

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR	
BIBLIOTECA	
BARRANQUILLA	
No. INVENTARIO	806241
PRECIO	
FECHA	
CANJE	DONACION

INIMPUTABILIDAD POR INHIBICIONES  
PSIQUIATRICAS

LUIS ALBERTO GUERRA GARCIA

Trabajo de grado pre-  
sentado como requisi-  
to parcial para optar  
al titulo de ABOGADO.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE DERECHO

Barranquilla, 1.986

34433

DR# 08-91

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

T  
345.04  
G. 934

Doctor:

CARLOS LLANOS S.

Decano de la Facultad de Derecho

Universidad Simón Bolívar

E. — S. — D.

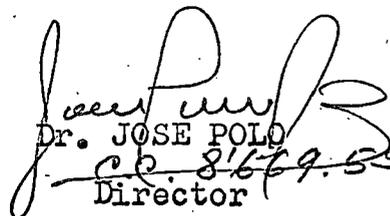
Apreciado doctor:

Por medio de la presente me permito darle concepto favorable al trabajo de Tesis, presentado por el señor LUIS ALBERTO GUERRA GARCIA, denominado " INIMPUTABILIDAD POR INHIBICIONES PSIQUIATRICAS "; el egresado presenta un interesante tema de orden criminológico de gran importancia para el derecho penal colombiano, en razón de que pretende determinar si el sujeto activo de una infracción penal, es responsable o no, es decir inimputable, debido a su estado mental.

En el desarrollo del tema demuestra investigación y consagración en ella.

Una vez más le expreso mis sinceros agradecimientos por la designación como director de este trabajo.

De Ud. muy respetuosamente:

  
Dr. JOSE POLO  
cc. 8'669.551 G/9villa.  
Director

"Quiero dedicar este triunfo en especial a Salim José, mi padre; quien a fuerza de sacrificio supo dotarme de lo necesario para lograr tan grande sueño; de él heredé su inteligencia para poder alcanzar mi meta. Nunca me cansare de agradecerle lo padre querido; este triunfo es más tuyo que mio.

A Maria del Carmen, mi madre; quien me da la comprensión que necesito en los momentos difíciles de mi vida; ella con su cariño y ternura me ha brindado todo su apoyo en esta dura profesión, que orgulloso me siento en colocar este éxito en tus manos.

A mi hijo, para que le sirva de estímulo para superarse, y comprenda que el que nada sabe, nada vale.

A mis hermanos, Rosalba, Astrid, Salim, Julio y Jorge; quienes me estimularon para seguir adelante.

A Rosalba, mi amor; quien afectuosamente me ayuda a continuar en esta difícil tarea.

A mis profesores; quienes supieron transmitirme todo ese bello caudal de conocimientos.

Gracias."

Luis Alberto Guerra Garcia.



## INTRODUCCION

Es necesario acudir a la historia personal del individuo, a las circunstancias sociales y culturales, donde ha nacido y se ha desarrollado, para encontrar, y, en gran medida, explicar, la conducta del ser humano.

Es, entonces, un lugar común, afirmar que la conducta humana es el resultado de la interacción o de la influencia mutua de los factores biológicos y constitucionales y los factores que dependen del medio ambiente, pero destacando con especial énfasis, los mecanismos concientes y principalmente inconscientes de la estructura de la mente.

Es facil observar que el ser humano al nacer exhibe una conducta animal. Progresivamente el nuevo ser evoluciona de esta condición biológica-animal a la condición de ser adulto bio-social.

En este largo proceso va desarrollando técnicas o formas de adaptación, en un intercambio permanente, entre

sus necesidades biológicas y psicológicas, y las posibilidades de su medio ambiente. De este modo va estructurando su propia personalidad.

Se puede considerar a la madre como factor fundamental que rodea al hombre en un principio. Desde la vida intrauterina es ella, sana o enferma, quien le suministra alimento físico y psicológico.

Pero ella, además, ha estructurado su personalidad, en un momento dado de la historia, en una determinada cultura y en una cierta clase social.

Por lo tanto, es inicialmente, a través de la madre, del intercambio afectivo con ella, que el niño va incorporando e internalizando los valores culturales de la sociedad que le vio nacer. Posteriormente ingresan nuevas figuras significativas, tales como el padre y los hermanos con cuyo intercambio afectivo y social, el niño cristaliza los valores culturales.

Es preciso destacar la importancia de las primeras experiencias del niño con su familia; porque de lo adecuadas e inadecuadas que ellas puedan ser, resultará su conducta también adecuada o inadecuada; en otras palabras normal o patológica. En esta dirección es pertinente re -

cordar el sentido de confianza; el cual, consiste en una cierta confianza en sí mismo y en los demás. Este concepto depende de la interacción temprana, adecuada, del hijo con la madre y va a constituir un factor decisivo en la futura salud mental del individuo.

De lo anterior es fácil, entonces, deducir, que la familia es el vehículo principal a través, del cual el nuevo ser hace el aprendizaje de su conducta. Pero esa conducta va a ser moldeada, modificada cuando ese nuevo ser salga de la familia y se ponga en contacto con sus semejantes, procedentes de otras familias, en diversas instituciones sociales como guardería, escuela o universidad, etc. y esto a pesar de que las distintas familias pertenezcan a una misma cultura y dentro de ella a una clase social determinada.

El lenguaje, la religión, los hábitos higiénicos, los hábitos alimenticios, los juegos, la manera de expresar agresividad, la actitud frente a su propio sexo y al sexo opuesto, la actitud frente al trabajo, etc. tendrán en cada individuo la forma y el contenido de su propia cultura y su respectiva clase social.

En nuestro medio es común observar la limpieza de un niño de clase alta, frente al descuido higiénico de un niño de clase social baja. Aunque aquí lo social, la depri-

vación económica, sea un factor predominante; estas formas se manifiestan de los hábitos que examinamos, van a constituir o hacer parte del carácter de las personas.

En general, el control de la agresividad será más acentuada en el joven de clase media, mientras la expresión de aquella, será más abierta en el de clase baja. Esto nos habla claramente de cómo una conducta específica, (la expresión de la agresividad) está fuertemente influenciado por los factores económico-sociales que inciden en la conformación de la familia dentro de nuestra cultura.

Como se sabe, cuando la madre puede permanecer más tiempo en el hogar, y tiene una actitud sana con sus hijos como puede ocurrir en la clase media al principio ejercerá controles externos sobre los impulsos instintivos de su prole; controles externos que al ser internalizados se van convirtiendo en controles internos en cada uno de los sujetos. Lo que se traducirá posteriormente, en la vida adulta, en individuos que podrán controlar, ellos mismos, en una forma más adecuada sus impulsos sexuales y agresivos.

Otro será el camino que siguen los impulsos instintivos en el niño cuya madre debe abandonarlo por largos períodos, tempranamente para ayudar al sustento del hogar, determinando así, muy probablemente un carácter diferente

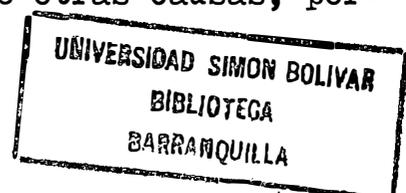
una conducta distinta, ya que no ha logrado internalizar los controles internos procedentes de sus padres.

Por otra parte hay un grupo de niños, aquellos que carecen de familia y se le lleva a una institución, tipo guardería, donde la mayoría de las veces no cuentan con los recursos necesarios, con los estímulos adecuados, sensoriales y afectivos; donde en general predomina la deprivación y aún en el caso de que no faltarán nutrientes físicos; estos niños exhiben una conducta características de estas instituciones, matizada de apatía, de irritabilidad, hostilidad y en general con trastornos variables del afecto y a veces también de su capacidad intelectual.

Las instituciones sociales mencionadas anteriormente como la universidad, la escuela, la guardería y en especial la familia, son los instrumentos o mecanismos de que conciente o inconscientemente, se vale la sociedad para conservar o perpetuar sus tradiciones y valores. A través de ellas, aprende el individuo desde muy temprano, las creencias mágicas, las creencias religiosas, los derechos y deberes frente a los demás, el concepto de bien y mal, su actitud frente al sexo opuesto, su actitud frente al deporte y las diversiones, el pensamiento lógico y científico, etc.

Pero es indispensable tener en cuenta las oportuni-  
des que una sociedad le concede a los individuos que la  
conforman. La conducta de tales individuos va a depender  
en gran medida de dichas oportunidades. No se comporta i-  
gual un niño cuya crianza se desarrolla en la opulencia,  
que aquel que para poder sobrevivir, ha tenido que pasar  
largo tiempo en una guardería. Es natural que esté va a  
tener desde unas maneras o modales especiales en la mesa,  
hasta una manera distinta de concebir la vida y de inter-  
pretar el mundo.

Hasta ahora se ha dado mucha importancia al hecho de  
que el niño incorpora, internaliza, a través de la madre  
y de la familia, las costumbres, tradiciones y valores de  
la cultura y de la sociedad. Tal importancia se debe al  
hecho, hoy reconocido universalmente, de que las experien-  
cias tempranas de la vida son determinantes en la forma-  
ción del carácter y conducta del adulto. Pero es necesa-  
rio también hacer énfasis en el hecho de que toda socie-  
dad y toda cultura están en permanente evolución, no pre-  
cisamente porque los individuos aprenden pasivamente sus  
valores, sino por lo contrario, los individuos entran a  
formar parte activa de su mundo social y tienden a cambi-  
arlo. Además este cambio se opera constantemente por la  
influencia de otras culturas; y esta influencia es más no-  
toria en la época contemporánea, entre otras causas, por-



el avance de las comunicaciones modernas.

De este modo la actitud activa del ser humano en su intercambio social y la influencia de otras cultura; son dos aspectos importantísimos de tener en cuenta de la conducta humana.

Probablemente entre los factores que, contribuyen al estudio de la normalidad, puede decirse que fué cierto en enfoque social de la psiquiatría o sea cuando está empezó a mirar, no al individuo aislado, sino a grupos enteros de población. Necesitaba, de este modo, tener un concepto más claro de la normalidad para poder definir mejor las enfermedades y los trastornos de la conducta.

## I. LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA

La historia de la psiquiatría, siendo una parte de la historia general de la medicina, por otro aspecto se diferencia de las demás ramas médicas en cuanto que por su objetivo, la conducta perturbada del hombre, participa también en la historia de las otras ciencias humanas y con - tacta con la historia del pensamiento, de la cultura y de las sociedades.

Como parte de la historia de la medicina, ha seguido - los avatares del arte de curar y del conocimiento científico a través de los tiempos y de las edades. Parece que no ha habido época, ni cultura, ni lugar de la tierra enteramente libre de enfermedad mental. Los trastornos psiquiátricos siempre han afligido a la humanidad, tanto como las enfermedades físicas. Esto, a pesar del pensamiento de algunos psiquiatras contemporáneos que consideran - la enfermedad mental como un epifenómeno de las sociedades occidentales desarrolladas y opresoras. Sin embargo, - los datos antropológicos, históricos y las observaciones científicas realizadas en sociedades muy primitivas, no -

no han encontrado hasta ahora ningún grupo humano en que se pueda decir que la enfermedad mental nunca existió o existe. Desde los tiempos o los pueblos primitivos, usualmente se han encontrado que los médicos, o quienes hacen sus veces, han utilizado su arte para tratar la enfermedad mental, igual que lo han hecho con la enfermedad física.

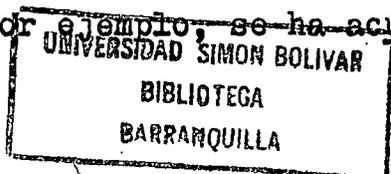
Por otra parte lo que sí ha variado a través de la historia es el concepto de enfermedad mental, que por épocas y lugares se ha hecho más o menos amplio o estrecho y, por lo tanto, el campo de actuación del médico ha sufrido iguales cambios. Por ejemplo, se han descrito culturas helénicas, orientales y africanas que no consideran la homosexualidad ni el transvestismo como enfermedades o síntomas psiquiátricos, sino que los han asimilado a variaciones de la conducta normal. En tanto que, hasta no hace mucho, la psiquiatría occidental no vacilaba en considerar estos rasgos como patológicos. Actualmente hay una controversia al respecto, pero la nomenclatura internacional de enfermedades vigente sigue considerando estas conductas como patológicas bajo los rubros 302.0 Homosexualidad y 302.3 Travestismo.

Otro ejemplo de estos diferentes enfoques estaría en el hecho de que en las culturas aborígenes precolombinas ciertas conductas que nosotros estimaríamos como patológi

cas, tales como delirios, alucinaciones y ataques convulsivos, se estimaban más bien como señales sobrenaturales favorables para el afectado, signos de comunicación con los dioses o con los espíritus, que muchas veces ungían al que las padecía con el respeto de la tribu y aún marcaban el futuro piache o chamán, es decir al brujo o al médico de la tribu. Hoy todavía hay discusiones entre los científicos en cuanto a considerar a muchos de los heroes caudillos, genios o grandes conductores de pueblos, como individuos superdotados, geniales o más bien paranoicos o alienados.

Un ejemplo más: en ciertas épocas de la humanidad, a finales de la Edad Media, más que enfermos mentales muchos individuos se perturbados como poseidos por el demonio o brujos o brujas, siendo entonces examinados y tratados no por la medicina sino por las autoridades religiosas y civiles.

Este concepto de la enfermedad mental, que se agranda o se estrecha según los tiempos y las edades, refleja por una parte el modo de pensar prevalente en un momento y en una sociedad determinados, lo mismo que la carencia suficiente de conocimientos científicos pertinentes y adecuados sobre muchos aspectos del comportamiento humano normal o perturbados, y se ha prestado obviamente abusos y arbitrariedades. En nuestros días, por ejemplo, se ha acu



sado a ciertos regímenes totalitarios que no permiten las disidencias políticas, de abusar del concepto de "enfermedad mental" para reprimir a los disidentes y heterotóxicos tratándolos como presuntos insanos a los que se reducen a los manicomios, sustitutos de las cárceles o de los trabajos forzados.

Tales conceptos, amplios o reducidos de la enfermedad mental según los tiempos y las filosofías han delimitado también unas fronteras difusas a cerca de quien debe ocuparse y tratar estos problemas. Tal situación se presenta ya en ciertas sociedades primitivas en que el trastorno mental era terreno del sacerdote y no del médico, aunque en muchas culturas indígenas tales cargos y dignidades iban con frecuencia unidos en la misma persona: el médico-brujo, chamán o piache, etc.

En la misma Roma antigua ya se presentaba una dicotomía a cerca de quién debía ocuparse de estas enfermedades si el médico o el filósofo, situación que el gran recopilador médico del siglo primero, Cornelio Celso, Zanjaba con estos conceptos: "Si la filosofía pudiera hacer buenos médicos, el filósofo sería siempre un curador mejor que el médico. El filósofo posee solo el conocimiento de las palabras, no el conocimiento de cómo hay que tratar el enfermo".

En la Edad Media y siglos posteriores buena parte del trastorno mental, como se mencionó, pasó hacer terreno de la iglesia; la medicina, que tampoco tenía mucho armamentario terapéutico para la enfermedad mental, aceptó retraerse a aquellos pocos casos en que el origen orgánico del trastorno mental era obvio y evidente.

Solo desde el final del siglo XVIII o comienzos del XIX, en que surgió la psiquiatría científica en su forma actual, la medicina occidental acepto encargarse plenamente del problema de las enfermedades mentales y reclamar para si el cuidado de asilos y manicomios. Esta situación llego a su mayor auge a mediados de este siglo en que, en la mayor parte de los países, el movimiento de la salud mental estaba en manos de médicos, la balanza se ha desplazado otra vez y hoy vemos como, en base a credos, teorizaciones y actitudes, muchos de los problemas mentales han vuelto a ser el objetivo y el campo de trabajo de profesiones no medicas como la psicología, la sociología y la antropología; cuando no, en los medios subdesarrollados de adeptos religiosos, de místicos, parapsicólogos, gurús, telepatistas y aún de brujas, hechadoras de cartas y mucha más gente lega de la laya.

Volviendo al mundo primitivo, se ha encontrado en los restos de las culturas arcaicas, lo mismo que en las tribus indígenas contemporáneas, una manera similar de enfo-

car y de tratar la enfermedad, incluyendo la enfermedad mental que obedece a las concepciones animistas y precientíficas del llamado pensamiento mágico. Según el modo de pensar mágico las enfermedades son producidas por espíritus o seres sobrenaturales, las cuales actúan sobre el individuo de dos maneras principales: o por el robo del alma "una alienación" mediante el cual el individuo enferma al ser despojado de partes de sí mismo y de esta manera quedar desvalido, débil y funcionando con fragmentos deficitarios de su propio cuerpo o espíritu.

En la otra concepción, el enfermar sería consecuencia de la introducción de sustancias, materias o espíritus extraños en el propio organismo del paciente. Este no podría reaccionar normalmente, por estar interferido desde su interior por tales sustancias que se habrían aposentado en su persona.

De estas concepciones surgían y surgen los modos de curar mágicos o sea todo una serie de rituales, que variaban y varían según las culturas, pero que todos tenían por finalidad o bien hacer entrar nuevamente en el individuo las partes alineadas o excluidas, o bien expulsar del enfermo los cuerpos extraños o perturbadores. Toda la variedad de rituales primitivos de los médicos-brujos, chamanes y piaches, parecen entonces tener un sentido de la

luz de las anteriores premisas y encerrar algún simbolismo en una de las dos corrientes indicadas.

Se ha hecho nacer la medicina científica a partir de Hipócrates (460-355 a. c.). Efectivamente este médico griego o el conjunto de médicos de la escuela de Cos que bajo este nombre o sigla ejercieron en los siglos V a IV antes de Cristo, inició el desarrollo de la medicina clínica occidental que ha prevalecido hasta nuestros días.

Hipócrates introdujo el método clínico-empírico, se alejó de las creencias mágicas sobre la enfermedad y fundamentó las bases ético-científicas de la medicina. Entre los numerosos aciertos del padre de la medicina hay que contabilizar para la psiquiatría varios logros: él hizo considerar por primera vez las enfermedades mentales como las enfermedades "naturales" excluyéndolas de la consideración de "sobrenaturales, concepción que hasta entonces predominaba, y por lo tanto la redujo al ámbito médico, con capacidad para ser curadas también por métodos médicos; él introdujo el concepto y conocimiento de los "temperamentos", es decir lo que hoy llamaríamos constitución o carácter, o idiosincrasia. Dividió los temperamentos en los cuatro grupos que han sido el fundamento de la biotipología: coléricos, biliosos, sanguíneos y flemáticos, según la predominancia de los humores: bilis blanca, bilis-

negra, sangre o linfa.

Hipócrates fué el precursor en otros campos: en la necesidad de hacer historias clínicas, en la utilidad de observar al paciente de seguirlo y de acompañarlo críticamente a lo largo de su enfermedad, en mantener una actitud respetuosa médico-paciente, en la observación psicossomática y en la correlación entre emociones, salud y enfermedad.

Fuó el primero que consideró el cerebro como el asiento de los sentidos y de la vida intelectual.

La filosofía griega de la época, al lado de sus aportes a la comprensión del universo, también contribuyó al adelanto de las ciencias y son memorables, para la psicología y la psiquiatría, las concepciones de Platón, Aristóteles, Eráclito de Efeso, Tales de Mileto, Epicuro y otros tantos.

Platón, considerado como el "inventor" de la psicoterapia verbal (lógos, kalós), dividía la mente en tres almas: apetito, razón y temperamento y concebía la salud mental como una armonía entre la mente y el cuerpo.

El médico más representativo de la civilización romana fué Galeno (128-200 de c.), quién aportó a las concepciones

nes psiquiátricas de entonces la distinción entre enfermedades por lesión simpáticas (delirium) por lesión directa (demencias), amplio las nociones de anatomía del sistema nervioso, dió nuevo impulso a las teorías de los humores y sistematizó los conceptos de los neumas o espíritus animales destilados por el cerebro y los nervios, como resultado de las funciones digestivas y reproductoras, por medio de los cuales ejercen su potencia las paciones. Las ideas de Galieno hubieron de prevalecer en la medicina europea por varios siglos.

El final de la edad media y comienzos de la era renacentista se caracteriza en el mundo occidental por el predominio de la brujería. Verdaderas epidemias de brujerías recorrieron en los campos, y las ciudades de toda Europa. Los danzantes, los flagelados, las epidemias de Sambito, eran la expresión corriente de la patología psicosocial de la época. Se creía en la licantropía: los hombres que se convierten en lobos o en vampiros.

