profesionalista, un comerciante, un ladrón, etc., sin tener en cuenta sus talentos. Pero vemos, que no con todos los hombres se puede realizar el propósito de otra persona; ya que no se va a poder hacer la voluntad de un tercero, ni manejar a una persona como a un objeto.

Watson consideró cuatro métodos para estudiar los fenómenos psicológicos: a) la observación de comportamiento animal y humano, b) el estudio de los reflejos condicionados, c) la tests, y d) los informes verbales.

Ahora bien, el conductismo ha pasado por varias etapas de evolución y pueden reconocerse básicamente tres:

a) El conductismo clásico (1912 - 1930), encabezado por Watson. En este período se plantearon programas -

de trabajo y se luchó contra los inspeccionistas.

b) El neoconductismo (1930 - 1950), su principal exponente fué C.L. Hull, el cual se preocupó por describir y explicar el comportamiento humano, formando una teoría - científica de la conducta desde el punto de vista hipotético - deductivo. Su principal aportación es la teoría matemática de Hull para explicar el aprendizaje.

Del mismo modo, el neoconductismo corrigió algunas de las exageraciones watsonianas como la negación de la mente o de los instintos y extendió el método y las leyes de la conducta animal a nivel humano.

c) Ampliación del conductismo (1950), plantean - problemas que el conductismo clásico había rechazado en -- forma tajante, como fué la conducta instintiva, la percepción, las motivaciones, los complejos, etc.

En consecuencia, el conductismo señala que el hombre no es más que una máquina de reflejos y hábitos, que -- está compuesta de órganos, nervios, vísceras, músculos, -- etc., es decir, que comprendiendo las partes de la máquina se puede comprender la conducta.

Aunque, para el conductismo el hombre se considera como una máquina, creemos que está en un error, pues el -- hombre puede pensar y hacer lo que sea su voluntad, sin es tar manejado por otra persona para que realice otras conductas de acuerdo a los intereses de un tercero.

No obstante lo anterior, el conductismo nos permite deducir que el fenómeno de la delincuencia individual o de la criminalidad en general, se debe a que la conducta -- del individuo se obtiene por medio del grupo social, por -- el cual para modificar la conducta individual se deben emplear técnicas de la psicología clínica apropiadas, pero -- para lograr un cambio en el campo de la criminalidad en ge neral, es necesario modificar las condiciones sociales que producen las " condiciones antisociales ".

Sin embargo, para lograr esta transformación en la sociedad, se debe empezar por la conducta individual, hasta llegar a las condiciones sociales. Aunque en la actualidad es difícil cambiar la forma de pensar del individuo, a veces si se logra con un tratamiento adecuado.

1.1.5. NORMALIDAD Y ANORMALIDAD.

La normalidad y la anormalidad reflejan por sí mismas un proceso valorativo, es decir, la aprobación o desaprobación de una conducta conforme a un sistema de valores fundamentales y, subsidiariamente, conforme a otro de más limitada categoría en que usos y costumbres muy diversos - juegan papeles diferentes.

Es por ello que, el sujeto normal no llega a delinquir ya que su personalidad se encuentra ajustada, y no -- choca con el medio social, en cambio el que padece alguna anormalidad puede llegar a cometer actos de carácter anti-social.

Además, la normalidad es diferente según las distintas civilizaciones y sociedades, la situación, la edad, distinta también en cada sexo, y en los varios estados mentales, tales como la vigilia y el sueño, la calma y la excitación. Por todo esto, la conducta es normal cuando la - sociedad está de acuerdo en llamarla así.

Por otra parte, el anormal es el sujeto que sufre una alteración en su vida psicofisiológica que le impide - desarrollar sus capacidades o su vida de relación.

Para la normalidad y la anormalidad el individuo - se va a valorar con ciertas características, en las cuales se va a aprobar o desaprobar su conducta, es decir, que si una conducta es aprobada por la sociedad y la época en que se encuentre, estará dentro de lo normal; en cambio, en lo anormal el sujeto sufre una alteración psicofisiológica y choca con la sociedad.

En consecuencia, estableceremos las diferentes características de la estructura psicológica normal y la anormal de la siguiente manera:

Normal	Anormal
1. Desarrollo.	1. Fijación.
2. Integración.	2. Aislamiento.
3. Coordinación.	3. Disociación.
4. Adaptación.	4. Inadaptación.
5. Actividad.	5. Pasividad.
6. Autoafirmación.	6. Autodestrucción.
7. Productividad.	7. Esterilidad.
8. Equilibrio.	8. Desequilibrio.

" Las manifestaciones psicológicas de estas alteraciones estructurales son variadas. La fijación puede hacerse patente en frustraciones, en la detención del desarrollo mental y emocional; el aislamiento puede hacerse manifiesto

to por medio de síntomas de retiro y disociación en los fenómenos de la personalidad escondida. La inadaptación comprende todos los síntomas que producen los conflictos del individuo en su medio; la pasividad puede aparecer como -- apatía, ansiedad, incapacidad; la autodestrucción puede manifestarse en sentimientos de inferioridad, y llegar hasta la producción de accidentes y el suicidio. La esterilidad se expresa en importancia, sentimientos de vacío y aburrimiento; el desequilibrio se manifiesta en obsesiones e impulsos. Las causas de las anomalías estructurales pueden ser hereditarias, constitucionales, ambientales, químicas y psicológicas. La característica común de todos estos defectos estructurales, es la incapacidad del individuo de enfrentarse consigo mismo, pueden huir por medio de sueños, crímenes, neurosis, psicosis o el suicidio o bajo la máscara de la normalidad, vegetal aburrido y resignado ".(sic)

(5)

En conclusión tenemos, que si el individuo se valora dentro del anormal puede cometer conductas criminales, porque como está en contra de la sociedad puede manifestarlo con una conducta criminal o la propia autodestrucción, pues para las corrientes psicológicas la conducta criminal,

(5) Cit. por Octavio A. Orellana Wiarco. Op. cit. pp. 207-

es como una manifestación de la personalidad anormal.

1.1.6. PSICOPATOLOGIA CRIMINAL.

La psicopatología criminal será estudiada para saber dentro de que trastorno mental se encuentra la psicosis maniaco depresiva, ya que la psicopatología estudia -- los trastornos en el funcionamiento de la personalidad, dichos trastornos; representan el intento del individuo para tener una unfluencia recíproca con las fuerzas psicológicas, sociales y fisiológicas que chocan en él. Además, los síntomas que representan son: la tentativa del individuo para esconder la verdad y no verla él mismo; retirarse de las situaciones difíciles, manejar la angustia o ignorar -- el stress de la vida; por lo cual, empleará métodos sustitutivos que lo alejan de la realidad, sacrificando dicha -- realidad para lograr comodidad emocional, mantener el respeto hacia sí mismo o proporcionarse satisfacción de manera más fácil.

Sin embargo, el terreno de la psicopatología es -- aún una cuestión muy debatida y las causas de algunas enfermedades mentales es desconocida y la simple clasificación de los trastornos psicológicos es materia de mucha -- discusión.

A pesar de dichas discusiones, una de las clasificaciones que cuenta con mayor aceptación es la que formuló la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, y la que con algunas modificaciones realizadas por el Dr. José Carranza - Acevedo, y es la que utilizaremos para los fines que perseguimos en nuestro trabajo de investigación. La clasificación adoptada es la siguiente:

A. Enfermedades mentales llamadas orgánicas:

- a) Arterioesclerosis cerebral.
- b) Demencia senil.
- c) Neurosífilis.
- d) Epilepsias.

B. Psiconeurosis:

- a) Neurosis de ansiedad.
- b) Depresión reactiva.
- c) Neurosis obsesivo compulsiva.
- d) Neurosis fóbica.
- e) Neurosis histérica.

c. Psicosis:

- a) Las esquizofrenias.
- b) La psicosis maniaco depresiva.
- c) La psicosis paranoide.
- d) Las psicosis psicogénicas.

D. Depresiones:

- a) Depresión agitada.
- b) Depresión involutiva.

E. Reacciones psicofisiológicas.

F. Trastornos de la personalidad:

- a) Psicopatías.
- b) Alcoholismo y farmacodependencia.
- c) Neurosis de carácter.

2. DEFINICION DE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA.

La psicosis maniaco depresiva, " es una típica enfermedad cíclica, es decir, que aparecen en forma periódica, en la que se suceden estados depresivos, a los estados maníacos, los que pueden acontecer dentro de un mismo día, o en forma semanal, mensual o anual ".(6)

Por otra parte, la psicosis maniaco depresiva, -- " es un trastorno psicótico caracterizado por episodios recurrentes de marcada melancolía o elación, con pérdida -- apreciable de la comprobación de la realidad, acompañado -

(6) Octavio A. Orellana Wiarco. Op. cit. p. 230.

de retardo o de hiperactividad, respectivamente ".(7)

De todo ello se deduce que, la psicosis maniaco depresiva es de tipo afectiva que se caracteriza por episodios recurrentes de marcada melancolía, con pérdida apreciable de la realidad en la que suceden estados depresivos, estados maniacos y que aparecen en forma periódica y pueden presentarse en un mismo día, en forma semanal, mensual o anual.

(7) Dr. Charles K. Hofloing. Tratado de Psiquiatría. México. Ed. Interamericana, S.A., 1963. p. 288-289.

CAPITULO SEGUNDO

PSICOPATOLOGIA CRIMINAL.

1. Clasificación de la psicología criminal.
 - 1.1. Enfermedades mentales llamadas orgánicas.
 - 1.1.1. Arterioesclerosis cerebral.
 - 1.1.2. Demencia senil.
 - 1.1.3. Neurosífilis.
 - 1.1.4. Epilepsias.
 - 1.2. Psiconeurosis.
 - 1.2.1. Neurosis de ansiedad.
 - 1.2.2. Depresión reactiva.
 - 1.2.3. Neurosis obsesivo compulsiva.
 - 1.2.4. Neurosis fóbica.
 - 1.2.5. Neurosis histérica.
 - 1.3. Psicosis.
 - 1.3.1. Las esquizofrenias.
 - 1.3.2. La psicosis maniaco depresiva.
 - 1.3.3. La psicosis paranoide.
 - 1.3.4. La psicosis psicogénicas.
 - 1.4. Depresiones.
 - 1.4.1. Depresión agitada.
 - 1.4.2. Depresión involutiva.
 - 1.5. Reacciones psicofisiológicas.

1.6. Trastornos de la personalidad.

1.6.1. Psicopatías.

1.6.2. Alcoholismo y farmacodependencia.

1.6.3. Neurosis de carácter.

1. CLASIFICACION DE LA PSICOPATOLOGIA CRIMINAL.

La clasificación adoptada para nuestro trabajo de investigación, es la que formuló la Asociación Psiquiátrica Norteamericana con algunas modificaciones del Doctor -- José Carranza Acevedo (cf. supra, capítulo primero, inciso 1.1.6.). Y, a continuación desarrollaremos; empezando por las enfermedades mentales llamadas orgánicas.

1.1. ENFERMEDADES MENTALES LLAMADAS ORGANICAS.

Las enfermedades mentales llamadas orgánicas son - padecimientos en los cuales el estado mental del enfermo - depende de su condición orgánica.

Los síntomas que expresan son los defectos en el - funcionamiento mental debidos a daños del cerebro y, por - otra parte, la reacción de la personalidad. Existiendo -- tres clases de síntomas que son: Los defectos de la orien tación, defectos de la memoria y defectos del juicio.

Sus causas son las siguientes: Traumatismos craneo encefálicos, infecciones, intoxicaciones, trastornos - metabólicos, procesos degenerativos de senilidad y de la - arterioesclerosis.

Dentro de la clasificación de las enfermedades mentales llamadas orgánicas, se encuentran: La arterioesclerosis cerebral, la demencia senil, la neurosífilis y las epilepsias, las cuales a continuación analizaremos.

1.1.1. ARTERIOESCLEROSIS CEREBRAL.

La arterioesclerosis cerebral " ... se trata de -- una enfermedad oclusiva que afecta a los vasos nutricios -- del cerebro, del corazón o del riñon, y que al obstaculizar cada vez más el fluir de la sangre, conduce hacia la -- alteración funcional e incluso hacia la invalidez y la --- muerte ".(2)

Se presenta en individuos de 50 a 65 años y sus -- síntomas se caracterizan por trastornos de la memoria, desorientación de espacio y tiempo, lagunas o confusiones -- mentales, acompañados estos trastornos de períodos de de-- presión a veces intensa, pérdida del habla y parálisis tem-- poral de un lado del cuerpo, síntomas que a veces desapare-- cen en forma gradual para reaparecer a intervalos irregula-- ras.

(2) Arthur P. Noyes y Lawrence C. Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. 3a. ed., México. Ed. La Prensa Médica Méxi-- cana. 1966. p. 261.

Por lo consiguiente, no es raro que el paciente arterioesclerótico se vuelva descuidado en su apariencia personal; no se baña y sus ropas están sucias. En ocasiones expresa ideas delirantes con especial tendencia a ser de naturaleza persecutoria, aunque no son raras las ideas de ruina, o las ideas delirantes hipocondriacas. También, a veces, sufre por celos acerca de su esposa o de otros miembros de la familia.

1.1.2. DEMENCIA SENIL.

La demencia senil según Ey, " es un debilitamiento psíquico, profundo y progresivo que altera a las funciones intelectuales y desintegra las conductas sociales ".(9)

No obstante lo anterior, la demencia senil, " es el resultado de la degeneración y desaparición de las células nerviosas del cerebro debido al proceso normal de envejecimiento ".(10)

(9) Cit. por Hilda Marchiori. Personalidad del Delincuente.

Tercera ed., México. Ed. Porrúa, S.A., 1985. p. 123.

(10) Octavio A. Orellana Wiarco. Op. cit. p. 214.

De acuerdo a lo anterior, la demencia senil es un debilitamiento de las células nerviosas del cerebro que altera las funciones intelectuales, esto se debe a un proceso normal de envejecimiento. Se inicia a una edad comprendida entre los 60 y los 80 años.

En cuanto a sus aspectos de personalidad, aparece una cierta tendencia al aislamiento; algunos individuos -- con demencia senil se vuelven descuidados en sus hábitos -- de limpieza y en el vestir, perdiendo toda vanidad en su apariencia. Además, es común que el paciente acumule dinero u objetos, y tenga ideas delirantes de que le quieren robar o envenenar, de que es muy pobre o de que nadie lo quiere tener cerca.

Otros de los cambios de la personalidad, es la angustia, la irritabilidad, la timidez, memoria parcializada, pensamiento con ideas ilógicas, tendencias paranoides, depresivas, que pueden llevarlo a una conducta de suicidio.

Muchos síntomas se deben a que el individuo ha sido expuesto a una situación que frustra sus deseos, le impide ser útil y lo priva de su categoría de persona autónoma. También los enfermos demenciados pierden la noción de su situación en el espacio, en el tiempo e inclusive, pierden el conocimiento de su propia identidad.

Aunque contrastando con la pérdida de la memoria - para hechos recientes, el individuo puede recordar claramente incidentes de su infancia y de su juventud. Presentando, la desintegración de la personalidad, una tendencia regresiva que lo aleja de la vida reciente, los límites de éste retroceden, hasta que llega a vivir en el pasado distante, a menudo en el período de su niñez. Habla de sus padres y de sus abuelos, como si todavía vivieran, y a menudo identifica erróneamente a las personas. Perdiendo todos los recuerdos de los incidentes simples de la vida reciente.

