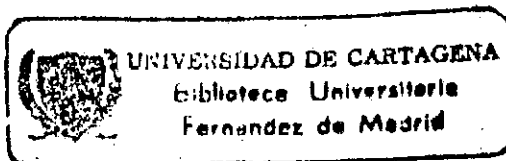


T364.24

D852



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Biblioteca Universitaria
Fernandez de Madrid

REPUBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

S C I B

00019197-1-

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS

T E M A :

"ANALISIS SICO-JURIDICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES"

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ABOGADO

PRESENTADA POR:

RAFAEL DUETAS GOMEZ

1. 9 7 8

34255

RECTOR:

DR. LUIS H. ARRAUT ESQUIVEL

SECRETARIO GENERAL:

DR. HERNANDO THORNE CALPO

DECANO:

DR. JAIME GOMEZ O'BYRNE

SECRETARIO:

DR. PEDRO MACIA HERNANDEZ

PRESIDENTE HONORARIO:

DR. ABEL DUEÑAS PADRON

DR. EFRAIN DUEÑAS PADRON

ELANCA E. GOMEZ DE DUEÑAS

PRESIDENTE DE TESIS:

DR. ANTONIO BARBOZA AVENDAÑO

EXAMINADORES:

DRA. ALICIA ESTIER VARGAS PUCHI

DR. EDUARDO VILLARREAL ARJONA

DR. JAIME GOMEZ O'BYRNE

DEDICATORIA

**A MIS PADRES, HERMANOS, DEMAS FAMILIARES
Y AMIGOS.**

**AL DR. MANUEL A. MENDOZA HEYRERA, GRAN AMIGO
Y MAESTRO "MUESTRA DE HONRADEZ, LEALTAD Y
ETICA PROFESIONAL".**

4

REGLAMENTO DE LA FACULTAD DE DERECHO

ARTICULO 83

"LA FACULTAD NO APRUEBA NI DESAPRUEBA LAS
OPINIONES EMITIDAS EN LA TESIS,
TALES DEBEN CONSIDERARSE COMO PROPIAS
DE SU AUTOR".

INDICE

INTRODUCCION.

PAG.

CAPITULO I

LA PSIQUIATRIA FORENSE ANTE EL DERECHO PENAL Y LA CRIMINOLOGIA.

1 a 3

Importancia del estudio de la Personalidad del Delincuente y las Daciones Penales.

3 " 7

Concepto de Alienación Mental.

7 " 12

Relaciones de las Enfermedades Mentales con el delito.

12 " 13

La culpabilidad en el Insens y en el Arsens.

13 " 15

¿Qué personalidades Sicológicas resultan ser los Delincuentes por tendencia?

16 " 17

CAPITULO II

COMPLICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

18 " 19

¿Será muy frecuente el que se cumplan

	PAGES.
las enfermedades mentales?	19 a 24
 CAPITULO III	
ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	25
Causas Predisponentes generales.	25
Civilización. Razas.	25 " 26
Comociones Políticas. Guerras.	26
Ideas Religiosas. Sugestiones.	27
Causas Predisponentes Individuales.	27
Herencia.	27
Formas de la Herencia.	28
Edad.	29
Sexo.	29 " 30
Climas, Estaciones, Cataclismos, grandes Accidentes.	30
Estado Civil.	31
Profesiones.	31 " 32
Causas Ocasionales.	32
Causas Síquicas.	32
Recargo, Pasiones, Emociones, Penas.	32
Inocencia Sexual. Psicoanalisis de Freud.	33 " 34
Causas Fisiológicas.	34
Pubertad.	34
Menstruación.	35
Edad Crítica. (Menopausia)	36
Sicosis del Embarazo.	36 " 37
Sicosis de la lactación.	37
Causas Patológicas.	38
Contagio Mental.	38
Sicosis en las Círculos.	39

CAPITULO IV.

PAGS.

**TRATAMIENTO PARA LOS DELINCUENTES
MORUALES.**

40 a 42

Exámenes Siquiátricos.

43

Examen Somático.

43 " 46

Examen Psíquico.

46 " 50

CAPITULO V.

EPILEPSIA. (Breve Reseña Histórica)

51 " 52

Etiología de la Epilepsia.

52

Ataque Clásico de Epilepsia.

52 " 55

La epilepsia y nuestro Código Penal.

56 " 57

Clases de Epilepsia.

57 " 58

El Gran Mal.

58 " 59

El Pequeño Mal.

59 " 61

CAPITULO VI.

PARALISIS GENERAL (Breve Reseña Histórica)

62

Etiología de la Parálisis General.

62 " 64

Síntomas Siquicos de la

Parálisis General.

65 " 67

Reacciones Antisociales del Parali-
tico General.

67 " 68

Capacidad Civil de los Paralíticos

Generales.

68

CAPITULO VII.

LA ESQUIZOFRENIA (Historia)

69

	PAGS.
Definición y Etiología de la Esquizofrenia.	70 a 71
Tipos Especiales de Esquizofrenia.	71 " 72
Esquizofrenia Simple.	72 " 73
Esquizofrénico Hebefrénico.	73
Esquizofrénico Catatónico.	74
Esquizofrénico Paranoide.	74 " 75
Esquizofrénico Indiferenciado. Agudo.	75
Esquizofrénico Indiferenciado Crónico.	76
Esquizofrénico Esquizoaectivo.	76
Esquizofrénico Infantil.	76 " 77
Esquizofrénico Pseudoneurótico.	77

CAPITULO VIII

DELENCIA SENIL (Etiología)	78
Periodo Predegenerativo o de Involución Senil.	78 " 79
Periodo de Demencia Confirmado.	79 " 81
Relaciones Médico-Legales en los Dementes Seniles.	81 " 82

CONCLUSIONES	83 " 86.
--------------	----------

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Sin lugar a dudas el tema de las enfermedades mentales, ademas de escabroso, es uno de los más importantes dentro del Derecho Penal como causal de delitos, y quizás el más importante tema de siquiatria. Y es así, como desde muchos años, se viene tratando con criterio psiquiátrico y jurídico. Y cuando expuse las palabras "muchos años", me remonto a la época de la antigüedad, y observé durante el estudio de mi tesis, como aparecen leyendas y mitos primitivos en los cuales aparecen los héroes, los santos, y hasta el Dios que bajó a la tierra con síntomas de dichas enfermedades mentales. Han aparecido libros sobre la epilepsia de Cristo mismo, de San Pablo, de San Francisco, de Buddha, de Mahatma y la "leyenda aurea" de los santos es leída desde el punto de vista materialista como "historias clínicas".

También se encuentran grandes figuras de la historia humana como enfermos mentales, como son: Julio César, Pedro el Grande, Carlos V, Napoleón, que muy a pesar de su anormalidad surgieron, y son actualmente, personajes de nuestra historia. También se encuentran gran-

des y famosos escritores como Petrarca, Flaubert y - Dostoievski; este último reflejó su enfermedad mental en algunas de sus obras; como en el "príncipe idiota", describe con gran maestría su propia anormalidad, durante aquel minuto en el cual el epiléptico pierde su conciencia. Dice: "El que no experimentó aquel minuto no puede tener una noción: ¿cuál es la dicha más perfecta, más absoluta de la vida?". También presenta - Dostoievski su vivencia en su obra "crimen y castigo" representada por Haskolnikov, una clásica especie de estado crepuscular, como son las fugas epilépticas.

Y así podríamos mencionar a muchos que se ocuparon de su propia enfermedad, y otros tantos, en estudiar la de los demás; como Heuler en 1.911 que analizó y estudió profundamente la esquizofrenia, sustituyendo el nombre que tenía antes de demencia precoz (algunos actualmente la llaman así), por el de esquizofrenia. Y la lista sería interminable, citarse a algunos como : Bayart Holmes, Gert-Rudin-Ruttke, Krahl, H. Jackson , etc.

En mi trabajo de tesis de grado, hago un análisis dog de primero prevalece el campo jurídico, estudiando - las principales enfermedades mentales y observando como las asimila el Derecho Penal, y el Derecho en general en ocasiones.

Luego paso, a lo que llamaría la segunda parte de mi tesis, donde analizo las principales enfermedades mentales (pues la gama es muy extensa), donde prevalecen los conceptos siquicos, pero, sin desprenderlo de la

11

rama jurídica.

Con este trabajo, pongo un peldaño más, para que se sigan tratando las enfermedades mentales por medio de tesis de grado, pues las considero importantes por su labor investigativa.

CAPÍTULO I

LA SIQUIATRÍA FORENSE ANTE EL DERECHO PENAL Y LA CRIMINOLOGÍA

La psiquiatría forense puede definirse como la aplicación de los conocimientos médicos en la patología mental a todos aquellos casos en que es necesario precisar el estado mental de un individuo. El simple contenido de esta definición demuestra su extraordinaria importancia tanto en las cuestiones que se relacionan con el derecho penal como en lo civil, el laboral, el administrativo y aun el canónico. Si en cuestiones penales es sabido que el Código Penal le da mucha importancia al estudio de la personalidad del delincuente para saber si se trata de un enajenado mental, o de un individuo que cometió el ilícito en estado de grave anomalía síquica, o de una persona normal, entonces es necesario el concepto psiquiátrico para la correspondiente aplicación de las medidas de seguridad o aplicar sanciones carcelarias.

El médico legista que actúa como psiquiatra forense desde luego debe hacer un examen somático muy comple-

to sobre el delincuente, complementado con un examen detenido de sus facultades síquicas con un estudio psicológico de todas las piezas del expediente, antecedentes personales hereditarios, datos de la infancia, de la escuela, del servicio militar, si lo ha prestado, modus operandi del hecho antisocial; para también poder precisar un diagnóstico si ello es posible, y no señalar un tratamiento o terapéutica porque esto no es de ^{su} resorte, pero sí presentar conclusiones ante la justicia, a fin de precisar si se trata de un individuo normal o, por el contrario, de un epiléptico, de un débil mental, de un esquizofrénico, de un demencia canil el que cometió el ilícito dentro de un impulso patológico determinado por su estado de perturbación mental. En asuntos de orden civil son muchos los casos en que es necesario estudiar la capacidad civil de una persona, bien sea porque se trate de un individuo que está dilapidando sus caudales, o que está abdicando del crédito, o porque existe el peligro de conferir un poder, o firmar una escritura, o verificar un testamento, y existen dudas sobre su capacidad para disponer con voluntad libre de sus intereses, y entonces viene el juicio de interdicción judicial en que los jueces deben nombrar los peritos que conciben, después de detenidos exámenes, acerca del estado de sus facultades síquicas, para saber si se trata de un individuo normal que puede disponer libremente de sus intereses, o si debe nombrársele un curado por tratarse de una persona incapaz.

Otro tanto puede decirse en casos de posible nulidad de cualquier acto de la vida civil, bien sea de un testamento, un matrimonio o un poder, en que se sospecha que cuando ellos se verificaron no gozaban los actores de una capacidad civil suficiente para que dichos actos fueran válidos.

Importancia del Estudio de la Personalidad del Delincuente y las Escuelas Penales.

En las escuelas penales esencialmente clasicistas, más se estudiaba el hecho en sí delictuoso que se hubiera cometido, para establecer con la debida sanción el equilibrio de la sociedad que se consideraba roto, que las mismas condiciones en que se encontrara el actor del hecho, aunque considerándose, como es evidente, según dijo Carrara del libre albedrío que la "libertad del hombre es en definitiva el fundamento del derecho penal"; en un principio se establecieron reglas y prevenciones muy generales que fracasaban en la práctica, puesto que se veía que dicho sistema adolecía de serias imperfecciones por las diversas condiciones que tenía cada individuo enfrente de las circunstancias en que se cometía el delito; no teniendo las mismas fuerzas de resistencia o estímulo en cuanto los impulsos que los llevan a delinquir o violar las normas sociales, y fué precisamente Saleilles quien fundó la llamada Escuela Neoclásica, el que sin renegar de los principios fundamentales de la escuela

aldica se preocupó por una distribución más equitativa de la justicia y realizó los primeros ensayos de la individualización de la pena. En esta forma se consideraba que el estado mental patológico del sindicado producía su irresponsabilidad, y por consiguiente venía a admitirse la necesidad de la psiquiatría forense para determinar con sus conocimientos y mediante un examen del delincuente si sus facultades mentales eran normales, acarreado una responsabilidad absoluta, o en el caso contrario una irresponsabilidad. Le venía también a admitirse el examen psicológico del delincuente, puesto que fuera de los estados mentales claramente patológicos había algunas alteraciones de un ánimo perturbado transitoriamente, que restringían su libertad moral, llevando también a una irresponsabilidad absoluta o a una atenuación más o menos variable. De modo que dentro de esta misma Escuela Neoclásica se consideraba necesario e imprescindible el examen del delincuente.

Después de este esfuerzo de Saleilles surgió la Escuela Italiana fundada por César Lombroso, quien publicó en el año 1874 su famosa obra titulada "El Hombre Delincuente", que tenía una orientación completamente determinista, y por consiguiente tan sólo se preocupaba por estudiar al delincuente, no interesándose por el estudio jurídico del delito.

Luego de concretar los caracteres científicos de los delincuentes, también trajo datos de orden biológico y psicológico. Al describir los caracteres de la locura

moral encontró analogía y aun identidad entre el loco moral y el criminal nato. A la locura moral la consideró como una variedad del delirio epiléptico. Se mezclaban en una sola entidad el criminal nato con el loco moral y aun el epiléptico. Estudió en detalle el delincuente pasional o de impulso, el delincuente aliado, el delincuente alcohólico, el delincuente histérico, el delincuente natoide, el delincuente de ocasión, comprendiendo el pseudo-criminal o criminaloide, el criminal de hábito y el criminal latente.