La consideración de todos estos fenómenos y su terapéutica fueron la preocupación de las autoridades feudales y eclesiásticas. La preservación del dogma y la conservación de la fe amenazada por tales epidemias, se constituyeron en el celo que dio lugar a la inquisición y demás tribunales. Los enfermos mentales, víctimas y a la vez protagonistas de la mayoría de tales fenómenos, eran conside

rados como poseidos de los demonios, eran perseguidos, re-  
tenidos, juzgados y muchas veces ajusticiados; no tenían  
consideraciones medicas sino jurídicas, religiosas y mora-  
les.

En la conducta humana, los abortos, las impotencias, -  
la locura, los ataques, la parálisis, las erusiones de la  
piel, la mala suerte, los cálculos, etc. Si no tenían cau-  
sa conocida eran debido a la brujeria. Hecho el diagnósti-  
co de la "brujeria" había que buscar los culpables de su-  
producción. Se sospechaba inmediatamente de los herejes, -  
sismáticos y excomulgados, de las mujeres de vida alegre-  
y de los misántropos, melancolicos, y obviamente de los -  
que hoy llamamos "psicóticos", delirantes y alucinados. To-  
dos ellos eran investigados y enjuiciados y evidentemente  
muchas injusticias cayeron entonces sobre demasiados infe-  
lices enfermos mentales. Se calcula en millares los ajus-  
ticiados por la inquisición en Holanda, Suiza, Alemania, -  
Inglaterra, España y muchos miles más los que sufrieron -  
penas y castigos por esa causa.

Con el avance del renacimiento se observa ya una reac-  
ción contra ese modo de pensar. Fueron médicos, pensado -  
res y filósofos, quienes primero protestaron contra ese -  
modo de concebir los desórdenes de la conducta humana. -  
Entre los médicos Johan Weyer (1515-1578) médico aleman -  
llamado el primer psiquiatra moderno, quien en su obra "

"Da Prestigiis Daemonum", sostenía que no todos los que se acusaban de brujería tenían trato con el demonio, sino que había entre ellos verdaderos enfermos mentales. En los siglos que les siguieron, al paso que surgían establecimientos psiquiátricos en Europa y el nuevo mundo, fueron los filósofos paralelamente con los anatomistas, quienes siguieron profundizando y analizando más la mente humana, al paso que tratando de localizar su ubicación. Rene Descartes (1596-1650) consideraba el organismo como una máquina, establecía la dicotomía mente-cuerpo y localizaba el alma en la glándula pineal. En los siglos siguientes Blas Pascal, John Locke, el Baron de Montesquieu, David Hume, y otros pensadores especularon sobre el funcionamiento de la mente, sus relaciones con el cuerpo y con el medio ambiente social y cultural y contribuyeron a las bases de la moderna psicología. El filósofo Emmanuel Kant hizo una clasificación de las enfermedades mentales y sostenía en 1798, que estas enfermedades debían ser tratadas por los filósofos.

La Edad Moderna continuó asistiendo al establecimiento de casas para alienados en los países del mundo occidental. La orientación de ellas era especialmente la de "asilos" o "albergues", similares a las que se constituían para atender a los ancianos, huérfanos y mendigos. La atención era primordialmente de tipo "custodial" y había poco interés en el diagnóstico y en el tratamiento y más-

en la base paternalista y burocrática, llegando a estar sujetos a intrigas, recomendaciones y privilegios como se veía en las casas de alienados de Francia en los siglos XVII y XVIII. La costumbre de exhibir los alienados por unas pocas monedas estuvo muy extendida en Europa.

La primera revolución psiquiátrica, en concepto del notable psicoanalista e historiador Gregori Zilborg fué la realizada en el Renacimiento por los médicos que se opusieron a la concepción de la brujería, como Weyer, Paracelso, Cornelio Agripa y Gerónimo Cardan. La segunda Revolución psiquiátrica la encabeza un hombre ilustre Philippe Pinel (1745-1826), quien en la época de la Revolución Francesa liberó a los locos de sus cadenas y sentó las bases de la nosología y de la asistencia psiquiátrica moderna.

Con el nombre de Pinel se habla en realidad la psiquiatría moderna tal como hoy la comprendemos: como la rama de la medicina que se ocupa del estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales. La consideración humana de los pacientes, el intento de obrar sobre ellos por métodos físicos y "morales", el alivio de sus condiciones de reclusión y el intento de sistematizar sus dolencias, son consecuencias todas del modo de pensar del "siglo de las luces", que Pinel encarnó en el campo de la psiquiatría.

Durante el siglo XIX se describieron la parálisis general, la psicosis maniaco-depresiva, la demencia precoz, - los delirios alucinatorios crónicos, la paranoia, la neurastenia, la neurosis y otra cantidad de enfermedades de síndrome y de síntomas, muchos de los cuales tienen validez hoy día y han sido la base de la nosografía contemporánea. Es la era de los sistemas o de "las clasificaciones" según lo denomina Zilborg.

El exponente máximo de esta era y quien llegó tras una paciente y cuidadosa labor de revisión y de observación de muchos lustros, ha acercarse a una verdad unificada fue al maestro Aleman Emil Kraepelin (1855-1926). Distinguió las enfermedades mentales en dos grupos: insanias (psicosis) e imbecibilidades (demencias). Entre las primeras - distinguía catorce grupos: melancolia, condiciones maniaco-depresivas, demencia precoz, parálisis general, catatonia, parancia, delirio, post-traumáticas, epilépticas, - histéricas, puerperales, alcohólicas, locura moral y toxicomanias. Las segundas las dividía en adquiridas (demencias orgánicas, senil y epilépticas), y congénitas (idiotia cretinismo, epilépsia).

Además de los estudios clínicos y de los sistemas clasificatorios y nosográficos, buena parte del siglo pasado estuvo dominada en el campo de la psiquiatría por dos co-

corrientes de pensamiento que habrían de extender su influencia hasta los albores del presente siglo.

La doctrina de las localizaciones tuvo su primer exponente en Viena con el neurólogo Franz Joseph Gall (1758--1828) quien suponía que toda alteración llevaba su correspondiente lesión anatómica en áreas cerebrales bien determinadas, tal como se había encontrado entonces para las funciones neurológicas normales: la motricidad, la sensibilidad, el lenguaje, etc. Esta corriente, que tuvo su mayor auge en la psiquiatría alemana dió origen a la orientación somatista de la psiquiatría y a la llamada "mitología del cerebro", que se prolongó por todo el siglo. Consideraba que si todavía se hablaba de psicosis funcionales", es decir sin lesión anatómica demostrable en el sistema nervioso central ello se debía simplemente a la ausencia de métodos adecuados de observación de las lesiones, las que sin duda algún día se llegarían a descubrir.

La teoría de la degeneración tuvo sus orígenes en la psiquiatría francesa y especialmente en los trabajos de Benedict Augustin Morel y Valentin Magnan. Según sus planteamientos, las enfermedades mentales eran la consecuencia de taras hereditarias que iban comprometiendo progresivamente la descendencia de las familias afectadas, que lo eran casi todas. Tales taras darían origen a una prime

ra generación de neuróticos, una segunda de psicóticos, - una tercera de oligofrénicos y así hasta su extinción final. Esta teoría también llegó a sostener que los genios y artistas eran "degenerados superiores" y su influjo fué muy grande en la criminología, dando origen a la concepción del criminal nato, sustentada especialmente por Cesar Lombroso y el penalista Enrico Ferri.

El problema de las neurosis, enfermedades mentales ambulatorias que no justifican la reclusión, pero cuya etiología y tratamiento continuaban siendo desconocidos, se convirtió en el centro de atracción de la medicina mental a finales del siglo pasado. Se conocían los buenos resultados de métodos de sugestión y de manipulación esotérica en estas dolencias.

Un paso importantísimo lo dió Simund Freud (1856-1939), médico judío vienés, quien llegó al conocimiento de lo que habría de constituirse en la tercera revolución psiquiátrica, con el descubrimiento del psicoanálisis. Freud describió el inconsciente, las fuerzas ocultas que regulan la mente, el vasto mundo que hasta entonces desconocido - que ha informado durante este siglo las mayores contribuciones al campo de la medicina mental, la psicología, la antropología y demás ciencias humanas.

Freud por medio del psicoanálisis, ideado inicialmente para ser aplicado al campo de las neurosis permitió el esclarecimiento de muchos fenómenos psicológicos normales y patológicos, ~~en~~ y aún sociales y culturales; descubrió la influencia de los fenómenos inconscientes en la vida común los psicodinamismos de la mente humana, es decir las fuerzas desconocidas de la conducta, de los sueños y de las emociones; el determinismo psicológicos de los actos irracionales, de los síntomas y de las creaciones artísticas y culturales; la importancia de las defensas psicológicas y de las adaptaciones en frente a la angustia, a la soledad y al duelo; la importancia de los impulsos sexuales en la salud y en la enfermedad; el sentido profundo de los simbolismos humanos y la transcendencia de la vida psíquica infantil y de sus experiencias en la trayectoria ulterior de los seres humanos. Lo que en un principio fué medicina mental trataría posteriormente de convertirse en una ciencia autónoma psicoanalítica paradigma y explicación de la conducta humana y de la historia.

Hoy existen tres grandes corrientes de pensamientos que se disputan el campo de la enfermedad mental. Por una parte está el enfoque médico, que sostiene el tradicional punto de vista de que la psiquiatría es medicina y que la enfermedad mental debe ser tratada y enfocada como cualquier enfermedad física. En su favor están las alentado

ras investigaciones genéticas, neuroquímicas, encimáticas hormonales, etc. que hallan cada vez más caminos entre los psicopatológicos y los somáticos, lo mismo que los hallazgos de la psicofarmacología que han enriquecido grandemente el arsenal terapéutico con medicamentos que no solamente suprimen numerosos síntomas psiquiátricos, sino que llegan a modificar la conducta y las emociones.

Otro es el enfoque psicológico de la enfermedad mental que postula que el ser humano enfermo en su mente por la anormal distribución de sus energías psicológicas y la desigual reacción de sus mecanismos de defensa originada, en experiencias desfavorables con otros seres humanos, y solamente puede recuperarse mediante "experiencias emocionales correctivas". En nuevas relaciones interpersonales, esta vez terapéuticas.

El tercer enfoque, el enfoque social, lleva a pensar que la enfermedad no está tanto en el individuo como en la sociedad y que todo esfuerzo es inútil si tratamos al individuo aislado, si no lo consideramos como parte de la sociedad que enferma. Este enfoque cuyo extremo ha sido sostenido especialmente por la Antipsiquiatría la cual niega la esquizofrenia como entidad médica y considera desfavorablemente la intervención médica que llevaría a alienar al presunto paciente, desestima un tanto los tratamientos individuales y se preocupa más por la sociedad de la-

cual provienen los casos y a la cual se atribuye buena parte de sus trastornos.

Estos varios puntos de vista tienen razones en pró y en contra, y la psiquiatría se reciente hoy de sus divergencias. Posiblemente ninguno tiene la razón absoluta y un punto de vista integracionista sería el más adecuado.

En referencia a Colombia, es interesante para terminar este capítulo recapitular brevemente algunos de los hitos que han marcado la historia de la psiquiatría en nuestro país. En la época precolombina hay noticias de que los indígenas usaban ya algunas ceremonias mágicas, plantas medicinales y alucinógenos, y aún sistemas de contención para tratar las enfermedades mentales así, los indios chocóes del golfo de Urabá introducían a los pacientes agitados en jaulas muy pequeñas, adornadas con figuras simbólicas, mientras pasaba el estado agudo.

En la época de la conquista se describieron crisis de enajenación entre los gobernadores y soldados expedicionarios, que fueron atribuidas a influencias del medio ambiente. Más tarde, se observaron entre los indígenas sometidos síndromes culturales de desaptación y desde muy temprano se observaron entre ellos el alcoholismo, la abulia la negativa a sembrar y el suicidio.

La implantación del Tribunal de la Inquisición en Cartagena en 1610, tenía propósitos el de combatir la violencia y los desmanes entre gobernadores y gobernados. Durante la colonia los pacientes mentales eran descuidados y se les recluía en las cárceles cuando eran peligrosos. Los hermanos de San Juan de Dios que llegaron al país en 1596 y se hicieron cargo de los pocos hospitales existentes admitían y cuidaban en ellos algunos pacientes mentales. Un primer esfuerzo por mejorar su situación está ligado a la memoria del Virrey José Solís Folcho de Cardona quien al tomar los hábitos para hacerse religioso en 1759 se dió parte de sus bienes para crear un servicio de enajenados en el hospital San Juan de Dios de Santa Fé.

Puede considerarse como el nacimiento de la psiquiatría en Colombia la década de 1870 en que se crearon los primeros manicomios de Bogotá y Medellín. Fueron atendidos por médicos generales, pero allí comenzaron a formarse los primeros psiquiatras y a iniciarse los estudios de las enfermedades mentales en el país.

## II. CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

### II.1. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

El concepto de enfermedad mental no es de carácter jurídico sino psiquiátrico; corresponde a esta ciencia, derivada de la psicología y de la medicina, describir la sintomatología de las enfermedades mentales, clasificarlas y precisar en cada caso la especie de anomalía mental que padece una persona; a la psiquiatría forense le corresponde examinar al presunto delincuente para determinar si sufre de alguna anomalía sicosomática y si ella ha influido o no en la comisión del delito que se le imputa; al juez compete, por su parte, estudiar la pericia psiquiátrica y decidir si de allí se desprende la conclusión de que el sindicado es enfermo mental y por lo tanto inimputable.

Nos parece necesario solicitar el concurso de la psiquiatría y realizar un somero análisis de las diversas especies de enfermedad mental, con la previa advertencia de que sobre este punto no hay acuerdo entre los psiquiatras

Adoptaremos, sin embargo, la conocida distinción entre -  
psicosis, psicopatías y neurosis.

Esta denominación reúne a todo tipo de anormalidad psí  
quica que produce descontrol de la actividad intelectual-  
y volitiva, en forma general y temporalmente estable. In-  
teresa al derecho en cuanto influye en la capacidad civil  
y la imputabilidad penal de quienes la padecen.

## II. 2. PSICOSIS

Con tal nombre se conoce "el trastorno general y per -  
sistente de las funciones psíquicas, cuyas causas patoló-  
gicas son ignoradas o mal interpretadas por el enfermo im -  
pidiéndole su adaptación lógica y activa a las normas del  
medio ambiente, sin provecho para sí mismo ni para los de -  
mas"<sup>1</sup>. Constituyen las enfermedades mentales propiamente-  
dichas, alcanzando mayor gravedad que las neurosis. Im -  
plican el tipo de destrucción de la personalidad que vul -  
garmente conocemos con el nombre de locura. Se trata, pu -  
es, de una perturbación general del psiquismo que afecta,  
con mayor o menor intensidad, las esferas intelectivas, -  
volitivas y afectivas de la personalidad. Las causas de -  
las psicosis generalmente son difíciles de discernir.

1. ROJAS, Nerio, Medicina legal, El Ateneo, Buenos Aires,  
p. 583.

Suelen distinguirse las siguientes especies de psicosis: psicosis maniaco-depresiva, oligofrenia, epilepsia, esquizofrenia, paranoia, psicosis tóxica, psicosis lúeticas, demencia arterioesclerótica y demencia senil. A cada una de ellas nos referiremos enseguida.

## II. 2.11. PSICOSIS MANIACODEPRESIVA

Esta psicosis distímica, de base constitucional y frecuentemente hereditaria, se caracteriza por episodios de excitación maniacal y de depresión melancólica que se suceden con frecuencia más o menos regular y a los que siguen períodos de normalidad. Con frecuencia pasan alternativamente de un estado al otro. El depresivo tiende al suicidio, mientras que el eufórico llega a agotarse en su actividad desbordada.

Los síntomas fundamentales de esta enfermedad durante su fase melancólica son los siguientes: tristeza inmotivada y tenaz, lentitud ideativa e inhibición volitiva. La depresión afectiva es variable, desde una leve baja del tono humoral hasta la angustia más profunda y desesperada. En estos casos, todo asume para el enfermo una significación dolorosa; la vida carece de sentido y aun las cosas que para una persona normal son motivo de alegría y entusiasmo, para el melancólico son causa de sufrimiento; se siente responsable de todos los males que afectan a sus

familiares y amigos y aun a personas extrañas; una sensación de culpa lo invade y entonces se confiesa responsable de delitos imaginarios o ajenos. Puede ocurrir que la ~~angustia, en vez de~~ paralizar su voluntad, determine en el enfermo un estado de tensión creciente que se manifiesta por una inquietud más o menos ostensible y se exterioriza en lamentos monótonos y estereotipados o en agitación tumultuosa.

El cuadro de la manía es opuesto al anterior; en lugar de la tristeza hay alegría despreocupada; en vez de la lentitud ideativa, se evidencia una gran locuacidad; en lugar de la inquietud locomotora, una incansable actividad. En sus formas más leves preséntase una simple exaltación del humor y de la ideación que lo lleva a discurrir sin mucha ilación sobre los más diversos tópicos, las más veces inoportunamente por lo que se hace fastidioso en cualquier reunión social. El hipomaníaco es inquieto e impulsivo siente en todo momento la necesidad de hacer algo por eso traduce en acto sus ideas, sin que ellas pasen por el tamiz de la crítica. En sus manifestaciones graves en cambio su comportamiento es incompatible con la vida de relación; la exsaltación del humor lo lleva a una alegría desenfrenada y acreerse capaz de resolver cualquier problema por abrupto que sea; su actividad sicomotora es exuberante, habla, grita, ríe, insulta con mímica ostensi

ble, rostro encendido y mirada vivaz. Hay momentos en que el enfermo se torna litigioso, iracundo y violento.

Las tres fases de esta enfermedad - depresiva, maniacal y normal - se presentan en forma alternativa, pero en veces se superpone de manera que aparecen simultáneamente y dan lugar a comportamientos ambivalentes<sup>2</sup>.

Durante un raptus melancólico el enfermo puede dar muerte a sus seres queridos y suicidarse luego, como única solución al conflicto que padece.

## II. 2. 2. OLIGOFRENIA

Entiéndese por oligofrenia el retardo o detención del desarrollo mental. Tal deficiencia puede estar ocasionada por procesos patológicos que afectan el cerebro antes del nacimiento, durante el parto o en época posterior por traumatismo o por defectos evolutivos congénitos de la inteligencia<sup>3</sup>.

Según el grado de deficiencia intelectual, los oligofrénicos pueden ser idiotas, imbéciles o débiles demente.

2. DOBBELSTEIN, Hermann, *Psiquiatría...*, ob, p. 64.

3. GOZZANO, Mario, *Compendio di Psichiatria*, Rosenberg y Seller, Torino, 1958, p. 77.

En sus formas más graves, la idiocia implica extremas reducciones de la vida psíquica; quienes la padecen son tardos en su percepción, incapaces de atención con una afectividad limitada a las simples manifestaciones reflejas de la risa y el llanto y con una actividad reducida a las funciones vegetativas. En los casos menos graves, la atención espontánea funciona con cierta rapidez, pero es muy voluble; la memoria es precaria como consecuencia de fallas atencivas; el lenguaje es muy pobre y el juicio, elemental por incapacidad de abstracción.

Los idiotas presentan con frecuencia deficiencias orgánicas, tales como malformaciones craneales (microcefalia, macrocefalia, asimetrías), anormalidades en ambas extremidades (polidactilia, sindactilia), señales de infantilismo sexual, movimientos lerdos y marcha irregular.

El cuadro clínico de la imbecilidad, sólo se diferencia de la anterior, por la menor alteración de la deficiencia mental. Hay, sin embargo, imbéciles graves, que además de la incapacidad de abstracción y de la absoluta falta de crítica, presentan defectos considerables en las funciones psíquicas elementales; pero, generalmente son las actividades psíquicas superiores las más afectadas. Por falta de control crítico, el imbecil acepta fácilmente las sugerencias ajenas, sin distinguir claramente en

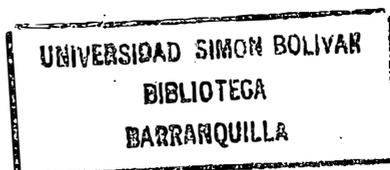
tre lo lógico y lo absurdo; por esa misma razón es notablemente crédulo. Desde el punto de vista afectivo, es egoísta, vanidoso e impulsivo; sus principios morales, cuando los tiene, suelen ser pobres y superficiales, fruto más de una enseñanza mal aprendida, que de una verdadera convicción.