En cuanto a lo que se refiere físicamente, la piel es delgada y arrugada, los músculos disminuyen de volumen, se arrastran los pies, la voz es aspera y el habla lenta. La escritura se vuelve temblorosa, y son comunes las oscilaciones en la cabeza y en las manos.

Tipos clínicos de la demencia senil:

A) DETERIORO SIMPLE: Es la forma más frecuente de la demencia y se caracteriza principalmente por defecto -- progresivo de la memoria, limitaciones en los intereses, - pérdida de la iniciativa, lentitud de pensamiento, apatía, irritabilidad e inquietud nocturna.

B) DELIRIO Y CONFUSION: Se manifiestan alucinaciones, insomnio; Algunos de ellos presentan un estado crónico de confusión y tienen una expresión atolondrada, se mueven sin rumbo fijo de manera vaga e imprecisa y el deterioro es muy marcado.

C) DEPRESION Y AGITACION: Presenta la pérdida de la memoria y el empobrecimiento intelectual, así como un marcado egocentrismo, agitación persistente e ideas delirantes.

D) PARANOIA: El tipo paranoide se distingue por lo aparente de las ideas delirantes, casi siempre de naturaleza persecutoria y una conducta agresiva, irritable y expresa quejas de que lo tratan mal y le ocultan cosas.

En cuanto, a las conductas delictivas que se presentan en la vejez, son delitos cometidos contra las personas y los más frecuentes son: homicidios, delitos sexuales (violaciones o intentos de violación). En algunas ocasiones, en los delitos cometidos por los ancianos existe una relación de conocimiento con la víctima, por lo general es una relación de tipo familiar. El suicidio es también frecuente en la ancianidad debido a que presenta cuadro depresivos que caracterizan la vejez.

1.1.3. NEUROSIFILIS.

" La neurosífilis se debe a una lesión sífilítica del cerebro. Esta enfermedad se encuentra actualmente casi desterrada con el uso de nuevos medicamentos como el uso de antibióticos. En los E.U., en el año 1949 sólo el 2% de quienes contrajeron la sífilis desarrollaron parálisis general ". (11)

Los síntomas que presentan los que adquieren esta enfermedad, es una creciente indiferencia hacia la limpieza y puntualidad. Otros síntomas molestos son mareos e insomnio, se vuelven irritables, pierde el interés y la capacidad para el trabajo, muestra apatía y pérdida de la memoria; el habla se hace dificultosa, y si no se atiende a -- tiempo la parálisis general conduce a un estado vegetativo y a la muerte en uno o dos años.

En consecuencia, podemos decir que la neurosífilis ya se encuentra erradicada y no existe ninguna posibilidad de que las personas con esta enfermedad lleguen a cometer un delito.

(11) Octavio A. Orellana Wiarco. Op. cit. p. 214.

1.1.4. EPILEPSIAS.

" ... La crisis epiléptica es el resultado de la -descarga de un determinado grupo de neuronas en el sistema nervioso central. La actividad convulsiva se atribuye a la sincronización inicial de las descargas de un grupo de células nerviosas que se propagan a las vecinas, incrementando la amplitud de la descarga, la que va disminuyendo por progresivo agotamiento de las propias células que llegan a hacerse inexcitables, pero en tanto sucede esto los impulsos son transmitidos rapidísimamente produciendo la actividad convulsiva ". (12)

Entonces, se " denomina epilépticos a los pacientes que sufren ataques o crisis convulsivas, violentas y -súbitas (movimientos desordenados, bruscos y enérgicos de brazos y piernas), acompañadas de pérdida del conocimiento. (Crisis o ataques de "gran mal") ". (13)

De todo ello se deduce que, las epilépsias son la descarga de un grupo determinado de neuronas en el sistema

(12) Octavio A. Orellana Wiarco. Op. cit. p. 214.

(13) Dr. Ignacio López Saiz y Dr. José María Codon. Psiquiatría Jurídica, Penal y Civil. Burgos. Imprenta de Aldecoa. 1951. p. 221.

nervioso central, esta descarga se propaga a las vecinas y así se amplía; teniendo como consecuencia movimientos desordenados, bruscos y energicos de brazos y piernas acompañados con la pérdida del conocimiento.

Por otra parte, cuando la descarga afecta únicamente una área localizada, la crisis es de tipo focal y cuando la alteración afecta todo el cerebro la crisis es generalizada.

Corresponden a las epilepsias generalizadoras la llamada Crisis del " Gran Mal " que se manifiesta durante la adolescencia, iniciándose con la pérdida de la conciencia y movimientos tónico-clónicos que duran aproximadamente un minuto.

Como anteriormente señalamos, las crisis de gran mal, comprenden una fase tónica y otra clónica.

En la fase tónica; la pérdida de la conciencia es repentina y completa. El individuo cae inmediatamente, ya inconsciente toda la musculatura presenta una contracción continua, el aire se expulsa violentamente y produce un grito. Durante esta fase las pupilas se dilatan, no reacciona a la luz y también es frecuente que se vacíe la vejiga.

En la fase clónica; la lengua queda entre los dientes, puede producirse una mordedura. La saliva que no puede deglutirse se mezcla con el aire y aparece en forma de espuma.

En el coma postconvulsiva la cara está congestionada. El individuo puede dormir una o dos horas. Cuando el enfermo va saliendo del coma se muestra confuso, ejecuta actos semiautomáticos.

En el grupo de las epilepsias focales; se producen trastornos visuales, auditivos, gustativos, olfativos, motores, etc., pero menos acentuados que en las epilepsias generalizadoras.

Las epilepsias focales son las que tienen un especial interés desde el punto de vista de la criminología, porque en ellas el proceso epiléptico se asienta en el lóbulo temporal dando lugar a alteraciones de la consciencia y trastornos afectivos, ocasionándose los llamados estados crepusculares.

Por lo que, en los estados crepusculares el sujeto puede dar lugar a descargas brutales, impulsivas y violentas durante las cuales llega a cometer delitos, sin que tenga el menor conocimiento y recuerdo de los mismos, es -

decir, como si hubiesen sido efectuados por otra persona.

1.2. PSICONEUROSIS.

La psiconeurosis equivale al término de neurosis. Las neurosis " son reacciones complejas de la personalidad que suelen describirse como alteraciones o trastornos que se refieren comúnmente a problemas de la afectividad ". -- (14).

Por el contrario, el Dr. Charles K. Hofling, nos dice que la psiconeurosis puede ser definida como " una enfermedad mental que va desde los grados de poca hasta moderada intensidad, en la cual las funciones de la comprobación de la realidad no se ven gravemente deterioradas, y - en la que el desajuste de los fenómenos vitales es de naturaleza relativamente limitada ". (15)

Por todo eso, podemos decir que la psiconeurosis - es una enfermedad mental en la que el individuo sufre alteraciones o trastornos que van desde un grado de poca hasta moderada intensidad, y que se refieren a problemas de afectividad.

(14) Hilda Marchiori. Personalidad del Delincuente. p. 69.

(15) Op. cit. p. 213.

La psiconeurosis presenta síntomas que parecen orgánicos, pero que después de agotar todas las posibilidades el paciente parece gozar de cabal salud, sin embargo, se trata de problemas de origen psicológico de angustia o depresión.

Las alteraciones neuróticas surgen del esfuerzo -- que el individuo realiza para poder controlar la angustia. Es decir, que el neurótico es incapaz de dominar su situación de stress, por eso se considera que la angustia es la fuente dinámica común de la neurosis.

Por otra parte, " los conflictos del neurótico no son distintos del individuo sano, pero en tanto que este es capaz de suprimir uno de los impulsos, conformarse con satisfacciones parciales, renunciar a cambiar metas o proponer ciertas satisfacciones, en fin, pugnar por encontrar soluciones objetivas y racionales, el neurótico no es capaz de hacerlo y la razón de ello es que las lesiones que ha sufrido en su infancia lo han hecho más vulnerable que los demás y más incapaz para lograr compromisos y transacciones satisfactorias ".(16)

(16) Ramón de la Fuente Muñiz. Psicología Médica. Vigésima primera reimpresión. México. Fondo de Cultura Económica. 1983. p. 202.

También, el neurótico puede dirigirse voluntariamente en función de sus intereses, afectivamente el neurótico siente intensamente su angustia, que progresivamente ocupa el centro de su modo existencial, no se producen alteraciones de la memoria; Además, el neurótico manipula su medio familiar a través de sus síntomas para lograr un control y llamar la atención.

Existen diversos tipos de neurosis, que muchas veces no se encuentran suficientemente delimitadas, nosotros vamos a desarrollar los siguientes tipos:

Neurosis de ansiedad.

Depresión reactiva.

Neurosis obsesivo compulsiva.

Neurosis fóbica.

Neurosis histérica.

1.2.1. NEUROSIS DE ANSIEDAD.

La neurosis de ansiedad se manifiesta por una inquietud y un estado de tensión excesiva que se acompaña por un temor constante e inexplicable, así mismo, por una angustia que puede llegar a estado de pánico, pero sin que exista una causa real u objetiva que lo produzca.

El individuo se muestra tenso, sensible, con agudos sentimientos de inferioridad, llantos frecuentes y ante pequeños acontecimientos se angustia, experimentan constantes temores ante cualquier situación, el temor los hace ser más detallistas ante los demás. También es incapaz de mantener una actividad con cierto ritmo y estabilidad, pues la angustia no le permite controlarlos.

Esta neurosis puede ocurrir después de un largo período de tensión emocional y se manifiesta por fatiga, insomnio, irritabilidad, sensación de cansancio y tirantez.

Es por esto, que el estudio de la neurosis de angustia en la criminología es un verdadero análisis victimo lógico. Ya que dentro de las manifestaciones de la neurosis de angustia se caracteriza por un estado casi de pánico, donde el paciente sufre de taquicardia, náuseas, diarrea, sensación de ahogo o sofocación. También, puede sufrir temblores o mareos, desmayos y una sensación de muerte; estos ataques suelen ser frecuentes en individuos con una neurósis de tipo crónico, con problemas de memoria, inestabilidad en cuanto a un rendimiento intelectual, problemas en la comunicación interpersonal y donde la tensión y la angustia están significativamente vivida por el paciente que lo lleva a situaciones de mayor stress o incontrol.

En estas condiciones pueden manifestarse conductas o intentos de suicidio en donde el paciente percibe su soledad, - incomprensión y sus sentimientos de inferioridad, pero también su deseo de llamar la atención y de agredir a los que siente que no le ayudan. Por lo que se refiere al suicidio, tiene un verdadero significado agresivo, ya que se da a través de la propia destrucción.

1.2.2. DEPRESION REACTIVA.

La depresión reactiva es una mezcla de ansiedad y depresión en la cual predomina ésta última. La depresión es un tono afectivo basado en un sentimiento de tristeza, así mismo, la angustia es una sensación persistente de terror, aprehensión y desastre inminente.

De acuerdo a lo anterior, podemos decir que la depresión reactiva surge como una reacción a las causas externas que producen tristeza en el individuo. V.G. La muerte de un familiar, dificultades en los negocios, un desengaño amoroso, etc.,; De ahí que, el individuo presente problemas para trabajar, dormir, el lenguaje es lento, se siente abandonado, pesimista, con dificultades para establecer una relación social y aun cuando las reacciones a esta depresión suelen ser diversas, el individuo empieza a vencer la angustia y la tensión por medio del alcohol o de --

las drogas. Presentando una conducta de autoagresión, que está relacionada a sus percepciones de autodesvaloración y de menos precio a sí mismos, pero esto implica una agresión hacia el medio ambiente, especialmente a las personas cercanas a él. También, siente un deseo de llamar la atención y que muchas veces conducen al individuo al suicidio.

Como podemos ver, la depresión es una enfermedad mental en la que él individuo se siente triste, presentando problemas en cuanto a lo que se refiere a su vida individual y social, optando por el alcohol o las drogas como sustituto de sus problemas; que pueden traer como consecuencia una conducta autoagresiva que los puede conducir al suicidio.

1.2.3. NEUROSIS OBSESIVO COMPULSIVA.

Para definir la neurosis obsesivo compulsiva, primero veremos que la obsesión " es un pensamiento admitido por el sujeto como más o menos irracional, que se presenta repetidas veces con persistencia, a pesar del deseo consciente del sujeto para evitarlo, por otra parte, la compulsión puede ser definida como un acto que puede ser ejecutado en cierto grado contra los deseos conscientes del sujeto, ya sea para evitar la ansiedad que de otro modo apare-

cería, o para combatir una obsesión perturbadora ".(17)

Por su parte, Octavio A. Orellana Wiarco nos dice que la neurosis obsesivo compulsiva consiste en " la aparición de pensamientos y acciones persistentes y molestas -- que no se pueden controlar y que se refieren a preocupaciones exageradas sobre un hecho real ".(18)

De todo ello se deduce que, la neurosis obsesivo-compulsiva es la aparición de pensamientos que se presentan repetidas veces y que el sujeto no puede evitar y se refiere a una preocupación sobre un hecho real.

Los síntomas consisten en pensamientos y acciones rituales, que el individuo no puede evitar a pesar de reconocer que son irracionales y tiene el temor de que el no hacerlo representa para él una mayor angustia y miedo, de que le sucederá algo sino lo realiza. Por lo que realizar la conducta le produce alivio psíquico y el delito es evidentemente una conducta destructiva, simbólica y detallista.

(17) Charles K. Hofling. Op. cit. p. 268.

(18) Op. cit. p. 218.

FORMAS CLINICAS:

A) La aparición de un pensamiento desagradable y a menudo inquietante. V.g. Cuando el individuo piensa que matará a alguien de su familia, aun cuando sepa que no lo hará, el individuo sufre constantemente ante la idea de que lo puede llevar a cabo.

B) En el individuo existe una necesidad de realizar un acto repetitivo. Por lo que en estas conductas estarán relacionadas a actos rituales que la persona se siente en la necesidad de hacerlo aún cuando no encuentre razón alguna para realizarlo. V.g. cerrar y abrir las puertas -- para comprobar si ya cerró con llave.

C) En esta forma clínica el pensamiento del individuo reaparece persistentemente pero va acompañado de la -- compulsión de ejecutar un acto repetitivo; El individuo -- siente un temor y miedo intenso que lleva a cabo en la -- práctica sus impulsos.

Desde el punto de vista criminológico es la fase -- de mayor peligrosidad, porque no existe control por parte del individuo que se ve en la necesidad de realizar la -- agresión, llegando a cometer conductas delictivas.

1.2.4. NEUROSIS FOBICA.

Para estudiar la neurosis fóbica, primero diremos que las fóbias " son temores injustificados, obsesivos, -- que parecen estar fuera de control de la persona y que pueden presentarse en muy diversas formas; sin embargo, esta clase de psiconeurosis no interfiere con el comportamiento general de la persona, ya que su conducta "anormal" se presenta en forma aislada y sólo en determinadas circunstancias ".(19)

Del mismo modo, la fobia puede ser definida como - " el temor de un objeto, acto o situación específicos, que son realmente peligrosos pero que pueden llegar a representar un peligro ".(20)

De ahí que, la neurosis fóbica es el temor que se tiene a un objeto, acto o situación determinados, siempre estos se relacionen simbólicamente con su conflicto original.