De aquí vino la clasificación de Lombroso:

- Delincuente Nato.
 - Delincuente Alienado.
 - Delincuente Natoide.
 - Delincuente Pasional o de impulso.
 - Delincuente de ocasión. Pseudo-criminosos: criminaloides por hábito-latentes.
- Surgiendo de ésta la clasificación de Ferri, una de las más conocidas dentro de la Escuela Positiva:

- Criminales Natos o instintivos.
- Criminales Pasionales.
- Criminales de ocasión.
- Criminales habituales.
- Criminales alienados.

La doctrina Lombrosiana del criminal nato fué combatida violentamente y la mayor parte de los juristas ita

lianos la condenaron.

A la concepción Lombrosiana se le señalaron dos errores fundamentales: que no le daba la necesaria importancia a la influencia del medio social y que negaba la perfectibilidad del hombre tarado. También se le criticó por su intransigencia y por sus conclusiones prematuras.

La Escuela de Lyon (con Lacaze) dice: "Las entrafías síquicas y físicas influyen más o menos sobre el funcionamiento intelectual y moral del hombre, pero no producen sino una prediposición a la criminalidad; las influencias sociales tienen sólo el poder de desarrollar el crimen. La sociedad que hace y prepara sus criminales, tiene sola la responsabilidad".

Llegó entonces el estudio de los grupos de criminales según los métodos modernos de observación y experimentación de las ciencias positivas. Se estudiaron los anormales, los alienados, los vagos, las prostitutas, etc.

Se acometió el análisis completo de la personalidad biológica de los delinquentes en todos sus aspectos, y sobre todo, desde el punto de vista de la sicología y sentido moral. Pero armónicamente se describieron las observaciones y estadísticas sobre los fenómenos de la herencia y sobre las condiciones del medio familiar y social. Se consideraba que estos diversos ele-

mentos intervienen como factor esencial o secundario en la génesis de la criminalidad. De acuerdo con estos principios se crean institutos, laboratorios antropológicos penitenciarios en varios países.

Este resumen panorámico nos demuestra que cualquiera que sea la orientación que se tenga en el derecho penal se impone el estudio de la personalidad del delincuente y que se le examine, bien con el objeto de encajarlo dentro de las clasificaciones de la Escuela Positiva del Derecho Penal o con el fin de comprobar los estados patológicos que sean capaces de quitar la responsabilidad del agente, privándole del uso de su voluntad libre y bajo cualquier hipótesis que se considere, siempre debe verificarse este examen, que ha ganado terreno y es cada vez más aceptado en la práctica.

Concepto de Alienación Mental.

La definición que hace tiempo dio el profesor Ferrero - Rojas, es muy aceptable para ilustrar esta cuestión: consiste en una alteración general y persistente de las funciones síquicas cuyas causas patológicas las ignora o no las interpreta debidamente el enfermo, y que le impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, sin provecho para sí mismo ni para la sociedad. Esta definición nos sirve para establecer una diferencia con el concepto de grave anoma-

lia síquica de que habla el artículo 29 del Código Penal. Es claro que existen dentro de las graves anomalías síquicas estados psicóticos o de obnubilación mental que están muy lejos de la demencia, o sea de la alienación mental, porque precisamente se trata de casos en los cuales no existe una alteración general y persistente de las funciones síquicas, como sucede en ciertos estados de confusión mental producidos en una reacción impulsiva epileptoide, o de una embriaguez patológica, o bajo la influencia de una intoxicación aguda exógena, como la que producen la marihuana o un barbitúrico; o una intoxicación endógena, como sucede en un estado urémico o por una causa infecciosa, como acontece en una psicosis de origen palúdico; que no son estados de alienación mental porque la perturbación de las facultades síquicas puede no ser global, y es simplemente transitoria, pero que si encuajan científicamente dentro del concepto de grave anomalía síquica.

Como lo dijo en alguna ocasión el profesor Pablo A. - Idinco, distinguido médico legista: "Las excepciones comprendidas en el artículo 29 del nuevo Código Penal y que para su mejor discriminación y clasificación requieren el estudio atento del siquiatra, pueden dividirse en cinco grupos, no según las clasificaciones nosológicas psiquiátricas, sino según sus síntomas más notorios y de más fácil apreciación por las autoridades judiciales, a saber: en unos, los actos reprensibles son el resultado ordinariamente lógico de concepciones falsas, producidas por delirios y alucinaciones

D

nes. En otros casos, ciertos actos son el resultado de una impulsión irresistible, o más ó menos inconsciente. En otros, las perturbaciones mentales son el resultado de intoxicaciones endógenas o exógenas. En otros se pueden colocar los actos cometidos conscientemente por individuos aun en posesión de sus facultades mentales, pero en las cuales estas facultades han sufrido la influencia más o menos profunda de una síncrosis. En otros deben colocarse las afecciones mentales constitucionales, caracterizadas por la decadencia del espíritu: idiotas, imbecilidad, cretinismo, debilidad mental.

El artículo 29 vigente distribuye en tres grupos los cinco que acabamos de apuntar, y aun podrían reunirse uno solo en la siguiente forma: "Cuando al tiempo de cometer el hecho el agente padeciere de grave anomalía síquica, se aplicarán sanciones fijadas en el capítulo II del título II de este libro "(medidas de seguridad). Todas las enfermedades o afecciones síquicas que acaben en la denominación genérica de enajenación mental, desde el momento que afectan el sensorio, constituyen o son verdaderas anomalías síquicas graves. A primera vista pudiera tacharse de redundancia en las disposiciones del artículo 29, pero no es así, porque si es cierto que en toda alienación mental hay anomalía síquica grave, la recíproca no es exacta, puesto que hay casos de anomalía síquica grave sin manifestaciones de alienación mental, y de ahí que el legislador procurara subsanar las deficiencias

del artículo 29 del antiguo Código Penal, porque al lado de los verdaderos alienados hay otros individuos colocados en condiciones desfavorables al cumplimiento de los mandatos legales o de las normas sociales. El médico interviene a propósito de los crímenes cometidos por esta clase de individuos con más frecuencia que los delitos cometidos por verdaderos locos, y en ninguna ocasión la intervención del perito médico es más justa ni más necesaria.

Con el nombre de anomalía siquica la ley colombiana no se refiere a síndromes siquiátricas, sino a los juicios o concepciones mentales irregulares, desordenadas, y a los actos determinados por esas concepciones contrarias a la razón natural, por los preceptos o las leyes, sin motivo, sin objeto, y sin provecho para nadie, sea cual fuere la causa que los produzca, o la entidad nosológica en que se hallen, porque a la justicia no le interesa saber si el culpado es maniaco depresivo, paralítico general, epiléptico, o esquizofrénico, sino estar cierta de que el agresor en el momento de agredir obró bajo la influencia de una anomalía, es decir, sin lucidez en la conciencia, ni rectitud en el discernimiento, o por ímpetu voluntario, o superior a su voluntad; porque el punto de vista del juez es distinto de la mira del siquiatra; este se preocupa por la etiología y las manifestaciones clínicas, sí físicas y somáticas del enfermo, y igual por el móvil de los actos y los caracteres de los hechos ejecutados por el culpado. La ley colombiana re-

netinos, no se refiere a anormales, ni a ningún sín -
 drome psiquiátrico especial, porque si así fuera, el -
 nuevo artículo 29 sería tan defectuoso como el anti -
 guo, pues quedarían privados del amparo legal los es -
 tados y desviaciones que señalamos.

Hacer una enumeración de los trastornos mentales que
 corresponden a la noción legal grave anomalía síquica,
 constituye tarea que ciertamente no le incumbe al -
 Juez, si es que se tiene en cuenta que la definición
 que interesa, debe ser de carácter jurídico, o legal,
 y no psiquiátrico. En esta materia cobra la vigencia -
 el parecer del profesor Carlos Lozano y Lozano, expre -
 sado en el sentido de que saber cuáles son las graves
 anomalías síquicas que permitan afirmar que una perseg -
 ra "calió del amplio péndulo de la normalidad mental",
 es cosa que solamente los expertos en psiquiatría y si -
 cología pueden resolver o diagnosticar en cada caso ju -
 dicial, concreto. Por lo demás, la justicia que admi -
 nistra con sujeción a los dictados de un Código Penal
 que, como el vigente, es de indiscutible extracción -
 positivista, no repara, en el valor moral del acto o
 hecho ejecutado por el individuo, sino en el síntoma
 revelador de que éste, al violar la norma penal así -
 sea como persona normal síquicamente, posee una perseg -
 nidad más o menos peligrosa que, como tal, da lugar
 a la aplicación de una sanción o medida de defensa so -
 cial. Cometido el hecho, consumada la transgresión le -
 gal, vendrá el perito como auxiliar de la justicia a

examinar sicosomáticamente al injusticiable, haciendo posible que se le imponga a éste último, gracias a las luces aportadas por la ciencia psiquiátrica, la sanción (pena o medida de seguridad que corresponda a los fines propios de la defensa social contra el delito.)

Relaciones de las Enfermedades Mentales con el delito.

Refiréndonos a las relaciones que acontece entre las anomalías mentales y el hecho criminoso, encargo que preocupa justamente a la misión criminológica.

Es de observar, ante todo, que la anomalía mental debe existir en el momento en que el individuo ha cometido el hecho, a fin de que ocurra la exclusión (para algunos también la disminución) de la imputabilidad. Existen, a propósito, las enfermedades mentales que se dicen accesorias, en cuanto determinan turbaciones momentáneas o periódicas de la conciencia y que implican además, una grave tara síquica. Tal acontece por ejemplo, con la epilepsia, que fuera de presentarse en forma de ataques convulsivos durante los cuales el sujeto no es imputable, deja huellas en la funcionalidad síquica y física que pueden así mismo influir en la imputabilidad.

Pero no basta la existencia de una anomalía mental en

el momento del delito para excluir (o disminuir) la imputabilidad; se requiere también, en algunos casos, el nexo causal, a fin de que el hecho cometido aparezca como efecto del estado mental. semejante situación acontece en aquellas enfermedades mentales que afectan un solo sector de la personalidad síquica y dejan intactos los demás. Se trata de las famosas monomanías, que hoy se dicen delirios sistematizados. En tales casos la imputabilidad debe excluirse si el acto criminal es la consecuencia de la alteración mental, como en el caso del individuo afectado por la manía de persecución que mata a su perseguidor (perseguido-perseguidor). Mas si el enfermo cumple su delito en un campo del todo diverso del que interesa el sector síquico, alterado, como si el mismo paranoico cumpliera una violencia carnal, no habrá motivo para que se alegue un determinismo patológico para excusar la imputabilidad y por ende la responsabilidad.

La Culpabilidad en el Infante y en el Anab.

La culpabilidad, en general, representa el elemento subjetivo del delito que, implica un juicio de valor sobre la conciencia y voluntad puestas por un individuo en determinado acto. Así las cosas, al legislador no le corresponde hacer apreciación o valoración al respecto; lo único que le compete es fijar los elementos síquicos de cada delito, referirse tan sólo al ne-

psicológico que puede mediar entre el sujeto y sus obras, en abstracto, dejando al juez la ponderación concreta del dolo y de la culpa en cada caso.

Ciertamente, el legislador se atiene en su cometido, al "disvalor" social, al comportarse diversamente del individuo en relación con la conducta social y la moral social medias. A tal efecto, hace apreciaciones sobre la actividad o el comportamiento de las esferas psíquicas, de cuyas determinaciones irregulares o capriciosas, nanda que se deduzcan el dolo y la culpa.

Conforme a esta manera de ver las cosas, se ha dicho que la culpa es una defectuosidad psíquica de la esfera cognositiva o intelectual, mientras el dolo es una defectuosidad psíquica de la esfera volitiva o inhibitoria, que por ende, hace surgir y les da pábulo a todos los instintos antisociales.

Ahora bien, lo esencial del tema propuesto se reduce a dilucidar, si es posible, la configuración del dolo y de la culpa en el no imputable.

Cabe aludir, al respecto, a una concepción general de este último instituto que se remite tanto al campo civil como al campo penal; conforme a igual, la culpa es un error inexcusable en el cual el hombre normal no incurriría. Pero sucede que el enfermo mental perra mayormente que el hombre normal en cuanto reacciona ante representaciones o asociaciones irraciales, hijas de su defectuosidad. Tal acontece con el parancio que

erradamente se cree perseguido y mata; se trataría de una causa justificada! No obstante, el enfermo mental puede caer en un error para el cual su defectuosidad síquica no compete, como en el caso del perseguido que roba. De donde se colige que el error debe ser jurídicamente relevante, vale decir, que recaiga sobre los elementos materiales constitutivos del delito (error de hecho). Así las cosas, no podría achacarse a su afección mental el delito cometido por el melancólico con delirio de autoacusación (complejo de culpa), - que precisamente delinquirá con miras a que fuera condenado y lograr así el sufrimiento que buscaba; no solo faltó el error, sino que medió el conocimiento de que el hecho constituía delito.

