# CÓMO ENTENDER AL HOMICIDA

- Explicación de las conductas del homicida
- Relación entre la frustración y la agresión
- Situaciones familiares, sociales o emocionales





**Ada Patricia Mendoza Beivide**

trillas

# ÍNDICE de contenido

**Introducción** 11

**Cap. 1. Violencia y agresividad** 15

¿Por qué agredimos?, 15. ¿Hay diferencia entre los términos *agresividad* y *violencia*?, 18. ¿Cómo debemos entender la violencia?, 20. ¿Qué es el homicidio?, 22. ¿Qué es el asesinato y cuál es la diferencia con el homicidio?, 22. ¿Quiénes pueden cometer homicidio?, 23. ¿Qué tienen en común los homicidas?, 23. ¿Cuál es la historia familiar de los homicidas?, 23. ¿Cómo se ven a sí mismos los homicidas?, 24. ¿Se planean los homicidios?, 26. ¿Pasan por algún periodo antes de cometer el homicidio?, 26. Entonces, ¿cómo son antes de cometer el homicidio?, 27. ¿Tienen conducta moral los homicidas?, 28. ¿Cómo se entiende el libre albedrío?, 30. ¿Reconocen los valores morales los homicidas?, 31. ¿Ayuda la religión a evitar la conducta homicida?, 32. ¿Por qué es frecuente que mientan los homicidas?, 35.

**Cap. 2. Infancia** 39

¿Cómo debemos disciplinar a los niños?, 39. ¿Cómo se forma la conciencia moral?, 40. ¿Es necesario el amor para evitar el homicidio?, 43. ¿Cómo evoluciona la moral en los niños?, 45. ¿Qué es el trastorno de atención en la infancia?, 47. ¿Cómo influye la escuela?, 52. ¿Los infantes cometen homicidio?, 53.

**Cap. 3. El cerebro** 55

¿Qué pasa con el recuerdo?, 55. ¿Se pueden saber las intenciones del cerebro?, 58. ¿Qué es la locura?, 60. ¿La psicosis o locura se puede entender como cualquier otra enfermedad?, 61. ¿Y los golpes en la cabeza?, 62. ¿Los retrasados mentales cometen

homicidio?, 62. ¿Se asocia el homicidio con la epilepsia?, 63. ¿Y los esquizofrénicos?, 64. ¿Es frecuente el homicidio en personas enfermas de los estados de ánimo?, 64. ¿Ocurre el homicidio en los pacientes seniles?, 65. Entonces, ¿en estados confusionales es frecuente el homicidio?, 65. ¿Qué es la falta de control de impulsos?, 66. ¿Y los suicidas?, 67.

**Cap. 4. Alcohol y drogas** **69**

¿El uso de alcohol y drogas puede agravar los estados de violencia?, 69. ¿Y los drogodependientes?, 71.

**Cap. 5. Aspectos legales** **75**

¿Cómo valoramos al homicida?, 75. ¿Cuál es la diferencia entre el imputable y el inimputable?, 75. ¿Cómo identificamos quién es imputable o quién no lo es?, 77. ¿Hay atenuantes para los homicidas?, 79. ¿Qué es un Trastorno Mental Transitorio?, 80. ¿Qué es un estado pasional?, 81. ¿Cuál es la función de los psiquiatras ante el crimen?, 83. ¿Y los abogados cómo lo entienden?, 85. ¿Con qué tipo de armas se cometen homicidios?, 87. ¿Y los criminalistas qué dicen?, 88. ¿Y los asesinos en serie o seriales?, 88. ¿A quién se le llama "autor"?, 92.

**Cap. 6. Los diferentes** **93**

¿Por qué discriminamos?, 93. ¿La gente de la calle agrede?, 95.

**Cap. 7. Formas de ser** **97**

¿Qué es la personalidad?, 97. ¿Quién valora la personalidad?, 97. ¿Qué son los trastornos de personalidad?, 98. ¿Cuáles trastornos de personalidad se presentan con más frecuencia en los homicidas?, 98. ¿Qué es la personalidad antisocial?, 98. ¿Y los homicidas con personalidad limítrofe?, 102. ¿Y con otros trastornos de personalidad se comete homicidio?, 103. ¿En los niños hay personalidad antisocial?, 104. ¿Son inteligentes los homicidas?, 104. ¿Son adaptados o inadaptados sociales?, 105. ¿Qué es la adaptación?, 106.

**Cap. 8. Predicciones** **109**

¿Se puede predecir la conducta criminal?, 109. ¿Se puede predecir la peligrosidad?, 110. ¿Se puede prever un homicidio?, 111. ¿Cómo se evita la conducta homicida?, 111. ¿Se puede prevenir la criminalidad?, 112.

**Cap. 9. Víctimas** **117**

¿Y qué hay con las víctimas?, 117. ¿Cómo se selecciona a la víctima?, 118. ¿Hay relación previa entre la víctima y el homicida?, 118. ¿Qué significado simbólico tienen las víctimas?, 119. ¿Sirve conocer a la víctima?, 119.

**Cap. 10. Tratamiento** **121**

¿Y los castigos?, 121. ¿Qué tipo de tratamiento podemos ofrecer a los homicidas?, 123. ¿En qué consiste la rehabilitación?, 124. ¿Y las cárceles?, 125.

**Cap. 11. Aspectos políticos** **127**

¿Qué hay con la política contra el crimen?, 127. ¿Y los derechos humanos?, 130. ¿Y la sociedad?, 131.

**Conclusión** **133**

**Bibliografía** **135**

**Índice analítico** **141**

# INTRODUCCIÓN

A través de la historia de la humanidad no hemos sabido qué hacer con los homicidas: se les castiga con la pena de muerte, con la hoguera, con la lapidación o la amputación, se les encierra, se les tortura y un sin fin de atrocidades, pero lo cierto es que no hay una solución satisfactoria al respecto.

La sociedad no quiere relacionarse con ellos, se rechaza no sólo al homicida, sino también a su familia y a su vez ésta rechaza al homicida, hasta que paulatinamente lo abandona; por su parte, a pesar de los esfuerzos para ejercer la rehabilitación y para prevenir algunos aspectos de la delincuencia, el Estado no ha podido erradicar el problema.

En el siglo XIX se creó en Francia la primera ley que protegía a los alienados (locos) de los malos tratos, con esta ley se reglamentó la hospitalización de enfermos mentales y marcó el procedimiento para aislarlos de la sociedad, así como los motivos o justificaciones que debían tener los médicos alienistas para ello. El mundo occidental empieza entonces a "estudiar" a los "alienados" de manera científica y les da la connotación de "enfermos".

En Francia, en 1838, los médicos decidieron que era necesario "aislar" a los enfermos mentales del resto de la sociedad con el fin de proteger a la familia y al grupo social en su totalidad de las agresiones de estos enfermos. Es así como surgen las primeras definiciones científicas del término "peligrosidad", lo que permitió al Estado tomar las medidas necesarias para mantener el adecuado comportamiento de las personas para vivir en sociedad.

Empieza entonces el interés médico por el comportamiento humano y la necesidad de hacer diagnósticos, por un lado se acepta como enfermos a estas personas, pero por el otro se le asigna la tarea de "ordenarlos" a la

"higiene pública", que se encargaba de prever el orden social fuera del ámbito médico, para integrarse a la esfera social. Como consecuencia de ello se inicia el estudio de la peligrosidad, con definiciones médicas, jurídicas y sociales, y se proponen los primeros tratamientos para este tipo de personas.

Se crean los hospitales psiquiátricos, que eran instituciones médicas encargadas de la reclusión o encierro de los enfermos para evitar las agresiones, pero también tenían la finalidad de reeducar o controlar a los pacientes agresivos, así se vincula el hospital psiquiátrico con la penitenciaría, pues había que definir quién era enfermo mental y necesitaba un tratamiento médico o quién debía ir a prisión por haber cometido una falta.

Al paso del tiempo, con el estudio minucioso y cotidiano de los enfermos mentales, se fueron definiendo las enfermedades y creando las clasificaciones diagnósticas que nos permiten conocer los cambios de un enfermo mental, con ello podemos predecir la capacidad para agredir que va a presentar o su posible peligrosidad.

No ha sido fácil para los psiquiatras, de antaño y de ahora, decidir mediante la observación clínica cuando estamos frente a un enfermo, en qué momento debemos hospitalizarlo, internarlo o separarlo de su grupo familiar o social porque "pensamos o creemos" que puede agredir. Los médicos psiquiatras aseguran que al hospitalizar a un enfermo, lo señalamos como peligroso y prevenimos una posible agresión, pero también estamos abarcando, como médicos, el campo jurídico al tomar decisiones "por otros" acerca de lo conveniente o inconveniente para el individuo, la familia o la sociedad.

Al reglamentarse los hospitales psiquiátricos se buscan las formas más adecuadas para la sociedad, así se incorpora la ley a los nosocomios y la presencia de los médicos alienistas (psiquiatras de entonces) es determinante para decidir cuándo se está frente a un "alienado" (loco) o cuándo no.

Por siglos se ha considerado la "reeducación" como una forma de "control" sobre los enfermos agresivos, hoy día la sociedad se queja de que en las cárceles y reclusorios de todo el país no se brinda la "rehabilitación" necesaria para volver a incorporar al delincuente en la sociedad una vez que ha purgado su pena.

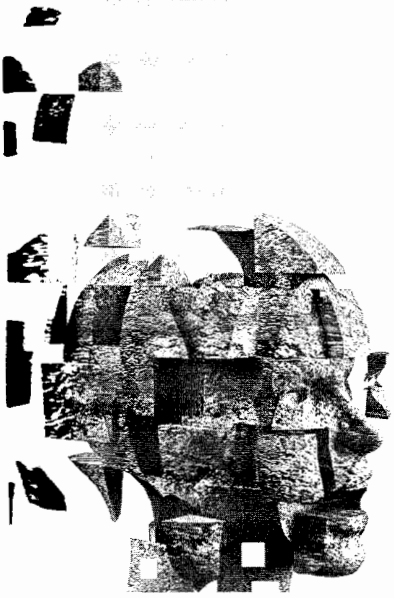
El avance de la ciencia es lento, de forma que seguimos creyendo que son los juristas quienes deben aplicar castigos para las personas que delinquen; como sociedad pedimos que se aumenten las penas a quienes cometen delitos, intervienen los organismos de derechos humanos y piden que las condiciones de encarcelamiento cubran las necesidades mínimas de salubridad, higiene, alimentación, etc., pero aún no entendemos que cuando alguien se enferma necesita un médico, y que si una persona se enferma de "la cabeza" (del cerebro, de las ideas, del pensamiento) necesita un espe-

cialista en este tipo de enfermedades, ya que de ninguna manera se va a "aliviar" o va a "modificar su conducta" con un castigo por humanizado que éste sea.