De igual forma, la neurosis fóbica consiste en la ansiedad muy marcada que puede llegar al pánico, con sínto

(19) Octavio A. Orellana Wiarco. Op. cit. p. 219.

(20) Charles K. Hofling. Op. Cit. p. 264.

mas de fatiga, palpitaciones, temblores, náuseas, miedo. Existiendo numerosas formas de fobias, pero mencionaremos las más comunes:

1. Claustrofobia, o temor a los lugares cerrados.
2. Oclofobia, temor a las multitudes y aglomeraciones.
3. Agorafobia, temor a los espacios abiertos.
4. Aerofobia, temor a los lugares elevados.
5. Monofobia, temor a estar sólo.
6. Nictofobia, o miedo a la obscuridad.
7. Misofobia, o temor a los germenos o a la suciedad.

En las fobias, el individuo está consciente de que no existe peligro real pero la angustia que le provoca la situación o el objeto fóbico, es incontrolable desde el -- punto de vista emocional.

A diferencia de las neurosis de angustia, el fóbico puede llegar a cometer agresiones violentas y hasta homicidios sádicos para aliviar su tensión frente a la situación fóbica.

Por consiguiente, la conducta delictiva en el neurótico fóbico puede desencadenarse imprevistamente por que al entrar en una situación o relación que le causa la angustia realiza un impulso incontrolable para salir de esa situación fóbica y angustiante para él, esto lo lleva a cabo a través de la agresión.

Una parte importante de la neurosis fóbica es la evitación, ya que cuando el individuo evita enfrentarse a la situación, la persona o la idea que teme logra un control parcial de la angustia y durante un tiempo alivia sus temores, pero cuando la evitación fóbica falla el individuo sufre una crisis de angustia que lo proyecta a una conducta delictiva.

1.2.5. NEUROSIS HISTERICA.

La histeria es un modo psicológico de reaccionar - que lleva un propósito, aunque éste sea inconsciente; en el que el individuo utiliza un síntoma físico como disfraz para resolver algún problema o satisfacer un deseo.

Esta neurosis es desde una perspectiva criminológica una de las más interesantes, porque intervienen elementos de una personalidad seductora, inteligente y manipuladora; con el fin de conseguir lo que se desea.

El histérico desea llamar la atención, es inestable, seduce y abandona una vez que el objeto elegido es seducido. En esa seducción proyecta su necesidad de dependencia y protección, esto se observa en las conductas y comportamientos infantiles e inmaduros del histérico.

Para llamar la atención desarrolla conductas de -- simpatía y de confianza y también puede llegar hasta la -- amenaza o mostrándose como persona enferma. Ya que su personalidad es superficial, con actitudes y sentimientos que cambian en breves momentos de decisión y estados de ánimo.

" En ocasiones se han descrito en el histerismo casos de doble personalidad, por lo tanto el desdoblamiento de la personalidad de tipo histérico se ha observado en algunas ocasiones. El sujeto toma una u otra personalidad -- que incluso pueden ser opuestas y desconocidas ambas para el sujeto, el cual se conduce en una u otra con aparente -- naturalidad sintiéndose en todo momento idéntico a sí mismo, pero ignorando cuando vive una o la otra personalidad. El desdoblamiento podría explicarse por una absoluta amnesia alternante inconsciente " buscada " y producida ante -- situaciones difíciles. Para Bumke sería el desempeño por -- una misma persona de dos papeles, en los que el individuo asegura haber olvidado una de las representaciones cuando

ejecuta la otra; pero en ambas conserva lúcida y clara la conciencia ". (sic) (21)

Existen varias formas de neurosis histérica, pero sólo mencionaremos: La neurosis histérica disociativa y - la neurosis histérica de conversión.

NEUROSIS HISTERICA DISOCIATIVA: Es la que se ca-
racteriza por la angustia que es de tal intensidad que pro-
voca una desorganización en la personalidad, existiendo --
problemas de la memoria y un lenguaje maniaco.

NEUROSIS HISTERICA DE CONVERSION: Es aquella -
donde la angustia se traduce en síntomas funcionales que -
afectan el organismo a través de su cuerpo, es decir, la
angustia se transforma en las más diversas dolencias o ma-
les físicos, como parálisis, laringitis, reumatismo, tics
faciales, ulcera gástrica, e incluso ceguera.

Entonces, podemos decir que los síntomas que pre-
senta la persona histérica, van acompañados de una especial
afectación que los hace al mismo tiempo llorativos, en --

(21) Dr. Ignacio López Saiz y Dr. José María Codon. Op. --
cit. p.p. 333-334.

ellos se une el afán de sobresalir y de atraer la atención de todos, para lo que se valen de los más diversos medios, incluso a costa de su reputación y de su honor.

Por lo que, existen con frecuencia en estas personas las tentativas de suicidio, supuestas violaciones, raptos, robos, autodenuncias, etc., todo ello teatral y ciertamente representado con intención de dar una indiscutible sensación de realidad.

1.3. PSICOSIS.

"Las psicosis son perturbaciones psíquicas que se caracterizan por la percepción distorsionada de la realidad y por la carencia de conciencia de estar enfermo ". -
(22)

Del mismo modo, Hilda Marchiori no dice que: ... " los trastornos psicóticos se caracterizan por un grado variable de desorganización de la personalidad, se destruye una relación con la realidad y existe una incapacidad para el trabajo, es decir que el psicótico entra en una etapa - de improductividad y de un casi total aislamiento psíquico

y social ". (23)

De acuerdo a lo anterior, podemos decir que la psicosis es un trastorno psíquico que se caracteriza por la -desorganización de la personalidad destruyendo la relación que se tiene con la realidad.

Dentro de las psicosis encontraremos los siguientes grupos de padecimientos:

Las esquizofrenias;

La psicosis maniaco depresiva;

La psicosis paranoide;

La psicosis psicogénicas;

de las cuales nos ocuparemos a continuación en forma separada.

1.3.1. LAS ESQUIZOFRENIAS.

" Las esquizofrenias son enfermedades mentales que pertenecen al género de las psicosis y que se caracterizan por la pérdida de contacto de la realidad, que conduce al paciente, por lo general, a una desintegración de su personalidad ". (24)

(23) Personalidad del Delincuente. p.p. 47-48.

(24) Octavio A. Orellana Wiarco. Op. cit. p. 221.

De igual manera, Ey " define la esquizofrenia como una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad. La persona cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento austístico, es decir en un caos imaginario, este proceso es más o menos lento, progresivo y profundo ". (25)

Así mismo, la Asociación Psiquiátrica Americana, - define la esquizofrenia " como un grupo de trastornos manifestados por problemas en la ideación y en la conducta. -- Los trastornos en la ideación están caracterizados por alteraciones de la formación de conceptos los cuales conducen a una mala interpretación de la realidad y en ocasiones a ideas delirantes y alucinaciones. La conducta puede estar retraída, regresiva y extravagante ". (26)

En síntesis, la esquizofrenia es una psicosis que altera la personalidad y se caracteriza por la pérdida del contacto con la realidad reemplazandola con alucinaciones o percepciones falsas.

Las alteraciones en el pensamiento se caracterizan

(25) Cit. por Hilda Marchiori Psicología Criminal. 5a. ed. México. Ed. Porrúa, S.A., 1985. p. 94.

(26) Iden.

por una disociación e incoherencia, representada de ideas - delirantes, que se traducen en delirios de grandeza, de invención, de celos, de persecución, sin lugar a dudas los de mayor peligrosidad ya que el individuo siente que debe defenderse de los que lo espían o lo controlan.

Las alucinaciones pueden ser: Visuales, auditivas u olfativas, pero generalmente predominan las visuales, en cuanto a la afectividad, existen sentimientos nuevos, extraños y una marcada indiferencia que se observa especialmente en crímenes en donde el autor permanece frío e insensible a los pedidos de clemencia de las víctimas, o cuando en las conductas predelictivas, existe un juego con la víctima y - sorpresivamente las mata.

En la asociación de las ideas del esquizofrénico no existe lógica, como anteriormente mencionamos, se encuentra una desorganización total de la personalidad viviendo en un mundo de fantasía, existiendo una concentración a nivel externo.

La clasificación que se utiliza más frecuentemente para especificar los tipos de esquizofrenia son:

A) LA ESQUIZOFRENIA SIMPLE: En esta el enfermo -- tiene pocas alucinaciones o ilusiones, el individuo se va apartando paulatinamente de sus actividades y del contacto con las demás personas, comienza a disminuir su rendimiento, pierde el interés por las cosas, la actividad tiende a ser escasa, de ahí que la persona no puede convertirse en un vagabundo, prostituta o un delincuente.

B) LA ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA: La palabra " hebefrénica " significa mente juvenil y el que padece este tipo de esquizofrenia vive en un mundo de fantasía, teniendo un comportamiento infantil, alucinaciones, ideas delirantes, pensamientos incoherentes, es así como suple la -- realidad, y en gran medida sólo comprende el propio enfermo esa realidad, de ahí que sus acciones resulten a veces incomprensibles.

La esquizofrenia hebefrénica tiene un comienzo -- brusco, agudo en sus reacciones y la desorganización de la personalidad y el deterioro es más rápido. En cuanto a la conducta delictiva está muy relacionada con una crisis impulsiva y agresiva; especialmente con sus ideas delirantes y con las alucinaciones.

C) LA ESQUIZOFRENIA CATATONICA: En la cual se manifiesta una actividad pasiva casi total, en que pueden -- permanecer inmóviles durante horas, o bien en un estado de excitación en que no pueden estar quietos en el actuar y - hablar, llega a perder todo el control.

La excitación catatónica es de mayor significación criminológica, ya que el individuo al entrar en una fase de gran actividad que en la mayoría de los casos tiene mar ca d a s características de agresividad. En la fase agresiva pueden presentarse daños a objetos, lesiones y conductas - de homicidio.

D) LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: En este tipo de esquizofrenia predominan las ilusiones de persecución o de - grandeza, que además son sistematizadas, se caracteriza -- porque el individuo tiene una personalidad fría, retraída que reacciona por mínimos estímulos y la desorganización es gradual, así como su hostilidad y agresión.

Las conductas delictivas, se caracterizan por ser de extrema violencia hasta llegar a ser totalmente sádicas. Los crímenes se dirigen hacia personas conocidas e inclusi ve hacia el grupo familiar. Esto se debe a que en las alucinaciones se proyecta de un modo inesperado que el indivi

duo debe matar a esa persona que lo está persiguiendo.

1.3.2. LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA.

La psicosis maniaco depresiva, como anteriormente señalamos en la definición, es una enfermedad mental de tipo afectiva que se caracteriza por episodios recurrentes - de marcada melancolía, con pérdida apreciable de la realidad en la que suceden estados depresivos, estados maniacos y que aparecen en forma periódica, que pueden presentarse en un mismo día, en forma semanal, mensual o anual.

En este sentido, la psicosis maniaco depresiva se caracteriza por dos fases de ánimo opuestas; la fase maníaca y la fase depresiva.

La fase maníaca es aquella donde el individuo pierde recato, prudencia y discreción, a sí mismo, se muestra activo ya que tiene un afán de moverse y actuar, habla rápido y tiene la facilidad para pasar de unas ideas a otras, es alegre, optimista, con sentido de buen humor y confianza en sí mismo; pero existen diversos grados de intensidad y que son la manía delirante aguda y la hipomanía.

En cambio en la fase depresiva prevalecen los rasgos opuestos a la fase maniaca, en esta fase el individuo se siente triste, abatido, deja de disfrutar de su trabajo o de las diversiones y se concreta cada vez más a sí mismo.

Como la psicosis maniaco depresiva es tema de estudio de nuestro trabajo de investigación, se ha reservado un capítulo para su desarrollo (cf. infra, capítulo tercero).

1.3.3. LA PSICOSIS PARANOIDE.

La paranoia es una perturbación caracterizada por ideas delirantes de persecución bien organizadas y que son actuadas por el sujeto.

El paranoico conserva en general una personalidad semejante a la normal, sobre todo mientras el padecimiento no se agudiza, por lo que el pensamiento y su capacidad de reflexión son normales y permanecen sin alteración, pero una vez que el delirio paranoico va surgiendo, el individuo concede un especial significado de palabras, actitudes, gestos del pasado y los va integrando en una unidad que -- resiste toda crítica. Este delirio se apoya en hechos reales, pero que interpreta en forma equívoca.

Además, el paranoico conserva un buen contacto con la realidad y tiene advertencia de que otra gente considera infundadas sus ideas de ahí que las oculte cuando le parece conveniente.

Se considera que la apariencia puede presentarse en dos direcciones fundamentales:

A) La pasiva o de perjuicio en la cual el individuo se siente agredido, perseguido, hostilizado, engañado por el medio ambiente social que lo rodea. Encajando en ésta el delirio de persecución, o de celos.

El delirio de persecución es donde el individuo se siente víctima de una amplia conspiración que personaliza o en personas determinadas, que lo hostilizan y agreden ya sea con palabras, miradas, gestos, etc.

B) La actividad o expansiva en la que la persona se siente ensalzada, elevada o reconocida como excepcional ya sea en el terreno religioso, político, social, amoroso, etc.

Algunos paranoicos expansivos inducen a la formación de sectas religiosas o sociales, donde él se presenta como profeta, o en otras ocasiones de que no es hijo de su

propia familia, sino de reyes o de personajes importantes; en el delirio amoroso, cree que las personas del sexo opuesto se enamoran continuamente de él, aun cuando no se lo confiesan, pero las actitudes de sus familiares, amigos o de ellos mismos lo confirman.

La dirección activa y pasiva por lo común no se entremezclan. V.g. El que padece el delirio de persecución a nivel de las más altas esferas, es porque, además, es un personaje de mayor importancia, y es por eso que piensa -- que lo persiguen.

De ahí que, las diversas variedades de paranoia -- pueden dar lugar a actos criminales. Parece ser que el homicidio es más frecuente en la paranoia.

" El delito lo ejecuta el paranoico como un deber, penoso tal vez, pero que es un acto ineludible, y es por ello típico que no se arrepienta del hecho, de ahí que el paranoico, en el delito de celos no opte por suicidarse como es tan común en criminales pasionales ". (27)

(27) Octavio A. Orellana Wiarco. Op. cit. p. 234.

1.3.4. LAS PSICOSIS PSICOGENICAS.

Se trata de trastornos que se caracterizan porque el individuo se encuentra fuera de la realidad y son los factores ambientales los que producen la psicosis.

" Un claro ejemplo de la psicosis psicogénica es el denominado " carcelazo " o sea la crisis que padecen con frecuencia quien privado de su libertad pierde de pronto el control y se torna violento y agrede sin motivo o por causas fútiles, o bien sumido en la melancolía tiene tendencias suicidas. Su estado psicótico se debe al medio carcelario que lo rodea . " (28)

Por lo tanto, al medio penitenciario coloca al individuo en condiciones distintas a las que lo rodeaban, por lo cual surgen reacciones histéricas o melancólicas con -- inclinación a la autoagresión, o bien las reacciones esquizofrénicas o delirantes, sean respuestas psicogénicas; es decir que responden a una condición transitoria. Otras de las psicosis psicogénicas son las reacciones de adaptación de la adolescencia, las reacciones de adaptación en la vida adulta, o en la vejez.

(28) Ibidem. p. 235.