Por manera que sintetizando y concluyendo, diremos, que en todas las enfermedades mentales hay defectuosidad de la esfera cognositiva, lo que equivale a decir que hay error; que el error en la esfera representativa o intelectual equivale a la culpa (aunque algunos autores consideren que la culpa es un vicio de la voluntad) y que se tenga en cuenta que hemos propuesto solo esta última entidad para referirla a los menores de edad y a los enfermos de mente, porque siendo que el error excluye el dolo, no es posible que se configure esta categoría de la culpabilidad en el no imputable.

Qué personalidades psicopáticas resultan ser los Delincuentes por tendencia ?

Convenido como está que los delincuentes por tendencia, digámonos locos morales, como los llamó Ferri, en vista de que padecen un verdadero daltonismo moral, pertenecen a la categoría siquidétrica de los psicopáticos a - partir de uno de los tantos esbozos que se han hecho - de ellos y tratamos de precisar mínimamente la esfera síquica de que han sido afectados.

a) En la esfera afectiva tenemos: el insectivo moral y el emotivo de tipo cicloide o melancólico;

b) En la esfera representativa o cognoscitiva: el paranoide y el débil mental, lo mismo que el esquizoide, - que además de caracterizarlo la disociación, muestra - relaciones exageradas.

c) En la esfera volitiva -impulsividad-: 1) psicopáticos obsesivos y epileptoideos y 2) epileptoideos, con - reacción de corte circuito o automática.

Visto el anterior esquema, concluimos que son psicopáticos y asimismo delincuentes por tendencia: el falta de afecto moral, el esquizoide (inestable) con reacción - exagerada, y el epileptoide con reacción automática.

No distinguen además, tales sujetos, porque los defectos del carácter que exhiben son congénitos, por su in

sociabilidad, por la escasa simpatía que muestran por el prójimo y por su daltonismo moral. No obstante, tales características naturales, no hay que olvidar que para efectos penales se consideraran imputables (con capacidad de derecho penal), es decir, capaces de entender y de querer.

CAPITULO II

SIMULACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Entre los profesores colombianos que tratan el tema de la simulación psicótica, se encuentra el Dr. Luis Jaime Sanchez, médico psiquiatra de las cárceles de Bogotá, y dice lo siguiente: "He podido observar que el simulador carcelario no se encuentra por lo general entre las gentes del pueblo, desprovistos de cultura o con muy escasas o rudimentaria. Por el contrario pertenece el simulador clínico a la clase media social o a las clases elevadas. Saben, por consiguiente, la finalidad concreta que persiguen con la superchería, alimentada en gran parte por el alcañón, la borrosidad y la vaguedad del artículo 29 de nuestro Código Penal sobre "grave anomalía síquica". La utilidad de hacerse pasar por un anormal, se presenta ante esta clase de sujetos con todas las ventajas que les hace suponer la importancia de un engaño bien estudiado frente a un médico. Y es evidente, sin lugar a ninguna duda, que el problema de la simulación ocupa la mayoría de los casos de psiquiatría clínica en las cárceles y en las prisiones, siendo cosa curiosa el que en los reformatorios de menores no se haya observado hasta el presente ningún caso tí-

pico de esta serie de manifestaciones".

El Dr. Guillermo Uribe Gualla dice: "Al hablar de las psicosis carcelarias se presenta el problema relacionado con la reincidencia; porque evidentemente, el porcentaje de delinuentes que permanecen en las cárceles y donde se presentan auténticas psicosis carcelarias o situaciones, es muy reducido; en cambio, en esta época moderna se está apelando entre nosotros muy frecuentemente a este recurso, casi siempre por contagio o imitación, cuando ven que varios de sus compañeros acuden a este, al parecer para ellos muy fácil procedimiento sobre todo en individuos reincidentes en delitos contra la propiedad, como atracos, hurtos y robos; recurren con relativa frecuencia a ellos, en la esperanza de engañar fácilmente a los médicos legistas y ser llevados a un establecimiento psiquiátrico como el manicomio de Sibasté, del cual, no teniendo las seguridades del caso, poder fugarse fácilmente y volver a seguir el ciclo interminable de crónicos delinuentes.

¿Será muy frecuente el que se
 similen las enfermedades mentales?

Es bien difícil saberlo, y los psiquiatras difieren en sus opiniones al respecto. Para no citar sino opiniones antiguas, los unos como Schile, Gudden, Sandre, nunca lo habían verificado; en cambio Binswanger consideraba que la cuarta parte de los individuos que él observaba.

no eran sino falsos enfermos. Pero cuando se medita en la complejidad de este problema, se explican tales divergencias. Así, el medio donde se hacen las estadísticas tiene un gran interés: los presos o detenidos no deben compararse a la población de los asilos; porque en los asilos o manicomios un simulador tiene mayores dificultades para contener su papel; no cabe a quien tenerle confianza, se siente observado a cada instante por ojos parapsíquicos, y termina por encontrar odiosa la vida en común con los alienados. En la cárcel, al contrario, el interés de los detenidos es que crean en ellos, y por esto simulan estados mentales patológicos, a fin de obtener una libertad anticipada, o una atenuación en su pena.

La forma de las enfermedades mentales es muy diversa; además, no existen dos personas cuyas características síquicas tengan el mismo valor, y no pueden ser individualizadas. Estudiando las palabras, la escritura, los gestos, la actividad voluntaria, o la emotividad, el alienista recoge una rica documentación. Pero para apreciar su valor, y evitar errores de interpretación, es necesario que el siquiatra tenga un buen conocimiento de los síndromes patológicos y de las formas anormales de las enfermedades, que no se pueden adquirir sino con una experiencia prolongada. Debe tener un conocimiento sobre la manera de creer, de pensar, de expresarse, el grupo social al cual pertenece el enfermo. Para no ir a interpretar simples supersticiones como ideas delirantes, o confundir con ideas de grandeza lo

que no es sino una actitud común en el medio social - del paciente; la mímica de ciertas razas exuberantes, muy diferentes de la reserva habitual en otras regiones, para que no se vaya a tomar como una excitación maníaca. Porque se podrían cometer graves errores de interpretación.

El alemán W. Weigandt, en su libro *Psiquiatría Forense*, nos dice: "En los casos de simulación de demencia, sugiere le mentirse un grado tan pronunciado de pérdida de las capacidades intelectuales que el sujeto es incapaz de calcular de memoria cuantos son $2 + 3$ o 3×4 . Espónlese de tal manera a preguntas fáciles que no puede caber la menor duda de que la pregunta se ha comprendido, pero que intencionadamente se olvide la contestación correcta. En algunos casos se trata de lo que se ha designado estado crepuscular de Ganser, que propio de las psicosis carcelarias, puede también observarse en individuos no criminales, por ejemplo, en histéricos, imbeciles, esquizofrénicos y epilépticos. En algunos normales con estigmas histéricos observamos una especie de entupor enfático además de las respuestas sonlambadas, y de los síntomas indicados y de ciertos estados pseudo demenciales: los enfermos no reaccionan a las interrogaciones, o responden con gestos o por coarrito; - por lo general suelen yacer en el camastro o en el suelo, aparentemente incapaces de reaccionar a los estímulos externos; sufren algunas veces los dolores provocados, hasta el punto de aguantar incluso pinchazos en el tabique nasal. Otras veces profieren gritos inarti-



culados o efectúan movimientos extravagantes y anormales. Las manifestaciones verbales y la conducta presentan rasgos infantiles y necios (puerilismo). En estos casos conviene que el observador prolongue todo lo posible la observación, pues el estado no tarda en desaparecer y pronto es posible entablar relación con el observado.

La simulación de la epilepsia, principalmente del acceso de gran mal se intenta en algunos casos. Uno de mis enfermos -dice- afecto de degeneración alcohólica había llegado a adquirir tal maestría que podía de súbito caer presa de un accidente comicial, repitiendo la comedia en distintos puntos de la ciudad para recolectar cuantiosas limosnas. La comprobación de la rigidez pupilar, aunque difícil durante el ataque, constituye un signo de certeza, aunque este síntoma también se haya provocado artificialmente. En el ataque verdadero permanece extendido el pulgar hasta que le cierra la primera convulsión, fenómeno que no se observa en el ataque simulado, donde el dedo vuelve a encogerse tan pronto como lo hemos extendido.

No es frecuente la simulación de los trastornos del lenguaje, más bien se simulan desórdenes de la escritura, especialmente temblor al escribir.

Los histéricos tratan algunas veces de contrahecer la cadera o la ceguera, en casos más raras la mudéz.

El mejor modo de comprobar la simulación es la observa

ción detenida y la repetición de las exploraciones. -
 Ciertamente que para simular un cuadro de enfermedad -
 síquica se precisan grandes conocimientos psiquiátricos,
 pero esto no obsta, pues algunos simuladores se han -
 instruido en los libros de la especialidad y hasta se
 han decidido a observar en un frenocenio los síntomas
 de las enfermedades mentales.

Los síntomas orgánicos simulados siempre ofrecen carac -
 teres que indican su artificialidad, pues por muy hábil
 los que con los simuladores siempre se descubren en -
 alguna peculiaridad. Un histérico que acusaba analge -
 sia decía que tampoco podía ver los alfileres que para
 explorar la sensibilidad clavábamos en la frente, aun -
 que, como es natural, los veía perfectamente.

Los métodos especiales destinados a descubrir los frau -
 des clínicos no suelen ser muy útiles; los mejores son
 los usados en oftalmología y otología. Tan sólo en ca -
 sos excepcionales alcanza éxito el truco de manifestar
 ante el simulador, y como si este no nos oyerá, que -
 falta tal o cual síntoma, con la intención que lo pro -
 duzca al día siguiente. Algunas veces se ha descubier -
 to una mordida simulada fingiendo una alarma por fue -
 go, etc. Consideramos contraproducentes los métodos de
 lorosos de degenerar simuladores, por ejemplo, la
 aplicación de corrientes farádicas, duchas, administra -
 ción de vomitivos, medicinas repugnantes, etc.
 La autenticidad de la parálisis puede demostrarse ne -

dante una narcosis.

La simulación de perturbaciones mentales se ha intentado también por individuos que gozaban de completa salud mental, particularmente por prisioneros de guerra que han acudido a este recurso para ser repatriados.

La exploración detenida y la observación prolongada - son los dos procedimientos principales de que disponemos para descubrir una simulación. Muchas veces hemos de contar con la existencia de una agravación, acompañada o no de simulación, especialmente en los histéricos, pensionados por inválidos de guerra.

CAPITULO III

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

En la etiología de las enfermedades mentales deben considerarse dos clases de causas: Predisponentes, que pueden ser generales e individuales; y las causas ocasionales, que pueden ser síquicas, fisiológicas y patológicas.

Causas Predisponentes Generales

Civilización. Razas.

"Todos los autores admiten la influencia del progreso y la civilización modernos en las sociedades para el aumento de las enfermedades mentales. Y es natural que a mayor refinamiento en el vivir, más preocupaciones para la subsistencia. La economía se quebranta notablemente, y todos estos elementos producen un desgaste superior del sistema nervioso que predispone a toda clase de psicopatías. También está continuamente relaciona

de este problema con el aumento del abuso del alcohol y de las infecciones específicas, que han obligado a Krafft-Ebing a exclamar: "civilización igual sífilisación". Se ha llegado a contemplar al problema de la predisposición que dejan determinadas razas, para adquirir ciertas enfermedades mentales, más bien que otras; pero esto no pasa de ser apreciación teórica, porque no existen estudios especiales ni estadísticas que lleguen a conclusiones científicas."

Condiciones Políticas. Guerras.

"Se ha estudiado también la influencia que puedan tener los períodos anormales que tenga una nación y que se refieren a sucesos trascendentales de política o de conflictos armados, sobre el aumento de la neurosis. La experiencia demuestra como en individuos predispuestos, cualquier acontecimiento de esta naturaleza puede servir de causa excitante para el estallido de una psicopatía. Además el fervor político o patriótico en ciertas constituciones emotivas puede fácilmente obsesionar a un individuo y desequilibrarlo. Son claras las causas de orden traumático, moral, infeccioso, etc. que se originan en estas situaciones de anormalidad, para desencadenar una perturbación mental que pudo conservarse en estado latente".

Ideas Religiosas, Sugestiones.

"Se sostiene que los sentimientos religiosos pueden ser la base de futuros estados delirantes. En esto, es necesario distinguir, las ideas religiosas por sí mismas o interpretadas por un individuo de sistema nervioso equilibrado no tienen por qué conducir a la locura. Pero es claro, que en personas neuropáticas pueden sobrevenir delirios de fondo esencialmente místico. La frecuencia de perturbaciones mentales en religiosos contemplativos se explica por su predisposición, que encuentra lugar propicio en un medio de aislamiento, recargo intelectual y demás elementos propicios a un temperamento psiceneurótico. Las supersticiones, hechicerías, prácticas frecuentes de espiritismo y ocultismo, muchas veces conducen también a la locura, y vienen a ser el fondo de algunos estados delirantes".

Predisponentes Individuales.

Herencia:

"Se entiende por herencia en patología mental, una predisposición especial a la psicopatía y que es transmitida de padres a hijos. La fuente de esta predisposición puede ser no sólo la alienación mental en los ascendientes, sino otros múltiples factores, como son la excentricidad, las neurosis, el alcoholismo, la distasia, la consanguinidad, la edad avanzada, la estrechez en

la concepción, abocó durante el embarazo".

Formas de la Herencia.