Durante los siglos XIX, XX y lo que llevamos del XXI, no he sabido de ningún caso reportado en el mundo, en el que, como consecuencia de una enfermedad del corazón, de los pulmones, de los riñones, del estómago, intestino, etc., se le castigue al enfermo con la cárcel. Entendemos entonces que el castigo o la pena que se aplica corresponde al daño que se causó a la víctima; es decir, si "A" causa lesiones que pongan en peligro la vida de "B", "A" debe "pagar" por ello, así que después de un juicio colocamos a "A" dentro de una cárcel para que "pague" su pena. Sin embargo, ¿de qué sirve esto a "B"?, ¿en qué mejora a "A" estar aislado".

La sociedad siente miedo y exige un castigo para el delincuente así como una conducta de protección por parte del Estado, que actúa en consecuencia y dicta algunas políticas para "humanizar" las cárceles, para administrarlas o para organizarlas; dicho de otra manera, busca ejercer el poder en favor de la víctima.

Desde el enfoque médico se debe evitar el daño, esto únicamente se consigue con la prevención de la enfermedad, evitando que las personas agresivas o violentas lleguen a dañar a otros provocándoles lesiones de cualquier nivel. Entendamos entonces desde este enfoque qué es el homicidio, quién lo comete, cómo lo hace, cuándo decide hacerlo, dónde lleva a cabo su delito, con qué lo hace y por qué lo realiza. Explicar las conductas de los homicidas, no es justificarlos sino entenderlos, con esto la sociedad dará un paso adelante en el desarrollo científico.



Capítulo 1

# VIOLENCIA y agresividad

## ¿POR QUÉ AGREDIMOS?

Se sabe hoy día que todos los seres humanos nacemos con una carga genética que nos va a marcar, haciendo que el cerebro funcione de tal o cual manera, pero también es posible retrasar o modificar la aparición o el desarrollo de determinadas enfermedades, por ejemplo, quien tiene una predisposición genética para sufrir diabetes será un paciente diabético, pero si a esta misma persona le enseñamos a alimentarse adecuadamente, lo motivamos a realizar ejercicio, le mostramos lo benéfico que es mantener un peso bajo, podremos entonces retrasar la aparición de la enfermedad o hacer que el curso de ésta sea menos grave, prolongando, mejorando su calidad de vida.

Lo mismo sucede con las enfermedades mentales, pues muchas de ellas se determinan por vía genética; con este conocimiento podemos hacer que se retrasen o que sus efectos sean menores. Bajo este mismo principio, pueden disminuirse los síntomas, incluyendo la peligrosidad o la violencia de determinadas personas. Entonces, primero debemos conocer cada una de las enfermedades que provocan conductas violentas, para luego modificarlas y evitar en lo posible su aparición. De manera primaria, son los médicos quienes deben encargarse de los tratamientos y rehabilitación de enfermos mentales, con la finalidad de prevenir las diferentes enfermedades que provocan agresividad o violencia, con ello se evitaría la comisión de delitos o la aparición de reincidencia en reclusos y criminales de la misma forma que se previene cualquier enfermedad.

La ciencia nos ha llevado a buscar grupos o clasificaciones de las enfermedades, así, en el grupo de las enfermedades mentales los psiquiatras

forenses tratamos de estudiar únicamente las que van a provocar violencia física o emocional, con lo cual puede conocerse la evolución de la agresividad y con ello evitarse la comisión de un delito.

No sólo la carga genética es importante, también lo es el medio social en el que se va a desenvolver la persona, sus relaciones familiares y su entorno en general, por ello debemos saber cuál o cuáles son las mejores condiciones que deben tener la familia y la sociedad para facilitar el desarrollo adecuado de los jóvenes, de ahí la importancia de enseñar a la familia cómo ser padres, cómo comportarse en pareja y en sociedad, qué se debe esperar de un hijo y cuándo es necesario reprenderlo o hasta dónde debemos hacerlo, integrando en cada ámbito los aspectos morales y con ello las dudas sobre el "deber ser" o las definiciones de lo correcto e incorrecto.

Es importante notar que la presencia o ausencia de enfermedades nada tiene que ver con valores morales, en este punto estriba la confusión de prácticamente toda la sociedad para entender la función de cada uno de los profesionales (psicólogos, psiquiatras y neurólogos). Cuando en ciencia se habla de causa no nos referimos a la causa moral, sino a la causa objetiva; por ejemplo, la causa de muerte de una persona puede ser la falla cardiaca por el ataque de un asesino y el cómo lo hizo o qué motivos lo llevaron a actuar de tal o cual manera, pero si estos motivos eran buenos o malos, adecuados o inadecuados es campo de la moral, la ética o en su conjunto de la filosofía.

Desde su nacimiento hasta los 18 meses de edad, el niño manifiesta su agresividad generalmente en contra de sí mismo, en edades posteriores irá mezclando este tipo de agresión con la agresividad contra los demás y después de los cuatro años las manifestaciones verbales serán mayores que las motrices. La agresión en los niños puede entonces ser "centrípeta", cuando es hacia sí mismo y en la cual predomina la angustia, y "centrífuga o "proyectiva", que algunos autores consideran como una forma más evolucionada o más socializada de manifestar la agresión.

La falta de afecto en los niños se manifiesta de diversas maneras de acuerdo con el dominio motor de su propio cuerpo y se va a evidenciar en el juego con el placer de destruir y construir, en el control de esfínteres, en la alimentación, el sueño, etc. La conducta agresiva del niño puede ser una actitud imitada de los padres y al mismo tiempo expresión de la propia personalidad en formación, de ahí la importancia de evitar agresiones en los adultos que el niño aprenda a imitar.

Los psicoanalistas afirman que la agresividad se origina en el displacer, la insatisfacción o el dolor, por lo que establecen una estrecha relación entre la frustración y la agresión. El niño puede ser agresivo cuando no

obtiene lo que desea y lo expresará en su forma de comer, moverse, dormir, controlar esfínteres, jugar, etc., la conducta agresiva podrá ser una respuesta a una actitud de los padres y al mismo tiempo expresión de la personalidad en formación. La agresión tiene entonces un componente innato cuando hablamos de la parte genética y un componente reactivo cuando el niño reacciona ante un estímulo determinado.

El amor y el odio parten de un mismo origen y tienen que ver con el placer o el deseo y el displacer o la frustración; así, un niño que crece con un continuo displacer o una frustración tras otra (como en el caso de madres en extremo rígidas) aprenderá a relacionarse solamente de manera insatisfactoria y será el único motivo de sus relaciones sociales o incluso la única solución que encuentre disponible, sin olvidar que estas reacciones agresivas pueden ser inmediatas o diferidas.

Podemos afirmar que el niño aprenderá a agredir progresivamente, a menos que estimulemos las zonas cerebrales que inhiben la agresividad o nulifiquemos los factores bioquímicos u hormonales que facilitan la organización de la conducta.

Cuando estudiamos la violencia nos topamos con otro factor que es determinar quién la ejerce y quién la genera, así, al estudiar a la víctima nos interesa saber por qué fue elegida como blanco de la agresión, qué hizo para recibir ese trato especial del agresor o para facilitar las vías para la agresión, o por qué éste no eligió agredir a otra persona.

Existen innumerables recomendaciones para prever la agresión o los delitos, sin embargo, cuando tenemos frente a nosotros a una víctima es evidente que ninguna le fue suficiente para evitar el daño. Esto se debe a que frente a un enfermo mental poco o nada sabe hacer la sociedad, además de que inciden múltiples factores para que se provoque el delito; lo más importante por señalar es que hay que diferenciar los factores biológicos de aquellos que son psicológicos o de otros que son sociales.

Sabemos que la violencia es circular: los padres agreden a los hijos, quienes a su vez repiten las mismas pautas de conducta con sus propios hijos y así continuamente. Dichas pautas se modifican conforme se suman diversos factores o a través del movimiento social, haciéndose cada vez más complejo el entendimiento de un delito en específico, sin que el agresor ni su familia se percaten del momento en que empieza la agresión.

Una vez que se confirma que una persona padece una actitud violenta, se debe hacer el diagnóstico y señalar las medidas necesarias para llevar a cabo un tratamiento integral. El diagnóstico lo hará siempre un psiquiatra, en especial para establecer de manera inicial o primaria cuándo estamos frente a un enfermo mental; si es este el caso, administrará los fármacos necesarios para su cura o para su control, evitando mayor agresión, reinci-

dencia en la violencia u otros síntomas. Después de haber administrado los fármacos necesarios, se orienta al paciente, a la familia o a la sociedad en su conjunto para que no se repita la agresión y se evite la respuesta circular hacia otros miembros del grupo.

Debemos considerar que no todos los enfermos psiquiátricos son agresivos ni todas las personas consideradas normales son pasivas, en este punto existe un gran conflicto de la neurociencia para determinar quién, a pesar de estar enfermo, no va a agredir y, por el contrario, quién puede hacerlo a pesar de estar sano.

Lo que hoy nos interesa de sobremanera al respecto de la violencia es atenuar sus manifestaciones y, de manera ideal, desaparecerla de nuestra vida, por lo que resulta indispensable la interacción de todos los que trabajamos en torno al tema, de forma que educadores, sociólogos, antropólogos, juristas, psicólogos, psiquiatras, médicos y todos aquellos interesados en resolver las conductas violentas, debemos entender que es un problema multicausal y que por ello no existe una solución única.