Los débiles de mente son individuos cuyas funciones psíquicas elementales están normalmente desarrolladas, pero, las superiores presentan deficiencias más o menos pronunciadas, particularmente en el ámbito del juicio y del raciocinio. Se ha dicho con razón que el cerebro de estos sujetos no es creador sino meramente reflector. Distínguese dos clases de débiles mentales, los eréticos y los apáticos: aquellos son fácilmente irritables, agresivos y maliciosos; éstos, son callados, tranquilos y condescendientes<sup>4</sup>.

## II. 2. 3. PSICOSIS EPILEPTICA

La epilepsia es una enfermedad del sistema nervioso central caracterizada por disturbios, a veces de tipo convulsivo con perturbación más o menos profunda de la conciencia.

4. STERN, Erich, Anormalidades mentales, Labor, Barcelona 1949, p. 52.



Puede ser episódica o permanente; la primera de breve duración, se manifiesta por estados confuncionales con alteración de la conciencia, notable agresividad, alucinaciones y delirios; la segunda presenta viscosidad mental, disminución de la memoria, litigiosidad y propensión a la protesta.

Las formas más comunes de esta enfermedad son el pequeño mal epiléptico, el gran mal epiléptico, la epilepsia - jacks oniana y la epilepsia psíquica.

La primera consiste en una suspensión momentánea de la conciencia; el enfermo de pronto se detiene, asume una actitud perdida, palidece, ejecuta a veces movimientos automáticos y luego recobra su aspecto anterior, sin conservar recuerdo de lo ocurrido<sup>5</sup>.

El gran mal epiléptico se caracteriza por la presencia de accesos convulsivos; durante ellos se distinguen dos - fases, la tónica, con movimientos musculares amplios y - fuertes y la clónica, con movimientos de contracción más- rítmicos que van precedidas de un "aura" (sensación especial que afecta al enfermo pocos instantes antes del acce

5. DOBBELSTEIN, Hermann, Psiquiatría y cura de almas, Herder, Barcelona, 1964, p. 87.

so convulsivo) y acompañadas de caídas, empaldecimiento, mordeduras de la lengua, expulsión de baba, de orina y de materias fecales. El ataque se prolonga entre uno y tres y deja amnesia.

La epilepsia jacksoniana o parcial afecta solo una parte del cuerpo y tiene su origen en una lesión cerebral. - La psíquica no presenta convulsiones; el enfermo experimenta, en cambio, confusión mental, desorientación temporoespacial y en ocasiones, estados crepusculares.

La fase más peligrosa de la enfermedad es la llamada agitación sicomotora, durante la cual el sujeto muestra una agresividad incontrolable.

El interés de esta enfermedad en materia penal es muy grande, lo más característico es la forma brutal, sangui-naria, con ensañamiento patológico, del crimen epiléptico. En materia de epilepsia y sobre todo para nosotros y resolver su situación medico legal, es necesario aclarar la diferenciación de sus diversos estados. Pues la epilepsia no solo es muy variable en su etiología, lo que se ha hecho que se le considere como un síndrome y no como una entidad morbosa, siendo discutida su patógenia.

En este último aspecto hay que diferenciar los siguientes estados o procesos:

La locura epiléptica, estado de franca alienación mental en forma delirante, confuncional, maníaca o ya demencial.

Los trastornos permanentes de carácter, consistentes en irritabilidad, humor sombrío, impulsividad, con independencia de los accesos.

Ausencia de trastornos de la inteligencia o del carácter, reduciéndose la enfermedad a los ataques más o menos espaciados.

En materia de delitos, interesa establecer el estado del epiléptico, en el momento de cometerlo, dentro de esas categorías, pues su responsabilidad en una forma no puede ser igual que en las otras. Sin embargo entre la mayoría de los autores acepta la existencia del "carácter", "el estado mental epiléptico", estado permanente y típico muchos niegan su tipicidad, su constancia y su exclusividad y hay quienes sostienen que consiste siempre en una enfermedad permanente general, orgánica y cerebrópatica, por cuyos motivos, en todos los casos, de enfermos mentales, irresponsables o por lo menos de responsabilidad atenuada.

La delincuencia epiléptica tiene como signo característico la impulsividad con conciencia o sin ella y es sabi-

do que en eso se basó Lombroso para asimilar la criminalidad nata de dicha enfermedad. La criminalidad de sangre - con extrema violencia es la más típica (homicidio, canibalismo, etc.), pero también se observa en otras formas: in ce ndio, violación, exhibicionismo, robos, deserciones del ejército y otras clases de fuga. Estos caracteres objetivos se completan con la amnesia total cuando el delito - fue cometido en estado de inconsciencia, la regla es que - la amnesia sea completa, abarcando todo el término del ac ceso, a tal punto que en esta afección se encuentran los - casos más netos de amnesias temporales totales. La amne - sia puede también abarcar momentos anteriores al ataque - (retrógrada) y posteriores (anterógrada). A veces, aunque raro, la memoria persiste en el primer momento aparecien - do al amnesia sólo después, fenómeno curioso denominado - "amnesia retardada".

Es sabido que la impulsividad es el signo más importante de la vida nerviosa de estos enfermos. Los actos en es - tas condiciones no obedecen a una causa delirante; son i - nesperados, instintivos, automáticos, inconscientes. Con - sisten en robo, violencias brutales, homicidios, automa - tismo ambulatorio, suicidios. Suelen reproducirse a veces en forma periódica y semejante fenómeno psicológico, bas - tante característico de estas impulsiones es la pérdida - de memoria del hecho; es considerado como un signo esen -

cial. Sin embargo, en algunos casos excepcionales, que so lo confirman la regla general esta desaparición del recuerdo no existe; así ocurre en lo referido por Ducosté, en su estudio sobre "la epilepsia consiente Mnesica" antes o después del acceso, la alteración nerviosa del epiléptico suele manifestarse en la forma de excitación, lo cual a veces constituye un verdadero equivalente no convulsivo.

#### II. 2. 4. ESQUIZOFRENIA

Es una psicosis disociativa que se evidencia por una ruptura entre la vida interior del paciente y el mundo en que lo rodea, por una falta de equilibrio entre su personalidad y el medio ambiente, por una desorganización profunda de las funciones psíquicas. Ataca generalmente a las personas jóvenes- por eso se llama también demencia precoz- y tiene decurso crónico. El proceso psicopatológico que esta a la base de esta enfermedad consiste en un defecto de articulación, de asociaciones entre el pensamiento, la efectividad y la acción y entre los varios elementos de la esfera intelectual de la personalidad.

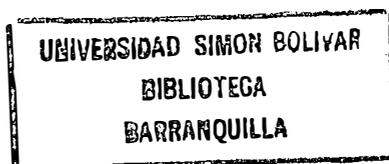
He aquí la sintomatología propia de esta enfermedad: - disociación marcada entre el mundo psíquico del enfermo y el medio ambiente; incoherencia mental por tal modo paradógica que parece escapar a las normales leyes de la psicología; descordinación de las esferas intelectivas, afec

tiva y volitiva; lenguaje formalmente correcto pero sustancialmente ilógico y absurdo; alucinaciones visuales y auditivas, viscerales y cenestéticas (el paciente ve fantasmas o animales terribles, escucha voces dentro o fuera de su cuerpo que le ordenan o insultan, siente que su cuerpo está hecho de vidrio o de acero); delirios fantásticos; afectividad exacerbada algunas veces y anafectividad en otras ocasiones, lo que lo lleva a permanecer inmutable frente a espectáculos macabros o a emocionarse ante estímulos insignificantes; tales disturbios volitivos como pasividad como indolencias o agresividad inmotivadas<sup>6</sup>.

Distingúense tres especies de esquizofrenia, la hebefrénica, la catatónica y la paranoide.

En aquella es particularmente grave la disociación entre el pensamiento, la afectividad y la conducta; la ideación es pueril, el lenguaje incoherente y la actitud amenerada; es frecuente la despersonalización, que puede ser auto-psíquica (el enfermo cree que algo le ha cambiado en su cuerpo), somatopsíquica (cuando las transformaciones parecen localizarse en el cuerpo) o alopsíquica (si es el medio ambiente en que se modifica); los delirios son inconstantes y fugaces.

6. SERPA FLOREZ, Roberto, psiquiatría forense, p. 95



La catatónica está acompañada de graves disturbios de la voluntad y de la conducta que van desde la pasividad absoluta hasta el negativismo, desde la flexibilidad cénrea hasta los impulsos imprevistos y las crisis prolongadas de agitación; en efecto el catatónico no solo se abstiene de realizar actos voluntarios, sino que acepta sin la menor resistencia cualquier actitud que se le imponga por incómoda que sea y así puede permanecer durante horas sin embargo, tal pasividad se transforma luego en su contraria, el negativismo que lo impulsa a reaccionar opuestamente a las insinuaciones que se le hagan o a las órdenes que se le impartan?

La esquizofrenia paranoide se distingue de las dos formas anteriores por la presencia de frecuentes delirios sostenidos por alucinaciones e ilusiones.

El esquizofrénico es el enfermo mental más peligroso; cualquier acción, aún la más absurda, es posible para él; y esta peligrosidad es tanto mayor cuanto que en el curso de su enfermedad suelen alternarse períodos de incoherencia grave con fases de comportamiento casi normal. Es el único sujeto capaz de cometer delitos sin ninguna motivación.

7. GOZZANO, Mario, Compendio..., p.127.

## II. 2. 5. PARANOIA

Esta anomalía se caracteriza por la presencia de delirio sistematizados; los más frecuentes son los de grandeza, persecución, querrela, celos, erótico y religioso o místico. Estos delirios se diferencian de los del esquizo frénico por su mayor coherencia y verosimilitud y por que se presentan de una manera sistemática. Por fuera de su delirio el paranoico actúa y se comporta normalmente.

El enfermo que sufre delirio de grandeza tiene un elevado y orgulloso concepto de su propia persona; unas veces se cree heredero indirecto de una casa reinante, otra se tiene por un genio de la literatura o por un inventor de reputación internecional, capaz de solucionar de manera original los más grandes problemas del hombre y de la humanidad.

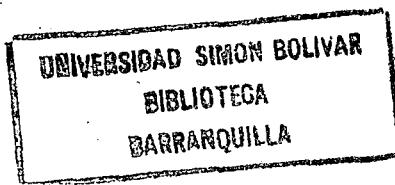
El delirio de persecución- que suele ir unido al anterior- se origina en un sentimiento de desconfianza hacia los demás que lo lleva a ver por todas partes complots, amenazas y persecuciones; cualquier gesto o actividad agenos es interpretado por el enfermo en función de su delirio y por esta vía construye una maraña de intrigas de las que se siente víctima y cuya causa es la envidia ajena por sus cualidades superiores. En tales condiciones el paranoico puede identificar a cualquier despreocupado ciu

dadano como su enemigo y agredirlo por esta razón.

El delirio de querrela o querulomanía, frecuentemente conectado con los dos anteriores impulsa al enfermo a reaccionar por vías legales contra sus presuntos enemigos, a inventar situaciones conflictivas para plantearlas ante la justicia y complicar los procesos judiciales en los que interviene; durante ellos recusa a las autoridades, insulta a las partes y recurre de todas las decisiones que se tomen. El querulómano estudia y conoce las leyes que habrán de servirle para sus litigios, pero las interpreta unilateralmente según su propia conveniencia.

El delirante celotípico ve por doquier signos inequívocos de la traición del ser querido y no vacila en recurrir a los medios más viles y humillantes para asegurarse de que no volverá hacer engañado; pero como, al propio tiempo, duda ante la evidencia de la traición y trata de buscar explicaciones diversas a los hechos que le muestran la infidelidad de la persona a quien ama. Por eso, debe enfrentarse a drámaticos conflictos interiores que pueden culminar en delitos contra la vida y la integridad personal.

El delirio erótico está cimentado en un amor paradójico, tenaz, casto y romántico pero unilateral, porque no -



es correspondido y muchas veces ni siquiera conocido por la persona a quien va dirigido; no obstante, el paranoico convencido de que su pasión amorosa es correspondida no se desanima ante la evidencia de hechos contrarios; el más simple gesto, la más anodina expresión del ser querido son para él prueba irrefutable de amor, y cuando reconoce su fracaso le hecha la culpa a gratuitos enemigos.

El paranoico con delirio místico o religioso está convencido de que debe cumplir una misión divina entre los hombres; siente la necesidad de reformar las corruptas costumbres imperantes y se da a la tarea de encontrar adeptos que lo secunden en su obra salvadora de la humanidad<sup>8</sup>.

## II. 2. 5. PSICOSIS TOXICA

Es ocasionada por la ingestión sistemática de sustancias tóxicas y se manifiesta por sensibles alteraciones de la personalidad en sus planos intelectual y volitivo.

Su forma más común es la intoxicación crónica producida por el alcohol, cuyos síntomas más visibles son: debilitamiento progresivo de atención, memoria y voluntad; desequilibrio afectivo; ideación lenta y superficial, pervers-

8. GOZZANO, Mario, compendio..., ob., cit., p. 138

sión de los sentimientos morales (el sujeto se vale de familiares y amigos para obtener licor y entonces los adula pero no vacila en hacer públicos los íntimos secretos de sus allegados cuando estos tratan de impedir que siga bebiendo; para lograr su propósito cualquier medio es bueno incluso el delictivo); trastornos somáticos, tales como temblores finos e irregulares especialmente en las manos y en la lengua, falta de coordinación en sus movimientos y andar inseguro; defectos circulatorios, neuritis y afecciones epáticas.

Del alcoholismo crónico puede pasarse por la acción concomitante de ciertas enfermedades agudas y alguna veces por la abstinencia del alcohol a un cuadro confusional agudo que se conoce con el nombre de delirium tremens. Las manifestaciones más visibles de este síndrome son las alucinaciones, la desorientación y los delirios confusionales. Es te último episodio precedido de insomnio y malhumor estalla de improviso con la aparición de las características alucinaciones zoóticas; el humor es deprimido y grave la desorientación temporoespacial, aunque no hay pérdida total de la conciencia. El delirio puede prolongarse algunos días<sup>9</sup>.

9. DOBBELSTEIN, Hermann, *Psiquiatría...*, ob., p. 105.

La psicosis tóxica suele originarse también por la prolongada ingestión de sustancias estupefacientes que producen dependencia física, tales como el opio y sus derivados la morfina y heroína, la cocaína, etc. son síntomas comunes a estas toxicomanías, la fase eufórica que sigue a su ingestión, con relajamiento de los frenos inhibitorios, resistencia a la fatiga y sensación de poder; y la fase depresiva, cada vez más larga con disturbios somato-síquicos, aniquilamiento de la voluntad, ausencia de sentimientos éticos y estados de angustia cuando tiene dificultad para conseguir la droga; en esos períodos muestran notable agresividad.

## II. 2. 6. PSICOSIS LUEtica

También llamada parálisis general o progresiva, es una enfermedad de origen sifilítico que interesa anatómicamente al cerebro y cuyo clínico está constituido por dos grupos de síntomas; los psíquicos y los neurológicos.

En cuanto a los primeros, las manifestaciones iniciales consisten en debilitamiento progresivo de la atención la memoria y de la ideación y en cambios del carácter; el enfermo se distrae a menudo, olvida sus compromisos cotidianos, comete errores de bulto en sus actividades ordinarias, se torna apático, descuida sus deberes, y de todo ello no parece darse cuenta. Los cambios de humor lo con-

ducen a la euforia despreocupada, a la depresión e irritabilidad; lleva una vida irregular, injuria y maltrata y a veces presenta ideas delirantes de grandeza y persecución.

Los más destacados síntomas neurológicos son: ausencia de contracción pupilar ante la luz; exaltación inicial de los reflejos rotuliano y aquileo y luego disminución constante de los mismos hasta su desaparición; musculatura facial flácida por defecto de inervación; disartría, el enfermo no puede pronunciar palabras o expresiones largas y difíciles sin alterarlas; y alteraciones del líquido encefaloraquídeo<sup>10</sup>.

Existen varias formas clínicas de esta enfermedad; la depresiva caracterizada por melancolía humoral, malestar general y disminución de la capacidad de trabajo intelectual; la expansiva o paranoide, que se distingue por euforia exuberante, actividad incansable y delirios de grandeza, absurdos y extravagantes, y la forma demencial simple con decaimiento mental progresivo, indiferencia afectiva, falta de iniciativa y gran sugestionabilidad.

10. SERPA FLOREZ, Roberto, Manual..., ob., cit., p. 62

## II. 2. 7. DEMENCIA ARTERIOESCLEROTICA

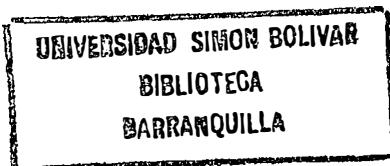
Tiene origen fisiológico en la enfermedad conocida como arteriosclerosis, cuando ella endurece las venas y vasos sanguíneos que irrigan el cerebro, lo que da lugar a trastornos circulatorios y consecuentemente a pérdida de sustancia noble cerebral.

El demente se queja de cefáleas, insomnio, vértigos, pérdida de la memoria e incapacidad para concentrar su atención; son frecuentes los trastornos del lenguaje (afasias) y de la escritura (agrafias); el paciente no es capaz de comprender lo que se habla ni de exponer lógicamente sus ideas; sin embargo, su capacidad de enjuiciamiento no se altera, por lo que el enfermo se da cuenta de su situación y por ello experimenta gran irritabilidad; no es raro que ese panorama se dedique a la ingestión de bebidas embriagantes<sup>11</sup>.

## II. 2. 8. DEMENCIA SENIL

Constituye el epílogo de un lento proceso de involución psicosomática que comienza a manifestarse hacia la edad madura (entre los 70 y los 80 años) y termina con la muerte.

11. DOBBELSTEIN, Hermann, Psiquiatría..., ob., cit., p. 103



La enfermedad ataca principalmente al tejido noble del cerebro cuyas lesiones, como se sabe, son irreversibles; por esta razón, la atención se debilita; la memoria de fijación pierde consistencia, por lo que se olvidan los acontecimientos recientes a tiempo que se evocan sin mucha dificultad los antiguos; el enfermo suele sustituir sus vacíos mnémicos con recuerdos imaginarios; los defectos precedentes alteran ideación, juicio y raciocinio, embrocen la crítica y disminuyen la capacidad de comprensión; la esfera afectiva se reciente por variaciones del tono del humor, que pasa de la tristeza a la alegría, de la pasividad a la agresividad.

En los estados avanzados de la enfermedad se presentan ideas delirantes y alucinaciones, con temor hacer víctimas de atentados. La pérdida progresiva de sus controles volitivos y sus fallas atentivas, los llevan a cometer delitos culposos y en veces atentados contra el pudor sexual.

## II. 3. PSICOPATIAS

Con el nombre de personalidades psicópatas concócese aquellas que presentan disturbios más o menos leves localizados preferencialmente en la esfera de los sentimientos y de la voluntad; se trata, por lo regular, de anomalías de carácter sentidas por el sujeto y que, por lo mismo lo hacen sufrir; es frecuente en ellas la despropor -

ción entre estímulo y respuesta, la intemperancia y, en general, la inadaptabilidad social<sup>12</sup>.

Las personalidades psicópatas caracterizadas por la presencia de estados impulsivo-obsesivos son probablemente las que ofrecen mayor interés criminológico; se trata de individuos en los que una idea fija se impone en la conciencia y los impele con fuerza irresistible, a la realización de hechos frecuentemente delictivos; los esfuerzos que hacen para detener el impulso, lejos de contrarrestarlo, aumentan su contenido energético y ocasionan disturbios psicomotores de tal magnitud que sólo la ejecución de la conducta hacia la cual se orienta la pulsión les proporciona el necesario equilibrio emocional y les devuelve la tranquilidad; el sujeto experimenta en efecto después de consumado el hecho, una sensación de alivio y de liberación<sup>13</sup>.

La inimputabilidad de estas personas no depende de incapacidad para comprender la ilicitud de su comportamiento, pues la psicopatía no elimina esa capacidad de comprensión sino de la imposibilidad de autodeterminarse libremente; un individuo normal no solamente está en condiciones de distinguir entre lo lícito y lo delictivo, sino

12. FERRIO, Carlo, *Psichiatria clínica*, Vol. I., p. 1015.

13. DI Tulio, Benigno. *Criminología*, Roma, 1960 p. 189.

que ante la disyuntiva de comportarse antijurídica y culpablemente, o de actuar con forme a derecho, está en condiciones de inclinarse por una cualquiera de las dos soluciones; el psicópata, en cambio, sólo puede actuar en la dirección que le traça su impulso anormal.