Puede venir de los mismos padres y entonces es inmediata. Puede venir a la vez del padre o de la madre, y constituye así la herencia simple, paterna o materna. Puede venir no de los padres, sino de los abuelos, sin pasar por los ascendientes inmediatos, y entonces es mediata o atávica. Cuando procede a la vez de varias generaciones anteriores se dice que es acumulada. La herencia directa o colateral, según que tenga origen en los padres o los abuelos o en las ramas colaterales de la familia. La herencia puede sobrevenir en los niños a la misma edad que en los padres, siendo entonces homógena. Se llama herencia similar u homóloga, cuando la afección mental que aparece en los hijos es idéntica a la que tuvieron los padres. Y es, por el contrario, de semejante transformada, cuando se modifica pasando de una a otra generación. Cuando es acentúa para determinar una degeneración en la raza, se dice que es procrética. O si, por el contrario, se atenta para llegar a desaparecer, se dice que es regresiva.

La herencia en psiquiatría afecta varios tipos, de los cuales los principales son:

- 1) Herencia Vesánica o herencia de la locura pura, de las vesánias.

2) Herencia Cerebral o congestiva, o sea de las afec -
ciones cerebrales y de la parálisis general.

3) Herencia Neurótica o neuropática, que es la de las
neurosis.

4) Herencia Infecciosa, cuyo tipo es la de heredo-sifí -
lis.

5) Herencia Tóxica, representada por el heredo-alcoho -
lico".

Edad.

"Las enajenaciones mentales se presentan con mayor fre -
cuencia en el periodo medio de la vida. Y disminuyen a
medida que se hace más avanzada la edad. Las psicosis -
impulsivas y degenerativas predominan en el niño; la -
demencia precoz en los adolescentes; las psicosis demen -
ciales simples u orgánicas en el anciano. En el adulto,
todas las formas pueden presentarse y es la edad propi -
cia de la parálisis general".

Sexo.

"Las estadísticas comprueban que la enajenación mental
es un poco más frecuente en el hombre que en la mujer.
Si se excluyen los casos de idiotismo y cretinismo que
son más frecuentes en el hombre, se equilibran un tan -

to los índices, y si se separan los casos de parálisis general y de alcoholismo, se comprueba que la locura pura es más frecuente en la mujer que en el hombre. De anotarse que ciertas afecciones mentales, como la psicosis del embarazo son especiales de la mujer, y otras, comunes a los dos sexos se presentan en ella con caracteres particulares".

**Clima, Estaciones, Cataclismos,
Grandes Accidentes.**

"De ha hablado de la influencia que tienen las estaciones en la producción de la locura, y, evidentemente, se observa un aumento en los veranos, cuando se producen los grandes calores. En algunas épocas se le atribuía mucha influencia a la luna, disque provocaba muchos ataques de locura, y de ahí el nombre de lunático dado a muchos enfermos. Parece que tuviera alguna influencia en los ciclos-típicos para determinar los casos".

"Del mismo modo se cita la influencia que en ciertas ocasiones puede admitirse para la iniciación de ciertas psicosis, de condiciones especiales meteorológicas, como las tempestades, la insolación, grandes fríos, oscuridad, etc. También se observa que en los grandes cataclismos, como terremotos, temblores, incendios, naufragios, accidentes ferroviarios, etc., se presentan -

frecuentes neurosis y psicosis traumáticas".

Estado Civil.

"Las estadísticas demuestran como son más frecuentes - los casos de enajenación mental en los individuos célibes que en los casados. Algunos se lo explican porque el celibato lleva una vida más irregular y con menos freno moral. Pero también es necesario tener en cuenta - que precisamente muchos son célibes como consecuencia de su anomalía, que los hace reencerrados, siendo refractario al matrimonio por su tendencia a llevar - una vida egoísta y solitaria. En otras ocasiones, el - matrimonio en personas predispuestas y neuropáticas, - puede desencadenar una psicosis especial, por el choque emotivo de la actividad sexual del primer período matrimonial".

Profesiones.

"Se sostiene que en ciertas profesiones predominan algunas enfermedades mentales. Se encuentra un mayor contingente de psicópatas entre los abogados, los eclesiásticos, los médicos, los artistas. Sin duda alguna su mayor trabajo intelectual y las preocupaciones de todo orden, son un terreno propicio a la psicosis.

Entre las profesiones populares está más expuestos a - enfermedades mentales los obreros que trabajan con sus

tancias tóxicas o peligrosas, sobre todo el alcohol. También los que experimentan fuertes temperatura artificiales como son los choferes, los mecánicos, los cocineros, etc."

Causas Ocasionales.

Causas Síquicas:

Recargo, Pasiones, Emociones, Penas.

"Estos elementos indudablemente obran sobre el individuo para desarrollar las enfermedades mentales, pero se necesita también un terreno de predisposición individual. Entre las causas síquicas, las hay intelectuales y morales. Entre las intelectuales, la más señalada es el recargo escolar y el recargo profesional. Pero evidentemente el recargo intelectual no se observa sino en individuos poco resistentes, y los accidentes nerviosos y cerebrales en los adolescentes sólo se presentan entre los predispuestos. Es claro, que este recargo tendrá más funestas consecuencias cuando lo acompañan decepciones, torturas, angustias, y produce con el tiempo verdadera psiconeurosis.

Entre las causas morales, se encuentran las pasiones y las emociones. Sobre todo, las emociones violentas, el temor, los choques morales, la pérdida de un ser amado, las penas de amor, las preocupaciones de negocio, las discusiones, las penas domésticas, los reveses de fortuna

na.

Exposición Sexual. Psicoanálisis de Freud.

*Según las teorías del profesor Freud, muchas de las perturbaciones mentales se relacionan con el subconsciente. Según este autor, la vida síquica del individuo se considera como un sistema en evolución, de fuerzas antagónicas e contrapuestas, de las cuales el ser no conoce sino una pequeña parte, que se refiere a los elementos conscientes, por oposición a los elementos inconscientes, mucho más numerosos y activos en la determinación de la actividad mental.

34255

Estas fuerzas inconscientes están íntimamente unidas con los llamados complejos, cuyo contenido es generalmente erótico; dicho erotismo ha influenciado toda la mentalidad, desde la más tierna infancia, refiriéndose a varios episodios sexuales, algunas veces muy antiguos, de la vida del individuo, verdaderos traumas emotivos originales, con mucha frecuencia en oposición en las tendencias del adulto, con sus tendencias conscientes, ya que él ha sido educado y sometido a los correctivos morales, éticos y sociales de la civilización. Con estos traumas emotivos, rechazados en lo subconsciente por muchas personas, pero mantenidos allí por una fuerza de resistencia durable que disimula su existencia. Esto es el fundamento de la represión de los complejos, mucho más acentuado en el enfermo que en el sano. Como dichos complejos influyen fuer-

temente en los fenómenos del mismo, se traducen por manifestaciones particulares; en el hombre sano, por tendencias artísticas literarias, particularidades en el carácter, sueños, etc. En el enfermo por obsesiones, alucinaciones, delirios, en una palabra por los síntomas de la neurosis y de la psicosis. Estas síntomas los hemos con, en la teoría de Freud, la manifestación simbólica, el equivalente de complejos sexuales que han sido rechazados y reprimidos. Así la psiquiatría vienesa proclama la necesidad de estudiar y descubrir, en el subconsciente, los complejos sexuales de orden habitualmente sexuales, que han dado origen a un estado patológico.

Es evidente que esta teoría psicoanalista es muy engorrosa, puesto que quiere relacionar contra todo lo tradicional y relacionar las perturbaciones nerviosas todas, y las mentales con los complejos sexuales reprimidos, no teniendo en cuenta los múltiples factores etiológicos ya estudiados. No deja de ser una importante contribución a la psicología y una ayuda a la psicoterapia y tratamiento de las neurosis de origen sexual".

Causas Fisiológicas.

1) Pubertad.

La enfermedad mental que con mayor frecuencia puede presentarse en esta época es la de demencia precoz de

forma hebefrénica; durante la cual hay alternativas de agitación y de depresión, impulsiones, gestos, tico, estereotipias, actitudes catatónicas, negativismos, etc. En casos muy excepcionales también puede aparecer la parálisis general juvenil, que sobreviene con ocasión de la pubertad, pero cuya causa lastica es la misma que en el adulto.

2) Menstruación.

Casi en todas las mujeres aún en el estado fisiológico, la aparición de la menstruación coincide con cambios mas o menos notables en el carácter, y algunas alteraciones nerviosas. Puede haber cierto malestar, dolores de cabeza, insomnio, excitación sobre todo sexual, tendencia a la actividad, locuacidad, susceptibilidad, y otras veces surgen caprichos, y ya se presenta depresión, indiferencia o apatía. Pero en otras ocasiones estos fenómenos, casi sin mayor importancia, se agravan e hipertrófian, y entonces pueden presentarse crisis histeroides, pesadillas, alucinaciones oníricas e impulsiones. Y estas impulsiones conscientes, obsesionantes, se tornan irresistibles, y llevan a la dipsomanía, el erotismo, a las perversiones sexuales, el robo, al incendio, al homicidio. Precisamente los casos de clara aleptomanía - que se han presentado en mujeres histéricas, se producen de preferencia en la época de la menstruación.

3) Edad Crítica (Menopausia).

Durante la menopausia que también se ha llamado crítica pueden provocarse en la mujer muchas alteraciones del sistema nervioso que es necesario estudiar porque también pueden acusarse anormales síquicas. La confusión mental puede presentarse en todas sus formas. La melancolía que es característica sobre todo por ideas hipocóndricas que pueden llegar al síndrome de Otará por las alucinaciones o interpretaciones genitales. Puede alternar la melancolía con una crisis de manía, o encontrarse ésta tan sola. O también puede la menopausia ser el punto de partida de un estado psicótico indefinido. El delirio sistematizado de persecución que representa la forma calca, erótica, mística, y se acompaña de alucinaciones genitales, de violación, posesión, falso embarazo, como también la parálisis general.

4) Síndrome del Embarazo.

Hay muchas mujeres que durante su período de embarazo, sin llegar a ser enajenadas, se experimentan alteraciones neuropsíquicas o intelectuales más o menos notables; como son los caprichos, los deseos extravagantes, las deprivaciones del apetito, la exaltación religiosa o sexual, la tendencia al robo.

Una vez se verifica el parto, se normaliza el funcionamiento

miento de los órganos que estaban gravemente alterados, viene la desintoxicación y con ella desaparecen los signos delirantes, volviendo otra vez la normalidad si quisiere. Cuando haya habido hechos delictuosos, la sindrome no tiene el menor recuerdo de ellos, y su amnesia es absoluta.

3) Síndrome de la Lactación.

Tiene extraordinaria importancia esta psicosis puerperal bien sea que se desarrolle muy al principio del puerperio, o un poco tardíamente, coincidiendo con la época de la lactación, porque pueden presentarse sentimientos de odio de la madre contra el recién nacido, y dar origen a impulsiones violentas que culminan en abandono de la criatura, en el infanticidio, en actos de violencia contra las personas, y aun en raptus suicidas. Es natural que estos actos que se producen en pleno estado delirante son completamente patológicos, no obedecen a un móvil especial, y llevan todos los caracteres del automatismo, la inconsciencia y la amnesia. De aquí que las autoridades judiciales deben ordenar el examen de la personalidad de una madre que verifica de alguno de estos actos que hacen contraste con su comportamiento anterior, y donde los antecedentes personales, y las circunstancias en que se verificaron los hechos, dan la clave de su anormalidad y ponen de manifiesto la existencia de causas tóxicas que llevaron al delito, eliminando la responsabilidad moral de las per-

causas actuantes.

Causas Patológicas.

En la etiología de las psicopatías existen causas diferentes de orden tóxico o infeccioso, que son determinantes de muchas psicosis, como las intoxicaciones de origen alcohólico, las consecutivas a toxicomanías producida por el abuso de la morfina, la cocaína, etc. - Hay causas infecciosas, como la sífilis, el paludismo, la fiebre tifoidea, etc.; insuficiencias glandulares; enfermedades del sistema nervioso; lesiones de determinadas vísceras de la economía, diátesis; afecciones quirúrgicas; choques traumáticos etc.

Contagio Mental.

En muchas ocasiones se habla de la posibilidad de una persona para contagiarse de locura, por estar más o menos en contacto con un enajenado. Es evidente, que en una persona normal, por más que conviva con un enajenado, no existirá el peligro de contagio. Pero si se trata de individuos que tienen un recargo de taras nerviosas o un terreno claramente neuropático, es indudable que el contemplar continuamente enfermos mentales puede servirle de causa para que estalle una psicosis.

Sicosis en las Cárceles.