## ¿HAY DIFERENCIA ENTRE LOS TÉRMINOS *AGRESIVIDAD* Y *VIOLENCIA*?

Social y semánticamente no hay diferencia, ambos pueden considerarse sinónimos; sin embargo, para los psicólogos la agresividad se refiere a las manifestaciones claramente biológicas constituyentes de un patrón elaborado de reacción que nos prepara para la lucha o la huida ante un peligro inminente, por lo que debe considerarse autopreservadora; en cambio, la violencia es la que se provoca o se causa con la intención de dañar o lesionar, por lo que es inaceptable.

El término *agresión* proviene del latín *agressio*, –onis (de *aggredi*), que significa acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño. La agresión se define como "el instinto combativo del hombre y animales dirigido contra miembros de la misma especie".[1]

Según el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* la agresividad se describe como "una tendencia a actuar o responder violentamente", entonces semánticamente agresividad y violencia pueden usarse como sinónimos, sin embargo, algunos psicoanalistas han señalado diferencias al respecto, mencionando que la agresividad es instintiva y aparece para defenderse de depredadores, para obtener la comida, para obtener jerarquía en la tribu, etc., mientras que la violencia es provocada por circunstancias

[1]Lorenza Kenrad, *Sobre la agresión: el pretendido mal*, Siglo XXI, Madrid, 1973.

sociales y manifestada a voluntad para provocar daño a otros. Las clasificaciones diagnósticas de enfermedades mentales definen ambos términos como "síntomas" o "manifestaciones" de determinados diagnósticos.

Se habla de los procesos internos de la agresión como aspectos fisiológicos o del funcionamiento de la agresividad ante situaciones específicas y se hace la analogía con la conducta de los animales cuando se les obstaculiza la satisfacción de sus necesidades básicas, lo cual les provoca angustia y desencadena el sistema biológico de la agresión. También hay procesos externos que la provocan y que pueden ser sociales, ambientales, ideológicos, afectivos, etcétera.

El desarrollo industrial ha marcado también un incremento en la agresión, originada ésta en la competencia que se genera al tratar de escalar los niveles jerárquicos para alcanzar el poder económico, provocándose tensión y frustración si no se consigue y a su vez ésta originará las diferentes formas de agresividad.

La conducta agresiva ha sido estudiada por diferentes autores, cuyos puntos de vista son válidos pero no únicos e indivisibles, por el contrario, debemos integrarlos y sumarlos para entender los aspectos psicodinámicos de la agresividad en el ser humano.

Existe una leyenda del siglo XI d. C. en la que un viejo musulmán sirio conocido como "el viejo de la montaña" dirigía un grupo de guerreros que se dedicaban a realizar venganzas políticas y a someter a otros a través del miedo y el terror. Para estimular la crueldad de estos hombres, "el viejo de la montaña" los obligaba a consumir hachís (droga extraída del cáñamo de la India, en árabe se decía "hassís") antes de realizar sus actos criminales, con lo que se tornaban aún más crueles. Estos guerreros eran conocidos como los hassasí, que en árabe significa "consumidor de hachís", posteriormente el término empezó a utilizarse para nombrar a los "matadores" o asesinos, palabra que se usó por primera vez en español hacia el año 1300, pero cuya escritura varió muchas veces hasta el siglo XVIII, cuando el *Diccionario de la Lengua Española* le dio su forma definitiva. Durante los cuatro siglos anteriores se habían registrado las variantes: anxixín, assesino, asesigno, acecino, assasino y assesino. Este vocablo, que fue traído del Cercano Oriente por los Cruzados, llegó también al francés (*assassin*), al italiano y al portugués (*assassino*).

Así, violencia será la forma perversa o maligna de la agresión. La agresividad puede detectarse en toda la escala animal, no así la violencia, que es exclusiva del ser humano.

La violencia puede detectarse a través de diversas manifestaciones, como: historia de violencia hacia otras persona o sus propiedades (objetos), historia de amenazas hacia otros, agresión verbal, signos de conflicto

físico reciente, historia de explosividad, abuso de alcohol y sustancias tóxicas, trastornos de personalidad, en especial la personalidad antisocial y psicosis o pérdida de la realidad (locura).

La agresividad tomará diversa apariencia según la edad y las causas desencadenantes; se manifestará por enojo, desconfianza, hostilidad, etc. Asimismo, es importante que el lector sepa que determinadas hormonas pueden modificar nuestros estados de ánimo, nuestras conductas y acciones o nuestra agresividad o sumisión, nuestra conducta reproductora y hasta nuestros conceptos. La serotonina, por ejemplo, ejerce un control inhibitorio sobre la agresión impulsiva; en cadáveres de personas suicidas se demostró la disminución de serotonina cerebral y en líquido cefalorraquídeo.

Podemos asegurar entonces que el comportamiento violento es heterogéneo y resultante de la interacción de factores genéticos, biológicos, sociales y culturales.

## ¿CÓMO DEBEMOS ENTENDER LA VIOLENCIA?

Se considera violencia cualquier acto que provoque daño no accidental, o que intencionalmente ocasione daño en otra persona. Para su estudio se divide en violencia por crianza o educación y violencia premeditada.

En la *violencia por crianza* incluimos todas aquellas medidas con las que el adulto (padre, madre, tutor, educador, etc.) ejerce poder frente al niño. Este tipo de violencia ha tenido diversas manifestaciones a través del tiempo y en los diferentes grupos sociales. Los golpes se justificaban para educar, por lo que los niños sufrían manazos, nalgadas, coscorrones o pellizcos que iban acompañados de miradas agresivas y frases amenazantes. Estas agresiones se consideraban necesarias para el bien del niño y para que entendiera lo que no debía hacer, es decir, se educaba a golpes, socialmente parece una práctica del pasado reciente, pero no es así, pues aunque ha disminuido y se ha modificado no está en desuso: aún se golpea a los niños porque los padres "no entienden", porque fueron golpeados también y no saben que golpeando sólo van a provocar que a su vez estos niños golpeen a sus hijos y se continúe la agresión. Nadie entiende a golpes lo que con amor se puede explicar.

En el maltrato o *violencia premeditada* encontramos toda la gama de abusos físicos, psicológicos, sexuales, económicos o patrimoniales que ejerce una persona en contra de otra de manera no accidental y que puede provocar lesiones internas, externas o ambas.

Violencia psicológica es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica o emocional, puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales llevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio. Frases como "verás cuando llegue tu padre" o "verás cuando estemos solos en la casa" son determinante para crear severos daños en los niños que traerán como consecuencia conductas agresivas en la vida adulta.

Violencia física es cualquier acto que inflige daño no accidental mediante la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar lesiones internas, externas, o ambas.

Violencia sexual es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima, por lo que atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que generalmente implica la supremacía masculina sobre la mujer al denigrarla y concebirla como objeto, o bien la supremacía del poder del adulto sobre el niño.

Violencia económica es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo dentro de un mismo centro laboral, y menospreciar, infravalorar o agredir al otro mediante el poder económico.

Violencia patrimonial es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima. Es frecuente que a los ancianos se les despoje de sus propiedades y se les envíe a la calle por considerarlos inútiles.

Alonso Fernández (España) describe cinco formas de proyección de la violencia:

- Directa y libre, contra el objeto odiado o el obstáculo frustrador.
- Indirecta, que se manifiesta contra el sujeto débil o marginado.
- Inhibida, a través de la calumnia, difamación o demanda judicial, poseer armas de fuego, etcétera.
- Enmascarada, como los celos, el amor exigente y tiránico, el chiste, la manipulación, etcétera.
- Negativa, que se da en forma de silencios, incomunicación, etcétera.

La violencia también tiene formas estatales o nacionales, como las que ocurren cuando en apariencia los dirigentes políticos no son responsables directos de la violencia social o determinadas catástrofes sociales provocadas por negligencia.

## ¿QUÉ ES EL HOMICIDIO?

Esta palabra quiere decir "Acción de causar la muerte a una persona". Deriva del latín *homo*, hombre, y *caedere*, matar. Una definición simple es "la muerte de una persona causada por otra persona", aunque hay otras definiciones, en la que cada autor se referirá a las características que lo provocan, a la forma en que se lleva a cabo o al resultado mismo de la acción u omisión.[2]

Todas las definiciones son válidas, aunque tienen enfoques diferentes; así, la *Enciclopedia jurídica* menciona que el homicidio consiste en "provocar la muerte de un hombre, ocasionada por el comportamiento ilícito de otro hombre".[3]

Para el penalista Francisco Pavón Vasconcelos: "El homicidio es la muerte violenta e injusta de un hombre atribuible, en un nexo de causalidad, a la conducta dolosa o culposa de otro",[4] mientras que Cuello Calón define el homicidio como "la muerte de un hombre voluntariamente causada por otro hombre".[5]

## ¿QUÉ ES EL ASESINATO Y CUÁL ES LA DIFERENCIA CON EL HOMICIDIO?

Si bien pueden emplearse como sinónimos, jurídicamente el término "homicida" tiene una significación técnica precisa que limita su sentido a la muerte de hombre provocada por otro hombre de manera voluntaria e injusta. En cambio, el asesinato será realizado por un sujeto que busca obtener una recompensa económica, un precio; hay premeditación, alevosía, ventaja y el acto se realiza por mandato de otro.

Esta diferenciación se aplica en países como España; en México, desde el punto de vista jurídico, se habla únicamente de homicidio y no se le considera diferente respecto del asesinato.

[2]Real Academia de la Lengua Española, *Diccionario de la lengua española*, t. 11 H-Z, Espasa-Calpe, Madrid, 1992.

[3]Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Enciclopedia jurídica mexicana*, Porrúa, México, 2002.

[4]Francisco Pavón, *Derecho penal mexicano*, Porrúa, México, 1991, pág. 694.

[5]Eugenio Cuello, *El homicidio*, Porrúa, México, 1999, pág. 4.

## ¿QUIÉNES PUEDEN COMETER HOMICIDIO?

La respuesta no es simple, cualquiera puede cometer homicidio, pero no cualquiera lo hace, porque existe un sinnúmero de factores que lo impiden. Actualmente sabemos que quien padece determinadas enfermedades mentales y manifiesta ciertas características de personalidad se convierte con mayor frecuencia en homicida, pero tampoco es una regla constante.