Aunque el mundo de las personalidades psicópatas es muy grande mencionaremos las más importantes, así: hipertímicas, depresivas, inseguras, fanaticas, ambiciosas, inestables y amorales. De ellas nos ocuparemos brevemente en seguida.

### II. 3. 1. PSICOPATIAS HIPERTIMICAS

Los psicópatas hipertímicos son muy activos, de ánimo eufórico, con un sentido ingenuo de su propia valía y una exagerada confianza en sí mismos; son superficiales, con una pobre capacidad de autocrítica, inoportunos e inclinados a intervenir, aún de buena fé, en los problemas ajenos. Son inconstantes y despreocupados; toman alegre y desprevenidamente las más delicadas situaciones sin aportar solución alguna.

### II. 3. 2. PSICOPATIAS DEPRESIVAS

Los depresivos, al contrario, son de apariencia tranquila pero interiormente atormentados y pesimistas, con una visión desoladora del mundo y de la vida. Son severos

consigo mismo y con los demás; encuentran siempre el lado trágico de todos los problemas; no se tienen confianza y por eso abandonan cualquier iniciativa a la primera dificultad; jamás contentos, siempre insatisfechos, los psicópatas depresivos no logran paz ni tranquilidad de ánimo - en ninguna situación.

#### II. 13. 4. PSICOPATIAS INSEGURAS

Los psicópatas inseguros se distinguen por una profunda falta de confianza en sí mismos que los hace dubitativos, tímidos, indecisos de equivocarse, evitan situaciones que los comprometan y procuran permanecer apartados - de los demás.

#### II. 3. 5. PSICOPATIAS FANATICAS

Los fanáticos, totalmente dominados por una idea generalmente utópica, son personas de temperamento fuerte, activas y dominantes, cuya personalidad morbosa se manifiesta solo con ocasión de las dificultades que se derivan de sus frecuentes conflictos sociales. Otras veces se muestran como sujetos tranquilos que se aferran tenazmente a una creencia o ideología; son apóstoles pacíficos que militan en las filas de una causa que no siempre comprende pero aceptan ciegamente y por la cual están dispuestos a hacer cualquier cosa a cualquier precio, aun el de su propio sacrificio.

## II. 3. 6. PSICOPATIAS AMBICIOSAS

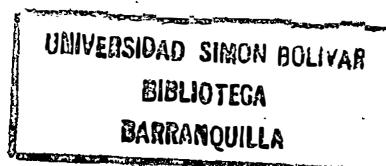
Los psicópatas ambiciosos conforman un grupo heterogéneo dentro del cual se encuentran excéntricos, mitómanos, etc. se trata de personas que por todos los medios posibles hacerse notar y aparentar a aquellos que verdaderamente no son; viven, pues, en trance de notoriedad y, como se sienten débiles, buscan apoyarse afectivamente en los demás.

## II. 3. 7. PSICOPATIAS INESTABLES

Se distinguen por sus fáciles y frecuentes cambios de humor que aparecen inopinadamente y que en la misma forma desaparecen; su estado anímico más común es el depresivo; en tales casos se muestran mal humorados y dispuestos a reaccionar bruscamente ante cualquier estímulo que hiera su susceptibilidad. A causa de la inestabilidad anímica que los caracteriza la labilidad tienden a orientar su reacción a las bebidas, hacia la fuga y el derroche.

## II. 3. 8. PSICOPATIAS AMORALES

Estos psicópatas, también conocidos con los nombres de locos morales y dementes lúcidos. Su aridez afectiva y su insensibilidad moral los hace especialmente peligrosos. Estos individuos presentan un escasísimo sentido ético que puede ir desde un simple egoísmo sin escrúpulos, hasta el verdadero placer de hacer el mal por el mal mismo.-



MIRA y LOPEZ considera que el loco moral es un sujeto que "teniendo todas sus funciones psíquicas aparentemente normales y poseyendo una inteligencia normal -o incluso superior- se comporta de un modo contrario a las normas morales premeditadamente y sin necesidad porque aunque conoce por así decirlo, el código de la moral, le falta sentirlo para creer en él. En tal situación el sujeto es capaz de producir y pronunciar un bello discurso de elevados tonos a cerca de la conveniencia de exhibir una conducta moral, es capaz de engañar a una mayoría de gente exhibiendo, aparentemente, tal conducta, pero en realidad -en su fuero interno- se ríe de sus semejantes y aprovecha todas las coyunturas que se le ofrecen para delinquir sin peligro de ser descubierto<sup>14</sup>.

## II. 4. NEUROSIS

La neurosis es un trastorno de la personalidad que se manifiesta con reacciones inconscientes anormales frente a determinadas situaciones. Estas reacciones, que si se presentaran de manera esporádica podría considerarse normal, en los individuos neuróticos se repiten incansablemente de forma incontrolable, llegando a un grado tal de fijación que perturban su conducta social.

14. MIRA y LOPEZ, Emilio, Manual..., ob., cit., p. 120.

Con el nombre de psiconeurosis se conocen ciertas formas patológicas de conflictos interiores que se desarrollan en individuos constitucionalmente predispuestos. Dudas, incertezas, incapacidad de afrontar y de resolver problemas en razón de inhibiciones de carácter moral, crean un estado de angustia, de sufrimiento y de ansiedad; si a esto se agrega un ambiente complicado y conflictivo y una constitución débil, tendremos el terreno psicológico adecuado para este trastorno mental.

La psiconeurosis se manifiesta en tres formas comunes; la obsesiva, la histérica, la angustia.

#### II. 4. 1. NEUROSIS OBSESIVA

Es un trastorno mental que se caracteriza por la insistencia pertinaz en un pensamiento o idea. Aunque el paciente sabe que su obsesión no tiene fundamento, ésta le atormenta sin que pueda evitarlo.

Se caracteriza por la presencia de ideas fijas de contenido morboso y persistente que guían la conducta del paciente, aun contra su voluntad y terminan por imponerse, a pesar de su anacronismo y absurdidad; algunas son de naturaleza motora, otras se concretan en temores irracionales a algo, como las fobias (tanatofobia, claustrofobia, agorofobia, patofobia, etc.).

La excesiva sugestionabilidad lleva al enfermo a creer se víctima de males y dolores imaginarios (parálisis, ceguera, cefálias, etc.) y como sienten la necesidad de llamar la atención, utiliza cualquier medio para lograrlo: - la mentira, la simulación, el fingimiento, y no lo hace - de cualquier manera sino dramatizando la situación con - gran teatralidad.

El histérico tiende siempre a situarse en primer plano adominar; quiere estar presente en todo, todo lo juzga - desde su propio punto de vista y todo lo relaciona con su persona; quiere siempre ser considerado y atraer sobre sí la atención de quienes lo rodean, a cualquier precio<sup>15</sup>.

La más clara manifestación de la histéria, dice GOZZANO, es la crisis convulsiva; una desilusión amorosa, un problema familiar, un mal negocio, pueden ser la causa de la reacción; el histérico se retorce, aprieta los dientes enarca las cejas, desgarras sus vestiduras y estalla en convulsiones que tienen el sello de lo teatral; se muestran furiosos e incontenibles, pero se cuidan mucho de hacerse daño<sup>16</sup>.

15. STERN, Erich, Anormalidades..., ob., cit., p. 69.

16. GOZZANO, Mario, Compendio..., ob., cit., p. 159.

Aunque es más frecuente en la mujer, no es exclusivamente de ella. De hecho en creencia herronea de que afectaba solo el sexo femenino ha dado lugar al nombre con que se conoce la enfermedad: histéria deriva del griego hysté<sub>ra</sub> que significa útero.

## II. 4. 3. NEUROSIS DE ANGUSTIA

Es un estado emocional incontrolable que se caracteriza por una sensación de miedo provocado por un peligro que se percibe como inevitable y frente al cual se es impotente. Se acompaña de una serie de síntomas orgánicos como aceleración de la frecuencia respiratoria, palpitaciones, palidez y aumento de la suduración.

Toda existencia humana está más o menos impregnada de temor o angustia. En la infancia el miedo aparece frente a determinadas situaciones (soledad, oscuridad, desconfianza hacia lo desconocido, etc.) y podría considerarse como un mecanismo de defensa que aleja al niño de una posible fuente de peligro. Sin embargo, cuando la angustia aparece de una manera desproporcionada e inoportuna, se habla de neurosis de ansiedad, que es reactiva cuando existe una causa conocida que la provoca y vital cuando se desconoce el estímulo desencadenante.

En el plano psicológico se presenta inestabilidad emo-

cional e inseguridad, con un estado continuo de alerta en espera de una catástrofe que el paciente considera inevitable; los casos más graves se manifiestan con una sensación de muerte inminente o temor a volverse loco. En el plano de los trastornos nerviosos puede aparecer vértigo, mareo, dolor de cabeza y hormigueo en las extremidades. No son raros los tics, generalmente en la musculatura de la cara. También pueden resultar afectados los órganos de los sentidos: En algunos casos el paciente se queja de ver mosquitos o chispas voladoras o de oír pitidos y ruidos molestos.

La diferencia entre una neurosis de angustia y una neurosis fóbica es que en el primer caso, la reacción de temor puede ser provocada por diferentes circunstancias. Se dice que la angustia es de tipo flotante. En las neurosis fóbicas el miedo aparece siempre fijado a los mismos objetos o situaciones.

### III.- ALIENACION Y SEMIALIENACION MENTAL

La psiquiatría medicolegal abarca el estudio de todas las cuestiones legales vinculadas con los alienados. Más amplio es el sentido de la expresión psicopatología medicolegal o forense, que comprende todas las cuestiones legales planteadas por los diversos estados de anormalidad psíquica: alienación mental, inconsciencia y la denominada semialienación.

En cuanto a las jurisdicciones judiciales, estos problemas son de orden civil o penal y están en relación con los códigos respectivos o sus leyes complementarias. En el primer aspecto se estudia la incapacidad general de los alienados y la validez o nulidad de los diversos actos por anormalidad mental en una "persona de existencia visible", apta o no para adquirir derechos y contraer obligaciones (interdicción, contratos, testamento, casamiento, etc.). En el segundo aspecto se estudian las relaciones antisociales, delictuosas, causadas por una causa psíquica patológica.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

### III. 1. DEFINICION DE ALIENACION MENTAL

Alienación mental, término perfectamente castizo, equivalente de enajenación mental, es una onormalidad psíquica, cuyos caracteres veremos enseguida. Alienación es la denominación generica de las enfermedades mentales; entre nosotros es utilizada con preferencia en psiquiatría, donde son también sinónimas las expresiones locura y psicosis. Resulta, pues, arbitraria la distinción de algunos autores franceses para quienes alienado sería sólo el psicópata, que ha cometido actos antisociales o peligrosos. Nuestras leyes no emplean nunca el termino alienacion. El código civil usa el de "demencia" en casi todos los casos y el de "fatuo" que proviene de "fatuos insanus" y significa debilidad mental, imbecibilidad, o sea insuficiencia. El código penal utiliza el de enajenación mental "demencia o debilitacion crónica" y más o menos global de las funciones psíquicas, o sea una forma particular de enfermedad mental, -que eso significa en medicina- tiene en el vocabulario jurídico el alcance genérico de alienación. "Insano" es el que ha sido declarado judicialmente en estado de "demencia", es decir, de incapacidad civil.

La palabra "locura" esta también muy difundida, sobretudo entre el vulgo. Es un término popular poco preciso, -carente de valor científico. Loco es en general, lo mismo

que alienado, y si quiere darsele alguna limitación, ella sera de aplicar la expresión a los estados agudos o "besanicos". Se utiliza también en ese sentido la palabra psicosis.

El mejor es alienación mental, término ya consagrado - en nuestro país y científicamente preciso. Su etimología es la explicación de su significado: alienación proviene del latin Alienus, alius: extraño, otro. Ese nombre cuya enfermedad mental lo hace distinto de sí mismo y extraño a los demás.

Aclarado el punto tratemos ahora de definir la alienación mental. Muchos autores lo han intentado (Ceuret, Binet, Simon, Dupre, etc.), debemos tomar como referencia - el concepto de normalidad. Dentro de las variaciones individuales y las oscilaciones fisiológicas en el mismo sujeto, hombre mentalmente normal es aquel que aprecia con exactitud las formas accesibles de la realidad para actuar con inteligencia en el medio, dentro de una adaptación activa, lógica y útil entre los hechos, cosas y personas. Esa es la base de la normalidad práctica, no de la normalidad o salud ideal, que seguramente no existe. De ese dato psicológico, que estudia el problema desde un punto de vista social, es posible deducir una definición concreta de tal estado patológico. Todo esto justifica la siguiente

te definición: "Alineación mental es el trastorno general y persistente de las funciones psíquicas, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo, y que impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio, sin provecho para sí mismo ni la sociedad.

Deseo explicar este concepto, que comprende: trastorno intelectual, falta de autoconciencia, inaptabilidad, y ausencia de utilidad.

### III. 1. 1. TRASTORNO INTELECTUAL

El trastorno debe consistir en una perturbación de las funciones mentales tomadas en su conjunto y no de una o dos de ellas, como ciertas abulias, o como los puntos de reparo psicológico, que respectivamente proponían Marx, Lemoine y Flourens, en la voluntad, la afectividad y la atención. El trastorno es general, compromete la personalidad en su síntesis en su conjunto, y las funciones superiores o las fundamentales (percepción, asociación, imaginación, juicio, memoria, etc.), en forma congénita o adquirida, cualitativa o cuantitativamente, con cierta intensidad y persistencia, aunque no sea definitiva. La necesidad de la persistencia excluye de hecho los estados de inconsciencia, como la ebriedad, sonambulismo o el ataque epiléptico, que no son formas de enajenación mental. La intensidad está definida por sus consecuencias psíquicas y-

prácticas, en la auto crítica y la conducta. El hecho inmediato es la apreciación imperfecta de la realidad personal o la exterior, por insuficiencia, por debilitación, - por confusión, por alucinación, por excitación, por depre  
sión o por delirio, fuentes del horror patológico.

### III. 1. 2. FALTA DE AUTOCONCIENCIA

El enfermo no tiene conciencia de su trastorno, ignora su carácter patológico o tiene una noción parcial o discontinua. Este es el hecho general ya conocido desde antiguo y expresado en la conocida frase "la locura es una -  
desgracia que se ignora". Este fenómeno es fundamental en la psicopatías y debe contribuir a caracterizarla doctrinaria y practicamente.

### III. 1. 3. INADAPTABILIDAD

El elemento práctico está dado por la adaptabilidad del paciente. Su conducta dará la norma para juzgarlo. Los ac  
tos, las reacciones del enfermo, pondran en evidencia su estado mental en desarmonía con las reglas colectivas (l  
ógicas, morales, y legales), que dirigen la vida normal en sociedad. El alienado no puede someterse pués su enfermedad le impide el conocimiento justo y la dustilidad deliberada ente el ambiente. Hay, sin embargo, alienados en -  
los cuales la dosilidad es enorme, capaces así de una a  
daptación por pasividad, pero esta adaptibilidad es patológica.

### III. 1. 4. AUSENCIA DE UTILIDAD

Este último carácter es la pérdida de la adaptación - sin utilidad para sí o los demás. En efecto, hay que distinguir el tipo de esa desadaptación sin beneficio lógico pues al lado de ella la normalidad de un hombre activo y vigoroso es compatible con cierto grado de desadaptación, con lo cual busca modificar en parte la realidad para mejorar. Es una desadaptación inteligente dentro de un límite razonado y con fin beneficioso. Pero ese hombre no es por ello un enfermo, aunque no tiene esa adaptación, que es más bien sumisión, del tímido o del mediocre. En otros casos y siempre, sin caer en la enfermedad mental, la falta de adaptación al medio es mucho mayor, afecta a la estructura social misma, sin ser por eso patológica: es la situación de un revolucionario o de un genio cuyas posiciones son desarmónicas con el ambiente.

### III. 2. SEMIALIENACION

En la semialienación, o estados fronterizos "zona mediana", "matoides", etc, no se llega a tanto. Se trata de estados de anormalidad psíquica de existencia indiscutible, en los cuales el trastorno psíquico es de menor gravedad, aunque persistente. El trastorno se caracteriza especialmente por dos signos: el enfermo tiene conciencia de el estado patológico suyo; no pierde su adaptabilidad.

Estos estados se encuentran entre la normalidad y la - alienación mental y a veces pierden su adaptabilidad. Comprende a un grupo de proceos heterogéneos; entre ellos tenemos la neurastenia, la histeria, la psicostenia, la epilepsia, las toxicomanias, la debilidad de espíritu, la denominada "locura moral", etc.

Las leyes penales civiles, al mismo tiempo que a los - alienados, deben preever concretamente a esta categoría- de enfermos, que requieren medidas especiales.

### III. 3. ALIENADOS DELINCIENTES

La delincuencia de origen patológico es frecuente, y - hasta pidría decirse que la gran mayoría de los delincuentes son morbosos. Pero cuando se habla de delitos patológico se alude en especial a las reacciones antisociales - de los enfermos psíquicos.

De ahí que se hable sobre todo de alienados delincuentes que forman una clasificación de Ferri. Como es sabido esta clase de enfermos no constituye una forma determinada de alienación mental, si ellos tienen una individualidad criminológica por causas y su tratamiento, que los de fine dentro del proceso penal, carecen en cambio de individualidad ps-iquiátrica. El alienado que ha delinquido - no se diferencia clínicamente del que no lo ha hecho sal-

vo, a veces, cierta tendencia impulsiva o perversa, constitucional, el delito no es sino un episodio fortuito a menudo obra del asar, con los caracteres de un síntoma más dentro del cuadro general de la enfermedad, en esa forma todos los alienados pueden caer en el delito.

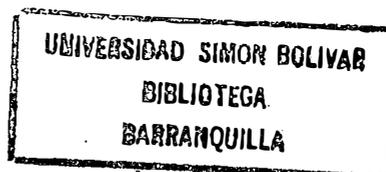
Algunos autores se niegan a utilizar la expresión "alienados delincuentes" pues consideran a estas dos palabras excluyentes entre sí, dada a alienación al imponer la irresponsabilidad elimina el delito e impide jurídicamente considerar delinciente al actor del acto.

Se ha hecho también otra aclaración; se aplica la expresión "marginado delinciente" a los casos en que la enfermedad mental ha sido anterior y causa del delito, reservándose la expresión de delinciente alienado. Cuando el delito no fué patológico, cayendo el sujeto en la enfermedad después de estar en la cárcel durante el proceso judicial o mientras cumplía su condena.

En el primer caso el delito siempre aparece como un síntoma más, con los caracteres semiológicos de la afección mental que sufre el procesado, aunque a veces la alienación suele ser una sorpresa de la actuación judicial.

En el segundo conviene distinguir diversas situaciones

a) alienación mental ignorada en el momento de la condena y solo aparentemente producida en la prisión; b) alienación mental desarrollada en la cárcel, pero ajena a ella, como en cualquier otro enfermo libre; c) alienación mental provocada por la reclusión y denominada "psicosis carcelaria", síndrome variable sobre fondo degenerativo. No hay una forma típica sobre esta psicosis; la prisión es solo causa ocasional o colorea las ideas anormales, o se trata de estados del segundo grupo, siendo frecuente la esquizofrenia y la confusión mental, en la cual es su forma atenuada o la histeria puede vincularse el tipo "crepuscular" descrito por Bancroft.



## IV. EXIMENTES PSIQUICAS

### IV. 1. IMPUTABILIDAD

Por ser la alienación mental, con mucha frecuencia, - causa generadora de delitos, por el carácter antisocial - de sus reacciones, la legislación penal prevé especialmente la situación de estos enfermos a los efectos de la responsabilidad. En lugar de esta última palabra, el vocabulario jurídico moderno emplea la de imputabilidad. Esta - significa el juicio jurídico penal, consecutivo a la realización voluntaria de un acto violatorio de la ley. La imputabilidad puede faltar por diversas causas, expresamente previstas en los códigos penales. Ellas son: la legitima defensa, el delito en estado de necesidad, la enfermedad mental, etc.