Se habla con frecuencia de la sicosis en los presos - condenados por largo tiempo. Esto nada de extraño tiene, puesto que existe un alto porcentaje de individuos antisociales, reincidentes, que aparentemente manifiestan normalidad intelectual y sin embargo, muchos de ellos son degenerados, hereditariamente predispuestos, y en muchas ocasiones, las condiciones de su prisión favorecen la aparición de una enfermedad mental que hasta entonces había permanecido latente. En cuanto a lo que se señala como causas de las sicosis carcelarias, tenemos la insuficiente alimentación, el aislamiento celular en que la imaginación se desorbita, la pérdida de la libertad que deprime, la sedentariedad y falta de ocupación precisa y honorable, la práctica de perversiones sexuales, debidas a la abstinencia sexual prolongada, etc. También se le da estas sicosis el nombre de situacionales.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO PARA LOS DELINCUENTES ANORMALES

La orientación de nuestro Código Penal hace que en los casos de delincuencia patológica o anormal, los procesados no puedan ser recluidos en las cárceles porque no tienen capacidad penal ninguna y no pueden sufrir sanciones disciplinarias de tipo carcelario, como las que deben sufrir los sindicados de un delito cuando su personalidad es normal. Muchos de aquellos delincuentes anormales son socialmente peligrosos, como sucede con los epileptoídes, los pervertidos sexuales, que no pueden vivir en comunidad estando en contacto con otra clase de personas, y siguiendo un régimen y una disciplina que para ellos están contraindicados y no son aplicables. Pero es claro que estos delincuentes anormales no pueden ponerse en libertad, por su peligrosidad, y cuando tienen posiblemente reacciones antisociales - impulsivas o delirantes; pero podrán ser enviados a un manicomio o clínica psiquiátrica común y corriente para someterlos a aislamiento o posible observación y tratamiento de una enajenación mental o de una grave -

anomalía síquica? Esta conducta no es aceptable, ni está de acuerdo con los principios científicos sobre la materia, porque, por una parte, dichos establecimientos no tienen las seguridades del caso para evitar las posibles fugas, y además, no cuentan con las correspondientes secciones para clasificarlo, observarlos y tratarlos debidamente; por otra parte, resultan peligrosos para los demás pacientes por su posible impulsividad y tendencia al delito.

Antiguamente a algunos de estos delinquentes anormales los enviaban a los hospitales psiquiátricos comunes, pero en la actualidad, y desde hace varios años, allí no reciben a tales pacientes, y entonces permanecen en las cárceles, desde luego ilegalmente, por falta de economías criminales y de las colonias agrícolas, donde pueden aplicarse las medidas de seguridad que ordena la ley. Esto, con el peligro para los demás penados, porque no se sabe en qué momento tendrán reacciones delictivas; y no son raros los casos de delitos de lesiones personales o de homicidios que se verifican a ciencia y paciencia de las autoridades carcelarias, por esta conducta altamente inconveniente y por demás ilegal. Es de gran responsabilidad para un médico legista el precipitar un pronóstico sobre una enfermedad mental que no se ha seguido en constante observación y tratamiento, y en la cual se pueden tener muchas sorpresas, y aun en situaciones por demás trágicas y lamentables, cuando no se procede con cautela y con la debida prudencia, en casos que no se ha estudiado detenidamente,

y cuando en realidad no se han aplicado dichas medidas de seguridad, sino que, por el contrario, el procesado ha permanecido en las condiciones rutinarias de una cárcel, sin control ni historia clínica psiquiátrica de ninguna clase.

Así como no se concibe ninguna cárcel que carezca de un servicio médico general para atender debidamente las enfermedades generales que sufran los pacientes penales, en la misma forma es necesario que cada establecimiento carcelario tenga su psiquiatra, que debe prestar una colaboración en el tratamiento de las enfermedades mentales que puedan presentarse en los procesados; y que no pueda atender un médico general. Además es muy importante su colaboración para el estudio de la personalidad de muchos delincuentes, y llevar las historias clínicas a quienes las autoridades judiciales han ordenado un dictamen psiquiátrico por los médicos legistas.

Debe haber una estrecha vinculación entre los psiquiatras de las cárceles y los médicos legistas, porque de otra manera no habrá una obra armónica, y es lógico que estos funcionarios tengan esta colaboración con la medicina legal, en provecho de los intereses de la justicia. Para mi éste sería una solución rápida y eficaz al problema que se viene afrontando y que cada día, se está arraigando más y más en las cárceles colombianas.

Exámenes Siquiátricos:

Examen Somático.

En el examen somático u orgánico, el perito alquiátra tiene que tomar, en primer lugar, datos de todos aquellos elementos de orden morfológico que tengan alguna importancia. Así, tendrá que medir su talla; el peso; tendrá en cuenta también aquellos datos de orden antropológico que pueden tener algún interés para su estudio, tales como son los diámetros del cráneo, el diámetro anteroposterior u occipital-frontal y el diámetro bizastoideano; de allí deducirá también el índice craneano, que se obtiene multiplicando por ciento el diámetro transverso máximo y dividiendo este producto por el diámetro máximo antero-posterior; lo mismo también tendrá que hacer observaciones para saber si se trata de un microcéfalo o, por el contrario, de un macrocéfalo, es decir, un aumento del volumen del cráneo; si presenta o no asimetrías faciales, signos que tienen relación con un posible ecta o degenerativo. Tendrá también que observar el estado del velo del paladar, la implantación especial de los dientes; luego, además de eso, será necesario tomar algunas medidas, como son la longitud de la nariz, la altura de la cara, el perímetro del cráneo, la conformación de las orejas, si existen lóbulos adherentes o separados; el perímetro torácico en el estado de reposo y en el estado de actividad respiratoria; el diámetro superior del abdomen, el contorno de las caderas, la longitud del ante-

brazo izquierdo, el espesor de ese ante-brazo, el perimetro de la mano izquierda, la longitud de las piernas tomado desde la region del pubis; todos esos elementos sirven para hacer una posible clasificacion morfologica si se sigue la clasificacion de Kretschmer; si se trata de un tipo pnicico, o atletico, o leptosomatico, etc., y que tiene importancia para adelantar un estudio de orden originologico.

Luego vendra el examen organico de los distintos aparatos de la economia. Tendrá que darse cuenta el porito del estado del sistema nervioso del examinado; para eso seguira los procedimientos más conocidos dentro de la clinica, como es el estudio de los reflejos que se toman del lado del antebrazo, los reflejos roturales, los reflejos de la pupila y se indicara si es el sistema nervioso que está excitado, o si por el contrario está en buen equilibrio, si está más bien deprimido o relajado, lo cual se comprobara por el estado de estos reflejos.

Tendrá mucha importancia también la búsqueda del reflejo óculo-cardíaco, o sea, la observación que debe hacerse de las modificaciones que se experimentan del lado del corazón y del pulso, según que ese reflejo sea positivo, sea negativo, sea exagerado, sea retardado, puede conocerse el ritmo del sistema nervioso.

También tendrá que darse cuenta del estado especial de la sensibilidad, a fin de comprobar si hay hiperestesia -

nia o, por el contrario, se trata de una anastomia, lo mismo la sensibilidad del dolor, la sensibilidad al calor, etc.

También tendrá que hacerse un examen muy detenido del aparato cardio-vascular para saber si el ritmo del corazón es normal o no; si hay un principio de esclerosis arterial o no. Luego tendrá que hacerse un examen muy completo del aparato gastro-intestinal, a fin de comprobar cómo se hace la digestión, si funciona normalmente el intestino etc. Lo mismo también muchas veces tendrá que ampliarse ese examen clínico con un examen de laboratorio a fin de demostrar si existe o no la presencia de parásitos. Es sabido que muchas perturbaciones mentales están en relación íntima con la presencia de parásitos intestinales. Existen las psicosis parasitarias.

Es importante el examen del bazo, para saber si está aumentado de tamaño, o está más bien pequeño para demostrar si ha sufrido anteriormente enfermedades de tipo palúdico. También tendrá que darse cuenta del funcionamiento del hígado o del riñón, haber si los productos tóxicos son eliminados o neutralizados por estos.

Ahora bien, tiene una importancia extraordinaria el estudio de los órganos de los sentidos, para saber como funciona el oído, el ojo; debe investigar el estado de los órganos genitales, para saber si es un individuo -

normal desde el punto de vista sexual.

Examen Psíquico:

Ahora bien, una vez que el perito ha comprobado el estado de los distintos órganos de la economía, entonces tiene que proceder a hacer el examen psíquico del sindicado; es la parte, si se quiere, más importante, más trascendental y más delicada para el perito psiquiatra, porque es allí donde se va a comprobar si existe o no una anomalía psíquica.

Naturalmente, para orientarse en este estudio tendrá que conocer previamente tanto los antecedentes personales, como los antecedentes hereditarios del examinado. No aquí donde el funcionario judicial ha podido prestar desde antaño una colaboración importantísima al perito, porque es a él al que le corresponde y así lo ordena el Código Penal, constatar toda esa clase de antecedentes; es claro que a él se le facilita más que al perito psiquiatra, porque puede citar a sus parientes, o a los amigos que han rodeado al sindicado, y que cubren sus distintas actuaciones, y una vez verificando paulatinamente un conocimiento, es cuando puede iniciar dicha investigación.

Además tendrá que saber si ha habido o no una perturbación mental, cualquiera que ella sea, si se trata de un individuo excéntrico, neurótico, o alucinante -

enajenado, en sus antecedentes inmediatos.

Lo mismo también a los parientes colaterales, porque muchas veces sucede que esa herencia no se manifiesta sino en algún elemento colateral y no se trate de una herencia directa sino de una herencia indirecta; luego también es trascendental el estudio correspondiente a antecedentes personales, lo que se refiere tanto a las enfermedades anteriores como todos aquellos detalles de su vida anterior que tengan algún interés; lo que se refiere a su infancia, si fue un individuo precoz al hablar o al caminar, o por el contrario hubiera habido algún retardo.

Lo mismo también su vida escolar, para saber si se trata o no de un individuo retardado mentalmente, o por el contrario ha sido normal; debe estudiarse lo referente a su vida familiar, que tiene cierta importancia para hacer un análisis en relación con sus afectos, para saber si se trata de una persona normal en sus relaciones afectivas, o, por el contrario, si se ha observado ya un instinto perverso de acuerdo con alguna constitución anormal, en las relaciones con sus padres, sus hermanos, con sus allegados. Si ha estado al servicio del ejército, pues hay que comprobar su hoja de servicios, a fin de determinar si no ha tenido necesidad de ninguna sanción, o si observaron durante su permanencia en el cuartel alguna anomalía en su conducta. Todos son detalles que deben ser conocidos de antemano por el perito psiquiatra; lo mismo también lo atinente a -

las reacciones antisociales que haya podido verificar posteriormente; cuántas veces puede tratarse de un individuo epiléptico, y entonces, en la forma como se han verificado esos hechos, la similitud de reacciones, el número de accesos que haya tenido, la falta de control en esos impulsos, etc., llevan al conocimiento del psiquiatra la sospecha de una constitución epiléptica.

Y una vez que está en posesión de esos datos es claro que muchos de ellos deben ser controlados por medio de laboratorios; así cuando se habla de antecedentes de orden sífilítico que tienen una extraordinaria importancia, bien sea de una sífilis adquirida, o de una congénita. Que se podrá comprobar por el examen clínico y mediante las reacciones serológicas que se hacen en la sangre o en líquido cefalorraquídeo.

Y viene luego el examen síquico, que lo hace el perito por interrogatorio oportuno y convenientemente formulados. Los tests prestan una grande auxilio para su estudio, lo mismo todo lo que se relaciona con los distintos métodos de la psicología experimental.

Pero, si no se puede negar la importancia que tienen todos estos estudios, hay que tener en cuenta que en la práctica psiquiátrica no le debe dar todavía mayor importancia al análisis psicológico de los hechos que se han verificado y del individuo que se somete a su estudio, porque si se exigiera en algunas ocasiones un método completamente standard, en lo que se relaciona

con los tests psicológicos, y exclusivamente este método, muchas veces puede sucedar que un estado delirante pase completamente inadvertido al estudio del siquiá - tra.

Se sabe que mucho de estos tests son hecho a base de - preguntas, en las cuales se pone en juego la imagina - ción, la memoria, la atención, las facultades voliti - vas del examinado. De tal manera pues, que autores ex - perimentados han hecho esa clase de preguntas a las - cuales se puede responder mal o bien.

Se presentan casos especialísimos en que un individuo tiene una lucidez mental notable, contesta de una mane - ra más o menos lúcida a las preguntas que se le hacen, y sin embargo, de ahí no puede deducirse que ese indi - viduo sea normal; cuántas veces puede haber contestado lúcidamente a estos tests, a esas preguntas patronas , y sin embargo, si el perito siquiátra no ha investiga - do de una manera cuidadosa su ideación, no ha tocado - el lado flaco o la tecla sensible de su cerebro, no ha puesto de manifiesto un estado delirante, cuando se - trata de ciertas formas sistemáticas delirantes que no se revelan al contestar simplemente a ciertas pregun - tas de orden psicológico, ni en una investigación super - ficial sobre la materia.

En ese examen psicológico, el perito estudia su idea - ción para saber si hay o no un estado delirante; si - hay algo que revele alguna anomalía en su siquismo. Ex

plora su imaginación, su memoria, su atención, sus percepciones, si es un individuo que capta todas aquellas cosas que se perciben con los sentidos de una manera normal, o si, por el contrario, padece de alucinaciones, bien sean auditivas, gustativas, olfativas, visuales, o si experimenta ilusiones o ciertos estados de interpretación delirante. Debe investigar a su vez cómo se manifiesta su afectividad, sus emociones, sus pasiones, etc.

Se estudia su grado de conciencia, las alteraciones posibles en su actividad, su mímica, su lenguaje, y todo eso analítico es lo que viene a constituir en su conjunto un estudio psiquiátrico completo.

No cabe que eso no se puede hacer en un solo reconocimiento, y de ahí que los funcionarios judiciales deben saber que son muchas las veces que debe verse a esos individuos, y dejando periodos de tiempo de observación para apreciar las modificaciones especiales que puedan sufrir durante el tiempo que se han dejado de interrogar; y en ese periodo de observación es cuando tiene ya importancia el papel de los directores de las cárceles donde deben observarlos para que rindan a los peritos psiquiatras un informe de su conducta.