## ¿QUÉ TIENEN EN COMÚN LOS HOMICIDAS?

Se ha dicho que los homicidas comparten situaciones familiares, sociales o emocionales; entre los factores más frecuentes que inciden en ellos se encuentran los siguientes: provienen de hogares desestructurados, tienen odio hacia la figura materna, así como frustraciones y fantasías infantiles de poder, falta de disciplina, ausencia de valores morales, carecen de arrepentimiento por sus acciones o no presentan culpa; en la infancia suelen ser crueles con los animales y tener problemas de aprendizaje. Su memoria es fotográfica, por lo general no hay motivos económicos para realizar el homicidio, sino que se justifican argumentando que alguna voz interna les ordenó hacerlo, ya sea esta una verdadera alucinación o bien un pensamiento circular; la mayoría guarda objetos pertenecientes a sus víctimas, buscan satisfacción emocional de poder que les dura poco y por eso pueden reincidir, además de que muchos consumen alcohol y drogas en momentos previos al acto homicida.

## ¿CUÁL ES LA HISTORIA FAMILIAR DE LOS HOMICIDAS?

Es frecuente encontrar en personas que han cometido homicidio una historia familiar de abandono físico o emocional por parte de la madre y maltrato por parte de la figura paterna, ya sea el padre o el padrastro.

Generalmente, el homicida reporta que su madre lo abandonó o bien que lo trataba mal, con humillaciones, golpes y castigos exagerados; ya en la adolescencia o en la vida adulta sienten el deseo de venganza en contra de la figura que los dañó, sin embargo, fantasean con la "bondad" de su madre y culpan a otros de la "mala" conducta materna. Decía un homicida: "maté a mi padrastro porque me iba a castigar porque reprobé dos materias en

la prepa, él tiene apoderada a mi mamá, si ella no se hubiera casado con él seríamos felices".

El abandono real o imaginario no causa siempre el mismo efecto, incluso hermanos de personas homicidas que vivieron las mismas condiciones en la infancia no cometen homicidios ni actos delictivos, sin embargo, es frecuente encontrar otras conductas anormales en ellos como el abuso de sustancias y dificultades para establecer vínculos afectivos estables.

Se han observado gran violencia y sadismo en aquellos sujetos que padecieron agresiones sexuales en la infancia, se dice que en ocasiones este tipo de homicidas utilizan el pene como si fuera un arma que les hace sentir poder. En algunos homicidas sádicos se ha observado que torturan a sus víctimas antes del homicidio, y después del mismo golpeando, mutilando o quemando el cadáver. Es frecuente también que posterior al acto delictivo conserven objetos que les recuerden a su víctima, como ropa, joyas, credenciales e incluso partes del cuerpo.

## ¿CÓMO SE VEN A SÍ MISMOS LOS HOMICIDAS?

El desarrollo de "sí mismo" es un proceso de construcción conjunta con una figura de apego (básicamente relaciones de amor primario con la madre), en el que la relación madre-hijo permite a éste distinguir el "yo" del "tú" y con ello a diferenciar a otros. Así, alrededor de los dos años de vida, los infantes desarrollan la capacidad de pensar para identificar las intenciones del otro y de sí mismo para alcanzar una meta. De manera normal, el niño va a identificarse a sí mismo y a identificar a su madre, en la medida que ella le brinde amor y cuidado esto le permitirá el desarrollo de su identidad.

Las actitudes de la madre o de cualquier otro adulto que cuide amorosa y cercanamente al niño, continuamente expresadas hacia él, pueden llevarlo a atribuir ciertas propiedades a su "sí mismo", por ejemplo: "soy bueno porque mi mamá me quiere", o por el contrario, cuando de manera repetida se golpea a un niño, éste va a atribuirse cualidades negativas como intento para "entender" el maltrato, creando una imagen negativa de sí mismo: "soy malo, por eso me pega", sin entender que la madre lo golpea por razones que nada tienen que ver con el comportamiento del infante.

Conforme se construyen estas relaciones entre la madre y el hijo, se irá formando la capacidad lingüística, así, el niño aprenderá a dar un significado motor y conceptual a las emociones y sentimientos. Si el niño llora, podrá entonces aprender a asociar el llanto con el enojo y éste a su vez con

gestos diversos que le signifiquen tanto al niño como a su madre la representación mímica del enojo.

Sabemos que lo explícito es aquello que expresamos con claridad y lo implícito es todo aquello que está incluido en algo sin que se exprese. Stern se ha ocupado del estudio de la evolución del pensamiento en relación con la forma en la que el niño adquiere e integra a sí mismo los conceptos implícitos y explícitos, él describe tres fases en el desarrollo del pensamiento:

*a*) Lo subsimbólico no verbal, que son experiencias analógicas, como cuando el niño se expresa a través de un dibujo.
*b*) Lo simbólico no verbal, como imaginar la cara de alguien conocido (edad en la que el niño puede imaginar a la madre, sin que esté presente, lo que le permite tranquilizarse a sí mismo en ausencia de mamá).
*c*) Lo simbólico verbal, en donde el niño entiende claramente el significado de las palabras.

Anteriormente se decía que en los primeros años de vida se usaba el saber implícito, el cual poco a poco se convertía en saber explícito; sin embargo, hoy se sabe que ambos aparecen al mismo tiempo y se desarrollan durante toda la vida, de forma que la organización de una experiencia ocurre simultáneamente tanto en el nivel vivencial inmediato como en el nivel de su ordenamiento lingüístico.

Nuestros cerebros nos permiten intuir las "intenciones de otros" por las *neuronas en espejo*. Estas neuronas nos van a permitir ver reflejadas las actividades del yo como del otro, dirigidas hacia un mismo objetivo, lo que nos ha permitido entender el papel de la mímica y la imitación en el intento por comprender los sentimientos de los demás, así, cuando ponemos en marcha las neuronas en espejo, lo que hacemos es suponer lo que el otro piensa o siente y comportarnos en consecuencia: de alguna manera "leemos" el lenguaje corporal o el lenguaje facial. En otras palabras, "leemos la mente de los otros"; sin embargo, existen aún muchas variables que no es posible cuantificar de manera precisa.

En las personas que tienen trastornos de personalidad antisocial o sociopatía y en aquellos que cometen homicidio estas áreas no se forman de manera adecuada, por lo que no pueden "ponerse en los zapatos de los demás" para saber o intuir qué piensan o qué sienten, no son capaces de imaginar lo que van a sentir los familiares o lo que van a sentir ellos mismos ante tal o cual acción.

Los homicidas se autoperciben como omnipotentes, con poder sobre la vida y la muerte, con una gran necesidad de control sobre los demás, aun-

que esta sensación sea fugaz, alivia la sensación de debilidad, insatisfacción o aburrimiento. En el caso de homicidas seriales se perciben como "vivos" o con "energía excesiva" cuando experimentan un placer extremo al desfogar su violencia, pero esas sensaciones no son duraderas y después de cada asesinato se vuelven más inquietos o se agitan más fácilmente, por lo que repiten el hecho para volver a sentirse con energía.

## ¿SE PLANEAN LOS HOMICIDIOS?

Existen homicidas que lo planean y lo desean, frecuentemente son homicidas seriales; otros luchan con sus propios miedos mostrándose ambivalentes, es decir, por un lado desean hacerlo y por otro rechazan la idea. Finalmente hay otros que no desean cometer homicidio, sino que su intención era otra: golpear, lesionar, defenderse, etc., pero se exceden y matan a su víctima, a esto se le conoce como preterintencionalidad.

## ¿PASAN POR ALGÚN PERIODO ANTES DE COMETER EL HOMICIDIO?

El FBI (Federal Bureau of Investigation) ha descrito que los homicidas pueden pasar por seis fases, esta clasificación no es científica, ni está fundamentada en el conocimiento médico, sin embargo es la más popular en el mundo occidental y quizá la más simple para comprender la evolución de un homicida. Estas fases son:

**1. Aislamiento social**. Incluye el aislamiento emocional, son personas que viven dentro de la fantasía personal de muerte y destrucción; con frecuencia se les clasifica como depresivos, sin embargo, no necesariamente hay un ánimo de tristeza, sino de indiferencia a las situaciones que habitualmente causarían felicidad.

**2. Ensimismamiento**. Las personas buscan en su interior de manera errónea, la mayoría de ellos trata de encontrar las causas que los han llevado a estos estados emocionales y encuentran frustraciones o temores de su desarrollo infantil o adolescencia, a través de los cuales justifican su conducta emocional presente. Ejemplo de esto lo declarado por un homicida: "la maté porque no me dejó salir a comer pizza y eso me puso mal, no podía pensar".

**3. Selección de la víctima**. El sujeto busca al "causante" de su estado emocional y empieza a idear la acción como necesidad de hacer justicia o de

sanar su interior. Un ejemplo es lo que un homicida dijera: "la maté para que entendiera que soy hombre y muy hombre", esto como consecuencia de una pelea entre esposos en la que él, por celos, amenaza con matarla si volvía a llegar tarde a casa, y ella le respondió que "no tenía los huevos" y acto seguido él demostró que "sí era hombre".

**4. Captura de la víctima**. Una vez establecido el razonamiento interno y determinada la supuesta causa de su estado emocional buscan a la víctima, a quien eligen por parecerse a la persona que diera origen a estas frustraciones o que escogen al azar durante los periodos en los que se sienten peor. En estas etapas pueden sentir placer por burlarse de la justicia o burlar las medidas de seguridad personales de la víctima, para finalmente capturarla y disfrutar de sus reacciones emocionales de miedo, terror, etc., que presenta momentos antes de la muerte. Así, una homicida serial dijo respecto de sus víctimas: "eran como mi madre, egoístas y malas".

**5. Homicidio**. En este momento se dejan llevar por sus impulsos y pierden todo contacto con la realidad, posteriormente argumentan "que no recuerdan lo que les sucedió". Llevando a cabo el acto delictivo con estilos personales, acompañado de un gran deseo por culminarlo y llegando a un estado emocional de clímax, en el cual sienten una gran emotividad, una gran fuerza y un periodo confusional breve. En este periodo un homicida dijo a su terapeuta "usted que es la especialista dígame por qué lo hice, no lo he olvidado, sólo que no encuentro motivos para haberlo hecho".