En el caso de la enfermedad mental, la imputabilidad - falta por no existir la capacidad de imputación, cuya base es la normalidad psíquica. Carrara el gran doctrinario de la escuela clásica de derecho penal, establecía tres - elementos de la imputabilidad, cuya reunión implicaba la responsabilidad y la condena: la imputación física, con -

sistente en la realización personal de un hecho; la imputación moral, derivada de la voluntad de su ejecución; la imputación legal devida a que el acto está previsto en la ley penal.

La segunda forma no existe en el elienado, y por consiguiente es irresponsable o inimputable. Tal es la situación creada por él en la legislación penal moderna, solución de exención de pena.

En derecho penal a tardado siglos para consagrar este principio de la inimputabilidad de los alienados. El principio hoy sancionado es la absoluc*ión* con internación en un manicomio, sea común o especial (manicomio judicial).

En épocas pasadas, estos enfermos eran condenados, y ello obedecía a un criterio judicial equivocado o a la ignorancia sobre la alienación mental, a menudo desconocida o mal interpretada. Así conocieron estos pobres enfermos los suplicios de la edad media por obra de la ignorancia médica, la superstición popular y el fanatismo religioso. Hubo después siglos de criterios judiciales contradictorios en materia civil y penal. El código penal francés establecía en su art. 64 el principio de la inimputabilidad, en el derecho positivo. Pero posteriormente ante los peligros sociales de la simple absoluc*ión*, implicaba-

en muchos casos la libertad del que había delinuido, se acepto la norma de la internación del enfermo en defensa de la sociedad.

Es menester agregar, que la escuela positiva, en el pensamiento doctrinario de Ferri, acepta la "responsabilidad" social de todos los hombre; es una responsabilidad ante la ley por el hecho de vivir en sociedad<sup>16</sup>.

En estas condiciones no interesa tanto el elemento subjetivo, individual, de orden moral; pués la pena no es un castigo. Esa responsabilidad social existe en todos los delincuentes y en virtud de ella la sociedad tiene derecho aislar a los alienados delincuentes en establecimientos especiales como medida de seguridad.

#### IV. 2. LOCURA MORAL

Esta expresión que, a pesar de las justas críticas, continúa usandose, sobre todo en el ambiente forense, se refiere a un estado anormal de enorme importancia criminologica.

La denominada locura moral consiste en la falte de sen

16. Ferri, Enrrico, Principios de derecho criminal, ed. - Garniet. p. 225.

timientos éticos, con exteorización de tendencias antisociales y aparente integridad más o menos completa de la inteligencia. Tal falla electiva de la vida instintiva fue conocida por Pinel<sup>17</sup>. Y formo parte del grupo complejo y hoy desmembrado de la clásica monomanía de Esquirol y su escuela "en la actualidad dividida en tres estados: delirio sistematizado, sicostenia y locura moral o constitución perversa".

El término "locura moral" fue empleado primero por Pritchard, tuvo su auge bajo la influencia de Lombroso y su escuela criminológica, fue sustituido por una profusa sinonimia y hoy tiende a ser remplazado por una expresión más técnica y adecuada: degeneración con perversiones instintivas<sup>18</sup>.

Las ideas entre la locura moral hicieron considerar incluidos en ella o identificados con ella, o sea como una forma de psicosis, a los peores delincuentes, que aparecieron así, bajo el imperio del régimen penal en vigencia con el beneficio de una situación patológica.

Muchos de los individuos son alienados en los cuales -

17. PINEL, Tratado Psiquiatría..., ob., cit., p. 136.

18. PRITCHARD, Medicina Legal..., p.215.

la perversión es sintomática de otra forma psiquiátrica, - en cuyo caso lo que corresponde es el diagnóstico de esta última con su rotulo correspondiente (demencia en cualqui era de sus formas, excitación maniaca, imbecilidad, etc.)

#### IV. 3 INCONSCIENCIA PATOLOGICA

Así, como existen estados de anomalías mentales permanentes cuya extensión no alcanza a constituir una forma de locura (fronterizos, semialienados), también hay en la vida psíquica de ciertos sujetos, procesos transitorios, fugaces, en que la personalidad se aniquila, la conciencia desaparece y el automatismo actúa sin inhibición. Se trata de estados pasajeros de inconsciencia más o menos profunda, con amnesia consecutiva, y en los cuales la actividad psíquica inferior y la muscular persisten y hacen posible la realización de actos con apariencia de voluntarios inconscientes.

Se trata siempre de estados de "disgregación psicológica" existe la necesidad de precisar sus caracteres clínicos, para evitar confusiones. Según Crafft Ebing "estos estados se caracterizan: por la fugacidad de sus síntomas fugacidad que indica de manera formal su origen sintomático; por la gravedad de la alteración de la conciencia que va hasta su supresión, y que es profunda comparada con la duración del trastorno; por la conciencia de la confusión

con una ausencia completa de la memoria de los hechos pasados durante el estado de alienación<sup>19</sup>.

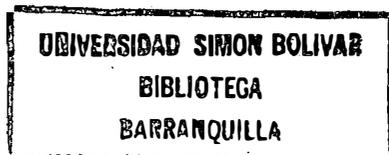
Los actos cometidos bajo estos trastornos, verdaderos estados segundos tienen cierto aspecto de actos voluntarios, a pesar de que la inconciencia no interviene en su producción. Naturalmente la inconciencia con amnesia de tales actos que es completa en algunos, en otros hay una inconciencia relativa.

#### IV. 4. EMOSION PATOLOGICA

La emoción violenta como causa del delito presenta dos aspectos: uno moral que corresponde al "justo dolor"; el otro psiquiátrico, que puede corresponder a la inconciencia. El primero comprende el caso fisiológico y tiene el valor de una sustancia calificativa, fundada en razones éticas, que atenúan el crimen ante la conciencia normal de la sociedad. El segundo componente el caso patológico, a pesar de su fugacidad, y tendrá el valor de una causa de inimputabilidad fundada en razones médicas de perturbación grave de la voluntad y de la inteligencia.

La posibilidad de que la emoción anormal intensa, pro-

19. CRAFFT, Ebing, Tratado de Psiquiatría Forense, p. 98.



duzca un estado transitorio de inconciencia aunque negada por muchos, debes ser aceptadas para casos especiales. La frase vulgar de "perdio la cabeza" resulta a veces justificada. Para que eso suceda hay que salir de los límites fisiológicos para entrar a lo patológico: la condición necesaria a la producción de tal crisis inconciente es la necesidad anormal de la emoción en un sujeto predispuesto por causas adquiridas y, sobre todo constitucionales.

La emoción de intensidad anormal puede producir la inconciencia transitoria. Es un hecho conocido de psicología corriente que la emoción perturbada la inteligencia disminuye la síntesis superior de la conciencia, altera la inhibición voluntaria y tiende al automatismo. Pero en los límites normales ella, no llega hasta el estado completo con la pérdida de la memoria.

Habitualmente en la conmoción emotiva violenta, la conciencia tiende a obnubilarse, la inhibición se perturba, las imagenes se fijan más por el desorden de la atención, y pasada la crisis, la memoria evoca con imprecisión y hay fallas en los recuerdos semiconfusos. Algo queda siempre: la amnesia es incompleta, pero la inconciencia con amnesia temporaria aunque excepcional es imposible, porque esto último suceda es necesario una causa patológica en el individuo: epilepsia, intoxicación, constitución hi

peremotiva.

Son los emotivos los que presentan más importancia para nosotros. Se trata de sujetos que, constitucionalmente tienen mejor y mayor impresionabilidad afectiva y en los cuales la emoción puede llegar a una intensidad patológica con inconciencia. Esta forma de desequilibrio nervioso ha sido individualizada por Hernes Dupré, con el nombre de "constitución emotiva" cuyo carácter ya hemos sintetizado. Estos sujetos tienen siempre sus emociones en forma anormal por causas; su intensidad y su duración.

#### IV. 5. ALCOHOLISMO

Entre las muchas definiciones del alcoholismo, Keller propone lo siguiente: "es un trastorno crónico de comportamiento manifestado por ingestión repetida de bebidas alcohólicas que excede las costumbres dietéticas y sociales de la comunidad y que interfiere con la salud o con el funcionamiento social y económico del individuo".<sup>20</sup>

Por su frecuencia en los delitos, este estado de inconciencia es uno de los más importantes. Es lo que también se denomina el alcoholismo agudo para distinguirlo de las-

20. KELLER, Anormalidades Psiquiátricas, ob., cit., p. -  
104.

formas mentales subagudas y crónicas, ambas desarrolladas sobre la concentración etílica habitual. En la ebriedad se trata de un proceso agudo de poca duración.

La ebriedad presenta tres grados: período de excitación, euforia, verbosidad en algunas tristezas, rapidez asociativa, irritabilidad, no hay pérdida de conciencia; período de incoherencia, automatismo, movilidad y falta de bullo en la ideación, incoordinación motora, impulsos agresivos; hay ya pérdida de conciencia; período de sueño tóxico o coma. El primero es denominado ebriedad incompleta o parcial; el segundo, de ebriedad completa; el tercero de coma. Los tres pueden tener importancia médico-legal, pero sí el tercero lo es sobre todo por la posibilidad de su víctima de un delito, los dos primeros lo son por la frecuencia de sus actos delictuosos. En tales condiciones resultan fáciles los delitos contra las personas y suele suceder que el acusado alega la ebriedad, siendo necesario establecer si dice la verdad o no.

El estudio de grupos de alcohólicos y grupos controles ha demostrado una mayor incidencia de depresión, ideación paranoide, agresividad, baja autoestima, poco control e irresponsabilidad en los alcohólicos. No puede hablarse sin embargo, de que exista una personalidad alcohólica.

Los factores étnicos y culturales también son importantes, entre los judíos y los chinos se encuentran tasas - más bajas de alcoholismo, mientras que los irlandeses las tienen más altas.

Eventualmente, como en otras enfermedades, es posible - que se encontrará, que el alcoholismo no es una enfermedad unitaria, sino que se podrán definir subgrupos de acuerdo con la etiología, desembocando todos finalmente en el trastorno alcoholismo.

#### IV. 5. 1. ASPECTOS FISIOPATOLOGICOS

El alcoholismo desarrolla tolerancia al alcohol. La tolerancia puede ser de tipo metabólico, conductual, neurofisiológico o innato. La primera se debe a la estimulación de las enzimas microsómicas hepáticas que detoxifican el etanol; a nivel de comportamiento el alcohólico aprende a ajustar sus movimientos al retardo psicomotor causado por el alcohol. La tolerancia neurofisiológica se explica por el hecho de que los alcohólicos desarrollan tolerancia cruzada para otros depresores del sistema nervioso central. Parece haber factores innatos de tolerancia al alcohol pero no se conoce exactamente el papel que desempeñan en la génesis del alcoholismo, es bien conocido sin embargo, como en personas no adictas al alcohol se puede encontrar una gran variedad en la tolerancia.

#### IV. 5. 2. INTOXICACION ALCOHOLICA

La intoxicación alcohólica por etanol produce manifestaciones a nivel neurológico y psiquiátrico caracterizadas por lenguaje arrastrado, incoordinación, alteración de la atención y de la memoria, labilidad afectiva, desinhibición de impulsos agresivos y sexuales, irritabilidad, locuacidad y alteraciones en el juicio. Los rasgos previos de la personalidad pueden atenuarse o exagerarse. Ocasionalmente en un individuo no alcohólico la intoxicación puede provocar amnesia. Los efectos iniciales del alcohol en la conducta son de tipo desinhibitorio seguidos por efectos inhibitorios si el individuo sigue tomando.

#### IV. 5. 3. COMPLICACIONES

10% de los alcohólicos desarrollan cirrosis hepática. Los alcohólicos tienen además una frecuencia muy alta de carcinoma de boca, garganta, esófago y estomago. La gastritis y úlcera gástrica son complicaciones frecuentes y también tienen una frecuencia más alta de pancreatitis.

La cardiomiopatía alcohólica parece ser una entidad específica, no relacionada con desnutrición y que afecta más a hombres que con una historia larga de consumo de alcohol.

Son complicaciones comunes en el alcoholismo las frac-

turas y hematomas subdurales debido a caídas.

El alcohol es responsable por un porcentaje considerable de accidentes de tráfico; también juega un papel importante en los accidentes industriales, muertes por inmersión y fuego.

El síndrome fetal alcohólico caracterizado por retardo mental, retardo motor, anormalidades craneofaciales, de las extremidades y cardíacas, se ha encontrado hasta en un 35% de los hijos de madres alcohólicas.

V. ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES  
MENTALES

V. 1. CAUSAS PREDISPONENTES DE LAS PSICOSIS

V. 1. 1. PREDISPONENTES GENERALES

V. 1. 1. 2. DIVISION

En la etiología de las psicosis deben considerarse causas predisponentes, subdividiéndolas en generales e individuales; y causas ocasionales, subdivididas en fisiológicas y patológicas.

V. 1. 1. 3. CIVILIZACION Y RAZAS

Todos los autores admiten la influencia del progreso y de la civilización modernos en las sociedades, para refinamiento en el vivir, más preocupaciones para la subsistencia, porque la economía se quebranta notablemente, y todos estos elementos producen un desgaste superior del sistema nervioso, que predispone a toda clase de psicopatías.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

También esta profundamente relacionado este problema - con el aumento del abuso del alcohol y de las infecciones específicas, que han obligado a KRAFFT - EBBING a exclamar: "civilización, igual a civilización"<sup>21</sup>.

Se ha llegado a contemplar el problema de la predisposición que dejan determinadas razas, para adquirir ciertas, enfermedades mentales, más bien que otras. Esto no pasa de ser apreciación teórica, porque no existen estudios especiales ni estadísticas que permitan llegar a conclusiones científicas.

#### V. 1. 1. 4. CONMOCIONES POLITICAS Y GUERRAS

Se ha estudiado asimismo la influencia que puedan tener los períodos anormales de una nación y que se refieren a sucesos trascendentales de política o de conflictos armados, sobre el aumento de las neurosis y psicosis. La experiencia demuestra cómo 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. La estadística de la última confluencia

21. KRAFFT, Ebbing, Trastornos Mentales., ob., cit., p. 89.

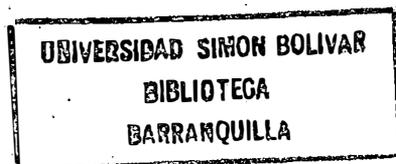
gración europea comprueba su influencia en el aumento de las psicosis.

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 hasta entonces conservarse en estado latente.

#### V. 1. 1. 5. IDEAS RELIGIOSAS E INFLUJOS ANALOGOS

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, e interpretadas por un individuo de sistema nervioso equilibrado, no tienen por qué conducir a la psicosis; pero es claro que en personas neuropáticas pueden sobrevenir delirios de fondo esencialmente místicos. La frecuencia de perturbaciones mentales en religiosos contemplativos se explica por su predisposición, que encuentra lugar propicio en un medio de aislamiento, en recargo intelectual y demás elementos favorables a un temperamento psiconeurótico.

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.



## V. 1. 2. PREDISPONENTES INDIVIDUALES

### V. 1. 2. 1. HERENCIA

En patología mental se entiende por herencia una pre - disposición especial a las psicopatías y que es trasmitida de padres a hijos.

La fuente de esta predisposición puede ser no solo la alienación mental en los ascendientes, sino otros multi - ples factores, como la excentricidad, las neurosis, el al - cohólistmo, la diátesis, la consanguinidad, la edad avanza da, la embriaguez en la concepción, etc.

Puede la herencia provenir de los padres y entonces es inmediata; a la vez del padre o de la madre, será la he - rencia simple paterna o materna. Puede venir no de los pa - dres, sino de los abuelos, sin pasar por los ascendientes inmediatos, y entonces es mediata o atávica. Cuando proce - de a la vez de varias generaciones anteriores se dice que es acumulada. Es herencia directa o colateral, según que - tenga origen en los padres o en los abuelos o en las ra - mas colaterales de la familia.

La herencia puede sobrevenir en los niños a la misma - edad que en los padres, siendo entonces homócrona. Se lla - ma 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 trasformada, cuando se modifica pasando de una a otra generación. Y cuando se acentúa para determinar una degeneración en la raza, se dice que es progresiva. O si, por el contrario, se atenúa para llegar a desaparecer, se dice que es regresiva.

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

- a. herencia vesánica o herencia de la psicosis pura, de las vesanias.
- b. herencia cerebral o congestiva, o sea de las afecciones cerebrales y de la parálisis general.
- c. herencia neurósica o neuropática que es la de las neurosis.
- d. herencia infecciosa, cuyo tipo es la heredosífilis.
- e. herencia tóxica, representada por el heredoalcoholismo.

#### V. 1. 2. 2. EDAD

Las enajenaciones mentales se presentan con mayor frecuencia en el período medio de la vida, y disminuye 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 psi-

cosis demenciales simples u orgánicas en el anciano. En el adulto todas las formas pueden presentarse, cuya es la edad propicia de la parálisis general.

#### V. 1. 2. 3. SEXO

Las estadísticas comprueban que la enajenación mental es algo más frecuente en el hombre que en la mujer. Si se excluyen los casos de idiotismo y cretinismo, más frecuentes en el hombre, se equilibran un tanto los índices, y si se separan los casos de parálisis general y de alcoholismo se comprueba que la psicosis pura es más frecuente en la mujer que en el hombre.

Ciertas afecciones mentales, como las psicosis del embarazo, sobra decir que son especiales de la mujer, pero además debe anotarse que otras comunes a los dos sexos se presentan en ellas con caracteres particulares.

#### V. 1. 2. 4. CLIMAS, ESTACIONES, CATACLISMOS Y GRANDES ACCIDENTES

Se ha hablado de la influencia que tienen las estaciones en la producción de la psicosis, y, evidentemente, se observa un aumento en los veranos cuando se producen los grandes calores.

En alguna época se atribuía gran influencia a la luna,

dizque porque provocaba muchos ataques de locura, (y de ahí el nombre de lunático). Parece que tuviera alguna influencia en los siclomáticos para determinar los accesos.

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, los grandes calores, grandes fríos, excesos de luz, 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.

#### V. 1. 2. 5. ESTADO CIVIL

Las estadísticas demuestran que son más frecuentes los casos de enajenación mental célibes que en los casados. Algunos lo explican porque el célibe 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 anormalidad, que los hace reconcentrados y refractarios al matrimonio, por su tendencia a llevar 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.

#### V. 1. 2. 6. PROFESIONES

Se sostiene que en ciertas profesiones predomina algunas enfermedades mentales. Se encuentra mayor contingente de psicopatías entre los abogados, los eclesiásticos, los médicos, los artistas. Sin duda alguna su mayor trabajo intelectual y sus preocupaciones de todo orden, forman terreno predispuesto a las psicosis.

Entre las profesiones populares están más espuestos a enfermedades mentales los que trabajan con sustancias tóxicas o peligrosas, sobre todo el alcohol. También los que experimentan fuertes temperaturas artificiales, como los choferes, los mecánicos, los cocineros, etc.

Es un error, y, por tanto, carece de fundamento científico, creer que pueden contagiarse las enfermedades mentales a los alienistas o personas que cuidan de los enajenados.

#### V. 1. 2. 7. CONTAGIO MENTAL

Así, pués, en muchas ocaciones se habla de la posibilidad de una persona para contagiarse de sicosis, por estar más o menos en contacto con un enajenado. Es evidente que si es normal, por más que conviva con un enajenado no e -

xistirá 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.

#### V. 1. 2. 8. PSICOSIS EN LAS CARCELES

Se habla con frecuencia de las psicosis en los prescondenados por largo tiempo. Esto nada de extraño tiene, puesto que existe un alto porcentaje de individuos antisociales, reincidentes, que aparentemente demuestran 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 causa de las psicosis carcelarias, tenemos la insuficiente alimentación, el aislamiento celular en que la imaginación se desorbita, la pérdida de la libertad que deprime anonada, la sedentari<sup>o</sup>dad y falta de ocupación precisa y honorable, las prácticas de masturbación y demás perversiones sexuales, debidas a la abstinencia sexual prolongada, etc. También se les da a estas psicosis el nombre de situacionales.

## V. 2. CAUSAS OCASIONALES

### V. 2. 1. CAUSAS PSIQUICAS

#### V. 2. 1. 1. RECARGO, PASIONES, EMOCIONES, PENAS

Son elementos que indudablemente obran sobre el indivduo para desarrollar las enfermedades mentales, pero se necesita también terreno de predisposición individual.