Lo mismo resalta la necesidad del servicio psiquiátrico en todos los establecimientos penitenciarios, para que se elabore la historia clínica de cada caso, y que servirá posteriormente para un concepto psiquiátrico debidamente fundamentado cuando intervengan los médicos legistas.



CAPITULO V

EPILEPSIA

(Breve ¹cesia Histórica).

Su nombre antiguo *Lorbus Caeser* -carbo sagrado- revela que esta enfermedad tenía y tiene a los ojos de los pueblos antiguos y primitivos un significado metafísico. No hay mitos de ningún pueblo primitivo, ni leyendas, en los cuales no aparezcan el héroe, el santo, el Dios que bajó a la tierra con "síntomas", sin que falte tampoco una medicina organicista, necnecista, que diagnosticase como "síndroma" de una epilepsia. Han aparecido libros sobre la epilepsia de Cristo mismo, de San Pablo, de San Francisco, etc., de Buddha, de Mahoma, y la leyenda "aurea" de los santos es leída desde este punto de vista materialista, como historias alfabéticas.

Aparecen también grandes figuras de la historia humana como epilépticos: Julio César, Pedro el Grande, Carlos V, Napoleón; y también grandes escritores: Petrarca, -

Flaubert y Dostoiewski etc., figuran en la larga lista de "estigmatizados" por esta enfermedad.

Etiología de la Epilepsia.

La causa directa de la epilepsia es la herencia. Se encuentran en los ascendientes y en los colaterales taras neurosicopáticas múltiples y variadas, pero sobre todo la tuberculosis, la sífilis y el alcoholismo. Dichas taras producen una menor resistencia para las toxo-infecciones y, por consiguiente, es fácil que sea atacado primitiva o secundariamente el cerebro, viniendo a dar origen a una encefalopatía fetal o de la primera infancia. Por esto, en los antecedentes de los epilépticos se encuentra con la mayor frecuencia una infección febril con convulsiones, que comprueba la lesión cerebral. La encefalopatía cuando cura deja como consecuencia lesiones cicatriciales o residuales, más o menos importantes alrededor de las cuales se produce una esclerosis post-inflamatoria.

Ataque Clásico de Epilepsia.

(Descripción)

Está precedido de ciertos próromos, que anteceden a la crisis por varias horas o varios días. Estos varían

según los individuos y se repiten casi siempre en la misma forma y pueden servir para prever los accesos entre sus familiares. Pueden ser estados de depresión (con inquietud, tristeza) o bien excitación con euforia y exuberancia inusitada. Esta depresión o excitación se acompaña con cierto grado de obnubilación o hebetamiento. Estos signos constituyen un episodio confusional, que se llama estado crepuscular.

Se llaman "auras" ciertas manifestaciones que preceden inmediatamente al ataque epiléptico, algunos segundos o minutos. Varían según las personas, pero son siempre las mismas para cada crisis en un mismo individuo. Son conscientes y reconocidas por el enfermo, y que les permiten darse cuenta de un principio de ataque y hasta tomar ciertos cuidados contra una caída. Las auras son emocionales, como terror, ansiedad; sensoriales, como vista de fuego, de muros gigantescos; sensitivas, adormecimiento o contracción localizada; intelectuales, reminiscencia del pasado; motoras, tendencia a un gesto, a un acto, a correr, epilepsia precursiva. Es frecuente también el aura auditiva, como ruidos, voces; como también visual, como chispas, luces. En algunos enfermos no existen ni los prodromos ni las auras.

El acceso principia por un grito fuerte seguido de caída casi siempre hacia delante, de aquí las heridas peligrosas que pueden hacerse en la cara o el cráneo contra el suelo.

En un principio su fisiología se congestiona, está aso-

retado, luego se pone intencionalmente pálido; las pupilas están dilatadas, signos estos últimos imposibles para el simulador de un ataque; vienen las convulsiones tónicas, y luego clónicas, se localizan en ciertos grupos musculares, como un miembro, la cara, etc.; hay pérdida absoluta del conocimiento, salida de espuma por la boca, mordedura de la lengua pueden servir en ciertos casos, dichas mordeduras, para un diagnóstico retrospectivo; las manos se contracturan, teniendo el dedo pulgar fuertemente apretado contra los otros dedos, viene un sueño profundo, con estertor, siendo una forma de coma, más o menos prolongado, de algunos minutos hasta algunas horas. El enfermo sale lenta y progresivamente de ese sueño. Para la persona que no conozca estos ataques se imagina un estado precagónico de suma gravedad.

El despertar del ataque se caracteriza por obtusión en las ideas y una desorientación que se disipan poco a poco; es también un episodio confusional, que puede durar durante algunos instantes, o algunas horas o días, y que se describe con el nombre de periodo crepuscular post-epiléptico.

Estos ataques se acompañan del fenómeno de la amnesia, que en lo que se refiere a la crisis es total y completa; es una verdadera laguna cerebral; el enfermo no recuerda absolutamente nada de la crisis. Puede recordar el aura que precede inmediatamente al ataque, pero de éste, propiamente hablando, no tiene el menor recuerdo. En cuanto a la amnesia de la fase del despertar, es -

confusional, es una amnesia incompleta, parcial, los -
 actos de este periodo en parte se conservan, en parte
 se borran. La amnesia es característica en los accesos
 epilépticos de tipo anterógrado, es menos frecuente la
 amnesia retrógrada, que borran el recuerdo de los he -
 chos que precedieron inmediatamente a la crisis.

También puede presentarse como excepcional la amnesia
 retardada, y que consiste en que un recuerdo que se -
 tenga inmediatamente después del acceso convulsivo, de
 desaparece poco tiempo después. Puede presentarse la am-
 nesia, que consiste más bien en una ilusión de la memo-
 ria que en una amnesia, que transporta al enfermo a un
 periodo anterior de su vida, que él cree volver a vi -
 vir, durante la etapa crepuscular post-convulsiva.

Las convulsiones post-epilépticas son muy frecuentes.
 En los simples epilépticos, sin delirio, consisten en
 un acto instintivo, automático, inconsciente y amnésico,
 particularmente bajo la forma de automatismo ambulato-
 rio, exhibición genital, robo, etc. Y no es solamente
 después del acceso convulsivo cuando las impulsiones -
 se manifiestan en la epilepsia, porque pueden presen-
 tarse antes del acceso, impulsiones preepilépticas, o
 sea reemplazando el acceso, equivalentes epilépticos, o
 bien en el intervalo de los accesos.

La Epilepsia y nuestro Código Penal.

Es muy importante el estudio de los equivalentes epilépticos o de la simple constitución epileptoide, porque son precisamente los casos que interesan a la siquiatria forense y por ende al derecho penal. Porque un epiléptico síquico o un epileptoide son individuos que en los periodos intermediarios a sus reacciones anómalas, son personas perfectamente normales, tanto más cuanto no siempre el epiléptico es un deficiente mental, sino que existen muchos epilépticos de inteligencia normal y aun de destacado talento y cultivo intelectual acentuado, que tan solo ponen de manifiesto su grave anomalía síquica cuando reaccionan violentamente con impulsividad inusitada, en determinadas circunstancias de choques morales o afectivos, o bajo la influencia de elementos tóxicos, como sucede por la intoxicación alcohólica.

Desde este punto de vista es más previsivo el actual Código Penal, porque en la antigua legislación el individuo que se demostraba había obrado violentamente en el curso de una reacción epileptoide no era responsable legalmente, y por consiguiente no podría recluirse en la cárcel, sino que debería ponerse en libertad, sin que existiera una disposición legal que obligara al Juez a tomar providencias especiales para defender a la sociedad de su inminente peligro.

Mientras que en el actual Código Penal, la persona que

ejecute un hecho antisocial como lesiones personales, o un homicidio, en estado de grave anomalía síquica, como es el caso de una epilepsia larvada, no puede ser llevada a un establecimiento penitenciario, pero si deben tomarse medidas de seguridad colocando al procesado en un manicomio criminal hasta tanto cese su peligro social.

Clases de Epilepsia.

Se distinguen dos formas esenciales de epilepsia: La genuina o idiopática y la Sintomática. Según Lange Bogtroem, el 11% de los niños de matrimonios en el cual uno de los padres es epiléptico, hereda esta enfermedad. La epilepsia sintomática se provoca por una lesión cerebral, sea una herida, por tumor, meningitis, encefalitis, o por una enfermedad contagiosa, por alcoholismo, etc. Pero puede ser consecuencia de una enfermedad glandular (hipofisis, páncreas, etc). Se trata en todos los casos de una lesión, de una cicatrización, endurecimiento, de un cambio estructural de las células del cerebro, condicionado orgánicamente. La disritmia cerebral paroxista es una consecuencia directa de estos imperfectos estructurales y provoca una acumulación energética de carácter desconocido, que se descarga por los ataques y por otros fenómenos directamente o indirectamente en forma larvadas (fugas, cleptomania etc.). La disritmia puede ser permanente, sin interrupción, provocando así también fenómenos permanentes, -

por ejemplo, tartamudez epiléptica.

Kroll dice: "en los casos de epilepsia se produce en el cerebro una materia especial que provoca las convulsiones, descargándose durante el ataque convulsivo por el licor, por la sangre, o por la orina. Inyectando un extracto del cerebro de un epiléptico se produce en animales convulsiones epilépticas".

El Gran Mal.

(Características).

El ataque típico o de crisis de epilepsia -el llamado gran mal- tiene las siguientes características fundamentales:

- a) La pérdida de la conciencia;
- b) Una brusca contracción tetánica general, primero con la boca abierta y después violentamente cerrada;
- c) Convulsiones propiamente dichas (sacudidas clónicas), acompañada de expulsión de espuma de orina, a veces defecales o también de esperma;
- d) Cianosis violenta de la cara y extremidades;
- e) Mordiscos y desaparición del reflejo pupilar.

Naturalmente un ataque puede tener formas atípicas. Dura en general de medio a tres minutos; el sujeto se relaja y, brusca o lentamente, despierta sin tener noción de lo ocurrido. Los ataques pueden repetirse en cortísimos intervalos, durante los cuales la temperatura es muy alta y su estado peligroso. Este estado se llama: Status Epilepticus. Sin embargo en este lugar es menester citar a Dostoievski, él mismo epiléptico, quien en su novela "El Príncipe Idiota", describe con una maestría única, su propia vivencia durante aquel minuto en el cual el epiléptico pierde su conciencia. Dice: "el que no experimentó aquel minuto, no puede tener una noción: ¿cuál es la dicha más perfecta, más absoluta de la vida?".

El Pequeño Mal.

Características.

En general se utiliza la denominación "petit mal", que es una forma más leve, de una epilepsia aintomática. - Sus características son:

- a) No hay pérdida de conciencia;
- b) Falta también el componente tónico del ataque;
- c) Las sacudidas clónicas atacan solamente una parte del cuerpo, o una de las extremidades o una sola parte

facial.

Pertenecen al grupo del petit mal los denominados equivalentes, que aparecen como sustituyentes de las crisis convulsivas, cuando la disposición epiléptica no se descarga directamente. Entre los equivalentes son los más frecuentes las llamadas ausencias, denominados también ataques abortivos (según unos autores es eso el verdadero petit mal): el enfermo se desmaya por uno o unos minutos sin ningún otro síntoma epiléptico, o, durante algunos segundos, queda completamente ausente, paralizado o siguiendo mecánicamente con su actuación; pronuncia a veces voces desarticuladas, o solamente mueve los labios; deja caer cosas que tiene en su mano, etc., para seguir después normalmente con toda su actuación, como si no hubiese ocurrido nada, por no tener ninguna noción sobre esta ausencia. Otros fenómenos de equivalencia epiléptica, mucho más significativos y variados que las ausencias, son las diferentes formas del estado crepuscular. En estos estados ocurren también fugas; el enfermo sale de su hogar sin meta, caminando hasta el agotamiento y sin que pueda dar información sobre sí mismo o decir su propia dirección. Los fenómenos de un estado crepuscular son de suma importancia, pues durante su curso el enfermo puede cometer cualquier delito. El estado crepuscular puede transformarse en un delirio epiléptico con alucinaciones visuales y afectivas, a menudo de contenido religioso o terrorífico, asociados a pseudo-percepciones -

61

del oído, del olfato, gusto, etc. El cuadro clínico es muy semejante a una esquizofrenia.

CAPITULO VI

PARALISIS GENERAL

(Breve Reseña Histórica).

Esta terrible enfermedad, también denominada "demencia paralítica", es la más frecuente y la peor de las síncisis debidas a las sífilis. Su primera descripción se debe al farmacéutico Haslam, de fines del siglo XVIII, y su completa individualización nosológica, a Baile, - 1822. Treinta años más tarde, Esmerich y Kessen descubrieron su naturaleza lúctica, que fué aceptada recién en 1913 gracias a la demostración de Noguchi, que encontró espiroquetas en el encéfalo de los enfermos.

Etiología de la Parálisis General.

El origen sífilítico de la parálisis general está completamente demostrado; las estadísticas, las clínicas y los métodos de laboratorios, lo confirman. La espiroqueta obra directamente, puesto que se ha encontrado en la corteza del cerebro, e indirectamente, puesto -

que las toxinas se extienden por todo el organismo. Pero si es evidente que se necesita la sífilis para que sobrevenga la parálisis general, también existe predisposición y terreno, para que se desarrolle; puesto que no todos los lúctéticos se hacen paráliticos, y se observa que existe un alto porcentaje sobre todo en los individuos intelectuales y que tienen un mayor desgaste en su sistema nervioso. Algunos hablan de que el alcohol y el plomo pueden ser factores etiológicos.