**6. Posterior al homicidio**. Una vez cometido el delito, hay una pérdida de fortaleza e ímpetu y un recuerdo vago de lo sucedido; no hay culpa como tal, pero puede haber deseo de entender "qué fue lo que sucedió". En algunos homicidas seriales, al repetir el homicidio, tratan de explicar lo sucedido dándose una infinidad de justificantes para su acción. Al respecto, otro homicida dijo refiriéndose a su víctima de cinco años de edad: "se lo merecía, lloraba mucho y había que darle de comer".

## ENTONCES, ¿CÓMO SON ANTES DE COMETER EL HOMICIDIO?

Mucho se ha dicho sobre la forma de comportarse previamente al acto delictivo; desde el punto de vista psiquiátrico, existen serias dificultades para establecer diagnósticos claros, ya que la mayoría de los autores no encuentra correlación entre los diagnósticos internacionalmente fundamentados, como los de la Organización Mundial de la Salud en su décima revisión (CIE-10) y los de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR).

La personalidad que con mayor frecuencia se describe entre los homicidas es la antisocial, sin embargo no todos reúnen los criterios para tal diagnóstico, otros que muestran claras anormalidades como conductas francamente paranoicas, esquizoides, limítrofes, etc., llegando incluso a la patología clara, como en la esquizofrenia, cuyas alucinaciones son las "voces" que ordenan cometer actos específicos y ellas (las personas), son el medio para llevarlos a cabo, es decir, se comportan solamente obedeciendo estas alucinaciones.

En otros homicidas prevalecen las conductas melancólicas de tristeza con ideación suicida, por lo que con frecuencia matan y posteriormente se suicidan; otros autores que han estudiado las conductas homicidas aseguran que es frecuente la existencia de epilepsia de lóbulo temporal con una gran agresividad previa.

Aunque a la fecha no se han establecido los criterios genéticos que determinan conductas violentas heredadas, es ampliamente aceptado que cuando se estudia a la familia del homicida se encuentra con mayor frecuencia que existen otras enfermedades mentales, contrario a los resultados de familias estudiadas al azar en donde no se ha cometido homicidio; es decir, hay familias más violentas y otras más sanas y es de esperarse mayor número de actos delictivos, incluyendo homicidios, en las familias consideradas violentas.

## ¿TIENEN CONDUCTA MORAL LOS HOMICIDAS?

El término *conciencia* varía de una época a otra y de un autor a otro. Ya los griegos utilizaban el término *syneidesis*, introducido por Demócrito, para referirse a la capacidad de saber, entender o juzgar rectamente como una facultad espiritual guiada por Dios. Aristóteles afirmaba que el entender estaba subordinado a la razón; por su parte, Cicerón habla de la *cumscientia*, marcada por la subjetividad interior y que explicaba el mundo lógico-racional y al mismo tiempo el divino.

A partir de estas definiciones filosóficas y morales, se llega a la concepción actual incluida en nuestro código penal vigente para explicar que es responsable de sus actos quien entiende el ilícito y, por ello, quien es responsable será sujeto a un proceso jurídico; sin embargo, a aquel que es "incapaz" de comprender el ilícito conforme lo marca la ley, por padecer enfermedad mental, se le inicia un procedimiento especial y se le llega a sancionar con una medida de seguridad que difiere de la pena privativa de la libertad. Es importante que el lector tenga presente que la enfermedad o salud de una persona no puede fundamentarse en conceptos morales, éticos

o filosóficos, pero es tarea del psiquiatra forense determinar la capacidad de entender del homicida para ayudar al juez a valorar el cerebro del autor y determinar si requiere o no algún tipo de tratamiento.

La capacidad de entender jurídica o el darse cuenta de la propia conducta pertenece al campo de la conciencia, esta función cerebral nos permite percatarnos de lo sucedido tanto dentro de nosotros mismos como fuera, dándonos cuenta del entorno o del todo, Fromm distingue entre dos tipos de conciencia: la *conciencia moral autoritaria* y la *conciencia humanista.* La primera es extrema, ajena a los intereses personales, la segunda es interna y se encuentra en la línea paralela de la realización personal del sujeto.

Conforme a la actitud frente al orden moral objetivo, la conciencia moral puede ser:

- Verdadera. Las valoraciones de la conciencia están de acuerdo con normas objetivas, por ejemplo, la conciencia enaltece la virtud y critica o condena la maldad.
- Falsa. Las valoraciones no concuerdan con normas éticas de la conducta, por ejemplo, cuando alabamos la maldad y ridiculizamos a la virtud.
- Segura. Cuando el hombre no tiene duda alguna acerca de la legitimidad o ilegitimidad de una acción dada, por ejemplo, el deber de los hijos de honrar a los padres.
- Dudosa. Cuando las valoraciones son inseguras y cambiantes por motivos pasajeros.

Los homicidas no presentan una conciencia clara de lo realizado, cuando se les interroga sobre sus recuerdos en relación con el delito o los motivos por los cuales lo llevaron a cabo, la mayoría de ellos externa un periodo en donde la conciencia no es clara y no logran entender lo que hicieron, presentando en algunos casos una conciencia parcial y otros una anulación total de la misma.

A través del tiempo, los psiquiatras hemos afirmado que la capacidad para comprender está basada en el nivel intelectual, el razonamiento, la capacidad de abstracción, la capacidad de juicio, el pensamiento, etc., pero a pesar de que se valore todo ello, existe un gran número de personas que padece alguna enfermedad mental y que mantiene estas áreas intactas, por ello se les considera capaces jurídicamente y se les realiza un proceso jurídico sin la posibilidad de recibir ningún tipo de tratamiento médico; en todos estos casos se encuentran la mayoría de los homicidas y, en especial, los seriales.

La capacidad de entender o saber desde el punto de vista moral no es más que una respuesta superficial al problema de la enfermedad mental o

del funcionamiento cerebral, es decir, si entendemos que la capacidad de entender se daña cuando el funcionamiento cerebral se daña, entonces será simple entender que todos aquellos que no tienen capacidad para entender un ilícito son personas que necesitan un examen médico especializado. No obstante, también requieren tratamiento todos aquellos que han cometido cualquier otro delito, aunque de manera específica los homicidas, independientemente de lo que decidan los jueces, políticos o incluso la sociedad, ya que el tratamiento de estas personas debe ser obligatorio y proporcionado por un médico psiquiatra para evitar la reincidencia y favorecer el cambio en los conceptos que sobre el homicida se tienen. Precisamente, el objetivo de este texto es ampliar el conocimiento de la sociedad sobre aquellos que cometen homicidio, con el fin que se exija el tratamiento para todos los delincuentes y en especial para aquellos que cometen delitos graves (secuestro, violación, etc.), cualesquiera que éstos sean, incluyendo a los homicidas.

## ¿CÓMO SE ENTIENDE EL LIBRE ALBEDRÍO?

Es la libertad interna que nos conduce a exteriorizar nuestros deseos y comportarnos de acuerdo con la comprensión de nuestra voluntad, es querer realizar o elegir algo en tanto que la voluntad nos permite hacer o no hacer determinada acción; es la posibilidad de elección en la que se puede escoger entre las acciones y omisiones para determinar el acto.

Desde el punto de vista criminológico, hay dos enfoques que definen el libre albedrío: el determinismo y el indeterminismo.

Los *deterministas* sostienen que vivimos en un mundo predeterminado, ya sea por los genes, por la naturaleza, por Dios, etc., de cuya acción no podemos liberarnos aunque en algunos casos podemos retardar su presencia o, en el mejor de los casos, modificar su curso; los *indeterministas* mencionan que hay factores mentales que determinan la libertad de acción, es decir, la conciencia para actuar o la conciencia para no hacerlo en función del mundo social.

En el campo moral, la libertad se refiere a las normas de conducta asimiladas por la conciencia. El ser humano es libre moralmente para ejecutar todo lo que es bueno, pero no es libre para hacer el mal. La ética admite el buen uso de la libertad, pero no acepta el abuso de la misma. Por ello, debemos comprender el grado de libertad y responsabilidad del individuo en diversas situaciones.

## ¿RECONOCEN LOS VALORES MORALES LOS HOMICIDAS?

El término *axiología* se refiere al estudio de los valores, deriva del griego *axia*, valor, y *logos*, estudio o tratado.

En la antigua Grecia, Platón dijo[6] que *valor* es lo que "da la verdad a los objetos cognoscibles, la luz y la belleza a las cosas", en resumen "es la fuente de todo ser en el hombre y fuera de él". Por su parte, Aristóteles abordó el tema conjuntando la moral y las concepciones del valor que tienen los bienes.

El hombre no crea los valores, los descubre, tampoco crea sus obligaciones, sino que las advierte, haciendo conciencia de ellas. Así, el valor es todo aquello a lo que se aspira o se desea o busca en cuanto a que representa un atractivo que traerá satisfactores en un individuo y en la sociedad, entonces consideramos como valor todo aquello que favorece la plena realización del hombre.

La ética distingue los valores morales como aquellas acciones que se aplican o adjudican a una acción humana determinada. De acuerdo con Piaget y Kohlberg (1967), existen 10 valores morales universales:

1. Leyes y reglas.
2. Conciencia.
3. Roles personales afectivos.
4. Autoridad.
5. Derechos civiles.
6. Contrato, confianza y justicia en el intercambio.
7. Castigo.
8. El valor de la vida.
9. Derechos y valores de la propiedad.
10. Verdad.

Otra clasificación de los valores se basa en la división de valores personales y valores sociales. En los personales encontramos la formación de la autocrítica, la forma de relacionarnos con los demás, la reflexión, la creatividad, la actitud crítica, la apertura al cambio, etc., y dentro de los sociales incluimos el respeto a otros y a la comunidad, la justicia, la paz, la capacidad de apertura al diálogo, la solidaridad, la actitud de servicio, etc. Todos los seres humanos buscaremos el ideal dentro de estos valores morales.