Entre las causas psiquicas, las hay intelectuales y morales. Entre las intelectuales, la más señalada es el recargo escolar y el profesional. Pero evidentemente el recargo intelectual no produce estos efectos sino en indivduos poco resistentes, y los accidentes nerviosos y cerebrales en los adolescentes solo se presentan entre los predispuestos. Es claro que este recargo tendrá más funestas consecuencias cuando lo acompañan desepciones, torturas, angustias, para producir con el tiempo verdaderas 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 negocios, las discusiones, la miseria, las emociones místicas, las penas domésticas, los reveses de fortuna.

## V. 2. 1. 2. EMOCION SEXUAL

Según las teorías de Freud, muchas de las perturbaciones mentales se relacionan con los fenómenos del subconsciente. La vida psíquica del individuo se considera como un sistema en evolución, de fuerzas antagónicas o 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, muchos más numerosos y activos en la determinación de la actividad mental.

Estas fuerzas inconscientes están íntimamente unidas con los llamados complejos, cuyo contenido es generalmente erótico. Dicho erotismo ha influido toda la mentalidad desde la más tierna infancia, refiriéndose a varios episodios sexuales, algunas veces muy antiguos, de la vida del individuo, verdaderos traumatismos emotivos originales, con mucha frecuencia en oposición con las tendencias conscientes del adulto, ya que ha sido educado y corregido moralmente, éticos y sociales de la civilización.

Son estos traumatismos emotivos rechazados en lo subconsciente por muchas personas, pero mantenidos allí por una fuerza de resistencia durable que disimula su existencia. Este es el fenómeno de la represión de los complejos mucho más acentuada en el enfermo que en el sano. Como dichos complejos influyen fuertemente en los fenómenos del-

psiquismo, 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, disociaciones de la conciencia y de la personalidad, en una palabra, - por los síntomas de la neurosis y de las psicosis. Estos síntomas morbosos son, en la teoría de Freud, la manifestación simbólica, el equivalente de complejos psíquicos - que han sido rechazados y desviados. Así la psiquiatría - vienesa proclama la necesidad de estudiar y descubrir, en el subconsciente, los complejos emotivos de orden habitualmente sexual, que han dado origen a un estado patológico.

Es evidente que esta teoría pansexualista es muy exagerada, puesto que quiere reaccionar contra todo lo tradicional y relacionar todas las perturbaciones nerviosas y mentales con los complejos eróticos ya estudiados. Pero - no deja de ser una importante contribución a la psicología y una ayuda a la psicoterapia y tratamiento de las - neurosis de origen sexual.

## V. 2. 2. CAUSAS FISIOLÓGICAS

### V. 2. 2. 1. SU ORIGEN

La pubertad, la menstruación, la edad crítica, el amba-

razo, el parto, la lactancia, dan origen a muchas ocasiones a graves perturbaciones mentales y aún a psicosis, - que pueden ser características de estos estados especiales.

### V. 2. 3. CAUSAS PATOLOGICAS

#### V. 2. 3. 1. SU DIVERSIDAD

En la etiología de las psicopatías existen diferentes causas, de orden tóxico o infeccioso, que son determinantes de muchas psicosis, como las intoxicaciones de origen alcohólico, las consecutivas atoxicomanías producidas por el abuso de la morfina, de 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.

Hoy se orienta la psiquiatría a encontrar las lesiones orgánicas que explique las perturbaciones intelectuales, - para, de esta manera, iniciar un tratamiento y aumentar - las probabilidades de curación, y dar un pronóstico lo - más científico posible.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

## VI. INIMPUTABILIDAD

### VI. 1. CONCEPTO

Si por imputabilidad hemos entendido la capacidad de la persona para conocer y comprender la antijuricidad de su conducta y para auto regularse de acuerdo con esa comprensión, el concepto de inimputabilidad supone en la persona de quien se predica incapacidad para conocer y comprender dicha ilicitud o para determinarse de acuerdo con esa comprensión.

Nuestra legislación penal (decreto 100 de 1980) en su art. 31 establece que "es inimputable quien en el momento de ejecutar el hecho legalmente descrito, no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental!"

La razón por el cual el inimputable no es capaz de delinquir, o, más exactamente, de actuar culpablemente, es la de que presenta fallas de carácter psicosomáticos o sociocultural que le impide valorar adecuadamente la juridi

cidad o antijuridicidad de sus acciones y regular su conducta de conformidad con tal valorización. Esas fallas se evidencian en desarrollo mental deficitario, inmaduro o senil, en trastornos biopsíquicos, permanentes o transitorios, en dificultades de acomodamiento sociocultural o en pérdida de la conciencia.

La calidad de inimputable se deriva del hecho de que el sujeto no pueda, en razón de tales deficiencias, comprender la ilicitud de su actuar, o de que pudiendo comprenderla no sea capaz de comportarse diversamente; en efecto, un idiota no está en condiciones -dado su precario bagaje intelectual- de distinguir lo bueno de lo malo, lo lícito de lo ilícito; un psicópata impulsivo, en cambio, sabe bien que su inminente conducta es delictiva, que no debiera llevarla adelante, pero no puede impedirlo porque una fuerza interior de naturaleza patológica lo constriñe a actuar en esa dirección.

## VI. 2. LOS INIMPUTABLES

En razón de los factores etiológicos mencionados en precedencia, la doctrina considera como inimputables a los menores de edad, a los ancianos en ciertos casos, a los sordomudos, a los indígenas, a quienes actúen en estado de inconsciencia o bajo formas agudas o crónicas de embriedad, a los enfermos de mente. A cada uno de estos fe-

nómenos nos referiremos enseguida, con excepción de la e briedad y los enfermos de mente, en razón de que lo hicimos en capítulos anteriores.

## VI. 2. 1. MENORES DE EDAD

La personalidad humana no es algo rígido o inmodificable; al contrario, ella es el producto de una lenta y - progresiva evolución que comienza desde el momento mismo de la gestación y sólo termina con la muerte; este proceso vital afecta al individuo tanto en el plano morfológico como en el psicológico.

El niño que acaba de nacer, sin duda alguna, un ser - desamparado y débil que no está en condiciones de sobrevivir por sí mismo; sin embargo, lleva en su propia estructura biopsíquica el suficiente potencial de energía que le permitirá no sólo adaptarse a las cambiantes circunstancias del ambiente, sino crearse una vida interior-propia que le permitirá ascender a la categoría de ser - consciente, dotado de una personalidad bien definida.

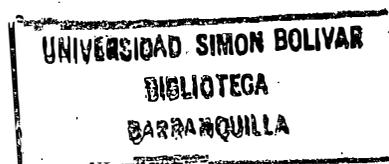
Los psicólogos han dividido el ciclo vital del ser humano en cinco grandes períodos a saber: infancia, juventud, adultez, madurez, y senilidad.

La personalidad del niño es el resultado de un desarrollo lento y gradual. Su sistema nervioso madura progresi-

vamente, por secuencias naturales. Antes de estar de pies permanece sentado; antes de hablar balbucea; antes de decir la verdad inventa; es egoísta antes que altruista; depende de los demás antes de poder valerse por sí mismo<sup>22</sup>.

Desde el punto de vista psicológico, las características fundamentales del niño es su curiosidad, que se manifiesta en la satisfacción de intereses; por eso esta etapa - suele dividirse en los siguientes períodos: a) el de los intereses perceptivos; b) el de los intereses glósicos; - c) el de los intereses intelectuales generales y de los - intereses intelectuales especiales. Para los efectos de - nuestro estudio nos interesan las dos últimas fases, que se sitúan aproximadamente entre los siete y los doce años de edad. Durante ellas, el niño tiende a concretar sus intereses, deseos y aspiraciones, busca con mayor precisión sus objetivos. Hasta entonces, vivía dentro de su mundo - al rededor del cual giraba el universo y sobre el cual ejercía un imperio más o menos absoluto; ahora comienza a percatarse de que el mundo no está hecho a su imagen y semejanza; a golpes de experiencia va aprendiendo a distinguir entre "su realidad" y aquella que está fuera de él; - comienza entonces a diferenciar los planos objetivos y -

22. GESELL, Arnold, *Il Bambino Nella Civiltà, d'oggi*, - Bompiani, Milano, 1956., p. 17.



subjetivos de esa realidad; su actitud sentimental suele ser ambivalente por la coexistencia de reacciones afectivas opuestas ante un mismo estímulo; una dictada por su concepción autística y otra de carácter objetivo y realista que recibe de sus padres y de los adultos en general. Superada esta crisis, comienza a surgir de ella el adolescente capaz de emitir juicios que le permiten diferenciar elementalmente lo real de lo ideal, el juego del estudio, el deseo de la acción, lo simplemente material de lo intelectual; comienza a sentirse ser social y a amoldar sus reacciones a esa nueva realidad.

El período de la juventud, que comprende las fases prepuberal y puberal es realmente una etapa de transición entre la adolescencia y la adulthood. Tres hechos fundamentales lo identifican: la aparición del pensamiento abstracto, esto es, de la capacidad de establecer relaciones lógicas entre conceptos generales; la adquisición de la responsabilidad social y, por consiguiente, el comienzo de la acción del individuo como tal frente a la sociedad, y finalmente la culminación del desarrollo de la sexualidad. Desde el punto de vista psicológico esta época se caracteriza por una organización, hasta entonces el joven ha adquirido. Por primera vez está en condiciones de enfrentarse a los problemas vitales, de plantearse interrogantes sobre ellos y de insinuar soluciones. Pero es también es-

te un período de contrastes en el que son frecuentes la crisis; de la agresividad despreocupada, el joven pasa al temor de enfrentarse a los problemas de la vida. La evolución del instinto de la sexualidad tiene mucho que ver en esta crisis; el joven se siente ya hombre y la adolescente mujer, mucho antes de serlo en realidad, y ello provoca trastornos psicológicos que explican su inestabilidad emocional. En esta época pueden darse coetáneamente muestras del mayor egoísmo y del más sublime altruismo, de la más refinada sensibilidad y de la más fría indiferencia; por ello, apunta MIRA y LOPEZ, hemos de guardarnos mucho de establecer un pronóstico de la definitiva evolución moral o carasteriológica de un joven sin conocer si sus hechos actuales corresponden a lo observado en su infancia.

Las informaciones presedentes nos permiten concluir - que antes de la adultez el ser humano no ha logrado cimentar sólida y definitivamente los planos intelectual, afectivo, y volitivo de su personalidad y que por ello, su capacidad de comprensión del mundo es deficiente.

Veamos ahora en qué forma el derecho penal ha utilizado estos conocimientos psicológicos para crear el concepto de inimputabilidad referido a los menores de edad. Para los penalistas clásicos, la edad se subdivide en cuatro períodos: a) el de la infancia (desde el nacimiento hasta

los 7 años) e impubertad próxima a la infancia (desde los 7 hasta los 12 años) en relación con el cual se presume - de derecho que el menor carece de discernimiento y, por - lo tanto, es absolutamente irresponsable. b) el de la im - pubertad (de los 12 a los 14 años) y minoridad (de los 14 a los 18 años) durante el cual se presume legalmente que - el sujeto tiene capacidad para delinquir, pero correspon - de al juez examinar, si obro o no con suficiente discerñi - miento: se trata entonces de una responsabilidad condicio - nal. c) el de la mayor edad (de los 18 años en adelante), período en el que se aplica el grado ordinario de imputa - ción, con arreglo a las condiciones espirituales del he - cho, lo que significa que a estas personas les cabe una - responsabilidad plena. d) el de la vejez que daría lugar - a una responsabilidad modificable en sus resultados<sup>23</sup>.

Para los positivistas, en cambio, el problema de la e - dad no se vincula al fenómeno de la imputabilidad o la - inimputabilidad, sino al mayor o menor grado de peligrosi - dad del agente, como quiera que la responsabilidad penal emerge de la mera actividad psicofísica y ella puede pro - venir indistintamente de un adolescente, de un adulto o - de un anciano. Respecto de la delincuencia infantil y ju - venil, estudiaron sus causas y le asignaron decisiva in -

23. CARRARA, Francisco, Programa..., ob., cit., p. 159.

fluencia al ambiente social. Habida consideración a los factores personales, familiares y sociales, dividieron los menores delincuentes en los siguientes grupos: a) no moralmente abandonados; b) moralmente abandonados; c) no moralmente pervertidos; d) moralmente pervertidos; e) con tendencia persistente al delito, y f) enfermos de mente. Para cada uno de ellos, previeron sanciones diversas, tales como la libertad vigilada, la segregación, la condena condicional, la casa de trabajo o colonia agrícolas y la casa de custodia, con una finalidad esencialmente tutelar y educativa<sup>24</sup>.

Nuestro proyecto de 1921, dice FERRI, "señalo los doce años como período de adolescencia que, después de la infancia precede a la pubertad (14 años), pero sólo como dato de hecho, en combinación con el de la gravedad del delito y la diversa personalidad del delincuente; no como criterio de responsabilidad, sino como valuación de la mayor o menor peligrosidad y responsabilidad"<sup>25</sup>.

Existe hoy consenso doctrinal que los menores de edad han de clasificarse como inimputable en la medida en que su inmaduro psiquismo no les permite claramente comprender la ilicitud de su comportamiento.

24. FERRI, Enrico, Principios..., ob., cit., p. 451.

25. Ferri, Enrico, Principios..., ob., cit., p. 458.

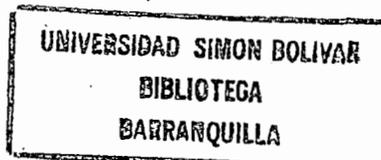
Digamos , finalmente, que cuando hablamos de menores - de edad como sujetos penalmente inimputables no nos estamos refiriendo a todo ser humano desde que nace hasta que llega a cierta edad, porque es obvio que en los primeros estadios de la vida la precaria constitución psicosomática del individuo le impide actuar con un mínimo de conciencia; sólo a partir del período de la adolescencia, la conducta del joven comienza a tener importancia jurídico-penal porque es cuando empieza a emitir juicios de valor en el ámbito de lo social.

#### VI. 2. 2. ANCIANOS

La senilidad es la última etapa de la vida y comienza a recorrerse más allá de los 70 años, aunque no siempre - la edad crónológica corresponde a la edad mental; una cosa es ser viejo y otra cosa es sentirse viejo.

Este período se caracteriza por un progresivo desgaste fisiológico al que corresponde una disminución también progresiva de las funciones psíquicas, particularmente memoria y atención. Es común en esta fase una impertrofia del mecanismo proyectivo que se manifiesta por una propensión a exhibir reacciones de perjuicio y persecución.

En cuanto a la valoración penal de esta etapa final de la vida, CARRARA afirma que la edad senil, por sí misma -



ni siquiera debe tenerse cuenta para aminorar la responsabilidad; al contrario, dice, "la sociedad tiene derecho de exigirle al anciano en razón de su experiencia y del apaciguamiento de las pasiones, mayor respeto a la ley";- más aún, agrega, "desde el punto de vista del daño mediato, el delito del hombre senil presenta en su fuerza moral objetiva, por el aspecto del mal ejemplo, una intensidad mayor que la que ofrece el delito del joven"<sup>26</sup>.

MENDOZA TROCONIS, piensa también que el anciano es capaz de delinquir, aunque opina que por un sentimiento de humanidad y habida consideración de su debilidad física, debe mitigarse en su favor el ordinario rigor punitivo - por el delito que cometa<sup>27</sup>.

Esta generalizada opinión de la imputabilidad de los ancianos no debiera aceptarse de manera absoluta; suelen darse, en efecto, casos en lo que un examen biopsíquico del viejo permite concluir que en el momento de cometer un delito no estaba en condiciones de valorar su ilicitud en razón de las deficiencias fisiológicas y psicológicas-anexas a su edad, aunque no muestre la sintomatología característica de una demencia senil; en tales hipótesis -

26. CARRARA, Francisco, Programa..., ob., cit., p. 167

27. MENDOZA, Troconis, Curso..., ob., cit., T. III, p. 72.

nos parece justo reconocer situación de inimputabilidad.

Otras veces, las naturales fallas atencivas y perceptivas que son inevitables a edad tan avanzada llevan al anciano hasta la criminalidad culposa por falta de previsión de un resultado antijuridico previsible para quien no presenta tales deficiencias; creemos que en esos casos puede reconocerse, al menos, imputabilidad disminuida.

#### VI. 2. 3. SORDOMUDOS

Llámase sordomudos a la persona que por alguna lesión congénita, periférica o interna del sistema auditivo, no puede oír ni hablar. La sordomudez, por sí misma no es una enfermedad mental, aunque en algunos casos -oligofrenia- puede ser la consecuencia de una anomalía psicósomática.

El hombre pudo considerarse como ser social desde el momento en que estuvo en condiciones de comunicarse con los demás, primero mediante el lenguaje verbal y mucho después, a través de la escritura; pero la comunicación oral solo es posible si se dispone de los órganos sensoriales aptos para captar y emitir sonidos articulados.

Pues bien, el sordomudo, en razón de sus deficiencias orgánicas no es capaz de comunicación oral y, por consi -

guiente, está en condiciones de relativa inadaptabilidad a la vida de relación, característica de la persona normal.

La sordomudez como atras se indicó, puede ser innata o adquirida, en el primer caso, una malformación con eficiencia de carácter hereditario o un traumatismo prenatal determinaron su estado actual; en el segundo, habiendo nacido en condiciones normales, una enfermedad o un traumatológico o psicológico lo privó de la capacidad de hablar y de escuchar.

Distínguese también al sordomudo que puede darse a entender por escrito o por signo de aquellos que carecen de cualquier medio de comunicación; es obvio el primero está en condiciones de ocupar algún lugar en la vida de relación, en tanto que al segundo ha de permanecer socialmente aislado.

Advierte CARRARA que siendo la palabra vehículo indispensable para la comunicación de las ideas abstractas, que entre ellas la de la justicia, y no estando el sordomudo de nacimiento en condiciones de percibir tales ideas se explica que las legislaciones penales lo hayan considerado como inimputable; pero agrega que "cuando un benefactor de la humanidad ideó el portentoso método de instruir a los sordomudos y, cuando siguiendo sus huellas, se -

utilizó en su favor la palabra escrita con equivalente de la palabra hablada, se deparó a estos desgraciados el medio para lograr conseguir las ideas abstractas, supliendo con el sentido de la vista la falta del oído; y entonces tuvo que reconocerse que también los sordomudos podían ser responsables ante la ley del estado". Aclara sin embargo, el maestro de Pisa que la imputabilidad o inimputabilidad no depende del hecho más o menos mecánico de su instrucción, "sino del resultado de la adquisición de conocimientos" o, por mejor decir, de su capacidad de discernimiento<sup>28</sup>.

Creemos que frente al delito del sordomudo se impone la práctica de concienzudo examen médico-legal que determine la naturaleza y entidad de sus disturbios biosíquicos; bien puede ocurrir que se trate de una oligofrenia en su grado de idiocia o imbecilidad, en cuyo caso ha de ser sometido a medida de seguridad, ya sea que se considere esta anomalía como psicosis o como psicopatías, pues que en cualquiera de los dos casos cabe dentro de la previsión del artículo 31 del código penal.

Las consideraciones precedentes permiten concluir que el sordomudo puede ser considerado como imputable o inimputable e incluso con imputabilidad disminuida, según que su situación personal lo impida o no discernir entre lo

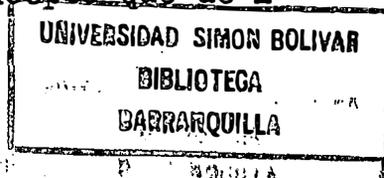
lícito y lo ilícito o que su capacidad de discernimiento esté senciblemente atrofiada. Por esa razón, bien puede decirse que está de la sordomudez es una causal relativa de la inimputabilidad.

#### VI. 2. 4. INDIGENAS

En el ordenamiento penal se conoce con el nombre de indigenas no civilizados a minorías raciales dentro de un determinado estado que aún viven de acuerdo con sus propias tradiciones, conservan su lengua original y actúan siguiendo normas de cultura también propias.

En el ambiente sociocultural donde nacieron y en el que desarrollan sus actividades cotidianas llevan una vida de relación normal; sus comportamientos lícitos o ilícitos no se diferenciarían sustancialmente de los que realizan los individuos que pertenecen al conglomerado social que rigen los destinos del estado; es probable incluso que en su propio mundo y ante sus congéneres el indígena sea mucho más respetuoso de las normas éticas y culturales que regulan la vida del grupo, de los que puedan serlo quienes pertenecen al conglomerado social.