1.4. DEPRESIONES.

La depresión es de tipo afectiva basada en un sentimiento de tristeza, que se manifiesta por una actitud de concentración en uno mismo en tanto se pierde el interés en las situaciones externas. Esta puede variar desde un -- abatimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo.

En el abatimiento ligero, el individuo está inmóvil, cohibido, inhibido, infeliz, pesimista, se desprecia a sí mismo, falta de ánimo y desesperanza. Es incapaz de tomar decisiones y le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que habitualmente no se le dificultaban, se preocupa exageradamente por problemas personales. Su actitud y sus modales reflejan aflicción y desesperación. Se siente rechazado y sin que nadie lo quiera. Pierde el apetito, el llanto es frecuente e inmotivado, tiene ideas suicidas e intentos serios de suicidio. La depresión se puede manifestar como una respuesta a la pérdida de un objeto o relación valiosa para el individuo.

Las depresiones no son de mayor interés en el campo de la criminología, ya que no inclinan a la persona a delinquir, aun cuando si se pueden presentar tendencias autodestructivas.

1.4.1. DEPRESION AGITADA.

La depresión agitada es una reacción en la cual la agitación es simplemente una expresión de angustia, una expresión persistente de temor; la tensión y el sentimiento de daño surgen de los factores amenazantes situados en lo más profundo de la vida mental. Es por esto, que la intranquilidad interna produce una agitación.

Un ejemplo de la depresión agitada es la menopausia; que significa la cesación de la regla, que ocurre alrededor de los 45 a los 55 años. En la mayoría de los casos la regularidad del período se trastorna y los períodos ocurren a intervalos gradualmente crecientes hasta que por último cesan. A la disminución de la función ovárica se producen períodos episódicos de transpiración, bochornos, tensión y mal humor; A estos signos pueden asociarse angustia y agitación, con exageración de todas las defensas de la personalidad.

1.4.2. DEPRESION INVOLUTIVA.

La depresión involutiva se desarrolla entre los 55 a los 65 años en los hombres y en la mujer alrededor de los 45 a los 55 años. Esta depresión parece estar relacionada con los problemas de ese período de la vida ya que --

coincidiendo con frecuencia, con jubilaciones, pérdida de seres queridos o bienes o prestigio.

Esta enfermedad se caracteriza por insomnio severo, preocupaciones obsesivas que llegan al pensamiento paranoide, llanto frecuente e inmotivado, ideas suicidas o intentos serios de suicidio.

Como podemos observar, en la depresión pueden manifestarse ideas suicidas e intentos serios de suicidio, estas ideas pueden presentarse en algunas ocasiones porque, el individuo tiene problemas y al no encontrar solución a ellos, piensa que el autodestruirse es el unico camino para resolverlos.

1.5. REACCIONES PSICOFISIOLOGICAS.

A las reacciones psicofisiológicas también se les llama psicósomáticas. El término psicósomático implica -- que una entidad llamada "mente" afecta a una entidad llamada "cuerpo" y que ambas se encuentran separadas.

Por lo que, las reacciones psicofisiológicas se -- presentan en un desplazamiento de la ansiedad a órganos o sistemas del organismo, ya sea de un sistema muscular, digestivo, de la piel, etc., es decir, el paciente se queja

de diversos males orgánicos, pero no se encuentra el origen de su enfermedad en un organismo, sino en su mente.

En cuanto a lo que se refiere desde el punto de vista de la criminología, los trastornos psicofisiológicos no tienen mucha importancia, pero son útiles para conocer mejor la personalidad del delincuente cuando padecen algún trastorno de esta naturaleza.

1.6. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Los trastornos de la personalidad no se caracterizan por síntomas mentales o emocionales, sino por defectos en el desarrollo de la personalidad.

Varios estudiosos niegan la existencia de padecimientos que puedan englobarse dentro del rubro de trastornos de personalidad, pero si se acepta este tipo de padecimiento, de los cuales solo vamos a ocuparnos de la personalidad psicópata, la alcohólica y la farmacodependencia.

1.6.1. PSICOPATIAS.

La psicopatía o sociopatía es un trastorno de la personalidad. Donde el individuo sufre perturbaciones y está en conflicto con la sociedad, pues el psicópata se apar

ta físicamente de lo normal.

" En el trabajo sobre este tópico de María de la Luz Lima Malvido, examina numerosas definiciones sobre personalidad psicopática, pero la esencia de las numerosas definiciones se concreta a los siguientes elementos:

a) Se trata de una personalidad anormal, y no de una enfermedad, aún cuando pueda llegar a serlo si se agudizan los rasgos morbosos.

b) El sujeto no pierde contacto con la realidad, pero posee un inestable equilibrio intrapsíquico.

c) El rasgo más acusado de su personalidad es un carante sentido de solidaridad social, pues se rige por el principio de satisfacer sus propios intereses o placeres, aún a costa de atropellar valores morales, jurídicos, sociales, sin que ello le produzca sentimientos de culpabilidad.

d) Por tener intacta sus facultades intelectuales se procura argumentos, con los que pretende explicar su conducta carente de escrúpulos morales.

e) Se señala que el origen de su disarmonía es congenita; y que sus reacciones desequilibradas son episodios que perturban el medio social, pues estas reacciones se -- traducen en actos antisociales o delincuenciales ". (29)

Además, el psicópata es una persona muy agresiva que no puede soportar que la sociedad ponga trabas a sus - deseos y necesidades y esto conduce a que aproveche por la fuerza las cosas y a las personas.

De acuerdo a lo anterior, decimos que: El psicópa ta es una persona antisocial, pues está en conflicto con - la sociedad, también su personalidad es anormal pero no -- obstante de esto, no pierde el contacto con la realidad y para satisfacer sus placeres con las personas o con las co sas se muestra agresiva sin que le produzca algún sentimi- ento de culpabilidad y procura tener argumentos para ex- plicar su conducta.

Entre las características psicopatológicas del psi cópata se destacan las siguientes:

(29) Cit. por Octavio A. Orellana Wiarco. Op. cit., p. 238.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

a) Rasgos somático-físico: El psicópata por lo general es una persona sana, y que no se distingue de la normal.

El psicópata tiene un precoz desarrollo sexual, -- así como manifestaciones de rasgos sexuales anormales, como la homosexualidad, el exhibicionismo, el sadismo, el fetichismo, etc.

b) Rasgos psicológicos: Es una persona con una -- inestabilidad en todas sus conductas internas, que se traduce especialmente en la relación interpersonal agresiva y autodestructiva.

El psicópata es también incapaz de amar, incapaz -- de vivir en familia, indisciplinado, cruel, obra con premeditación y hace ostentación de sus actos, inclusive sean -- éstos delictivos.

c) Rasgos sociales: Su adaptación a la realidad -- es espacial, debido a que prevalecen sus deseos y fantasías y por lo tanto no se pueden adaptar al medio familiar y social o a la cultura en que vive porque la interpretación -- de la realidad es fantaseada.

Es además, incapaz de experimentar sentimientos de honor o principios, de ahí que es generalmente embustero, desleal e irresponsable.

Su carácter parece contradictorio, pues a veces actúa con laboriosidad excesiva, desarrollando una gran actividad en sus actos delictivos.

Por otra parte, cabe señalar que no todos los psicópatas incurren en delitos, sin embargo por el hecho de padecer esta anomalía, el psicópata posee una peligrosidad genérica por su carácter refractario a las normas sociales y además una peligrosidad específica respecto principalmente a delitos contra las personas en su patrimonio, delitos sexuales, delitos contra salud y delitos contra la seguridad de la Nación.

1.6.2. ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA.

ALCOHOLISMO

La adicción al alcohol, interviene como factor de la personalidad. Y desgraciadamente el consumo de bebidas alcohólicas está muy difundida en el individuo.

La persona que guarda dependencia de las bebidas - alcohólicas, prefiere el alcohol en forma repetida, para - la satisfacción de necesidades básicas de la personalidad. Por lo que el alcohol se vuelve sustituto de otras formas. realistas y socialmente integradas de satisfacer esas nece- sidades.

En el alcohólico se aprecia la desintegración de su personalidad, su abandono a toda actividad productiva, - a su apariencia física. Así mismo, pierde respeto y prestí- gio, esta pérdida de estimación hace que dependa más de -- las bebidas alcohólicas.

Los alcohólicos son generalmente sujetos débiles- de carácter pasivos, dependientes, receptivos, que se desa- lientan fácilmente; tienden a huir de la verdad. También - tienen poca iniciativa y perseverancia y muestran en sus - actos poca responsabilidad.

Se consideran tres entidades diagnosticas posibles:

1. Alcoholismo social: Donde miembros familiares o amigos sirven como modelo para una conducta de embria-- guez.

2. Alcoholismo neurótico: Donde el beber está basado en una motivación inconsciente y sirve como un medio de mantener el equilibrio psicodinámico. Así el alcohol implica para estas personas:

- a) Crear confianza en el alcohol,
- b) alivio de la ansiedad,
- c) facilita la huida de la responsabilidad,
- d) es sustituto de la hostilidad,
- e) y crea el mecanismo de regresión.

3. Alcoholismo psicótico: Este tipo incluye dos - subtipos; alcoholismo esquizofrénico y alcoholismo maniaco depresivo.

El alcoholismo esquizofrénico se caracteriza por - la alcoholización impulsiva intensa acompañada de signos - de disociación mental, ideas alucinatorias o delirantes.

El alcoholismo maniaco depresivo es aquel en donde el individuo puede aislarse por largos períodos.

El alcoholismo, además de ser un grave problema social, es una cuestión criminológica de mayor importancia. Pues, la personalidad dependiente puede realizar diferentes conductas delictivas.

En efecto, el alcohol aparece en los delitos que se cometen culposamente como son: el homicidio, daño en propiedad ajena, lesiones y en cuanto a los delitos sexuales especialmente en la violación o en el incesto, donde el alcohol actúa como un desencadenante de una conducta agresiva.

FARMACODEPENDENCIA.

La farmacodependencia es cada vez uno de los mayores problemas sociales, así como las bebidas alcohólicas. En la actualidad las drogas más comunes son; la marihuana, la heroína y la cocaína, las cuales representan un grave peligro para la salud.

Se ha venido incrementando constantemente y cada vez más el consumo de ellas, pese a la severidad de las sanciones penales y a la repulsa social.

El uso de estas drogas produce ausentismo en el trabajo, accidentes profesionales, etc.; así como el tráfico de drogas y el índice de criminalidad. También influye en los accidentes automovilísticos, ya que el efecto de la droga produce en el individuo la pérdida del control, del sentido del tiempo y del espacio, a sí como una disminución de sus habilidades y mecanismos automáticos.

1.6.3. NEUROSIS DE CARÁCTER.

Las neurosis de carácter es aquella que se expresa en acciones hacia la sociedad; presentando el neurótico -- conductas asociales o antisociales y no a través de una -- neurosis con síntomas.

La ausencia de síntomas y de rasgos neuróticos de carácter no es suficiente para afirmar que un individuo es mentalmente sano. Existe la posibilidad de que el sujeto, adolezca de defectos dependientes de su adaptación al medio social y cultural.

Por tanto, la conducta del neurótico, menos apropiada y eficaz que de la de los individuos normales, se caracteriza por su exageración, incongruencia o excesiva rigidez o bien, por la inercia, la indecisión y la incapacidad para actuar autónomamente. Conservando, el neurótico, sus contactos con la realidad; pero, la imagen distorsionada que tiene de sí mismo y del mundo, le impiden establecer relaciones armónicas, satisfactorias y productivas consigo mismo y con los demás, es por esto que llegan a realizar conductas asociales o antisociales, es decir, que sus intereses y deseos lo inclinan a perseguir metas contradictorias.

CAPITULO TERCERO

LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA COMO UN FACTOR DEL SUICIDIO

1. Evolución histórica de los conocimientos sobre la psicosis maniaco depresiva.
2. Etiología.
 - 2.1. Edad de aparición.
 - 2.2. Índice de frecuencia.
3. Fases de la psicosis maniaco depresiva.
 - 3.1. Fase maniaca o hiperactiva.
 - 3.2. Fase depresiva.
4. El suicidio.
 - 4.1. Concepto de suicidio.
 - 4.2. El suicidio ante el derecho penal.
 - 4.3. Teorías sobre los suicidios.
 - 4.4. Acto del suicidio.
 - 4.5. Causas y motivos.
 - 4.6. Suicidio y enfermedades mentales.
 - 4.7. Las actitudes de la sociedad frente al suicidio.
 - 4.8. El intento suicida.
 - 4.8.1. Métodos empleados en los intentos suicidas.
5. Pronóstico y curso.
6. Tratamiento.

1. EVOLUCION HISTORICA DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA.

Antes, la manía se consideraba autónoma, ya que se pensaba que poseía su propia sintomatología, su curso y su terminación. Asimismo, la depresión era aislada y descrita como autónoma, sin que se apreciase ninguna relación entre ambas. Hasta que Falret y Baillarger, trabajando separadamente, observaron la presencia de la manía y depresión en la misma persona. Esto daba a entender que tal vez pudiera haber una relación entre ambos trastornos, pero su investigación no condujo a resultados positivos.

En 1882, Emil Kraepelin manifestó su opinión, de que la psicosis maniaco depresiva podía manifestarse por síndromes depresivos. Además, consideraba estos trastornos como síntomas de una alteración orgánica somática, hereditaria, desencadenada en sujetos que poseen una estructura corporal y psíquica especial, en los que son primordiales los trastornos del estado de ánimo o del tono afectivo, de los que brotan los restantes síntomas, evolucionando la enfermedad periódicamente en accesos de alegría o de tristeza alternando con fases de normalidad.

Por lo tanto, " Emil Kraepelin observó que la manía podía conducir a la melancolía y esta a su vez, podía llevar a la manía. También describió la evolución recurrente característica de la psicosis maniaco depresiva. Finalmente observó que este trastorno no implica deterioración de la personalidad; La única deterioración reconocida, si es que había alguna, sería la falta de profundidad psíquica, intelectual y emocional, un enfoque despreocupado de la vida, cierta falta de iniciativa, una tendencia injustificada a desconfiar de su propio juicio y una inclinación proporcionalmente creciente a dejarse dirigir por otros ".
(sic) (30)

2. ETIOLOGIA.

Para conocer las causas de la psicosis maniaco depresiva, se debe examinar la historia personal del individuo para descubrir en las influencias ambientales los factores desencadenantes. Entre estos factores, algunos pueden entrar en las siguientes categorías:

1. La muerte de un familiar o amigo íntimo.

(30) Cit. por Dr. John R. Cavanagh y James B. McGoldrick.
Psiquiatría Fundamental. Barcelona. Ed. Luis Miracle,
S.A.. 1963. p. 428.

2. La pérdida de empleo o de la posición social.
3. Un quebrante económico.
4. Un desengaño amoroso.

Es por esto que analizaremos, esta enfermedad para ver hasta que grado influye para que una persona llegue al suicidio.

2.1. EDAD DE APARICION.

El Dr. Ignacio López de Saiz y el Dr. José María Codon nos dice que, " La psicosis maniaco depresiva, en - cualquiera de sus fases, rarísima vez se presenta antes de la pubertad y mucho menos después de la menopausia.. Entre los 25 y 40 años acaece de manera preferente la primera -- aparición de esta enfermedad ". (31)

Por el contrario, Octavio A. Orellana Wiarco nos dice, " la edad más frecuente en que se inicia la psicosis maniaco depresiva, es entre los 18 a 25 años, tanto en hom bres como en mujeres ". (32)

(31) Op. cit. p. 208.