[6] *Diálogos de Platón*, colección Sepan cuantos, 10a. ed., Porrúa, México, 1979.

En cada profesión existe un conjunto de facultades y obligaciones que son consecuencia de esa profesión, a esto se llama *deontología* (término creado por Jeremías Benthman en 1964). Esta "teoría de los deberes" significa que debo cumplir correctamente con mi profesión (cualquiera que ésta sea) y pretende sensibilizar a cada persona para entender los propios deberes y obligaciones y con ello exigirnos que mejoremos nuestra comunidad en la medida de nuestras posibilidades.

Todos estos valores se aprenden de igual forma que los conceptos morales: de manera primaria por imitación y conforme madura el cerebro se alcanzará el entendimiento y desarrollo de los mismos, pero se favorece su aprendizaje cuando la enseñanza de los padres se dirige hacia ese objetivo.

Los pacientes homicidas no adquieren el desarrollo cerebral que permite tener una concepción moral, axiológica y de conciencia social, es por ello que no sienten culpa ni entienden el bien y el mal conforme a las normas sociales, por lo mismo, se les considera enfermos o inmaduros, es decir, su cerebro no ha alcanzado el desarrollo esperado en ciertas áreas.

## ¿AYUDA LA RELIGIÓN A EVITAR LA CONDUCTA HOMICIDA?

La religión siempre ayuda a formar la conciencia moral, aunque no de manera única ni primordial. Se llama *conciencia religiosa* a todas las reglas que cada religión aplica a sus seguidores para fundamentar el deber dentro de ella, permite también prohibir los actos negativos y determinarnos libremente tal como conviene no sólo al bien propio, sino también y en especial al bien ajeno o al bien social.

Existen alrededor de 10 000 religiones conocidas en el mundo, pero sólo 30 de ellas son las más estudiadas. Las religiones tienen puntos de vista coincidentes y otros diferentes, por ejemplo, todas las religiones a lo largo del tiempo y en todas las culturas coinciden en el concepto "no matarás".

Los seres humanos reaccionamos de manera instintiva ante algunos acontecimientos, los instintos son los comportamientos que no responden a una elección, sino a una imposición de nacimiento; es decir, son circunstancias que se van a ejecutar o funcionamientos que se van a llevar a la acción. Los biologicistas (médicos que buscan respuestas fisiológicas a todo, sin tomar en cuenta lo psicológico o social) reconocen tres tipos de instintos: el gregario, el de supervivencia y el de reproducción, sin embargo, en los últimos años se ha incluido como una conducta instintiva a la religión.

El cerebro de los seres humanos interpreta reacciones instintivas y a partir de ellas nacen o surgen las creencias, que a veces tienen un carácter moral y en otras una modalidad práctica.

Los estudios en neurociencias nos permiten afirmar que hay zonas del cerebro especializadas en determinadas acciones, así, sabemos que en la amígdala cerebral se registra el miedo y las conductas que tenemos en consecuencia; el lóbulo parietal nos va a permitir la orientación en el espacio y en el tiempo, el lóbulo frontal nos permite tener conductas de creatividad y optimismo, etc. En estudios realizados con tomografías por emisión de fotones (SPECT) se ha detectado el flujo sanguíneo de las zonas del cerebro y se puede determinar su activación ante tal o cual estímulo; a través de estos estudios se ha podido determinar que ante experiencias místicas se activa la zona prefrontal y se apaga la zona parietal, esta zona controla la orientación en el espacio y en el tiempo y, como consecuencia de ello, darnos cuenta de nuestro propio cuerpo, o dicho de otra manera, en dónde estamos y dónde empiezan a estar los demás.

Cuando la gente medita o se concentra de manera intensa en algo, la región parietal se bloquea y el cerebro no puede distinguir el yo del resto del mundo, es decir, va a percibir al yo como algo interminable o íntimamente conectado con el todo, es una sensación de "espacio infinito" que los sujetos reportan como "tocar el infinito" o como "experiencias religiosas". Por otro lado, si se estimula el lóbulo temporal de manera eléctrica, se producen alucinaciones (falsas percepciones) auditivas y visuales que la persona reporta como "escuchar la voz de Dios", o verá imágenes de personajes religiosos (conforme a la religión que profesa o conoce el paciente).

En neurociencias se sabe que el hemisferio izquierdo del cerebro es el que relaciona una narración o historia con la información que recibimos del mundo exterior, con esto llegamos a hacer "interpretaciones" basadas en conocimientos previos.

Así, las interpretaciones por acontecimientos instintivos y las interpretaciones basadas en conocimientos previos se suman y, a su vez, el cerebro vuelve a interpretar de manera "lógica" y vuelve a añadir este conocimiento a los que ya tenía, de forma que los datos que recibimos con cada acontecimiento nos permiten elaborar un continuo sistema de interpretaciones de nuestra propia imagen y de nuestras creencias. Las creencias, entonces, están dominadas por el hemisferio izquierdo y cobran sentido haciéndose convicciones, por eso suponemos que todas las religiones surgieron de una base moral común que todos tenemos y que fueron interpretadas y construidas a partir de relaciones culturales.

Entonces, cuando reaccionamos ante una situación de connotación moral o damos una opinión, creemos que reaccionamos ante verdades abso-

lutas, sin embargo, sólo estamos interpretando nuestras propias creencias, para calificar las "nuevas" situaciones sociales, es decir, hay mecanismos cerebrales comunes a la especie humana que se activan como respuestas a los desafíos morales. Por eso, lo que concebimos como "bien" no es más que un efecto consciente de la conexión fisiológica reforzada entre la situación en que se encuentra el sujeto y el buen resultado obtenido anteriormente en una situación análoga.

Es importante hacer ver al lector que las religiones han permitido la evolución social dando orientación moral, en la ayuda mutua, en aspectos de salud, en la división del trabajo y del dinero, etc., pero también debemos mencionar que para los que no conocen estas teorías la explicación religiosa es un enigma con connotaciones divinas.

Estudios de casos de epilepsia en el lóbulo temporal y del síndrome de Geschwind, en los que se observan síntomas como hiperfagia, hiperreligiosidad, agresión, apego exagerado a determinadas personas, cambios en la sexualidad y presencia de alteraciones en la sensopercepción como alucinaciones visuales y auditivas, han podido detectar alteraciones específicas en determinadas zonas cerebrales que influyen también en las creencias y experiencias religiosas.

Sabemos que al estimular la región del hemisferio izquierdo donde se encuentra el sentido del "yo" o del sí mismo y al estimular simultáneamente el lado derecho, éste lo interpreta como la "presencia de alguien" o como si el "yo" se separara del propio cuerpo; por otro lado, cuando estimulamos la circunvolución angular se provocan experiencias extracorporales o distorsiones de nuestro propio cuerpo en el espacio.

Toda actividad humana está supeditada a la actividad cerebral, aunque hoy día los científicos se pregunten si nuestros circuitos cerebrales crearon a Dios o si por el contrario Dios creó los circuitos cerebrales. Se sabe con estudios actuales que las concepciones éticas, religiosas, morales, políticas, conceptos de justicia, etc., se forman y se transforman en el cerebro. Lesiones en la corteza cerebral pueden provocar cambios en el comportamiento que no se aprecian claramente desde el exterior y de los que ni los familiares más cercanos se percatan e incluso otros pueden pasar inadvertidos por el propio sujeto.

Hoy día se sabe que las religiones se formaron y se transformaron porque millones de personas interpretamos socialmente y compartimos redes y sistemas morales que combinamos con la función del sistema límbico (sistema cerebral de las emociones) y que nos llevan a "colorear" las sensaciones o las imágenes con valores morales o a distinguir el bien del mal, por lo que la importancia no radica en la conducta de las personas, sino en "entender" por qué hacemos lo que hacemos.

Por ello, a través de estudios similares se ha concluido que las personas que sufren epilepsia de lóbulo temporal presentan síntomas que tienen relación con experiencias religiosas, sean voces, presencias, visiones, etc., y que en muchas ocasiones el paciente reporta como "haber escuchado la voz de Dios que le dio la orden de agredir, matar o hacer determinada acción", por esto es que resulta tan importante entender los motivos por los que el homicida actúa, es decir, las causas de enfermedad: las zonas del cerebro afectadas que dan como consecuencia que se actúe de tal o cual forma.

Hablar de religión también implica hablar de los ateos, que son aquellas personas que niegan la existencia de Dios. A finales del siglo XIX apareció una nueva forma de pensar llamada *agnosticismo*, la cual afirma que es imposible para los seres humanos establecer la existencia de un ser superior, pues todo lo que trasciende la experiencia es inaccesible a la mente humana.

Las bases filosóficas del agnosticismo fueron dictadas en el siglo XVIII por Immanuel Kant y David Hume, pero sólo en el siglo XIX el pensador británico Thomas Huxley creó el nombre por el cual conocemos esta postura. Agnosticismo se derivó de la palabra griega *agnostos*, formada con el prefijo privativo *a-* antepuesto a *gnostos* (conocimiento). *Gnostos* provenía de la raíz prehistórica *gno-*, que se aplicaba a la idea de saber y que está presente en numerosos vocablos del castellano, como ignorar, conocer, ignoto, entre otros. Entonces, los seguidores de esta filosofía afirman que el ser humano carece de conocimientos suficientes para hablar de la existencia o ausencia de Dios y que esto debe demostrarse por medio de la evidencia científica.

Educar a nuestros hijos según una religión (cualquiera que ésta sea) es brindar bases morales que en el futuro les permitirán discutirlas, ya sea para aprobarlas o para reprobarlas, pero es necesario dárselas a conocer para que tengan las herramientas que les permitan aceptar o no determinadas acciones y visualizar lo que para sí mismos quieren o aceptan; a su vez, mediante conceptos religiosos los padres podrán valorar algunos conceptos morales que les permitan afirmar que sus hijos, o los "circuitos cerebrales" de estos niños se desarrollan de manera adecuada.

## ¿POR QUÉ ES FRECUENTE QUE MIENTAN LOS HOMICIDAS?

La mentira será lo contrario a la verdad, quien miente por lo general lo va a hacer cuando por ello obtiene una ganancia secundaria, es decir un

"motivo" o un "para qué", existe gente que miente por costumbre o por el placer de mentir, y son estas personas quienes delinquen con mayor frecuencia, aunque no debemos confundir la mentira con el olvido parcial o con la simulación.