Sin embargo, puestos en contacto con la sociedad "civilizada" cuyas leyes y costumbres desconocen, o no comprenden fácilmente, chocan contra ella. El concepto que de i-



lícitud ellos tienen no se acomoda en todos los casos al-  
que rige en el mundo de la sociedad mayoritaria y gober-  
nante.

Su criminalidad no depende entonces de una inmadurez -  
mental intrínsecamente considerada vale decir, referida -  
solamente a su edad, ni de enfermedad mental (para citar-  
las fuentes naturales de inimputabilidad, sino de falla -  
en los mecanismos de adaptación social, determinada casi-  
siempre por una impulsión brusca a un medio ambiente cul-  
tural hasta entonces desconocido para ellos.

Por eso el concepto de inimputabilidad de los indíge -  
nas es también relativo, en cuanto supone a análisis pre-  
vio de su situación personal para determinar el grado de  
conocimientos y comprensión que tienen de las leyes y cos-  
tumbres de la sociedad gobernante.

#### VI. 2. 5. EL PROBLEMA DE LA INCONSCIENCIA

La conciencia es esencialmente un "darse cuenta". Yo-  
tengo conciencia de que veo, pienso o siento, pero no ten-  
go conciencia en la misma forma directa y esencial de que  
los demás vean, piensen o sienten; por eso se dice que la  
conciencia es un darse cuenta interior e inmediato e inco-  
municable.

Pero este darse cuenta puede ser intuitivo o intelectivo. El primero implica una captación de los fenómenos del mundo exterior basada en la experiencia, pero sin una aprehensión conceptual del estímulo; cuando yo voy por la calle leyendo un periódico, evito un obstáculo que a mi paso surgen, pero si al final del recorrido alguien me preguntara por la naturaleza de ellos, no sabría responderle acertadamente; para poder evitarlos tuve que haberme dado cuenta de ellos, pero este "darme cuenta" fue meramente intuitivo. La mayoría de los fenómenos psíquicos—especialmente los de carácter afectivo, son captados por esta conciencia intuitiva; sentimos placer, tristeza, dolor y solo excepcionalmente nos damos cuenta de ello.

El segundo concepto se puede expresar diciendo que es un darse cuenta dándose cuenta; merced a la inconciencia-intelectiva el hombre puede conocerse a sí mismo, y conocer al mundo que lo rodea.

El adquirir conciencia de algo, dice RUBINSTEIN, presupone de modo necesario cierto conjunto de conocimientos — que se relacionan con lo que nos rodea. La conciencia como formación es un saber que funciona durante el proceso—en virtud del cual entramos en conocimiento de la realidad.

La conciencia puede ser directa o refleja. Hablamos de la primera cuando al darse cuenta acompaña coetáneamente a la función u operación del yo; esta concomitancia tiene, sin embargo, un valor relativo en cuanto aún la conciencia directa supone una reflexión; cuando yo veo, quiero o pienso; esta idea ya la había expresado ARISTOTELES, cuando dijo: No sentimos si no sentimos que sentimos; no entendemos si no entendemos que entendemos<sup>29</sup>.

La conciencia refleja es la propia operación intelectual; aquí la reflexión no es virtud o implícita sino explícita; es la vuelta de la inteligencia sobre sus propios actos u operaciones sensitivas. No se trata como en el caso anterior, de un simple darse cuenta, sino de un "volver sobre el darse cuenta".

Ahora bien, si por conciencia entendemos un darse cuenta, debemos concluir, a contrario sensu, que la inconciencia es un "no darse cuenta". El término sin embargo, ha sido objeto de varias significaciones: PIERRE JANET habla de "automatismo psicológico"; GRASSET, de "psiquismo inferior" y MYERS, de "psiquismo subliminal"<sup>30</sup>.

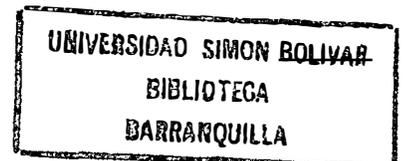
29. ROBLES, Oswaldo, Introducción a la Psi...1951., p. 26

30. ERISMANN, Theodor, Psicología general, editorial hispanoamericana, Méjico, 1959, ps. 144 y ss.

Así entendida la inconsciencia podría decirse que ella exista; ROBLES dice "lo psíquico, considerado como anímico, permite hablar de un psiquismo inconsciente; en el mundo de la fisiología y de la intensidad. Lo psíquico considerado como inconsciente, admite un inconsciente auténtico, si bien restringido a los mecanismos y al modo de funcionar de nuestra actividad mental que se escapa al análisis introspectivo. Lo psíquico expresamente considerado como conciencia personal, como conocimiento de un algo por un alguien no admite forma inconsciente alguna, pues los fenómenos marginales son, sin duda, de naturaleza subconsciente, disgregados, por interferencias anormales, de la síntesis mental"<sup>31</sup>.

Con bases en esas breves nociones de psicología; nos parece que la inconsciencia absoluta no genera conducta entendida como respuesta sentida a los estímulos externos cuando ello ocurre, el sujeto no se da cuenta de lo que hace y, por lo mismo, sus actos se rigen por un automatismo psicológico sin el control de lo de la neopsique. No podríamos entonces hablar ni siquiera de inimputabilidad, pues este fenómeno supone un darse cuenta de las propias acciones u omisiones y solo un no comprender su ilicitud;

31. Robles, Oswaldo, Introducción a la psicología científica, Porrúa, México, 1951, p. 146.



trátese, pues, de una falla de carácter valorativo; o incluso un darse cuenta de su ilícitud, pero una imposibilidad de actuar diversamente.

Poco importa que el estado de inconsciencia plena haya sido determinado por alteraciones psicosomáticas de carácter patológico (enfermedades mentales) o normal (sonambulismo); lo que interesa es que en tales hipótesis hay ausencia de conducta.

Pero puede ocurrir que por cualquiera de las causas anotadas en precedencia la persona experimenta una sensible disminución de su conciencia que le impida distinguir lo ilícito o le dificulte notablemente dicha comprensión; por esta vía podríase llegar a situaciones de inimputabilidad o de imputabilidad disminuida.

Sobre este tema apunta JIMENEZ DE ASUA: "la atribuibilidad de una infracción daños a es posible cuando el acto o la omisión que materialmente la causa, proviene de una mera causación psíquica que afirma el acto como propio de su causante (mismidad).

"En tal sentido, no puede negarse que pertenecen al agente no solo cuantos comportamientos típicos y antijurídicos efectúa el enfermo mental y el niño, sino los casos

en que se comete una infracción dañosa, en situación crepuscular hipóptica y en aquellos en que la conciencia se halla perturbada cualitativamente y cuantitativamente. En estas hipótesis el acto es inimputable, pero atribuible al agente porque procede de su mismidad"<sup>32</sup>.

### VI. 3. CRITERIOS REGULADORES DE LA INIMPUTABILIDAD

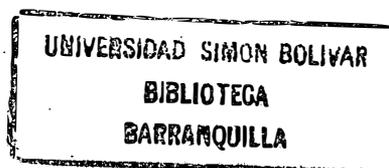
La regulación de los casos de inimputabilidad en los códigos penales puede seguir cuatro criterios básicos, a saber: el psicológico, el biológico, el psiquiátrico y el sociológico; la función de varios de ellos da lugar a un quinto criterio que suele llamarse mixto.

#### VI. 3. 1. CRITERIO PSICOLOGICO

La orientación psicológica supone que el concepto de inimputabilidad depende de la capacidad o incapacidad del agente para comprender el significado de su comportamiento y para determinar su actuar de acuerdo con esa comprensión, lo que implica necesidad de valorar en cada caso la capacidad mental del sujeto.

#### VI. 3. 2. CRITERIO BIOLOGICO

La concepción biológica parte de un supuesto objetivamente aprehensible, tal como determinada edad o presencia de anomalía biopsíquica.



### VI. 3. 3. CRITERIO PSIQUIATRICO

El criterio psiquiátrico descansa sobre la comprobación médica de enfermedad mental en la persona que ha ejecutado comportamiento ilícito.

### VI. 3. 4. CRITERIO SOCIOLOGICO

El mecanismo sociológico tiene en cuenta la personalidad del agente en relación con el medio social en el que actúa para determinar si se acomoda o no al comportamiento socialmente considerado como normal.

### VI. 3. 5. CRITERIO MIXTO

Finalmente, el criterio mixto combina todos o a algunos de los precedentes señalados de acuerdo con la causal de inimputabilidad de que se trate; por ejemplo: criterio biológico para la minoría de edad, psiquiátrico para la enfermedad mental, sicológico para la sordomudez y sociológico para el indigena.

Nuestro código penal acogió esta última técnica, como se desprende de la lectura de sus arts. 31/34.

## VI. 4. CONSECUENCIAS JURIDICAS DE LA INIMPUTABILIDAD

De la concepción clásica de la imputabilidad se desprende que los inimputables no solamente carecen de idoneidad para ser sujetos de sanciones penales sino que que -

dan por fuera del derecho penal. CARRARA parte del supuesto de que el hombre es penalmente responsable en cuanto - posee entendimientos y puede actuar con libre albedrío y - como el inimputable carece de estos atributos, sus actos - no dan lugar a consecuencias jurídicas en el ámbito del - derecho penal. Señala a este respecto SOLER que de la teoría clásica se desprende la conclusión de que no solamente de la pena, sino del derecho penal quedan totalmente - excluidos aquellos sujetos que realizan conducta descrita en la ley como delito en condiciones de alteración de sus facultades mentales que les prive de la capacidad de comprender y determinarse, ya que para los clásicos el hombre es responsable porque es inteligente y libre, de tal manera que "antes de violar la ley en los hechos la ha - violado en su corazón, y es de esa falta de lo que responde"<sup>33</sup>.

La escuela positiva, en cambio, que fundamenta la responsabilidad penal en la mera actividad psicofísica de agente y para la que es innecesario distinguir entre imputables e inimputables sino entre delincuentes menos peligrosos y más peligrosos, considera que toda persona que - ejecute una conducta prevista en la ley como delito debe-

33. SOLER, Sebastain, Derecho penal, ob., cit., p. 23.

responder de ella y ser sometido a una sanción criminal, cuya función es básicamente defensiva desde el punto de vista social.

FERRI, señala cuatro formas de reacción social contra los actos antijurídicos: a) medio preventivo, de naturaleza policial que pretenden suprimir las causas del delito o impedir su realización, suponen restricciones a la actividad individual y, por lo mismo, han de considerarse como equivalentes de la pena. b) medios reparatorios, que se producen cuando el hecho ilícito ya se ha consumado y consisten en la supresión del estado antijurídico o en la anulación de sus efectos y en la reparación de los daños causados por el mismo; estos medios, dice FERRI, deben emplearse como medidas principales o como sanciones accesorias, según los caracteres fisiopsicológicos y el valor económico del agente y del acto, en todas las acciones antijurídicas. c) medios represivos, de naturaleza temporal que varían de acuerdo con las características personales del autor del delito, así, prisión o multa para adultos, colonias agrícolas o internados para menores; d) medios eliminatorios, para los delincuentes más peligrosos y cuya finalidad es la de "purgar el cuerpo social de los elementos no asimilables que constituirían un peligro continuo"; tales, la pena de muerte en los casos de criminalidad activa o atávica y los manicomios para para los locos

delincuentes. En relación con esta última categoría de delincuentes dice FERRI: "A propósito de los delincuentes enajenados, puesto que el criterio de los motivos no debe servir como razón de la responsabilidad o irresponsabilidad del delincuente, sino como criterio para la apropiación de la forma de reacción social a la acción antisocial, es evidente que si el autor de un homicidio, de un robo, de un incendio, etc., se encuentra afectado de una forma clínica y común de locura, el diagnóstico psicológico, desde el punto de vista de la defensa social está hecho por completo, y no hay necesidad de ningún otro criterio. En ciertos casos, sin embargo, los motivos determinantes pueden ser también servir como síntomas que ayuden a diagnosticar la forma especial de enajenación mental, cuando, por ejemplo, depende de una alucinación, de una idea fija, etc.; y en este sentido justamente es como yo me he ocupado del "momento deliberativo de los homicidas enajenados". Si, pues, un loco ha llegado a dar muerte a una persona porque ha creído en su delirio estar en el caso de legítima defensa, este hecho considerado en la relación de la defensa social, no es de importancia apreciable en comparación con la locura comprobada que hace de él un individuo impropio para la vida social y peligroso en el más alto grado.

"La dificultad no obstante, podría presentarse en el -

caso, en absoluto excepcional, de un loco que hubiera obrado realmente en estado de l egitima defensa contra una agresión injusta o un estado de necesidad. Pero entonces el motivo determinante puede tener influencia a los ojos del juez penal, como la locura demostrada no impedir a la reclusión del alienado, toda la diferencia consistir a en que la reclusión sea en una casa de locos ordinarios o de locos criminales"<sup>34</sup>.

Y en cuanto a los menores de edad, el positivismo desecha "el tradicional sistema de dosimetría penal aritmética según el número de años", para remplazarlo por una serie de medidas defensivas, educadoras y curativas que se adaptan "no a los pretendidos grados de discernimiento y de culpabilidad moral, sino a la diversa peligrosidad y readaptabilidad social de estos sujetos conscientes, pero con voluntad no madura"<sup>35</sup>.

En resumen para los positivistas los inimputables son también penalmente responsables, en cuanto capaces de realizar acciones predicables de su biopsiquismo; por esta razón son igualmente peligrosos y como la sanción penal tiene una función esencialmente defensiva del núcleo social, de ellos también necesita defenderse la sociedad; y

34. FERRI, Enrique, Sociología... T. II., ps. 160/74

35. FERRI, Enrique, Principios... Ob., cit., ps. 448/49.

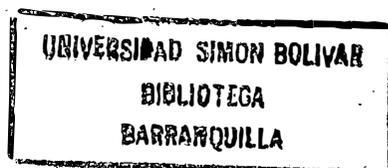
lo hace mediante mecanismos que se adecúen a la personalidad del inimputable, así, pues escuelas correccionales, - colonias agrícolas o internados para los delincuentes menores de edad, y manicomios criminales para los delincuentes locos<sup>36</sup>.

El profesor JIMENEZ DE ASUA cree necesario distinguir tres categorías de sujetos en relación con las consecuencias jurídicas de sus actos: a) los imputables, capaces de actuar típica, antijurídica y culpablemente, que cometen delitos de los cuales deben responder ante el derecho penal y a los que se les aplican penas; b) los inimputables capaces de actuar típica y antijurídicamente, que ejecutan conductas descritas en la ley como delitos, son peligrosos y a quienes se imponen medidas de seguridad; y c) los inimputables, socialmente peligrosos, que no han realizado hechos delictivos y a los que la autoridad impone medidas asegurativas de curación o enmienda, de carácter meramente policial<sup>37</sup>.

NOVOA MONREAL cree también que a los inimputables se les deben aplicar medidas de seguridad cuando ejecutan comportamientos típicos y antijurídicos, pero considera -

36. FERRI, Enrique, Principios..., ob., cit., ps. 448/49.

37. JIMENEZ DE ASUA, Luis, Tratado..., ob., cit., ps. 312



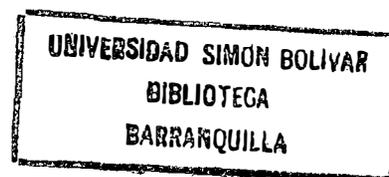
que ellas no tienen carácter penal en ningún caso porque tales sujetos son irresponsables; las entiende simplemente "como medio de prevenir atentados contra bienes jurídicos penalmente protegidos"<sup>38</sup>.

Para los clásicos, pues, lo que deba hacerse con los inimputables es algo que no compete al derecho penal sino a la administración; esta concepción desconoce el hecho de que los de que los inimputables son capaces de realizar conductas previstas en la ley penal como delitos y que, por lo mismo, el ordenamiento penal no puede ser ajeno a su comportamiento.

Los positivistas corrigen este error, pero incurren en el de considerar como fundamento de la responsabilidad de los inimputables el hecho de su peligrosidad generada en su condición de inimputables, con lo que resulta que las sanciones a ellos aplicables no dependen propiamente del delito cometido sino de su condición personal de inimputables.

Nos parece correcto el planteamiento del maestro JIMENEZ DE ASUA, salvo en cuanto exige para los inimputables-

38. NOVOA MONREAL, Eduardo, curso..., ob., cit., T. I., -  
p. 453.



que realicen conductas típicas y antijurídicas el requisito de su peligrosidad; creemos, en efecto, que por el hecho mismo de que un inimputable ejecute comportamiento típico y antijurídico ha de ser sometido a medida de seguridad, independientemente de su peligrosidad; lo que importa es que la conducta por ellos desarrollada esté descrita en la ley como delito y que su comportamiento haya vulnerado sin derecho alguno intereses penalmente tutelados. En tales casos, las medidas asegurativas que se les impongan son de carácter penal; resulta, por eso, equivocada la conclusión de NOVOA MONREAL, cuando afirma que la conducta típica y antijurídica de los inimputables no genera responsabilidad penal, pero al propio tiempo reconocen que se les imponen medidas de seguridad para prevenir nuevos atentados a bienes jurídicos penalmente tutelados; esa es la finalidad de tales medidas, y si aquellos son sus presupuestos legales (conducta penalmente típica y antijurídica).

La doctrina contemporánea acepta sin muchas discrepancias que las consecuencias jurídicas de la conducta de los inimputables, en cuanto tal conducta se adecúe a un tipo penal y sea antijurídica, es la aplicación de medidas asegurativas. Dichas medidas son de cuatro especies: educativas, curativas, laborales y de vigilancia.

#### VI. 4. 1. MEDIDAS EDUCATIVAS

Son medidas educativas aquellas que se orientan a suministrar al inimputable aquellos conocimientos culturales cuya ausencia hizo posible su comportamiento típicamente antijurídico; puede tratarse de situaciones de inmadurez mental (minoría de edad) de fallas psicossomáticas (sordomudez) o de inadaptación socio-cultural (indígenas no civilizados). Estas medidas se cumplen en establecimientos especiales para cada una de las tres situaciones mencionadas en precedencia.

#### VI. 4. 2. MEDIDAS CURATIVAS

Son medidas curativas las que investigan las causas de los fenómenos de anormalidad psicossomática que generan inimputabilidad; mediante a ellas se someten a quienes las sufren al tratamiento médico-psiquiátrico que corresponda; tales medidas se cumplen en manicomios criminales o anexos psiquiátricos y se aplican a los inimputables que padecen trastornos mentales de origen patológico.

#### VI. 4. 3. MEDIDAS LABORALES

Las medidas laborales tienen por objeto introducir el trabajo como terapia formativa y curativa en el tratamiento de los inimputables; por eso se aplican simultáneamente con las dos anteriores y pueden consistir en actividades manuales o instrumentales de carácter individual o colectivo.

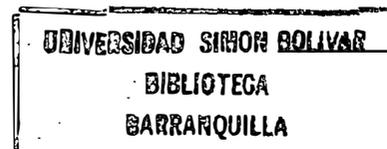
#### VI. 4. 4. MEDIDAS DE VIGILANCIA

Las medidas de vigilancia como su nombre lo indica, -  
buscan controlar el incumplimiento de las anteriores o -  
complementar su eficacia; por eso son de naturaleza acce-  
soria y suelen aplicarse con posterioridad a las educati-  
vas y curativas; las más comunes son: la obligación de re-  
sidir en determinado lugar, o de abstenerse de hacerlo, -  
la prohibición de concurrir a ciertos sitios (expendios -  
de bebidas embriagantes, por ejemplo) y la obligación de  
presentarse periódicamente ante las autoridades encarga-  
das de la vigilancia.

#### VI. 5. LA INIMPUTABILIDAD EN EL DECRETO 100 DE 1980

El código penal de 1980, a diferencia del anterior, de-  
dica expresamente un capítulo a esta importante materia.

Su artículo 31 enuncia así el concepto: "Es inimputa-  
ble quien en el momento de ejecutar el hecho legalmente -  
descrito, no tuviere la capacidad de comprender su ilíciti-  
tud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por  
inmadurez psicológica o trastorno mental". Como quiera -  
que esta concepción legislativa del fenómeno en cuestión  
coincide sustancialmente con la explicada por nosotros en  
precedencia, a ella nos remitimos.