(32) Op. cit. p. 230.

" La opinión general es que las personas que llegan a padecer la psicosis maniaco depresiva manifiestan -- síntomas de la enfermedad en edades comprendidas entre los quince y los veinticinco años en un 60 por 100 de los casos, en un 30 por 100 entre los veintisiete y los cuarenta años y en un 10 por 100 después de los cuarenta años ". -- (33)

De acuerdo a lo anterior, la psicosis maniaco depresiva se inicia en individuos de ambos sexos, y es más frecuente en edades comprendidas de los 18 a los 40 años. También, la aparición de la psicosis maniaco depresiva -- coincide con los períodos de gran tensión emocional y psíquica.

2.2. INDICE DE FRECUENCIA.

El índice de frecuencia de la psicosis maniaco depresiva a nivel mundial es del 0.4% del total de los pacientes que ingresan a los hospitales psiquiátricos.

(33) Dr. John R. Cavanagh y James B. McGoldrick. Op. cit.
p. 428.

3. FASES DE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA.

La psicosis maniaco depresiva se caracteriza por dos fases de ánimo opuestas, la fase maniaca y la fase depresiva; que aparecen en forma periódica y pueden acontecer en un mismo día, o en forma semanal, mensual o anual.

La duración de una fase no tratada es aproximadamente de 6 meses, pero es habitual que el individuo se recupere, pero en algunos casos la recuperación es parcial. La regla general de aparición de estas fases es de 3 a 4 episodios con intervalos de normalidad de varios años.

3.1. FASE MANIACA.

La fase maniaca de la psicosis maniaco depresiva " es la culminación de una temporada de conducta exuberante en la que el enfermo pierde recato, prudencia y discreción ". (34)

Por lo consiguiente, " la manía y maniaco (no maníatico) son una enfermedad o un enfermo caracterizados -

(34) Dr. Ignacio López de Saiz y Dr. José María Codon. Op. cit. p. 204.

por una intensa excitación, con afán de moverse y actuar, hablar atropellado, pasando de unas ideas a otras con suma facilidad, todo ello precipitado en un tono afectivo alegre, eufórico y una confianza sin límites en sí mismos ". (35)

También el individuo que se encuentre en esta fase, se muestra expansivo, activo, rápido en su conversación y en sus ademanes, en apariencia feliz, optimista y rebotando excesivo buen humor.

De todo ello se deduce, que en la fase maniaca el individuo pierde recato, prudencia y discreción, mostrando se activo ya que tiene el afán de moverse y actuar, habla rápido y tiene facilidad para pasar de unas ideas a otras, es alegre, optimista, con sentido de buen humor y confianza en sí mismo.

Existen diversos grados de intensidad en la manía, pero los síntomas que a continuación veremos son comunes en todos los grados.

En todos los estados maniacos la expresión fisonómica es inconfundible; la expresión radiante de felicidad

(35) Ramón de la Fuente Muñiz. Op. cit. p. 238.

y alegría, a la que acompañan una movilidad mímica exagerada. En estos individuos cualquier estímulo, a veces insignificante, provoca una reacción desproporcionada, dando lugar a los más exaltados movimientos de expresión.

Se adapta rápidamente con el medio ambiente y pasa de un estado afectivo a otro; de la alegría a la tristeza, de la cólera a la ansiedad, y todo ello en breves momentos.

El maniaco se percató con rapidez de las debilidades o defectos de sus interlocutores y de los del ambiente, los que utiliza para embromar o burlarse de las personas que lo rodean.

La incoherencia del lenguaje hace que el individuo pase de una idea a otra, por la menor causa pierde el hilo de la idea, desviándose del pensamiento en otra dirección y llegando en los casos avanzados a la fuga de ideas.

La fuga de ideas consiste en un fluir de ideas, -- que, por la falta de las asociaciones intermedias, produce a quien lo escucha la sensación de un conglomerado de frases sueltas, por lo que la conversación o el discurso resulta en apariencia, incoherente y nunca llega a un fin -- previsto.

La sintomatología del maniaco da lugar a una conducta de actividad incansable, de entrometimiento en todo. También, suelen ser infatigables, continuando una sola actividad durante días y noches, insensibles al hambre, a la sed y a la falta de sueño.

Las fases maniacas comienzan en general de una manera brusca; duran más o menos tiempo, por término de 3 a 6 meses y duran menos, cuando es más joven el individuo. - Estas fases, después pasan a un período de aparente normalidad que pueden durar toda la vida.

Del mismo modo, " los ataques maniacos son precedidos regularmente por varios días de depresión ligera, y pasada la fase maniaca, la crisis depresiva es intensa, que se manifiesta por una apatía absoluta, pérdida total del apetito, insomnio, etc., y en estas crisis el riesgo de -- que el enfermo llegue a suicidarse es muy considerable en una relación proporcional a la población general ". (36)

Los diversos grados de intensidad de la manía son los siguientes: La hipomanía y la manía delirante aguda.

HIPOMANIA:

En este sentido hipomaniaco el individuo tiene una seguridad exagerada, es emocionalmente inestable, sumamente optimista, ríe con facilidad, nada le preocupa y desarrolla una intensa actividad. Tiene facilidad de palabra y soltura en sus ademanes, es socialmente agresivo, le gusta discutir, se irrita ante la menor contrariedad y su sensibilidad le puede llevar a ataques de carácter agresivo.

MANIA DELIRANTE AGUDA:

En la mania delirante aguda el individuo está intensamente activo, con ideas delirantes, alucinaciones y confuso a todos los niveles de la personalidad. Sus impulsos incontrolados pueden ser de tipo agresivo relacionados a sus ideas y alucinaciones.

3.2. FASE DEPRESIVA.

En la fase depresiva de las psicosis maniaco depresivas, prevalecen los rasgos opuestos a los síntomas maniacos. En la cual, su forma de aparición es lenta, insidiosa e inmotivada; el mismo individuo no se explica la causa de su abatimiento y de su tristeza. El individuo deja de disfrutar del trabajo o de las diversiones y su atención se -

concreta cada vez más en sí mismo.

La expresión del enfermo es muy típica: La cara - refleja la tristeza y la inquietud que le embarga; es una expresión de aflicción, de amargura, de llanto, muchas veces sin lágrimas, acompañada de decaimiento, con mirada baja, movimientos lentos, perezoso, etc., es así, como el enfermo aparece envejecido, cansado e indiferente y habla como quien está desanimado.

El deprimido descuida su apariencia personal, su - indumentaria es descuidada y sucia. Teniendo indiferencia por todo lo que pasa a su alrededor. La tristeza ocupa toda la vida del deprimido. Es por esto, que reciben las frases de ánimo y aliento con amargas sonrisas, con impasibilidad o con ironía. En algunas ocasiones se intranquilizan, se vuelve desesperado de un lado para otro, insultan, rompen, etc., buscando en el movimiento una descarga a su tensión interna.

Lo más característico de los estados depresivos es el inmotivado abatimiento y la anulación de todos los sentimientos que no se refieren a su tristeza. No les importa la desgracia de los demás, ni la de sus familiares. La algria y la felicidad aumentan su tristeza y les irritan.

Las cosas que les agradaban y conmovían les dejan insensibles e indiferentes. Pierden la afición por todo, incluso sus sentimientos religiosos, pero en la mayoría de los casos siguen confiando en Dios para salir de su aflicción; esto evita en muchas ocasiones el suicidio, que por su desesperación es a lo que llegan estos enfermos.

También, el enfermo se considera un sujeto indigno, culpable que merece la muerte, es por esto que este estado mental lo induce al suicidio. En ocasiones trata de evitar las penas de la vida a sus seres queridos, o los sufrimientos y angustias que él padece, y mata a sus hijos o esposa y luego se suicida.

En la fase depresiva se observan depresiones leves y depresiones agudas.

En las depresiones leves; el individuo está triste, ansioso, se preocupa por pequeños incidentes, la actividad se reduce, el habla es lento, le es difícil concentrarse, pierde el interés hacia el medio. En su estado depresivo y cierta confusión en su personalidad le hacen perder el control y sus imágenes tienden a ser autodestructivas y el individuo no desea vivir, no sabe, no conoce las causas, propiciando de manera inconsciente conductas agresivas. Es por esto, que puede intentar conductas suicidas,

Pero también bajo un aparente encubrimiento puede llegar a ser víctima de delitos.

En la depresión aguda, los pensamientos suicidas son más claros y frecuentes. También la actividad disminuye, pierde el sueño, no come, el pensamiento es muy lento, el lenguaje presenta dificultad, tiene sentimientos de culpa por acontecimientos sucedidos hace varios años y relaciona estos sucesos para justificar sus ideas suicidas.

De acuerdo a lo anterior, veremos como se presenta la psicosis maniaco depresiva como factor delictivo, en sus dos fases anteriormente señaladas.

En la fase maniaca de la psicosis maniaco depresiva en un grado avanzado, las infracciones se dan por razón inversa a la intensidad de la mania. Esto se debe a que en las manías intensas el enfermo está estrechamente vigilado o recluso, pudiendo dar lugar, si estuviese en plena libertad absoluta, siendo propenso a la violencia, escándalo, agresión, pegar, romper o lesionar por descargar su tensión psicomotriz, y lo hacen según las circunstancias ambientales se lo pidan, actuando contra lo más cercano sin pararse a escoger lo que va a agredir.

Cuando las ideas delirantes se añaden a la manía - aumenta la peligrosidad. " Pero la única transgresión que se produce con frecuencia, sobre todo en la melancolía, es el suicidio. (González López). Fácil es comprender como el melancólico al creer plenamente, sin ningún género de dudas, su condenación irremisible, su ruina cierta, su enfermedad incurable, su tristeza sin esperanza, o bien considerándose la causa de desgracias y catástrofes, piense - muchas veces y con frecuencia ponga en práctica el suicidio como único camino de liberación ". (37)

Pero, también se han observado casos en que el melancólico convencido de la desgracia y de los sufrimientos que caerán sobre los suyos, produce la muerte a los seres más queridos, seguida de la suya.

En consecuencia, la postura del individuo ante el delito o ante el suicidio que no ha podido llevar a efecto, es siempre la misma; dice que: No mata por venganza, rencor, etc., mata o se suicida porque cree con ello producir un bien.

(37) Dr. Ignacio López Saiz y José María Codon. Op. cit. - p. 212.

4. EL SUICIDIO.

El suicidio es la privación de la vida por propia decisión, es por esto que resulta hasta cierto punto incomprensible el hecho de que un ser humano ya no responda a su instinto de conservación, y en lugar de procurar vivir la vida, opte por eliminarse.

Por tanto, el suicidio no es ni debe ser un delito, ni cuando se consuma, ni cuando se frustra, pues el suicidio supone que la persona que se priva de la vida es por propia decisión, pero adquiere relevancia penal cuando en su causación concurre además de la actividad del suicida, otra fuerza individual extraña.

El motivo para que una persona tome una decisión se debe a que su estado de ánimo es muy conflictivo, ya sea por problemas económicos, decepciones amorosas, problemas familiares, enfermedades dolorosas e incurables, etc.; En fin, que la vida para ese sujeto ya no constituya el bien de mayor jerarquía, siente que este mundo ya no le ofrece los satisfactores que el busca o espera encontrar y decide poner fin a sus sufrimientos y así cada suicidio lleva el sello del individuo, es decir, este decide cual será el lugar, el tiempo y la forma.

En este sentido, el suicidio es un tema muy interesante. Es materia de atención y estudio; las causas del — suicidio, los métodos empleados para conseguir el desenlace fatal, etc.; Así como un sinnumero de detalles de un suceso que va en contra del Ser Supremo o de la Naturaleza, como lo es, el privarse voluntariamente de la vida.

4.1. CONCEPTO DE SUICIDIO.

Etimológicamente suicidio significa la muerte dada así mismo (del latín SUI, de sí mismo y CAEDERE, matar).

" El suicidio, dice el doctor Descuret, puede ser considerado, en general, como el delirio del amor propio; delirio que hace olvidar los deberes mas sagrados, y hasta el sentido de la propia conservación, para sustraerse á -- sufrimientos físicos ó morales, que no se tiene el valor - de soportar ". (38)

Para Francisco González de la Vega, el suicidio -- es el " acto por el que una persona se priva voluntaria--

(38) Cit. por. P.J.C. Debreyne. Del Suicidio. Madrid. Tipo-
grafía de Alfredo Alonso. 1898. p. 12.

mente de la vida ". (39)

De la misma manera, el suicidio es el " que sugiere estrictamente el acto o la conducta que daña o destruye al propio agente y con mayor precisión, el hecho voluntario de quitarse la vida ". (40)

Resulta hasta cierto punto incomprensible el hecho de que el ser humano ya no responda a su sentimiento de la propia conservación y en lugar de procurar vivir la vida - con intensidad, opte por privarse de la vida voluntariamente.

Por lo tanto, el hombre, en el acto de suicidarse, muestra a veces cierta energía física y oculta siempre una cobardía moral. Es por esto que se dice que el suicidio -- " es el acto más valiente de un cobarde ", pues, el que decide privarse de la vida debe tener demasiado valor para - atentar contra sí mismo y ser cobarde en enfrentarse a la vida.

(39) Derecho Penal Mexicano (los delitos). Decimoctava - ed. México. Ed. Porrúa, S.A., 1982. p. 35.

(40) Francisco Rendón Gómez. Tres Estudios Jurídicos. Jalapa, Ver. Ed. EDITIV. p. 71.

De todo ello se deduce que, el suicidio es la privación de la vida por propia decisión.

4.2. EL SUICIDIO ANTE EL DERECHO PENAL.

El suicidio en la antigüedad y en diversos pueblos, entre ellos Roma primitiva, era considerado un hecho permitido y en ocasiones estimado como acto honroso, con excepción de aquellos suicidios realizados para evitar el castigo por un delito cometido. Posteriormente, el cristianismo influyó en las legislaciones seculares para la prohibición del suicidio y sancionarlo no solo espiritualmente, sino - con penas infamantes para el cadáver y con penas patrimoniales sufridas por los herederos.

En cambio, el Código de Manú consideraba al suicidio una acción obligatoria, teniendo una norma preceptiva que ordenaba la propia supresión de la existencia a aquella mujer de casta muy elevada que tenía relaciones eróticas con hombre de casta muy inferior.

Entonces, se ve una oscilación en las ideas acerca del suicidio en cuanto a las costumbres de diversas naciones: En el Japón, el emperador donaba un puñal a uno de sus súbditos de alta manchada por un acto deshonroso, - para que la libere abriéndose el vientre que es donde resi

de el alma oriental. A veces, eran los prejuicios militares o económicos los que conducían al suicidio, no por las leyes escritas, sino por costumbres morales, como en aquella tradición del ejército germánico que pone al alcance del militar la pistola para que se prive de la vida cuando sus fracasos bélicos no han correspondido a las exigencias del Estado, o aquella tradición que exige a los banqueros quebrados levantarse la tapa de los sesos.

Por otra parte, en otras épocas, injustamente se agraviaba a los familiares del suicida con ultrajes al cadáver o con penas patrimoniales. Pero la historia del Derecho Penal muestra constantes oscilaciones de una época a otra y las viejas ideas se dan por descartadas.