Al reflexionar sobre la mentira, Kant habló de la prohibición individual, por razón del "deber ser", y de la prohibición colectiva, por razones que tienen que ver con el derecho social. Así, la veracidad será el primer deber para consigo mismo y lo que se dice, se debe creer primero por uno mismo. Kant también decía que no todo es verdadero, pero es necesario que sea verídico.

La mentira es lo opuesto a la veracidad y a la sinceridad, también una violación a la libertad interior, pues prueba que se está haciendo mal uso de la autonomía y ésta a su vez, permite decirnos la verdad, no hacerlo es el mayor mal que uno puede infligirse a sí mismo. Así, cuando el individuo elige vivir bajo la ley moral, no sólo adopta una guía, sino que se reconoce como parte de un grupo a través del reconocimiento ético de nuestra comunidad, y para mostrarnos dispuestos y concordantes con el grupo comunitario es necesario sujetarse a la prohibición de mentir.

La mendacidad y la prohibición de mentir se incluyen en el uso de la libertad moral del individuo, en el respeto a la autonomía y al derecho del otro, pero la mentira puede emplearse también como "arma" de defensa cuando queremos evitar un castigo, por timidez, por debilidad, para explorar las intenciones del otro, para agradar, para sobrevalorarse, para proteger la autoestima o a un ser querido, etc. Actualmente justificamos la mentira en la guerra, en la política, en publicidad, etc., sin embargo la sinceridad y la veracidad son indispensables para la vida en sociedad y la mentira no debe permitirse en ningún caso.

Existe una teoría llamada *teoría de la simulación*, la cual sostiene que en determinadas circunstancias damos una connotación predictiva y explicativa a determinados acontecimientos, es como si nos metiéramos en la piel de otros y tratáramos de entender qué haríamos en su situación de forma que es posible pensar:

- Yo qué haría en tu situación.
- Yo-tú qué harías en tu situación (lo pienso yo en función de lo que creo que harías tú).
- Tú qué harías en tu situación.

Esta teoría consiste en utilizar la imaginación con el fin de introducir datos falsos y mantenerlos al margen de la vida real, de tal modo que no actuemos nunca en función de ellos, salvo para imaginar qué haríamos en tales circunstancias, por ejemplo:

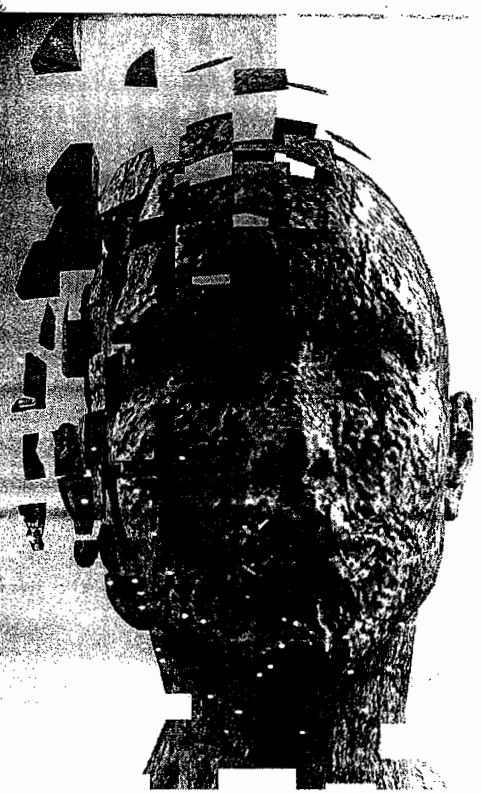
- Qué haría yo si muere X.
- Qué haría yo si mato a X.
- Qué haría X si yo intento matar a X.
- Qué haría X si yo muero.

El cerebro, en automático, asimila inconscientemente estos "apuros simulados" con patrones análogos. Toda esta información de la teoría de la simulación está dada por las neuronas en espejo y se ha podido confirmar en pacientes que han sufrido accidentes vasculares cerebrales, pues no pueden realizar analogías ni reconocerse a sí mismos o reconocer la propia enfermedad o lesión, de ahí que se sostenga que la ética es universal, nace del sí mismo interno, a través de este grupo de neuronas encargadas del "deber ser".

El homicida miente de manera cínica en la mayoría de las ocasiones y por innumerables motivos, no sólo ante la confesión de su delito, sino también en su vida cotidiana, siendo difícil identificar cuando mienten, es por ello que los científicos han buscado formas diversas para detectar las mentiras, sobre todo cuando éstas son elaboradas de manera compleja en personas con inteligencia normal o superior al término medio.

Estudios recientes han identificado la oscilación de una onda cerebral mediante encefalograma llamada P300, a través del estudio de ésta se ha podido establecer cuando una persona reconoce a otra, con un sonido, un olor o una situación especial. En este experimento se le proporcionó a las personas imágenes relacionadas con un crimen y de acuerdo con la amplitud de esta onda, se determinaba si estuvo presente o no en la comisión del mismo, es decir al medir la onda electroencefalográfica se podría asegurar si la persona examinada estuvo presente durante el delito, ya que su cerebro "reconoce" las imágenes del mismo, identificándose a través de este estudio, tanto imágenes, sonidos, olores, etc., sin tener que recurrir a un interrogatorio en un idioma específico, ya que sólo depende, como mencioné, del "reconocimiento" de las imágenes presentadas, sin embargo, esta técnica aún está en estudio, por la complejidad de variables que se presentan ante el recuerdo de imágenes del cine, televisión, periódicos, revistas, etc., que pudieran estar guardadas en la memoria y confundirse, pero sirve de ejemplo de las muchas acciones que los científicos realizan en la actualidad para poder detectar mentiras de manera confiable.





Capítulo 2

# INFANCIA

## ¿CÓMO DEBEMOS DISCIPLINAR A LOS NIÑOS?

Debemos saber que para inculcar integridad moral en el niño se requiere instrucción explícita, pero ésta debe darse desde el amor y la disciplina, debe ser acorde con la edad de los niños, por ello es tan importante conocer qué se espera en cada etapa de desarrollo para con ello orientar y favorecer la madurez del niño, evitando la desesperación del adulto.

Para lograr la obediencia, los adultos realizan acciones que con frecuencia son erróneas por agresivas, es por ello que todos los padres deben asistir a cursos y pláticas de orientación para aprender lo normal o lo esperado en cada etapa y evitar el desarrollo de conductas negativas. Por ejemplo, si sabemos que los bebés lloran por hambre o sueño (cuando no hay aún lenguaje oral), al escuchar el llanto de un bebé trataremos de darle de comer y procurar que duerma; sin embargo, si sigue llorando, el adulto tratará de buscar otras causas, como frío, calor, dolor, etc., hasta encontrar el motivo del llanto, pero en ningún caso se justificaría que el adulto golpeara a un bebé para que "aprenda a no llorar".

Básicamente, una orden debe darse con amor, en un lenguaje sencillo, breve, con un tono de voz que signifique el mandato sin por ello gritar, así el niño aprenderá a distinguir cuando se juega, se bromea o se ordena.

## 40

## ¿CÓMO SE FORMA LA CONCIENCIA MORAL?

En el ámbito médico hay dos formas de entender la conciencia, una de ellas es en el sentido de la vigilia o el estar despierto, la otra es el darse cuenta de la propia existencia y la de los demás, hacer consciente lo que uno hace o lo que los demás hacen y actuar en consecuencia. Así, el juicio moral es la capacidad que tiene un sujeto para percatarse de la propia bondad o maldad.

Educar no es más que hacer que otros "se parezcan a mí", esto tiene que ver con lo que quiero y con lo que espero que sean los individuos que estoy educando, ya sean hijos, alumnos u otras personas. Cuando enseñamos a nuestros hijos a realizar actividades de determinadas maneras, sólo estamos enseñándoles a que nos imiten "con conciencia", ya que hay otras formas de aprendizaje por imitación o "sin conciencia", pero es sólo hasta que reflexionamos en lo que debe ser o lo que es bueno o malo que nos percatamos de nuestros propios errores.

Conciencia es también la capacidad para valorarse y juzgarse a sí mismo a través del tiempo (pasado, presente y futuro): para Erich Fromm es "el órgano interno que nos permite tener una actitud ética" que va a dar origen a la conducta humana. La función de la conciencia, entonces, es descubrir a través de mecanismos psicológicos complejos el "deber ser": qué debo hacer o qué no debo hacer.

De alguna manera y sin aprendizaje previo todos tenemos un instinto básico para determinar lo conveniente o lo inconveniente; gracias a ello, por ejemplo, se dice que en todas las culturas a lo largo del tiempo ha estado prohibido el homicidio aunque con excepciones culturales y temporales, como el que sea en defensa propia.

Al estudiarla, aprendemos que la ética se ocupa de los actos voluntarios, ya que los involuntarios no poseen significado ético alguno, de ahí que sea tan importante en Derecho determinar los aspectos volitivos de una conducta para poder establecer una pena o una medida de seguridad ante un acto homicida.

La palabra *ética* ha tenido diversas acepciones, hasta hoy aceptamos la teoría de Aristóteles acerca de que la ética es la teoría o el tratado de los hábitos y las costumbres; por tanto *ethos* significa costumbres adquiridas por hábito, no innatas. Para Aristóteles existían *virtudes éticas* o *morales*, que se adquieren por hábitos, y *virtudes dianoéticas* o *intelectuales*, que se aprenden a través del razonamiento o por el intelecto.

La ética es universal y tiene por objeto interpretar lo que está bien o mal en los seres humanos, en cambio, la moral es aquello que marcan las normas de cada región, país, tiempo, etcétera.

Los tres principios básicos que conforma la ética serían los siguientes:

- Lo que debemos hacer.
- Lo que no debemos hacer.
- Lo que podemos hacer pero que no hacemos.

Entonces será básico educar a los infantes hacia una cultura de responsabilidad, honestidad y respeto. Hoy día, en todos los países, se habla de educar con valores pero poco se ha hecho para enseñar a los docentes a trasmitirlos, o peor aún, para enseñar a los padres su adecuada aplicación.