## VI. 5. 1. INMADUREZ PSICOLOGICA

Siguiendo también, en esta materia, el criterio biocronológico, el código remite esta causal de inimputabilidad a la minoría de edad con límite de dieciséis años; por debajo de él, los sujetos son inimputables y el comportamiento típico y antijurídico que realicen, dará lugar a medidas de seguridad; el conocimiento de tales hechos y la aplicación de estas medidas corresponderá a jurisdicción especializada (la de menores con intervención del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). El art. 34 concreta esta cuestión de la siguiente manera: "Los menores de dieciséis años estarán sometidos a jurisdicción y tratamiento especiales".

## VI. 5. 2. TRASTORNO MENTAL

Con mucha propiedad el nuevo código ha sustituido las confusas expresiones "estado de enajenación mental", "grave anomalía psíquica" e "intoxicación crónica producida por el alcohol o por cualquier otra sustancia", por la más simple y comprensible de "trastorno mental". Este ha de entenderse como una alteración psico-somática de tal magnitud que impida a quien la padece comprender la ilícitud de su comportamiento, o autoregularse de conformidad con dicha comprensión.

Si eso le ocurre al agente en el momento de realizar -

la conducta típica y antijurídica no importa que su trastorno sea calificado mediante o médicamente de psicosis, psicopatía o psiconeurosis, debe ser tenido como inimputable y sometido a medidas de seguridad (art. 33 inc. 1o.).

En este orden de ideas, será inimputable quien mata a otro cuando padece de esquizofrenia porque esa enfermedad le impide comprender que actúa en forma antijurídica; pero también lo será quien hurta cosa ajena bajo los efectos de una cleptomanía porque, a pesar de que entiende la ilicitud de su acción, no puede en ese momento comportarse de manera diversa dado que su anomalía lo impulsa irresistiblemente en dirección antijurídica.

#### VI. 5. 3. TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO

Señala el art. 33 inc. 2o. del nuevo código que "si la inimputabilidad proviene exclusivamente de trastorno mental transitorio, no habrá lugar a la imposición de medidas de seguridad, cuando el agente no quedare con perturbaciones mentales, sin perjuicio de la responsabilidad civil a que hubiere lugar".

Esta solución se explica porque, si bien el sujeto era inimputable en el momento de la ejecución del hecho punible, dejó de serlo después, de tal manera que resultaría inútil imponerle una medida de seguridad (internación en -

establecimiento psiquiátrico o similar) cuya finalidad es esencialmente curativa, porque ya no la requiere. Necesario es, desde luego, en estos casos que una peritación psiquiátrica determine que el trastorno mental ha desaparecido y que no le han quedado al sujeto secuelas de perturbación mental.

En todo caso, estas situaciones han de ser manejadas con gran prudencia tanto por peritos como por jueces, para evitar de un lado injusticias y, de otro, impunidad.

#### VI. 5. 4. TRASTORNO MENTAL PREORDENADO

Con tal nombre el art. 32 del código, se ocupa del fenómeno que la doctrina suele denominar actio liberae in causa, he aquí el texto de la norma: "Cuando el agente hubiere preordenado un trastorno mental responderá por el dolo o culpa en que se hallare respecto del hecho punible en el momento de colocarse en tal situación".

Se trata como su nombre lo indica, que de acciones libres en su causa, es decir, de hechos cuya realización fué libremente ideada y querida o respecto de los cuales el agente previó o pudo haber previsto sus efectos antijurídicos, pero cuyo proceso consumativo se verifica en condiciones de anormalidad biosíquica por propia determinación suya.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

Piense en el sujeto que ha decidido dar muerte a su -  
enemigo, pero que no se atreve a consumar el hecho porque  
siente escrúpulos morales y entonces se embriaga o ingie-  
re sustancias tóxicas o alucinógenas porque sabe que bajo  
sus efectos no se da cuenta de lo que hace, y en tales -  
condiciones elimina a su víctima.

Si se examina solamente en el momento de la consuma -  
ción habría de concluirse que su autor era inimputable -  
por trastorno mental y, por ende, incapaz de actuar culpa-  
blemente. Pero si el juez se remonta a la causa de su ac-  
tuar final, encontrará que el estado de anormalidad en -  
que consumó el hecho típicamente antijurídico fue querido  
por él o por mejor decir, fue el resultado de una opera -  
ción mental realizada en condiciones de absoluta normali-  
dad, de tal manera que se evidencia un nexo causalista -  
entre el momento de colocarse en tal estado y el de la ve-  
rificación del evento, en medio de esos dos extremos está  
el período de anormalidad psíquica que el agente creó y -  
utilizó como mero instrumento de sí mismo. Pudiera decir-  
se que en tales casos el sujeto imputable se transforma vo-  
luntariamente en inimputable y en tal condición realiza -  
el hecho punible.

Por eso la disposición que estamos comentando señala a  
certadamente que el sujeto responde penalmente por el do-

lo o culpa en que se hallaba en el momento de colocarse - voluntariamente en situación de inimputabilidad respecto del hecho punible ejecutado en tal estado. La circunstancia de que su voluntad hubiese obrado al comienzo y no en el momento de la consumación (o de la frustración) para nada influye en el juicio de responsabilidad, porque en el dolo o culpa antecedentes se subsume la querida inimputabilidad subsiguiente.

#### VI. 6. RESPONSABILIDAD DEL INIMPUTABLE

Estudiadas ya las diversas causales de inimputabilidad nos resta advertir que no basta la presencia de alguna de ellas para decretar medida asegurativa (excepción hecha de la minoría de edad); es indispensable, además, que entre dicha causal y el delito cometido exista relación lógica o nexo de causalidad adecuada, de tal manera que el comportamiento ilícito sea consecuencia de la condición personal de inimputable. Por manera que si un paranoico con delirio de persecución comete delito de estafa - que nada tiene que ver con su delirio - debe responder de él como cualquier delincuente normal.

Ha de observarse también que las características psicósomáticas que permiten calificar a una persona de inimputable han de darse en el momento en que realiza la infrac

ción penal; no puede entenderse en otra forma la expresión "cuando al tiempo de cometer el hecho..." que emplea el código penal en su artículo 31. Si la alteración biopsíquica fue anterior o posterior al delito cometido, a su autor debe darse tratamiento punitivo de persona imputable. Por tal razón, el dictamen médico-legal que se haga al sindicado de quien se sospeche alienación mental o intoxicación crónica debe precisar, hasta donde sea científicamente posible, si el paciente presentaba dicha anomalía en la fecha de comisión del delito.

Puede ocurrir que la alteración somatopsíquica que sufre una persona sea de tal magnitud que produzca obnubilación total de la conciencia y que en ese estado realice comportamiento previsto en la ley como delito; creemos que en tal caso debe reconocerse causal de inculpabilidad por ausencia de capacidad de comprensión del hecho ejecutado. Como quiera que el dolo supone conocimiento de la naturaleza del comportamiento típico y de su antijuricidad y voluntad de ejecutarlo, quien no se da cuenta de lo que hace, obra en estado de inconsciencia y, por ende, no actúa culpablemente.

## CONCLUSION

Celoso de que la justicia penal se cumpla en mi país a cabalidad, tengo la absoluta confianza de que este trabajo de investigación pueda aportarle al estatuto penal la información necesaria de que carece y de esta manera contribuir a determinar la responsabilidad penal del sujeto activo de un hecho punible.

La finalidad del presente trabajo es llevar a nuestra legislación penal, una noción lo más clara posible de lo que son los trastornos mentales y su influencia en la personalidad, para cometer hechos delictivos; pues parece ignorar estos conceptos cuando contando con ellos para fijar la inimputabilidad, se ha escapado o no, ha sabido sentar su naturaleza. De no haber existido esta laguna seguramente habría legislado con más precisión en este punto delicado. Cuantos enfermos desgraciados, sufren el rigor de una condena, por no haberséles practicado siquiera un pequeño examen psiquiátrico.

He constatado que en las cárceles colombianas, hay mul

titud de enfermos mentales, que ni han sido estudiados como tales, ni son tratados como tales. Encuentro pues justificado cualquier esfuerzo que yo y otros estudiosos hagamos para satisfacer estas fallas protuberantes.

Considero que ha toda persona que delinque se le debería hacer un estudio psiquico; y no conformarse con preguntarle en declaración de inquirir si ha padecido o no enfermedades mentales?, o si su familia las ha padecido?, o si ha sido sifilitico?; preciso que nuestra legislación penal en este sentido se queda corta. Excepcionalmente cuando la infracción es de mucha gravedad, y ha causado una impresión de gran naturaleza en la sociedad es cuando se mira al sindicado como un posible alienado mental.

Es menester señalar que en Colombia existen pocos centros de Medicina Legal, capaces de realizar tales exámenes da tristeza saber que Barranquilla siendo una ciudad tan grande y cuando quizas se han cometido los más atroces delitos, carezca de un instituto dotado y capacitado por personal idoneo, para llevar a cabo un verdadero estudio psiquico, capaz de determinar el estado mental del infractor, y tenga que llevarse para la ciudad de Cartagena el sindicado para practicar dicho examen.

Por todo lo anterior estimo conveniente crear en esta-

ciudad y en las demás ciudades de Colombia donde falten es  
tos institutos, ya que son fundamentales para determinar -  
la responsabilidad y ayudar al juez con mayor eficacia a -  
formar su criterio; contribuyendo de esta manera a una me  
jor justicia social. En nuestro medio se abandona al enfer-  
mo mental a su suerte, por no existir centros de rehabili-  
tación suficientes para albergarlos; y en los pocos que -  
hay se les dá un trato infrahumano, quizá peor a los que -  
se les dá a los imputables en las escuelas del crimen o -  
sea a las cárceles; causandole a la sociedad un grave peli-  
gro.

Cuantos atentados sufren los desprevenidos transeuntes  
en el centro de las ciudades, por estar enajenados menta-  
les, hasta el punto de acabar con sus vidas; pero las auto-  
ridades hacen caso omiso a este problema, no importandoles  
el riesgo que les reporta a ellos mismos. Desgraciadamen-  
te no se le puede culpar al enfermo mental, pués él no es  
responsable de sus actos, es un pobre autómeta que ha cai-  
do en la desgracia de su enfermedad.

Es conveniente aclarar que a los inimputables se les -  
aplica medidas de seguridad, que al decir de nuestro esta-  
tuto penal, no constituyen penas; pero si analizamos dete-  
nidamente, me parece irrisoria el concepto de "Medidas de  
Seguridad" dada por la doctrina penal, para aplicación de-  
los inimputables: "son ciertos medios orientados a readap-

tar al delincuente a la vida social libre, es decir, a promover su educación o curación, según que tenga necesidad de una o de otra, poniendolo en todo caso en la imposibilidad de perjudicar".

Es conveniente aclarar que dentro de las medidas de seguridad aplicada a los inimputables, que ha juicio de nuestro estatuto penal no considera penas; se encuentra la consagrada en el art. 94 del C. P. "Internación para enfermo mental permanente" y la del 95 de la misma obra "Internación para enfermo mental transitorio". Tales medidas tienen un mínimo de dos (2) años de duración, la primera; y un mínimo de duración de seis (6) meses, la segunda; teniendo ambas una duración indeterminada.

Analizando detenidamente esas disposiciones; llegamos a concluir, que la aplicación de esas normas equivalen a una "cadena perpetua" para el enfermo mental. Es sabido que en patología médica existen enfermedades mentales con carácter irreversible. Es decir, que por mucho tratamiento que se le dé al paciente, nunca va ha recuperar su estado mental normal; y por consiguiente nunca podrá adquirir su libertad, ya que las mencionadas medidas establecen en su inciso final que la "medida se suspenderá condicionalmente cuando se establezca que la persona ha recuperado su normalidad psíquica". Normalidad que jamás podrá volver a disfrutar.

Quiero señalar que afortunada y sabiamente el Tribunal superior de Medellín, Sala Penal en Sentencia de Octubre - 19 de 1983 , se pronunció a este respecto. "Sabiendose, como se sabe, que los padecimientos mentales de los D. C. - son de aquellos que muy seguramente no admiten curación, - el señor juez ha impuesto una medida asegurativa vitalicia perpetua o irridimible, pues ha condicionado la suspensión condicional de la misma a la recuperación mental por parte del convicto, ateniendo al mero tenor literal de la citada disposición penal. Empero dicha norma requiere de una in - terpretación sistemática, racional y teológica, pues de o - tra manera debe considerarse contraria a la Constitución - Nacional, ya que ésta no tolera las penas perpetuas ni - las obligaciones o cargas irredimibles. Cuando la enferme - dad mental es incurable, la medida no puede tener como fin de duración, pues el derecho no puede imponer objetivos de imposible cumplimiento. La norma que pretendiera imponer - un objetivo así, no sería norma por carecer del sentido - normativo consistente en el vínculo obligacional, pues nin - guna norma puede imponer a nadie lo imposible.

De ahí que, al someter la suspensión condicional de la medida de internamiento a una condición de imposible cumpli miento, el a quo ha pagado un exagerado tributo al tenor - literal (infortuna damente) e imponiendo en la práctica - una reclusión psiquiátrica a perpetuidad, como tal contra-

ria al principio de racionalidad de las reacciones penales propias de la organización republicana y de las formas democráticas de gobierno.

Como en tal supuesto la medida de internamiento no puede, entonces, perseguir fines distintos a los de la tutela y rehabilitación, entendiéndolo por esta última, no la curación, sino el restablecimiento de la capacidad para una convivencia ordenada y pacífica, no queda otra alternativa que aplicar por analogía in bonam partem el criterio del art. 96, y aclarar por tanto, de la medida de que se trata podrá ser suspendida condicionalmente cuando el interno recupere su normalidad psíquica, al menos, por virtud del tratamiento a que será sometido y lo está siendo ya, adquiera suficiente adaptabilidad al medio social en que se desenvolverá su vida, es decir, deje de ser un peligro para sí y para otros.

Por todo lo anteriormente planteado, considero pues justificado cualquier esfuerzo que yo y otros estudiosos hagamos para satisfacer estas fallas protuberantes.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	
I. LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA.....	1
II. CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.....	20
II. 1. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL.....	20
II. 2. PSICOSIS.....	21
II. 2. 1. Psicosis Maniacodepresiva.....	22
II. 2. 2. Oligofrenia.....	24
II. 2. 3. Psicosis Epileptica.....	26
II. 2. 4. Esquizofrenia.....	31
II. 2. 5. Paranoíá.....	34
II. 2. 5. Psicosis Toxica.....	36
II. 2. 6. Psicosis Luetica.....	38
II. 2. 7. Demencia Arterioesclerotica.....	40
II. 2. 8. Demencia Senil.....	40
II. 3. PSICOPATIAS.....	41
II. 3. 1. Psicopatías Hipertimicas.....	43
II. 3. 2. Psicopatías Depresivas.....	43
II. 3. 4. Psicopatías Inseguras.....	44
II. 3. 5. Psicopatías Fanáticas.....	44
II. 3. 6. Psicopatías Ambiciosas.....	45

	Pag.
II. 3. 7. Psicopatías Inextables.....	45
II. 3. 8. Psicopatías Amorales.....	45
II. 4. NEUROSIS.....	46
II. 4. 1. Neurosis Obsesiva.....	47
II. 4. 2. Neurosis Histerica.....	48
II. 4. 3. Neurosis de Angustia.....	50
III. ALIENACION Y SEMIALIENACION MENTAL.....	52
III. 1. DEFINICION DE ALIENACION MENTAL.....	53
III. 1. 1. Trastorno Intelectual.....	55
III. 1. 2. Falta de Autoconciencia.....	56
III. 1. 3. Inadaptabilidad.....	56
III. 1. 4. Ausencia de Utilidad.....	57
III. 2. SEMIALIENACION.....	57
III. 3. ALIENADOS DELINCUENTES.....	58
IV. EXIMENTES PSIQUICAS.....	61
IV. 1. IMPUTABILIDAD.....	61
IV. 2. LOCURA MORAL.....	63
IV. 3. INCONCIENCIA PATOLOGICA.....	65
IV. 4. EMOSION PATOLOGICA.....	66
IV. 5. ALCOHOLISMO.....	68
IV. 5. 1. Aspectos Fisiopatológicos.....	70
IV. 5. 2. Intoxicación Alcohólica.....	71
IV. 5. 3. Complicaciones.....	71
V. ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.....	73
V. 1. CAUSAS PREDISPONENTES DE LAS PSICOSIS.....	73
V. 1. 1. Predisponentes Generales.....	73

	Pag.
V. 1. 1. 2. Division.....	73
V. 1. 1. 3. Civilización y Razas.....	73
V. 1. 1. 4. Conmociones Políticas y Guerras.....	74
V. 1. 1. 5. Ideas Religiosas e influjos Analógicos.....	75
V. 1. 2. Predisponentes Individuales.....	76
V. 1. 2. 1. Herencia.....	76
V. 1. 2. 2. Edad.....	77
V. 1. 2. 3. Sexo.....	78
V. 1. 2. 4. Climas, Estaciones, Cataclismos y Grandes Accidentes.....	78
V. 1. 2. 5. Estado Civil.....	79
V. 1. 2. 6. Profesiones.....	80
V. 1. 2. 7. Contagio Mental.....	80
V. 1. 2. 8. Psicosis en las Cárceles.....	81
V. 2. CAUSAS OCACIONALES.....	82
V. 2. 1. Causas Psíquicas.....	82
V. 2. 1. 1. Recargo, Pasiones, Emociones, Penas.....	82
V. 2. 1. 2. Emoción Sexual.....	83
V. 2. 2. Causas Fisiológicas.....	84
V. 2. 2. 1. Su Origen.....	84
V. 2. 3. Causas Patológicas.....	85
V. 2. 3. 1. Su Diversidad.....	85
VI. INIMPUTABILIDAD.....	86
VI. 1. CONCEPTO.....	86
VI. 2. LOS INIMPUTABLES.....	87
VI. 2. 1. Menores de Edad.....	88

	Pag.
VI. 2. 2. Ancianos.....	94
VI. 2. 3. Sordomudos.....	96
VI. 2. 4. Indigenas.....	99
VI. 2. 5. El Problema de la Inconsciencia.....	100
VI. 3. CRITERIOS REGULADORES DE LA INIMPUTABILIDAD..	105
VI. 3. 1. Criterio Psicológico.....	106
VI. 3. 2. Criterio Biológico.....	106
VI. 3. 3. Criterio Psiquiátrico.....	106
VI. 3. 4. Criterio Sociológico.....	106
VI. 3. 5. Criterio Mixto.....	106
VI. 4. CONSECUENCIAS JURIDICAS DE LA INIMPUTABILIDAD	1106
VI. 4. 1. Medidas Educativas.....	114
VI. 4. 2. Medidas Curativas.....	114
VI. 4. 3. Medidas Laborales.....	114
VI. 4. 4. Medidas de Vigilancia.....	115
VI. 5. LA INIMPUTABILIDAD EN EL DECRETO 100 de 1980.	115
VI. 5. 1. Inmadurez Psicológica.....	116
VI. 5. 2. Trastorno Mental.....	116
VI. 5. 3. Trastorno Mental Transitorio.....	117
VI. 5. 4. Trastorno Mental Preordenado.....	118
VI. 6. RESPONSABILIDAD DEL INIMPUTABLE.....	120
CONCLUSION.....	122
TABLA DE CONTENIDO.....	128
BIBLIOGRAFIA	

## BIBLIOGRAFIA

BORRERA JAIME, R. Psiquiatría, primera edición, Medellín, - Colombia, 1974.

CASTRO REY MARCO, A. Manual de Psiquiatría Forense y Refle<sub>x</sub>ología. Talleres Graficos de la Penitenciaría Central de Colombia, Bogotá, 1967.

MORA IZQUIERDO RICARDO. Aspectos Forenses de la Enfermedad Mental. Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal de Colombia, Bogotá, 1979.

REYES E. ALFONSO. Derecho Penal, Octava Edición, Universidad Externado de Colombia. Bogotá, 1981.  
La Inimputabilidad. Segunda Edición, Universidad Exter<sub>n</sub>ado de Colombia, Bogotá, 1979.

RESTREPO JORGE, M. Psiquiatría, Primera Edición, Medellín Colombia, 1983.

URIBE GUILLERMO, C. Medicina Legal, Toxicología, Psiquia<sub>t</sub>ría Forense, Editorial Temis. Bogotá, Colombia 1977.

VELEZ HERNAN, A. Psiquiatría, Primera Edición, Medellín, - Colombia, 1984.