Se ha observado que la parálisis general es frecuente en los países europeos y que es más bien rara en África y en el Oriente, atribuyéndose a sus costumbres y a la mayor sobriedad de sus habitantes; como también a la existencia en los orientales de lesiones cutáneas y por consiguiente con una inmunización general producida por estas últimas.

La parálisis general hace su evolución por término medio entre los 35 y los 45 años. Sin embargo, excepcionalmente se presentan parálisis generales juveniles, - como también en la senilidad.

Esta enfermedad es muchísimo más frecuente en el hombre que en la mujer, quizá porque la sífilis predomina más en el sexo masculino, como también abusa éste más del alcohol y se recarga más de trabajo físico e intelectual.

En los antecedentes de estos enfermos se encuentra la sífilis en los ascendientes, o taras mentales o nervio

cas. Sin embargo muchas veces se presentan sin antecedentes neuropáticos de ninguna clase.

Ultimamente en relación con los accidentes de trabajo se ha discutido si un traumatismo es capaz de producir una parálisis general. En esta materia es necesario tener en cuenta que si no existe una sífilis anterior, no es posible que sólo el traumatismo produzca la parálisis, puesto que debe existir siempre el agente patógeno como causa eficiente.

Más si puede suceder que una parálisis general latente avance en su desarrollo por una causa traumática. Y en aquellos casos en que no existía ninguna perturbación mental antes del accidente, y después de un violento traumatismo sobre todo del cráneo, sobrevienen en poco tiempo después síntomas claros de la enfermedad, y se establece definitivamente la parálisis, es necesario concluir que el traumatismo sirvió de coocasión para su estallido. Y en estas circunstancias debe considerarse la parálisis general como dependiente en gran parte del traumatismo, porque si este no se hubiera presentado, es lo probable que no evolucionaría la sífilis localizándose en los centros nerviosos superiores.

Tiene esto gran importancia en los accidentes de trabajo, en sus relaciones con la medicina legal.

Síntomas Siquicos de la Parálisis General.

La demencia que ya principió a desarrollarse lentamente, indica que las facultades intelectuales están ya profundamente atacadas. La amnesia es integral e incita al individuo a errores de los cuales no se sorprende y por consiguiente no se corrige, lo cual demuestra que ha desaparecido el juicio. La actividad es igualmente muy perturbada, y es reemplazada por una sensibilidad pueril, que el paralítico manifiesta con motivo de pequeños incidentes de la vida diaria. La atención se hace difícil, la voluntad desaparece, y es algunas veces reemplazada por una obstinación inexplicable. Esta decadencia profunda, a la vez intelectual y moral, que tiende a acentuarse cada vez más, expone al enfermo como a los que lo acompañan a las más desastrosas consecuencias. Cuantas reacciones impulsivas y relajamientos de conducta que hacen contraste con el carácter exterior del individuo que las manifiesta, no son otra cosa que actos anormales de una parálisis general en plena actividad.

Todas las perturbaciones mentales posibles pueden observarse al principio de la parálisis general; la decadencia intelectual no permite un delirio rico y activo, - es raro que se desarrolle un delirio sistematizado.

La excitación no tiene, en lo general, el carácter de la excitación maníaca; es extravagante, incoherente, - sin carácter neto, expansiva y grotesca, el enfermo se

nifiesta ideas melagomaniacas o eróticas que no conducen a nada. Las ideas de grandeza no son propiamente melagomaniacas, sino que son de enormidad, porque si una idea de grandeza puede en rigor concebirse y ser posible en la realidad, por el contrario, la idea de enormidad lleva en si un carácter de imposibilidad material y práctica, que revela el estado demencial. Ha hablado de la compra de varias fincas valiosas, de los enormes saldos que tiene en los bancos, y enseguida solicita a su oyente dinero para comprar unos cigarillos o unos dulces. Es falta de lógica en su delirio de grandeza o enormidad, y no cae en la cuenta de su grave contradicción.

Los síntomas prodrómicos consisten en cefalalgia, insomnio, dificultad para la concentración mental y aumento en la fatigabilidad. A medida que la enfermedad avanza, se notan cambios graduales en la personalidad del enfermo, con aumento de la irritabilidad, pérdida de la memoria, falta de cuidado personal y alteraciones del carácter. Estos cambios ocurren en un periodo de varios meses. Muchas veces los familiares del enfermo no lo notan sino de manera retrospectiva, y sólo con un interrogatorio cuidadoso llegan a ser elucidados.

La forma grandiosa de la parálisis general progresiva se manifiesta por euforia, hiperactividad. A medida que la enfermedad progresa, los síntomas de euforia, paranoia o manía retroceden, y las características más notables son el deterioro mental simple y la demencia.

Posteriormente, los pacientes se convierten en inválidos y son incapaces de moverse y alimentarse por sí mismo.

Reacciones Antisociales del Parálitico General.

El robo en el parálitico general es típico, lo hace sin premeditación, instantáneamente, sin tomar precauciones, muchas veces tomando cosas inútiles; y siendo inconsciente, no saca de él ningún provecho. Sin embargo, no todos sus robos tienen ese carácter demencial, y al principio de la enfermedad cuando tan sólo existen una disminución de la moralidad, sin déficit intelectual notable, el enfermo puede robar con cierto talento, con premeditación, tomando precauciones y aun sacando alguna utilidad.

También se producen compras de objetos estrafalarios, que no pueden pagar, tomas de vehículos que tampoco se arreglan, especulaciones, indelicadezas que hacen contraste con la buena conducta anterior, faltas de cultura y educación, excesos alcohólicos y genitales, en personas anteriormente recatadas. Atentados al pudor, actos de exhibición genital. Abusos de confianza, fugas con mendicidad, prostitución y vagabundismo. Violencias, amenazas por celos, heridas, mutilaciones, asesinatos u homicidios por imprudencia, incendios.

Los suicidios o automutilaciones se presentan sobre todo en el primer periodo de la parálisis general, y puede decirse que la mayor parte de estas reacciones antisociales se efectúan en el periodo médico-legal, cuando todavía no han sido internados. Es necesario tener en cuenta que la reacción antisocial del parálitico general es imprevista, rápida, contradictoria y algunas veces con brutalidad.

Capacidad Civil de los Paráliticos Generales.

En cuanto a su capacidad para los actos de la vida civil, no la tienen en absoluto. De aquí la enorme importancia de que se declare en interdicción judicial a su debido tiempo, siquiera en el periodo médico-legal antes de que haya cometido grandes descalabros en sus negocios, o haya derrochado su capital bajo la influencia de su delirio de grandeza; y así cuantos testamentos, contratos, poderes, donaciones, pueden quedar viciados de nulidad al comprobar que el que los ejecutó transitaba por los peligrosos caninos de una demencia parálitica.

CAPITULO VII

LA ESQUIZOFRENIA

(Historia)

Korol, Kahlbaum, Hecker y Kraepelin hicieron las primeras descripciones de la enfermedad. Kraepelin no sólo separó al trastorno de la sicosis maniaco-depresivas, - sino también observó que varios de los diferentes síndromas de hebefrenia, catatonia y sicosis paranoide, - eran variedades de este proceso patológico. Bleuler - consideró que el nombre de la enfermedad, era inadecuada, ya que en muchos casos el trastorno no fue temprano, sino comenzó en fases más tardías de la vida, y la demencia no constituyó en forma característica el síntoma principal. Consideró que la anomalía principal era una disociación de la experiencia emocional y conducta absurda por lo cual propuso de que en vez de - llamarse demencia temprana, se le llamara esquizofrenia.

Definición y Etiología de la Esquizofrenia.

"Se entiende por demencia hebefreno-catatómica una psicosis de la adolescencia, algunas veces de la edad adulta, y que está caracterizada clinicamente por la sucesión irregular o por combinaciones variables de estados delirantes, alucinatorios, mal sistematizados, de estados de excitación y de depresión, y por un debilitamiento demencial que evoluciona progresivamente sin alteraciones graves del estado físico".

Según T. B. Harrison, la esquizofrenia es: "Una enfermedad o grupo de enfermedades en las que existe un deterioro lento y progresivo de la personalidad, iniciándose generalmente durante la adolescencia y primeros años de la edad adulta, y que afecta sobre todo la vida afectiva, el pensamiento y la conducta, así como la percepción interna".

La demencia hebefreno-catatómica aparece de ordinario entre los quince a los veinticinco años, siendo una enfermedad de la adolescencia. Y por esto se le llama precoz, aun cuando puede aparecer más allá de los treinta años, siendo esto excepcional.

Ataca igualmente a los dos sexos, y es muy frecuente entre las psicopatas. La herencia neurosicopática se observa en la tercera parte de los enfermos, lo mismo que los estigmas degenerativos son frecuentes; es en-

ocasiones familiar, viéndose en hermanos de una misma familia. Se admite también una predisposición especial, complementada con una causa tóxi-infecciosa. Por su aparición en la pubertad se ha querido indicar la intoxicación puberal, o las deficiencias endocrinas. La tuberculosis se encuentra frecuentemente entre los antecedentes personales de estos enfermos. Como también se han señalado la fiebre tifoidea, la puerperalidad, el recargo, las emociones repetidas, etc.

Una posibilidad de causa idónea para producir la esquizofrenia es a través de un cambio en el metabolismo o la química corporales que pudiera alterar las funciones cerebrales y psicológicas. Muchos investigadores han considerado esta alternativa por el notable desarrollo de la metodología bioquímica. De hecho las dificultades para demostrar un papel de la bioquímica en la etiología de la esquizofrenia no dependen de la metodología química, sino evitar artefactos químicos relacionados con hábitos dietéticos o medicaciones administradas por largo tiempo a personas hospitalizadas, y decidir cuáles cambios bioquímicos hay que buscar, con muy poco conocimiento de cuáles tipos de cambios podrían intervenir en la producción de los síntomas.

Tipos Especiales de Esquizofrenia.

Se reconocen los siguientes subtipos: 1) Simple, 2) Hebético, 3) Catatónico, 4) Paranoide, 5) Indiferente -

ciado agudo) 6) Indiferenciado crónico, 7) Esquizoafectivo, 8) Infantil) 9) Pseudoneurótico.

Esquizofrenia Simple.

Esta forma, la más difícil de diagnosticar se manifiesta principalmente por disminución en el interés y empobrecimiento de las relaciones sociales. A menudo el paciente parece simplemente haberse ajustado a un nivel psicológico inferior.

La apatía y la indiferencia marcan toda su conducta, y rara vez se acompañan de ideas delirantes o alucinaciones. El comienzo puede ser tan insidioso que es difícil decir cuando el paciente considerado como excéntrico comienza a ser psicótico. Una vez desarrollados los síntomas, generalmente aumenta poco a poco de intensidad durante un largo periodo, hasta que por fin se hace francamente manifiesto el trastorno mental. Es preciso distinguir este padecimiento de la personalidad esquizoide, en la que los rasgos anormales del carácter no parecen interferir con el trabajo.

En la forma simple el paciente no manifiesta ninguna sensibilidad o ternura por los suyos, parece que los ignorara en absoluto. La falta de curiosidad le quita toda iniciativa, y queda en la más completa inactividad.

En cuanto a su memoria, al principio no parece estar -

muy alterada, pero hay lo que se llama una amnesia de utilización, es decir, no hay una amnesia retrógrada apreciable, porque los recuerdos surgen indefinidamente, las nuevas adquisiciones son casi nulas, presentándose una amnesia anterógrada.

Esquizofrénico Hebefrénico.

Este se caracteriza por afectividad superficial, inapropiada, risa sin motivo, conducta necia y amaneramientos; se acompaña de ideas delirantes que suelen ser de naturaleza somáticas, de alucinaciones y conducta regresiva.

Desde el punto de vista intelectual hay una exaltación desordenada e incoherente. El enfermo se hace locuaz, habla durante el día y la noche, o se pone a escribir páginas enteras con una actividad inusitada. Hay también agitación motora, tono declamatorio, crisis de canto y actitudes teatrales.

Son frecuentes las impulsiones bruscas, como gestos violentos e inexplicables, fugas, erotismo. Los actos de brutalidad como romper objetos, o violencias contra las personas son frecuentes; las reacciones suicidas y homicidas son muy raras.

Esquizofrénico Catatónico.

Son características de este tipo de esquizofrenia, las anomalías motoras, como son estupor, mutismo, negativismo, flexibilidad plástica o excesiva actividad y excitación. El paciente puede mejorar o regresar a un estado más ó menos vegetativo permaneciendo así por largo tiempo.

La catatónica puede encontrarse en la melancolía, la confusión mental y en la parálisis general, pero no es tan frecuente como en la esquizofrenia.

El negativismo u oposición es la tendencia a resistir a las sollicitaciones exteriores a obrar en contrario a dichas insinuaciones.

La sugestibilidad es la tendencia a adoptar toda insinuación con una pasividad completa y gran docilidad. Se manifiesta por una pasividad muscular y flexibilidad.

Esquizofrénico Paranoide.