En cambio, el suicidio en el Derecho Comparado contemporáneo da una constante y casi unánime respuesta: la de la indiferencia legislativa a través de la impunidad. Y tal impunidad, se apoya en el hecho de que "no puede existir violación del derecho propio, ni por consiguiente, puede cometerse una acción delictuosa sobre un bien jurídico por el que es su titular. Así parte de la imposibilidad de aplicar la pena, el suicidio no es un acto punible", dice Eugenio Florián. (41)

(41) Cit. por Francisco Rendón Gómez. Op. cit. p. 72.

De igual manera, resulta ineficaz todo medio represivo contra el suicidio cuando se consuma. Porque según la frase de Garraud " la causa de impunidad del suicidio, es el suicidio mismo ". (42) Porque quien se elimina de la existencia, con su propio acto supresorio evita cualquier medio represivo contra su persona.

También, Enrique Ferri " partiendo de la premisa - de que si el suicidio no es sancionable como delito ello - implica que se trata de un acto "juridicamente lícito" y - en consecuencia todo hombre tiene el derecho de morir, aun cuando no lo tenga para hacerse matar ". (43)

De todo ello se deduce que, el suicidio no es ni - debe ser un delito ni cuando se consuma, ni cuando se frustra, pues el suicidio supone que la persona que se priva - de la vida es por propia decisión. Por lo tanto, el suicida se vuelve un prófugo de las autoridades sancionadoras - así como de su propia existencia; Es por esto que, en la -

(42) Cit. por. Francisco González de la Vega. El Suicidio ante el Derecho Penal. México. Cuadernos de Criminología. 1941. p. 6.

(43) Cit. por. Francisco Favón Vasconcelos. Lecciones de Derecho Penal. 5a. ed. México. Ed. Porrúa, S.A., 1965. p. 231.

legislación mexicana está deprovisto de penalidad, tanto la muerte que se causa una persona voluntariamente, como las lesiones que se infiera ella misma, no constituyen ni homicidio, ni lesiones, ya que estos requieren, como constitutiva necesaria, un acto externo, de tercero, privatorio de la vida ajena o perturbador de la salud.

Pues, " la vida nunca constituye un bien disponible y aun cuando la ley no castiga el suicidio, pena el homicidio con el consentimiento de la víctima, así como la inducción y la ayuda al suicidio " - Cuello Galón -. (44)

Por todo eso, el suicidio, adquiere relevancia penal, cuando en su causación concurre, además de la actividad del suicida, otra fuerza individual extraña.

Es así como la doctrina y el Derecho comparado reconocen tres formas de participación en el suicidio: a) La participación moral en forma de inducción al suicidio; b) La participación material en forma de auxilio al suicidio; y c) participación material tan completa y acabada -- que el partícipe mismo ejecuta la muerte de otro con su --

(44) Cit. por Francisco Rendón Gómez. Op. cit. p. 78.

consentimiento.

A este respecto cabe mencionar que nuestro Código Penal para el Distrito Federal recoge las tres hipótesis de punibilidad de la participación suicida, en sus artículos 312 y 313, los cuales expresan lo siguiente:

Artículo 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

Artículo 313.- Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciera alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.

Entonces, la conducta típica descrita en la primera parte del artículo 312 presenta alternativamente dos formas diversas que son la inducción y auxilio. Ambas, están orientadas a la realización de un hecho cuya ejecución corresponde a la víctima.

" Inducir al suicidio significa tanto como excitar, instigar a él, debiendo ser la inducción directa y suficiente ". (Cuello Calón). (45)

Así mismo, inducir al suicidio significa " instigar, persuadir o mover la voluntad de otro para que se prive de la vida ". (45)

De todo ello se deduce, que inducir al suicidio -- significa: mover la voluntad de otro en forma directa y -- suficiente para que se prive de la vida.

Por lo que, el inductor proporciona la causa psicológica, directa, que va a ser determinante de la decisión suicida en la muerte del inducido.

Cualquiera que sea el medio através del cual el inductor hubiere inducido a otro al suicidio, queda comprendido en el artículo 312 del Código Penal para el Distrito Federal.

(45) Cit. por Francisco González de la Vega. Op. cit. p.

13.

(46) Mariano Jiménez Huerta. Derecho Penal Mexicano. Tomo II. Séptima ed., México. Porrúa, S.A., 1986. p. 335.

Sin embargo, al inducir a otro a suicidarse, puede que sea sobre un sujeto que por falta de desarrollo o salud mental, no estuviere en actitud de comprender la trascendencia del acto a que se le induce. Por esta razón, el artículo 313 del Código Penal en cita, declara: " Si el - occiso o suicida fuere menor de edad, o padeciera alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas ". En este precepto la inducción al suicidio se considera como homicidio o lesiones calificadas. Pues, la ley valora la inducción proyectada que se hace a un menor de edad, o al que padeciere alguna forma de enajenación mental.

Por lo tanto, la inducción supone que el inductor tiene plena intención para que otra persona se prive de la vida y por eso su conducta se orienta a convencerla para - que ella misma lo haga.

Pero también, es factible que en la inducción al - suicidio puedan intervenir una o más personas. No es necesario que el inductor sea el que hubiere concebido la comisión del delito, pues éste puede haber sido ideado por otra persona, en este caso la situación se rige por las reglas - de participación delictuosa; descrita en la fracción I del artículo 13 del Código Penal, que establece:

Artículo 13.- Son responsables del delito: Fracción I.
Los que acuerden o preparen su realización.

Ahora bien, el artículo 312 del Código Penal, también establece el auxilio al suicidio, el cual analizaremos.

" Prestar auxilio para el suicidio equivale a proporcionar medios (armas, veneno, etc.) o cualquier otro género de cooperación, por ejemplo, auxilio de carácter moral, como indicaciones acerca de modo de ejecutarlo, de servirse del arma, etc. (47)

Del mismo modo, el auxilio prestado a la víctima, es la cooperación a través del cual se hace posible la ejecución del acto mismo del suicidio. Y la cooperación es la que se presta para la ejecución del delito, como lo sería el acto de proporcionar el arma o la dosis necesaria de veneno, etc.

Los actos de auxilio al suicidio pueden ser de índole material o moral. Los primeros consisten en las accio

(47) Francisco González de la Vega. Derecho Penal. p. 88.

nes tendientes a procurar el medio adecuado para que el -- suicida realice su proposito. V.G. El arma o el veneno; En tanto que los segundos consisten en confortar al suicida - con palabras alentadoras, dandole valor en momentos de fla queza, o bien confortándolo con la presencia física para - que no desista de su empeño.

Fero en el caso de que exista una pasividad en el intento de suicidio, no puede tomarse como forma de auxi- lio, porque prestar auxilio es algo más que ese silencio; eso sería abstenerse, o sea, no hacer nada y si no hace na da no presta auxilio a ningún intento. Por lo tanto, moral mente no obrará bien y legalmente no podrá castigarsele. Por ejemplo: Cuando el carcelero no impide, pudiendo hacer lo, el suicidio que ante sus ojos perpetra el preso sujeto a su custodia.

En cambio, la cooperación que llega hasta el punto de que el auxiliador o instigador ejecute él mismo la muer te, se considera como homicidio consentido por la víctima, el cual está contemplado en el artículo 312 en la parte fi nal, que a la letra dice: " ... si se lo prestare hasta - el punto de ejecutar el mismo la muerte, la prisión será - de cuatro a doce años ".

Como anteriormente señalamos, el texto habla de -- ejecutar la muerte del suicida, esta actividad va más allá del simple auxilio, convirtiendo la conducta del autor no sólo en la causa material de la muerte de la víctima, sino identificandola con el tipo de homicidio, aún cuando la -- víctima de su consentimiento.

4.3. TEORIAS SOBRE LOS SUICIDIOS.

El suicidio ha sido analizado desde todo tipo de - perspectivas; como son: la histórica, la médica, la psicología, la psiquiátrica y el psicoanálisis; desde un punto de vista antropológico, sociológico, económico o geográfico; o bien sobre un enfoque jurídico. Es por esto que existen diversas teorías acerca del suicidio, las cuales analizaremos.

En la teoría sociológica, según Emilio Durkheim, - las causas del suicidio están en la propia sociedad en que se desempeña el hombre, es por esto que el suicidio es para él la resultante de toda una serie de condicionamientos sociales, que engloban elementos de tipo familiar, cultural, religioso, etc.; Así expone las tres formas de auto--eliminación.

A. Suicidio Egoísta: Es provocado por una carencia de integración social, es el de los enfermos y los marginados.

B. Suicidio Altruista: Es el motivado por un exceso de integración, es aquel que reviste la forma de sacrificio o el que se da en grupos sociales como el de los militares.

C. Suicidio Anómico: Fruto de una perturbación en el equilibrio de la integración social, y de la consiguiente situación o sensación de anomía (carencia de normas, o desconcierto ante una pluralidad de sistemas de normas distintos), este sería el suicidio típico de las situaciones de crisis, tanto económicas, como sociales y políticas.

Por todo esto, la teoría sociológica sobre los suicidios afirma la efectiva influencia de los factores sociales sobre el suicidio.

Aunque, no podemos negar la intervención y el influjo de los factores sociales en el fenómeno de los suicidios, porque el hombre es un ser social.

Por el contrario, existe otra teoría opuesta a la perspectiva sociológica de Durkheim, a la cual denominaríamos: Determinismo Biologista, que pretende encontrar en la genética y la herencia, las causas explicativas del suicidio.

" En resumen diría la tesis que el suicidio de las personas depresivas o maniaco depresivas obedece a la presencia de un gen del cromosoma sexual X, que la madre puede transmitir hereditariamente; las perturbaciones que -- ello provoca en el organismo que pueden ser eliminadas por medio de la administración de correctivos tales como el litio, susceptible de curar y aun de prevenir las crisis de presivas graves. " (43)

Es por esto, que la herencia juega un papel importante en esta psicosis, sin embargo la opinión de los expertos está dividida en cuanto a lo que se refiere a su naturaleza, así para " ... Rüdín y su escuela han comprobado que en el 75% de los casos de la psicosis maniaco depresiva uno de los padres la habría padecido .

(43) Joan Estruch y Salvador Cardús. Los Suicidios. Barcelona. Ed. Herder. 1982. p. 48.

Luxembuenger ha visto que si ambos padres padecen la enfermedad el 62.5 % de los hijos tendrá la psicosis y el 37.5 % restante serían anormales con características maniaco depresivas. Lange llega a igual conclusión., y añade que los hijos de un enfermo de psicosis maniaco depresiva sufrirán este padecimiento en un tercio de los casos, es - decir, uno por cada tres hijos. Bumke afirma que nunca ha podido observar que ni el padre ni la madre de un enferma con psicosis maniaco depresiva ha dejado en ningún caso de pertenecer al círculo maniaco depresivo ". (sic) (49)

En cambio, para " Pollock, Malzberg y Fuller dicen que no hay razones que permitan sostener esta opinión y expresa su punto de vista, en estos términos :

No obstante el hecho de que se observe una psicosis maniaco depresiva en varias generaciones, no hay razón para explicarse ésta debidamente sobre la base de leyes -- biológicas. La herencia no puede aportar una explicación -- completa al hecho de la existencia de un trastorno mental no es un enfermo fisiológico con su subsiguiente curso determinado en períodos específicos de la vida. No hay fata-

(49) Cf. Dr. Ignacio López Saiz y Dr. José María Codon. --

lidad alguna que determine la transmisión de una enfermedad mental, de suerte que un individuo tiene una historia familiar cargada de antecedentes psiquiátricos tenga necesariamente que desarrollar el mismo trastorno mental. " (50)

De acuerdo a lo anterior, decimos que hay quienes creen que la psicosis maniaco depresiva se hereda, pero no por el hecho de que el padre o la madre de la familia hayan presentado esta enfermedad, tenga necesariamente que desarrollarse el mismo trastorno en sus descendientes.

Otra teoría es la Teorización Psicoanalítica clásica del suicidio, aunque Freud nunca se ocupó del suicidio de modo explícito, pero si hace algunas alusiones en cuanto a esta cuestión. Una de ellas es la " Psicopatología de la Vida Cotidiana " donde habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se impone él mismo. En donde la melancolía hace que el yo se trate a sí mismo como a un objeto, dirigiendo contra él una hostilidad que de hecho desearía dirigirse contra un objeto exterior. En este sentido la depresión es una manifestación de odio para consigo mismo. Freud dice que " Quizá nadie sea capaz de ha--

(50) Cit. por Dr. John Cavanagh y James B. McGoldrick. Op. cit. p. 429.

llar la energía psíquica necesaria para matarse, si simultáneamente no mata a un objeto con el cual se ha identificado, dirigiendo así contra sí mismo un deseo de muerte — orientado hacia otra persona ". (51)

La obra de Menninger es probablemente la que, en — truncando con fidelidad con el pensamiento de Freud, mejor puede ser considerada como la teorización psicoanalítica — clásica del suicidio. Donde Menninger cree distinguir en — todo suicidio la combinatoria de tres dimensiones:

1º El deseo de morir que son las ansias de reposo y en la voluntad de alejar o de rehuir los conflictos.

2º El deseo de matar que es la agresividad desviada a sí mismo.

3º El deseo de ser matado en el que intervienen — los sentimientos de culpabilidad y la justicia del castigo.

Finalmente, podemos decir que las principales teorías son las sociológicas, biológicas y psicoanalíticas, — las cuales cada una se refieren al suicidio de acuerdo a — sus intereses; Por todo esto, en el suicidio intervienen — una multiplicidad de factores que no son integrables en el marco teórico de una sola disciplina. Pero nuestra investi

(51) Joan Estruch y Salvador Cardus. Op. cit. p. 53-54.

gación se integraría dentro de la teorización psicoanalítica.

4.4. ACTO DEL SUICIDIO.

El acto del suicidio no es por regla general un acto cuidadosamente planeado. Pero analizaremos, los aspectos relacionados con el acto. Los cuales se refieren a las características tales como: hora, el mes en que se llevó a cabo, lugar en que se realizó y la forma de realización.

LA HORA DEL SUICIDIO.

De acuerdo con el estudio que hace Ma. Luisa Rodríguez Sala de Gómezgil en su obra Suicidios y Suicidas en la Sociedad Mexicana, se observa que los suicidios que se intentan y se llevan a cabo, fundamentalmente es en las horas de la noche. Es en la noche cuando el individuo se siente más deprimido y fácilmente se inclina a la ejecución del acto suicida, es por esto que los hombres prefieren estas horas, no así las mujeres, quienes algunas solo intentan el suicidio, recurren al día, en el cual resulta mucho más fácil prestarles auxilio y lograr frustrar el intento.

EL MES DEL AÑO.

Los meses del año en que se presenta el suicidio -- con mayor frecuencia, son en los meses primaverales y en -- los que registran las temperaturas medias más elevadas son - abril, mayo, junio - esto es en cuanto al intento como a la consumación y sobre todo entre los hombres. Las mujeres suicidas sólo intentan el acto, muestran una preferencia - al intento en los meses iniciales - enero y febrero --.

De acuerdo a lo anterior, " Dexter nos habla de la criminalidad, pero sus palabras también resultan válidas - para el suicidio, ya que la temperatura que afecta al esta do emocional provoca la aparición de la agresividad, no só lo contra los extraños, sino también contra sí mismos, pro vocando el suicidio ". (52)

De todo ello se deduce, que el acto del suicidio - se comete en los meses primaverales que son abril, mayo y junio. En los cuales la temperatura afecta al estado emo--

(52) Cit. por Ma. Luisa Rodríguez Sala de Gómezgil. Suicidios y Suicidas en la Sociedad Mexicana. Primera ed., México. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM. 1974. p. 97-98.

cional provocando la agresividad, siendo incapaz el hombre de dominarse, no solo contra los demás, sino contra sí mismo llegando a provocar el suicidio.

LOS LUGARES.

Los lugares más frecuentados para el suicidio son: el domicilio particular y los lugares públicos (cantinas) y en mucha menor cantidad en los hoteles, en la cárcel, -- hospital y en los centros de trabajo.

Es en la cárcel un lugar en la cual el recluso, se encuentra en una situación psicológica muy especial, que propicia no solo el intento, sino la consumación del acto con los medios más definitivos.

LAS FORMAS.

Las formas del suicidio, se agrupan en dos categorías, que son: Formas directas y formas indirectas.

Las formas directas comprenden las que implican un intento menos expuesto al fracaso o a la frustración, como: el estrangulamiento, lesión por arma blanca, corte de venas y uso de arma de fuego.

En la forma indirecta se han considerado: La intoxicación, el arrojarse al vacío o al paso de algún vehículo, y el buscar la muerte por sumersión.

Estos procedimientos implican un grado menor de decisión por parte del sujeto, ya que los medios empleados no actúan directamente sobre su persona y las probabilidades de frustración son mayores.

La forma de realizar el suicidio presenta diferencias según el sexo, puesto que, el hombre suele utilizar con mayor frecuencia las formas directas con repulsión a las indirectas. Y, las mujeres emplean medios indirectos y tienen una repulsión hacia las directas.

En efecto, podemos decir que el sexo masculino intenta el suicidio con la intención de consumarlo, pues al usar las formas directas para su realización son muy pocas las probabilidades de frustración. Por el contrario, las mujeres utilizan medios indirectos en los que las frecuencias de salvación son muy altas, ya que las mujeres en la mayoría de las ocasiones suelen hacer el intento del suicidio, pero sin un verdadero deseo de llevarlo a cabo.

4.5. CAUSAS Y MOTIVOS.

Resulta bastante difícil precisar las verdaderas - causas que inducen al suicidio, pero los motivos manifestados generalmente por los familiares del suicida o por él - mismo, en los casos en que su intento se vió frustrado, -- constituye la causa más proxima del suicidio.

Por tanto, vemos que algunas causas aparentes que tiene como resultado el intento de suicidio o el suicidio consumado son: Disgusto familiar, dificultad amorosa, enfermedad grave o incurable, la enfermedad mental y el alcoholismo.

Los motivos pueden ser de dos tipos: Por motivos externos o de tipo predominantemente social y los internos o personales.

En los motivos externos o de tipo predominantemente social, se incluye la dificultad familiar y los disgustos amorosos; se considera que estos, al parecer no son -- problemas tan serios que conduzcan al sujeto a quitarse la vida, pero muchas veces solo desea llamar la atención de - los demás miembros de la familia hacia su situación, por - lo cual solamente se intenta el suicidio.

En cuanto a los motivos internos o personales se encuentra la enfermedad física o mental y el alcoholismo, los cuales inducen a la consumación del suicidio.

Pues el enfermo se ve afectado por sentimientos de culpa, porque, aún en la actualidad muchas enfermedades se interpretan como castigo y, lo que es peor, como castigo inmerecido. Y donde hay castigo hay culpa; es por eso que el enfermo, ya sea mental o físico, o bien alcohólico, trata de pagar esta culpa, infringiéndose a sí mismo el castigo, un castigo que al mismo tiempo pone fin a sus sufrimientos.

De acuerdo a lo anterior, vemos que los motivos en los intentos del suicidio o suicidio consumado son: Los disgustos familiares, dificultad amorosa, enfermedad grave o incurable, enfermedad mental y el alcoholismo; En los cuales el sujeto que se encuentre en estos casos, algunos optan por el suicidio como una solución a su problema.

4.6. SUICIDIO Y ENFERMEDADES MENTALES.

Se considera que el suicidio va a presentarse en personas que sufran alguna enfermedad mental, al menos en el momento del acto.

Entonces se considera a una persona como mentalmente enferma si su condición cae dentro de una de las categorías de enfermedades mentales, las cuales el Capítulo II fué tem de estudio.

En la neurosis sólo una minoría de los neuróticos se suicidan, mientras que la enfermedad depresiva es el -- trastorno mental con más alto riesgo de suicidio. En la -- cual, se observa anulado o disminuido el instinto de defensa de la vida y reemplazado por el deseo de sufrir o de la muerte.

En este sentido, Paul V. Lemkau en su obra Higiene Mental, al hablar de la psicosis maniaco depresiva dice: " El estado depresivo no es sólo emocional, sino que afecta a todo el individuo y representa un profundo cambio fisiológico activo del paciente. Con la profunda tristeza -- aparecen sentimientos de culpa y autodesprecio. El enfermo se siente solo, desamparado, indigno. La idea de que la vida no merece ser vivida aparece con tanta frecuencia en -- los estados depresivos que debe tenerse en cuenta siempre la posibilidad del suicidio ". (53)

(53) Cit. por Ma. Luisa Rodríguez Sala de Gómezgil. Op. -- cit. p. 64.

For su parte, las personas que tienen una enfermedad considerada incurable, presentan características psicológicas que pueden ser consideradas similares a las de cualquier persona afectada de un estado depresivo, es por eso que algunas personas que tienen una enfermedad incurable se suicidan o intentan suicidarse.

En este sentido, el alcoholismo, conduce con facilidad al suicidio, o cuando menos, al intento de autodes-trucción. Es por eso que mucha gente toma alcohol antes de llevar a cabo el suicidio o intentarlo.

De todo ello se deduce que: La enfermedad mental que tiene más riesgo de suicidio es la psicosis maniaco de-presiva, en la cual el individuo pierde el instinto de vi-vir y lo reemplaza por el deseo de morir.

4.7. LAS ACTITUDES DE LA SOCIEDAD FRENTE AL SUICIDIO.

Como hemos visto, durante mucho tiempo el suicidio fué objeto de penas infamantes y pecuniarias; En la actualidad, el suicidio, por sí mismo no es delito ni constituye un acto prohibido por el Derecho. Por consiguiente, las antiguas ideas punitivas se dan por descartadas y ahora sólo tienen interés sociológico.

Surgen así los lazos de solidaridad humana actualmente imperantes en casi todos los países. Dando paso a un pensamiento de generosa comprensión humana y una acción social de eficaz ayuda. Por eso, " Morselli postula la necesidad de " desarrollar en el hombre la facultad de coordinar sus ideas y sentimientos, a fin de que esté en situación de emprender un fin determinado en la vida, en pocas palabras: infundir al carácter moral del hombre fuerza y energía ". De la misma manera " ... Barbero Santos estima nuestra falta de afecto y la tentativa de suicidio en una petición de ayuda, en una embajada, acerca de la cual se debe averiguar por qué ese hombre desarrolló el sentimiento de que le era imposible seguir viviendo y auxiliarle a remover la causa ". (54)

De ahí que, en los últimos años se ha creado en la República Federal Alemana la " Comunidad de San Lucas " a la que se puede llamar por teléfono para obtener consejo y ayuda de un sacerdote, cuantas personas se encuentren desesperadas y sientan la tentación del suicidio. De igual manera se creó en Viena la " Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio " a la que está adherido el --

(54) Cit. por Mariano Jiménez Huerta. Op. cit. p.p. 138-

" Centro de Prevención del Suicidio " que operó en el Hospital de Emergencia de Coyoacan, D.F. y que en la actualidad funciona como un Centro de Orientación de Trastornos - Afectados.

Estas instituciones, tienen como objetivo el evitar el suicidio, para esto se utiliza " el teléfono amigo " que funciona ininterrumpidamente las veinticuatro horas del día, en donde deben llamar las personas angustiadas, deprimidas e inmersas en la desesperación y que se sientan al borde del suicidio. Las llamadas son contestadas por médicos psiquiatras, quienes acuden a donde está el paciente - para salvarle la vida.

De acuerdo a lo anterior, vemos que en la actualidad el suicidio no es un delito, ni está prohibido por el derecho. Es por esto que la sociedad toma una actitud de ayuda ante aquellas personas que se sienten con el deseo de suicidarse, y a las personas que llegan a frustrar su intento se suicidio también se les brinda la ayuda, es decir, que se les da un tratamiento, el cual posteriormente será tema de estudio.

4.8. EL INTENTO SUICIDA.

Se considera intento suicida, cuando una persona so sobrevive del acto suicida. V.g. Si una persona es conducida a un hospital en estado de coma o de somnolencia por la excesiva ingestión de somníferos, ha dejado una nota suicida y admite que quiso quitarse la vida, no hay ningún problema acerca de la naturaleza de su acción y esta sobrevive. Ferrero, también, existen personas que niegan la intención del suicidio después de un acto de autoperjuicio, por que se sienten avergonzados y culpables.

Se cree que la mayoría de las personas que ejecutan actos suicidas, si no todas, están claramente determinadas a morir, es decir, que a veces la intención del acto no es buscar la muerte, sino solicitar ayuda a través de esta simulación.

Del mismo modo, " Un intento suicida es cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua ". (55)

(55) Erwin Stengel. Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas. Argentina. Buenos Aires, Ed. Paidós. 1965. p. 68.

Entonces, se consideran todos los casos de autoenvenenamiento o lesiones autoinfligidas como intentos suicidas.

En un intento suicida hay que tener en cuenta tres aspectos:

- 1) La amenaza potencial a las funciones corporales.
- 2) El grado de intento suicida.
- 3) La constelación social en el momento del intento, es decir, las oportunidades de intervención del medio.

Aunque no en todos los intentos suicidas se presentan los tres aspectos, pero por lo menos existen dos de ellos. Por ejemplo: Un intento suicida en una persona que toma en su hogar una sobredosis excesiva de tabletas para dormir con una fuerte intención suicida, y a quien encuentra inconsciente un miembro de su familia, esta persona no se va a ubicar tan alto en la escala de seriedad como un intento similar realizado en un cuarto de hotel.

4.3.1. MÉTODOS EMPLEADOS EN LOS INTENTOS SUICIDAS.

Los métodos empleados en los intentos suicidas son: La intoxicación, el arrojarse al paso de algún vehículo y el buscar la muerte por sumersión. Estos métodos tienen mayores posibilidades de frustración, puesto que existe la posibilidad de que intervenga un tercero para impedir la consumación del acto del suicidio.

5. PRONOSTICO Y CURSO.

La psicosis maniaco depresiva con frecuencia aparece en su primer episodio maniaco entre los 20 y los 25 años y mientras más temprano sea el principio de cualquiera de los dos tipos, peor es el pronóstico respecto a la aparición de más episodios.

Nunca se puede predecir la duración de un ataque, ya que hay grandes variaciones de una persona a otra, e incluso el mismo individuo puede tener períodos cortos y largos de manía y depresión. Algunos individuos nunca llegan a tener más de un episodio, mientras otros la mayor parte del tiempo sufren estos ataques.

Un rasgo muy notable de la psicosis maniaco depresiva es el hecho de que incluso después de varios ataques

rara vez se alteran las capacidades intelectuales. Por lo consiguiente, en los intervalos normales, el individuo generalmente pueden reanudar su ocupación habitual y vivir en una forma por completo normal.

Por todo eso, podemos decir, que en algún episodio de la psicosis maniaco depresiva puede existir la posibilidad de que el individuo llegue al acto de suicidio. Y en el caso de no consumarse dicho acto, puede reanudar sus ocupaciones y vivir en forma normal. Es por esto, que a continuación veremos el tratamiento que se lleva a cabo para estas personas en el caso de que presenten episodios de psicosis maniaco depresiva. Y, así mismo para aquellos que llegan a la frustración de su intento suicida.

6. TRATAMIENTO.

Anteriormente, señalamos que en las psicosis maniaco depresivas se puede presentar el acto suicida, es por esto que; " Según la gravedad de la reacción depresiva o manía, y según el grado en que altera la capacidad del paciente para funcionar en su vida social y vocacional, acostumbrada, hay que decidir cuál será el juicio terapéutico inicial, si conviene insistir en que el enfermo continúe su trabajo, si es mejor que deje al empleo, si se va a pro

porcionar tratamiento en el hogar del individuo o en el ambiente de un hospital." (56)

Además, se analizan las posibilidades de intervenir para prevenir la conducta suicida dentro del marco de la prevención secundaria, planteada en tres puntos fundamentales: Detectar a las personas con intenciones de auto agresión, conseguir que dichas personas acudan a algún centro donde se les preste ayuda, y administrarles un tratamiento adecuado, tanto si aun no han intentado o ya intentaron suicidarse sin lograr sus propósitos. Para detectar la intencionalidad suicida, es de importancia la observación clínica, así como la recopilación de información acerca de los familiares y amigos del paciente.

" En nuestra opinión, los veinte rasgos principales, además del diagnóstico de un trastorno psicopatológico de fondo, serían los siguientes:

a) Insomnio muy intenso, en sus tres etapas cardinales: Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y despertar precoz.

(56) Arthur P. Hoyer y Lawrence C. Kolb. Op. cit. p. 377.

o) Fesadillas frecuentes relacionadas con la muerte, las catastrofes, etc.;

c) Fantasías de muerte y autodestrucción durante los períodos de vigilia;

d) Vivencias de soledad o abandono, de desarraigo y falta de integración socio-laboral;

e) Intensa ansiedad y desinhibición, junto con un descenso de estado de ánimo;

f) Padecimiento de alguna enfermedad de tipo somático, especialmente si es crónica, terminal, dolorosa o invalidante;

g) Profundos sentimientos de inutilidad o minusvalía;

h) Actividad delirante, sobre todo si la temática del delirio es de ruina, culpa, condenación, o de tipo paranoide;

i) Súbito interés por lo que supone la muerte, por lo que se sienta en ese trance y por lo que pueda haber en el más allá;

j) Deseo de informarse acerca de la manera menos dolorosa de morir y comprar artículos que puedan servir para ese fin;

k) Emitir avisos suicidas directos o indirectos;

l) Hacer preparativos que anuncien la muerte; hacer testamentos, suscribir pólizas de seguros de vida, pasar deudas, arreglar documentos, etc.;

m) El suicidio o fallecimiento reciente de algún ser querido;

n) Antecedentes personales relacionados con las conductas suicidas.

ñ) Conflictos importantes en el ámbito amoroso o personal;

o) Problemas de cierta relevancia en el ámbito económico, laboral, profesional o judicial;

p) Tender a la impulsividad, dificultad para controlarse;

q) Alto grado de agresividad, dificultad para manejar la agresividad;

r) Intolerancia a las frustraciones. ". (57)

A pesar de todo, en la mayoría de los casos no está presente este conjunto de características, sino que, en general, sólo algunas de ellas, por lo que no es tan fácil prever el suicidio. Pero tanto la realización, como la valoración de dichas pruebas, exigen, demasiado tiempo y experiencia y, por tanto, es difícil que se puedan utilizar en la práctica médica general.