Las muchas variedades de la esquizofrenia paranoide se caracterizan por el predominio que en el síndrome alcanzan las alucinaciones e ideas delirantes. La esquizofrenia paranoide grave tiene un principio alucinatorio y delirante estableciéndose en el curso de la enfermedad signos evidentes de decadencia síquica. Esta forma no se diferencia mucho en sus principios de las

otras formas de esquizofrenia, más el paciente no tarda en tener presentimientos, y nota que en la casa y en la calle lo desprecian, se zofan o lo llaman al pasar. A estas interpretaciones delirantes de alusión se agragan sensaciones de que el mundo externo está transformado. Las personas caminan muertas por las calles, los relojes andan al revés, los automóviles corren muy raro. A las alucinaciones visuales se suceden los fonemas, o sea, la audición de amenazas, blasfemias, propuestas eróticas, etc., que es el sintoma más crónico de la esquizofrenia paranoide.

Su evolución puede ser muy prolongada, hasta de muchos años y su pronóstico es muy grave, porque a lo más se observan periodos de remisión de la enfermedad, pero puede decirse que casi siempre termina por un estado demencial completo.

Esquizofrénico Indiferenciado Agudo.

Esta categoría incluye casos que muestran gran variedad de síntomas esquizofrénicos, como son confusión del pensamiento y perturbaciones de las emociones, ideas de referencia, temor y estados de sueños y fenómenos desociativos. Los síntomas suelen desaparecer en pocas semanas, pero regresan posteriormente. Si la reacción progresa más adelante, por lo regular cristaliza en uno de los otros tipos de esquizofrenia.

Esquizofrénico Indiferenciado Crónico.

En este síndrome, uno de los más frecuentes, hay una sintomatología mixta que no se adapta a ninguno de los tipos de esquizofrenia más claramente definidos. Las denominadas reacciones tardías, incipientes, o psicóticas generalmente caen en esta categoría.

Esquizofrénico Esquicoafectivo.

Esta subdivisión comprende los casos que presentan signos netos, tanto de reacciones esquizofrénicas como de maniaco-depresivas. El contenido mental puede ser predominantemente esquizofrénico, con júbilo o depresión pronunciados; o pueden complicarse operaciones o alteraciones predominantemente afectivas con una manera de pensar de tipo esquizofrénico o una conducta excéntrica. La personalidad psicótica puede ser diferente de la tendencia predominante de la enfermedad. Mediante observación prolongada se confirma que estos casos suelen ser esquizofrénicos.

Esquizofrénico Infantil.

Las reacciones esquizofrénicas que ocurren antes de la pubertad se colocan en esta categoría. El cuadro clínico puede diferir de las reacciones esquizofrénicas que se observan en otras edades por la inmadurez y plasti-

edad del paciente al comienzo de la reacción.

Las reacciones psicóticas en los niños, manifestadas -
primariamente por autismo (tendencia a preocuparse por
ellos, fantasías y rumiación) pertenecen a este grupo.
Los casos de este tipo se clasifican actualmente como
síndrome de Heller.

Esquizofrenia Pseudoneurótica.

La presencia de numerosos síntomas neuróticos, incluyen-
do ataques de ansiedad, síntomas histéricos francos, -
preocupación somática, fobias, obsesiones y compulsio-
nes, ocurre en pacientes con pocos síntomas principa-
les de esquizofrenia. El término de forma pseudoneuróti-
ca, dado a este estado, es para diferenciarlo de la -
propia esquizofrenia.

CAPITULO VIII

DEMENCIA SENIL

(Etiología)

Esta demencia resulta de las distintas lesiones, como desgastes, atrofia o esclerosis, que la senilidad produce en el cerebro.

Puede ser precoz la senilidad y aparece a los cincuenta años. Pero generalmente no se produce antes de los sesenta. Es el final de muchas intoxicaciones como el alcoholismo, sobre todo; de infecciones, como la sífilis, etc., o por fenómenos de auto-intoxicación y de artrismo, por emociones, recargo físico y moral, etc.

Periodo Prefemencial o de Involución Senil.

El principio puede ser rápido, después de un ataque congestivo cerebral o de un episodio confusional; pero esto

es excepcional. Casi siempre la enfermedad se desarrolla lentamente y se manifiesta por los signos precursores - que Regis clasifica así: 1) debilidad en la transformación de las sensaciones en ideas; 2) disminución del poder de creación; 3) estrechez del campo cerebral; 4) predominancia en la vida mental de la reminiscencia y del automatismo.

Existe una disminución de la actividad, un cambio en las costumbres y una exageración de la emotividad, que pueden ser comprobados fácilmente por las personas que lo observan con relativa frecuencia.

También en el periodo prodromal aparece algunas veces un delirio de persecución que se ha descrito con el nombre de delirio resonante de desposesión (Regis), o delirio de prejuicio presentil, y que bajo el punto de vista clínico es una variedad del delirio de reivindicación de forma procesiva.

Periodo de Demencia Confirmada:

El debilitamiento intelectual se hace sobre las diversas funciones síquicas, pero más o menos electivamente.

La disminución de la memoria es el sintoma de déficit, - no sólo el más precoz, sino el más acentuado durante toda la evolución.

Los enfermos no fijan nada de la vida presente, olvidan

se menudo los actos que han ejecutado la víspera, o hace apenas algunas horas. Los falsos reconocimientos son frecuentes y numerosos.

A la amnesia anterógrada se agrega la amnesia retrógrada. La amnesia retrógrada de la demencia senil es el tipo de las amnesias a las cuales se aplican las leyes de las regresiones. En el olvido de los signos, la pérdida de la memoria sigue la misma marcha: los nombres propios, después los nombres comunes, los objetos, los verbos. Los pacientes no conservan sino los conocimientos de la primera edad; han olvidado la muerte de sus padres, el número de sus hijos y los sucesos más importantes de su infancia.

El demencia senil que ha perdido las adquisiciones anteriores, tiene una actividad intelectual casi nula.

También se pueden encontrar estados de depresión con ideas de ruina, hipocondría, negación y, sobre todo, episodios confusionales, los cuales pueden ser diurnos o nocturnos, y se acompañan de alucinaciones visuales; pueden tener la forma de un delirio alucinatorio penoso megalómano, de fondo místico o de erotismo agradable. Las ideas de matrimonio en los seniles son una variedad bastante curiosa. Es más frecuente la agitación.

La duración de la demencia senil es variable, de dos a cinco años por término medio.

Su pronóstico es fatal y su evolución es esencialmente -
progresiva.

Reacciones Médico-Legales en los Dementes Seniles.

La demencia senil se caracteriza por perturbaciones en -
la memoria y, sobre todo, en los hechos recientes, y por
alteraciones profundas en el juicio y en el razonamiento,
a lo cual se agrega una disminución de la afectividad, -
en la sensibilidad y el sentido moral, que contribuye a
determinar una gran número de reacciones antisociales.

En su mentalidad se aprecia un proceso demencial avanza-
do, donde su afectividad está pervertida, su juicio y su
razonamiento están muy relajados y entonces pueden hacer
testamentos fatales para sus familiares, y más si existe
un fondo persecutorio, o efectuar donaciones inoportunas
que son operaciones descabelladas sin crítica suficiente
y hechas a favor de graves perturbaciones sentimentales
o por impulsiones extrañas. También surgen matrimonios -
raros, hechos a base de egoísmo, de erotismo exagerado y
de debilidad intelectual considerable.

Bajo el punto de vista penal los actos de los dementes -
seniles tienen repercusión judicial; así se presentan -
atentado a las costumbres, atentados públicos al pudor,
actos de exhibicionismo genital, o incorrecciones mani -
fiesta con las demás personas.

Es claro, que en aquellas circunstancias en que estos dementes cometen actos delictuosos, carecen de responsabilidad penal y por su inconsciencia y automatismo, y no puede pensarse en posibles intervalos lúcidos, porque la demencia senil los excluye.

En algunas ocasiones puede exigirse responsabilidad civil por actos ejecutados por dementes seniles que hayan ocasionado un perjuicio a terceros, cuando las personas que cuidan de ellos y que conocen su estado mental, no han tenido las precauciones del caso o no han tomado las providencias que exige una persona anormal y algunas veces peligrosa.

CONCLUSIONES

Con mis modestos conocimientos de estudiante de Derecho señalaré las conclusiones que me han parecido importantes dentro del estudio de las enfermedades mentales y el derecho penal.

Después de hacer el estudio psico-jurídico de dichas anomalías me he dado perfecta cuenta, de todo lo que acontece y de todas las fallas que presenta nuestra legislación en sentido práctico, pues de lo que si estoy seguro es que tenemos abundancia en teoría, por cierto, muy linda en la mayoría de los casos.

Tercero que todo quiero dejar constancia, de la importancia del estudio de la Siquiatría Forense en las Facultades de Medicina, no solamente, porque contribuye a la cultura general del médico, sino porque en nuestra legislación se justifica; porque aquí en Colombia, el número de médicos legistas es muy escaso, y según, los diferentes códigos, puede ser nombrado perito en cuestiones médico-legales o siquiátricas o cualquier médico titulado. ¿Y como se podría desempeñar un médico si no

ha adquirido los conocimientos necesarios sobre cuestiones medico-legales o psiquiátricas? Y para desgracia de nosotros, se ha visto actualmente la tendencia a eliminarla y en algunos casos a disminuir su estudio en las Facultades de Medicina, teniéndola como una materia insignificante.

También pongo de presente en estas conclusiones la falta de establecimientos para tratar a los enajenados mentales (manicomios criminales y colonias agrícolas). Y esto tiene gran repercusión, puesto que, un anormal que requiere de un tratamiento especial no puede ser llevado a un establecimiento donde es tratado con la debida eficacia e idoneidad, sino que por falta de ellos permanecen, puede decirse, ilegalmente en las cárceles.

Esto con el consiguiente peligro para los demás penados, porque no se sabe si tendrán reacciones delictivas; y como es bien sabido por todos ocurren con frecuencia.

¿Y que ocurre con esos enfermos mentales que permanecen ilegalmente en las cárceles?, pues sucede lo siguiente: El Código Penal ordena en su artículo 64, lo siguiente: "...! pero en ningún caso podrá ser menor de dos años en el manicomio criminal, ni de un año en la colonia agrícola especial". Pasa que transcurre ese tiempo de permanencia en la cárcel, y los abogados defensores solicitan - que deben pensarse en libertad, cuando en realidad no se han aplicado las medidas de seguridad que ordena el Capí

tulo II del Código Penal, ni la observación psiquiátrica del caso ni mucho menos el tratamiento indicado. Puede que ese individuo se reintegra a la sociedad peor que cuando salió de ella.

Por eso pongo de presente y estoy completamente de acuerdo con el Dr. Guillermo Uribe Cualla, del "servicio de psiquiatría en las prisiones", como una solución rápida pero no eficaz. Porque una solución idónea sería la de crear o construir los manicomios criminales y las colonias agrícolas en cada uno de los Departamentos equipados eficientemente para el tratamiento de las anomalías mentales con equipos técnicos y personal especializado.

Analizando el Código de Procedimiento Penal encontré algo, con lo que no estoy de acuerdo. Está muy bien que el artículo 190 del C. de P.P. dice: "El juez señalará término en los casos en que la ley no lo haya hecho". Pero también es verdad que toda regla tiene su excepción. El artículo 275 del C. de P.P. nos habla del plazo para la presentación del dictamen del perito psiquiatra. Pero no dice en que tiempo, sino que el juez de acuerdo al artículo 190 del C. de P.P. antes citado, señala el término correspondiente, aunque el perito si quiera, pero ya excepcionalmente puede pedir mediante petición la prórroga de ese término, porque si incumple será sancionado de acuerdo al mismo artículo 275 del C. de P.P.

Yo considero que en este caso tan especial se deben invertir los papeles. Puesto que el perito siquiátrico es el más indicado para fijar un término de esta clase. Pues es él quien tiene los conocimientos necesarios para establecerlo y no el juez.

Lo que considero necesario es establecer un plazo más o menos prudencial de acuerdo a las reglas y conocimientos de la siquiatria, al cual el siquiátrico debe ceñirse, con el fin de que no se cometan arbitrariedades.

Y para finalizar propongo muy modestamente, se practique la siquiatria social, que está dando muy buenos resultados en Cuba, y otros países que la aplican. Consiste en que no solo se le haga el reconocimiento siquiátrico al enfermo mental, sino a todas las personas que lo rodean, con el fin de adaptar al enfermo con su medio ambiente donde vive, y adaptar así mismo a las personas que le rodean con el enfermo. Y así el enfermo encuentra un medio ambiente adecuado donde recuperarse.



BIBLIOGRAFIA

De la Criminología al Derecho Penal. Luis Gabriel Acosta
Alvarez. Edición 1973.

Medicina Legal. Guillermo Uribe Cualla. Octava Edición,
1965.

Código Penal y de Procedimiento Colombiano. Jorge Ortega
Torres. Decimatercera Edición, 1973.

Opusculos de Medicina Forense. Guillermo Uribe Cualla. Edi-
ción 1968.

Medicina Interna. F.R. Harrison. Tercera Edición.

Diccionario Enciclopédico de la Psiquis. I.C. Bela Ozeke-
ly. Sexta Edición, 1975.

Tratado de Medicina Interna. Tomo I. Paul D. Besson-Walsh
McDermott. Decima Tercera Edición.

Psiquiatria Forense. W. Ceyganit. Segunda Edición, 1957.

Nuevas Orientaciones en El diagnóstico de las Enferme-
dades Similadas. (Revista). A. Vallojo Sáizera.