(57) Dr. Ramón de la Fuente. Revista de Salud Mental. México. No. 3. V. 12. Septiembre 1989. p.p. 6-7.

Una labor importante dentro de la prevención secundaria; consistiría en un Centro especial que atendiera y escuchara a las personas que lo necesiten. Como anteriormente mencionamos en México existe el Centro de Orientación de Trastornos Afectivos, el cual funciona en la actualidad prestando ayuda a todas aquellas personas que lo necesiten; Aunque no se sabe con certeza si realmente se evita el suicidio, pero dada la importancia y el efecto de la conversación, desde el punto de vista preventivo, podemos decir, que estos centros son de utilidad, si en ellos se sabe escuchar, utilizando y encauzando el instinto de conservación para evitar que alguien se suicide durante esta fase de ambivalencia.

Ningún tratamiento, incluidos los psicofármacos, - la psicoterapia, los electrochoques y la hospitalización prolongada; garantiza que el paciente no intente nuevamente suicidarse, pero la aplicación de un tratamiento psiquiátrico ha demostrado ser muy útil, pues reduce significativamente la probabilidad de que intente nuevamente suicidarse.

En el caso de que, los sujetos que intentan llamar la atención y no son atendidos después de intentar suicidarse, existe la posibilidad de que la siguiente vez que lo intente si lo consiga. Por esto, el sujeto que haya tra

tado de suicidarse debe ser estudiado con sumo detenimiento pues es muy probable que lo intente de nuevo.

" La Hospitalización de los sujetos en un centro - psiquiatrico, es una medida recomendable casi siempre y — cuando han intentado suicidarse " ... " dos o tres días — pueden ser suficientes, pero conviene prolongar la hospitalización cuando se observen síntomas psiquiátricos o cuando el ambiente familiar sea poco comprensivo y muy rígido en sus pautas de comportamiento ". (Alonso Fernandez)(sic) (58). En consecuencia, la hospitalización es útil para asegurarse de que la persona que ha intentado suicidarse continúe con el tratamiento prescrito, ya que en muchas ocasiones a los pacientes que se les recomienda un tratamiento, no acuden a la primera cita posterior a la entrevista; Ya sea porque no les haya agradado, el trayecto para acudir a la cita sea lejos ó por diversos problemas que se — presenten el día fijado, etc.

Por otra parte, el tiempo que dure la hospitalización no es tan importante como el de después de darlo de — alta, pues en los primeros días de régimen ambulatorio aumenta el riesgo de suicidio debido a que actúan los facto-

(58) Cit. por Ramón de la Fuente. Op. cit. p. 9.

res externos; V.g. La familia, el trabajo, su conyuge o su pareja, etc.; A medida que pasa el tiempo disminuye el -- riesgo.

De acuerdo a lo anterior, no es recomendable la -- hospitalización ya que al estar internado no se tiene contacto con la sociedad y no actúan los factores externos -- que lo condujeron al intento del suicidio, y al estar en contacto con la sociedad actúan estos factores externos y aumenta el riesgo del intento suicida y a medida que pasa el tiempo disminuye el riesgo.

En cuanto al tratamiento farmacológico; se ha propuesto utilizar el electrochoque como medida preventiva para las personas que han intentado suicidarse, también se -- ha vuelto a insistir en terapia electroconvulsiva en la -- depresiones con alto riesgo de suicidio. Pero el tratamiento más útil, como anteriormente mencionamos, es la psicoterapia, la cual es fundamental para combatir la ideación -- suicida y favorecer el interés del sujeto por la vida, es decir que con este tratamiento, se logra que el sujeto llegue a salir de su depresión y con ánimo de seguir viviendo; es por esto, que es raro que los pacientes en psicoterapia se suiciden, aunque no es raro que algunos sujetos abandonen la psicoterapia y son éstos los que nuevamente intentan suicidarse.

La intervención psicoterapéutica debe ser iniciada lo antes posible; Aunque, a veces es difícil de precisar - el estado de conciencia del sujeto en el momento de la tentativa de suicidio, pues muchas veces niegan su intención suicida y ofrecen explicaciones más o menos aceptadas socialmente.

Para investigar el intento suicida, en la psicoterapia, se debe conocer la opinión del sujeto acerca de la muerte y los del ambiente familiar, laboral y social. Dichos problemas en los suicidas se consideran como situaciones insostenibles y desesperantes; con la psicoterapia se debe de encaminar a luchar contra la desesperación y depresión. Teniendo la esperanza y la expectativa de mirar hacia un futuro diferente, estimulándolo para que tenga ganas de vivir, haciéndole comprender su situación desde un punto -- de vista global y, acercándolo a aquellas actividades que -- puedan resultar más gratificantes.

Por otra parte, es importante que el individuo esté en una actividad constante, que se sienta útil; buscando el equilibrio entre sus tensiones y el apoyo social; - tratar de orientar correctamente su agresividad y desarrollar sus hábitos para manejar su afecto y sus instintos, - integrándolo socialmente a su medio.

A su vez, la familia juega un papel muy importante en las tentativas de suicidio realizadas por los jóvenes, pues en algunas ocasiones los suicidas se sienten rechazados por los padres en relación con los demás hermanos.

La soledad y el aislamiento socio-familiar, favorecen al vacío afectivo, y el sujeto puede pensar que nadie lo quiere, lo cual es la clave de muchas conductas -- suicidas.

De acuerdo a lo anterior, la psicoterapia debe hacerse en forma familiar, para que la actitud de los miembros de la familia mejore su comprensión hacia el suicida, asimismo, es importante resaltar su cooperación e integración en el núcleo familiar.

Otra forma de psicoterapia es la de grupo, la cual favorece los sentimientos de integración social, rompiendo así la incomunicación y el aislamiento.

En México, existe un Centro de Orientación de Trastornos Afectivos, que cuenta con éste tipo de psicoterapia, es decir, la psicoterapia individual, la familiar y en grupo. La cual va a ser de gran ayuda para todas aquellas per-

sonas que se encuentren en un estado depresivo o en un estado maniaco y que tengan la intención de suicidarse o en dado caso que su acto suicida haya sido frustrado.

CONCLUSIONES

PRIMERA. La psicología va a ser de gran importancia en el campo de la criminología, para conocer al individuo en cuanto a su persona y relacionarlo con las leyes para que se resuelvan ciertos problemas jurídicos. Siendo el factor psicológico el que nos permite conocer al individuo en su interior, para saber cuales son los motivos que lo llevan a la autodestrucción.

SEGUNDA. La psicopatología criminal, estudia los trastornos en el funcionamiento de la personalidad; clasificandolos en: Enfermedades mentales llamadas orgánicas, Psiconeurosis, Psicosis, Depresiones, Reacciones Psicofisiológicas y Trastornos de la personalidad. De donde resulta que, la Psicosis Maniaco Depresiva queda ubicada dentro de las psicosis.

TERCERA. La Psicosis Maniaco Depresiva es de tipo afectiva, que se caracteriza, por episodios recurrentes de marcada melancolía, con pérdida apreciable de la realidad en la que suceden estados depresivos, estados maniacos y - que aparecen en forma periódica y pueden presentarse en un mismo día, en forma semanal, mensual o anual.

CUARTA. Dentro del grupo de las enfermedades mentales llamadas orgánicas, la que tiene más relevancia en el campo del Derecho, son las Epilepsias, ya que dentro de los estados crepusculares el sujeto puede dar lugar a descargas brutales, impulsivas y violentas durante las cuales, llega a cometer delitos, sin que tenga el menor conocimiento y recuerdo de los mismos.

QUINTA. La psicosis es un trastorno psíquico que se caracteriza por la desorganización de la personalidad, destruyendo la relación que se tiene con la realidad. En este tipo de enfermedad mental se clasifica la psicosis maniaco depresiva.

SEXTA. La psicosis maniaco depresiva se caracteriza por dos fases de ánimo opuestas: 1.- La fase maniaca, que es aquella donde el individuo pierde recato, prudencia y discreción, asimismo, se muestra activo ya que tiene un afán de moverse y actuar, habla rápido y tiene la facilidad para pasar de unas ideas a otras, es alegre, optimista, con sentido de buen humor y confianza en sí mismo. 2.- En la fase depresiva prevalecen los rasgos opuestos a la fase maniaca, en esta fase el individuo se siente triste, abatido, deja de disfrutar de su trabajo o de las diversiones y se concentra cada vez más en sí mismo. Es en esta enferme-

dad mental donde se presentan las ideas de autodestrucción y en ocasiones sólo llega al intento del suicidio y no a la consumación del suicidio.

SEPTIMA. La psicosis maniaco depresiva se inicia en individuos de ambos sexos y es más frecuente en edades comprendidas de los 18 a los 40 años de edad. La única transgresión que se produce es el suicidio y en algunos casos, el individuo con esta enfermedad convencido de la desgracia y de los sufrimientos que caerán sobre los suyos, produce la muerte a los seres más queridos, seguida de la suya, teniendo la postura de que no mata por venganza, rencor, etc.; mata o se suicida porque cree con ello producir un bien.

OCTAVA. El suicidio es la privación de la vida - por propia decisión, es por ello que resulta hasta cierto punto incomprensible, el hecho de que el ser humano ya no responda a su instinto de conservación, en lugar de procurar vivir la vida, optando por eliminarse.

NOVENA. El suicidio no es ni deb ser un delito, ni cuando se consuma, ni cuando se frustra, pues el suicidio supone que la persona que se priva de la vida es por propia decisión, pero adquiere relevancia penal cuando en

su causación concurre, además de la actividad del suicida otra fuerza individual extraña.

DECIMA. El motivo para que una persona tome una - decisión, se debe a que su estado de ánimo es muy conflictivo, ya sea por problemas económicos, decepciones amorosas, problemas familiares, enfermedades graves o incurables, en fin, que la vida para ese sujeto ya no constituya el bien de mayor jerarquía, sintiendo que este mundo ya no le ofrece las satisfacciones que el buscaba o esperaba encontrar y decide poner fin a sus sentimientos y así cada suicidio -- lleva el sello del individuo, es decir, que este decide -- cual será, el lugar, el tiempo y la forma de su autodes-- trucción.

DECIMA PRIMERA. La sociedad opta por ayudar a todas las personas, creando Centros de Prevención en los cuales se les da un tratamiento de psicoterapia, con la que -- se trata de luchar contra la desesperación y la depresión; estimulando al individuo para que tenga ganas de vivir, el de tener una esperanza para luchar por un futuro mejor e -- integrarlo a la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

ANDREOLI, Vittorino. La Tercera Vía de la Psiquiatría. Tr. de Hector Pérez Rncón. México. Ed. Fondo de Cultura Económica. 1986. 243 pp.

AVANESOV, G. Fundamentos de Criminología. Moscú. -- Ed. Progreso. 1935. 328 pp.

CAVANAGH, John R. y James B. Mc. Goldrick. Psiquiatría Fundamental. Barcelona. Ed. Luis Miracle, S.A., 1933. 762 pp.

CANTU CORRO, José. El Suicidio. Estudio Histórico, Filosófico, Jurídico y Sociológico. Tlalpan, D.F., Imprenta del " Asilo Patricio Sanz " 1924. 189 pp.

DEBREYNE, P.J.C. Del Suicidio. Barcelona. Librería Católica de Pons y Compañía. 1879. 139 pp.

DE LA FUENTE MUNIZ, Ramón. Psicología Médica. Vigésima primera reimpresión. México. Fondo de Cultura Económica. 1933. 144 pp.

DEL PONT K., Luis Marco. Manual de Criminología. -- México. Ed. Porrúa, S.A., 1936. 199 pp.

DURKHEIM, Emile. El Suicidio. Tr. de M. Ruiz Funes. México. UNAM. 1974. 545 pp.

ESTRUCH, Joan y Salvador Cardús. Los Suicidios. - Barcelona. Ed. Herder. 1932. 204 pp.

GARCIA RAMIREZ, Sergio. Criminología. Marginalidad y Derecho Penal. Buenos Aires. Ed. De Palma. 1932. 176 pp.

GONZALEZ DE LA VEGA, Francisco. Derecho Penal Mexicano. (los delitos). Decimoctava ed., México. Ed. Porrúa, S.A. 1982. 469 pp.

----- El Suicidio ante el Derecho Penal. México. Cuadernos de Criminalia. 1941. 132 pp.

HOFLING, Charles K. Tratado de Psiquiatría. Tr. - por Dr. Luis Augusto Mendez. México. Ed. Interamericana, - S.A., 1965. 454 pp.

JIMENEZ HUERTA, Mariano. Derecho Penal Mexicano. - Tomo II. La Tutela Penal de la Vida e Integridad Humana. Septima ed. México. Ed. Porrúa, S.A., 1986. 335 pp.

LOMBROSO, Cesare. Escritos de Polémica. Tr. por A. Guerra. Madrid. Tipografía de Alfredo Alonso. 1898. 107 pp.

LOPEZ REY, Manuel. Criminología. Primera ed. Madrid, España. Ed. Aguilar, S.A., 1975. 567 pp.

LOPEZ SAILZ, Ignacio y José Maria Codon. Psiquiatría Jurídica, Penal y Civil. Burgos. Imprenta Aldecoa. 1951. -- 604 pp.

MARCHIORI, Hilda. Personalidad del Delincuente. 3a. ed., México. Ed. Porrúa, S.A. 1932. 169 pp.

----- . Psicología Criminal. 5a. ed., México. Ed. - Porrúa, S.A., 1935. 305. pp.

NOYES, Arthur F. y Lawrence C. Kolb. Psiquiatría -- Clínica Moderna. 3a. ed., México. La Prensa Médica Mexicana. 1966. 699 pp.

ORELLANA WILCO, Octavio A. Manual de Criminología. 3a. ed., México. Ed. Porrúa, S.A., 1935. 382 pp.

RODRIGUEZ MANZANERA, Luis. Criminología. Sexta ed., México. Ed. Porrúa, S.A., 1985. 385 pp.

RODRIGUEZ SALAS, Maria Luisa. Suicidios y Suicidas en la Sociedad Mexicana. México. UNAM. 1974. 148 pp.

STENGEL, Erwin. Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas. Tr. por Elida Daro. Buenos Aires, Argentina. Ed. Hormé S.A.E. 1965. 177 pp.

TIEGHI, Osvaldo N. Reflexología Criminal. Buenos Aires, Argentina. Ed. Librería del Jurista. 1974. 219 pp.

URIBE CUALLA, Guillermo. Medicina Legal. Cuarta ed. Bogota, Colombia. Ed. Libreria Voluntad. 1944. 773 pp.

LEGISLACION CONSULTADA

Código Penal para el Distrito Federal. 47a. ed. México. Ed. Porrúa, S.A., 1990 239 pp.

ENCICLOPEDIA

Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado. 12 tomos. Selecciones del Reader's Digest. México, D.F.

R E V I S T A S

PEREZ RINCON, Hector. Revista de Salud Mental. Num. 3. México. Septiembre 1989. 12 pp.

RENDON GOMEZ, Francisco. Tres Estudios Jurídicos. Num. 8. Jalapa Ver. Ed. EDITIV. 161 pp.

T E S I S

Punzo Dobarganes, Socorro. Inducción y Auxilio al Suicidio. México. 1986. 91 pp. Tesis (Licenciado en Derecho). Escuela Libre de Derecho.