Lo primero que debemos considerar es que haya una referencia, es decir, de dónde partir para, en función de ello, poder calificar como adecuado o inadecuado tal o cual comportamiento, a esto se le llama reglas o normas y son precisamente los padres los que deben inicialmente aplicarlas dentro de casa, al igual que es su obligación y la de otros adultos enseñar a los hijos o a los educandos a identificar sus propias emociones y sentimientos para a partir de ellos conocer y tolerar a los demás.

Para su estudio, podemos distinguir entre la *ética crítica* y la *ética aplicada.* La primera nos va a permitir precisamente valorar y criticar lo adecuado de lo inadecuado, mientras que la aplicada o normativa nos guía para decidir la mejor conducta de entre diferentes posibilidades.

Todos los padres enseñamos a los hijos lo que "no se debe hacer", así, desde etapas muy tempranas decimos "no toques eso, no juegues con aquello, no comas eso, eso no se mete a la boca", etc. Con esto, enseñamos el no, que es el primer concepto abstracto que aprende un niño en cualquier cultura, en cualquier país y en cualquier tiempo; sin embargo, poco o nada hacemos para enseñar el sí, con lo cual podemos crear en los niños confusión o reacciones diversas que tienen que ver con el desarrollo de la seguridad y la autoestima.

Freud ubicaba la conciencia moral entre el yo y el superyó. Este autor dijo, de manera simple, que el yo es todo aquello que soy, el superyó es todo lo que quisiera ser de manera ideal y la conciencia sería lo que voy pasando o integrando del ideal al ser, es decir, que todo aquello que considero ideal para mí lo integro en mi manera de ser y lo hago mío, convirtiéndolo en parte de mi yo.

Una persona no puede tener conocimiento absoluto de todo, ni puede prever todas las circunstancias, sin embargo, entre más conozca o más abierta se muestre ante el conocimiento, podrá obtener mayores logros que la conduzcan a actuar con pleno humanismo.

Cuando trato de hacer conciencia de una actitud me pregunto: ¿hice bien al hacer tal acción, o debía hacer otra cosa, o mejor no hacer nada? Esta

capacidad para decidir no excluye el error, pero sabemos que el ser humano decide a través de su libertad haciendo o dejando de hacer.

La acepción ética del término *conciencia* se va a referir a la manera de distinguir el bien y el mal, si carecemos de esta capacidad obraremos como cínicos; el ser consciente también se refiere a la capacidad que tenga una persona para ser responsable o confiable.

En el caso de los homicidas, se dice que no son conscientes cuando no tienen la capacidad para darse cuenta de lo que hicieron o para reflexionar sobre sus actos, pero nunca por haber actuado de manera cínica y sin responsabilidad, sin embargo, existe una clara postura jurídica que no debe confundirse con la percepción social o moral de la misma acción.

Jurídicamente, quien tiene la capacidad para entender el acto ilícito por tener o haber tenido la voluntad (capacidad de querer) y haber llevado a la acción ese pensamiento o alcanzando una finalidad comprendiendo el resultado (capacidad de entender), será responsable del acto mismo y, por ende, imputable; aquel que no reúna estas condiciones por no contar con el entendimiento o la voluntad será inimputable. El querer debe incluir la voluntad objetiva de realizar un acto y la voluntad subjetiva que domina dicha realización.

El libre albedrío es la cualidad de la voluntad que da al individuo la posibilidad de elección; el ejercicio del libre albedrío es la libertad humana, que se conoce como la facultad en acción en la cual se pueden escoger las acciones y omisiones para determinar el acto. En el lóbulo frontal del cerebro se encuentra la zona que nos permite la función esencial de la conducta social, y la función normal de esta área nos va a permitir, a su vez, "el libre albedrío", y si se daña la región central de esta zona aparecen síntomas de impulsividad, falta de inhibición y conducta social inadecuada.

En el campo moral, la libertad se refiere a las normas de conducta asimiladas por la conciencia. El ser humano es libre moralmente para ejecutar todo lo que es bueno, pero no es libre para hacer el mal. La ética admite el buen uso de la libertad, pero no acepta el abuso de la misma. Por ello, debemos comprender el grado de libertad y responsabilidad del individuo en diversas actuaciones.

En el campo de la objetividad, la capacidad de querer no existe, ya que sólo se puede deducir, inferir o concluir conforme a las circunstancias y el sujeto mismo es el único que sabe lo que desea y quiere. Es por ello que se hace necesario un estudio, realizado por el psiquiatra forense, de lo sucedido antes, durante y después del hecho delictivo para evaluar adecuadamente a cada persona en particular; sin embargo, las capacidades de querer y entender son una decisión social ya que el psiquiatra va a describir estados mentales previos o posteriores, pero nunca los del momento

mismo de cometerse el ilícito, ya que aun en el caso de que un psiquiatra presenciara un homicidio (o cualquier otro delito) podría describir lo que vio a manera de testigo, pero no lo que pensaba en ese preciso momento el homicida.

La capacidad de entender es la capacidad mental relativa a la edad biológica para tomar decisiones previsibles o prever la propia conducta y comprender el resultado de la misma. Así, la inteligencia se traduce en la capacidad para prevenir, otros autores la definen como la capacidad para prever las consecuencias de la conducta propia. El sujeto que mejor prevé más entiende, de forma que la inteligencia no es sino previsión; la capacidad de entender o comprender abarca aspectos con un cierto grado de desarrollo intelectual así como con un grado de madurez ética o de comprensión de lo injusto, es por ello que tenemos la obligación de distinguir cada término y mantener un lenguaje claro y explícito entre juristas y médicos.

La capacidad de comprender se desarrolla en el proceso de la conciencia, y ésta es el acto mediante el cual distinguimos, y al mismo tiempo asociamos el sujeto y el objeto, el *yo* del *no-yo*, lo que soy de lo que no soy: es el acto en el que se "distingue y se relaciona".

## ¿ES NECESARIO EL AMOR PARA EVITAR EL HOMICIDIO?

Autores como Bowlby hablaron de la necesidad de amor para poder obtener un desarrollo emocional adecuado y con ello una salud mental. Es necesario establecer una relación cálida, íntima; cercana y afectiva, desde el momento de la concepción (entre la madre y el hijo), en la que ambas partes sientan una relación satisfactoria.

El hijo deseado sentirá amor desde el primer momento de su existencia, la madre dedicará sus pensamientos y sus acciones a cuidar de su embarazo y permitir la supervivencia del hijo, sobrevivir entonces significa que uno fue importante para su madre.

Una vez fuera del seno materno, el amor de la madre y el padre permitirá al bebé satisfacer sus necesidades básicas hasta su madurez y autosuficiencia; por su parte, el bebé brindará amor a la madre, mismo que le permitirá continuar en ese vínculo de amor-dependencia.

El niño requiere *amor espontáneo*, que es el que se da independientemente de lo que llegue a ser un bebé o un ser humano, y también necesita *amor transformativo*, el que dan los padres para contribuir a que los hijos adquieran mejores cualidades. Se dice en general que las madres ofrecen amor espontáneo y ambos padres el transformativo.

El hijo se relaciona de manera primaria con la madre, aunque también tiene relación con personas diferentes a ella. Aparece en primer lugar el padre, quien permitirá al niño aprender a "desprenderse" de la madre y con esto, al mismo tiempo, aprender a relacionarse con otros, lo que facilitará los lazos sociales y más adelante la seguridad y la autoestima.

Cuando un bebé recién nacido es abandonado emocionalmente muere, aunque en general cuando una madre abandona a un hijo, otras personas hacen la función de la madre y compensan algunas necesidades. En otros casos, se ha estudiado lo que sucede, por ejemplo, cuando un niño tiene la necesidad de permanecer en un hospital por tiempo prolongado; independientemente de la enfermedad que lo lleve al hospital, el niño sufrirá depresión por la falta de cuidado constante de la madre, sumado a los continuos sufrimientos y angustias causados por el dolor, la enfermedad o el tratamiento mismo, así como por la presencia de médicos y del personal en general, quienes sólo permanecen con el bebé por algunos minutos sin manifestarle afecto y generando miedo o angustia con su sola presencia. Todo esto impide que se desarrolle la relación de amor entre el bebé y la madre y, como consecuencia de ello, en etapas posteriores este niño podrá tener resultados negativos para establecer relaciones sanas con sus congéneres.

El abandono de un niño por parte de la madre, por cualquier motivo, impide la construcción de un lazo afectivo entre ambos que, a su vez, impedirá el lazo afectivo con otros; es decir, ¿cómo puede dar amor una persona si no lo recibió por parte de su madre?. Así, cuando estos niños crecen serán sujetos hostiles, con lazos afectivos muy pobres o carentes de ellos.

Si tampoco hay un padre o éste se comporta de manera agresiva, el niño no podrá "separarse" de la madre y creará la fantasía de una madre ideal, es decir encontrará un sinnúmero de justificaciones para entender la ausencia de la madre y la idealizará. Como tampoco el padre está presente, no hay seguridad ni autoestima; este niño crecerá sin lazos sociales adecuados, que le permitan reconocer a su propio padre, a sí mismo y al resto de la sociedad (familia, amigos, etc.). Al respecto, un homicida dijo: "mi mamá me humillaba, me golpeaba, pero ella era buena".

Estos niños abandonados emocionalmente, al no poder separarse de la madre por la ausencia del padre, generarán sentimientos contradictorios, por eso los que no reconocen la presencia del padre o no tienen conciencia real de ello no reconocerán ley alguna; así, lo que vamos a observar en el homicida es una escasa respuesta emocional, poca o nula introspección e incapacidad para reconocer las normas o límites.

## ¿CÓMO EVOLUCIONA LA MORAL EN LOS NIÑOS?

Los niños aprenden por imitación a lo largo de toda la infancia y su aprendizaje evoluciona a través de la maduración cerebral, por eso es importante que sepamos como padres, maestros o adultos en general cuáles son los aspectos normales y esperados para cada edad y a partir de ellos detectemos anormalidades o retrasos en el desarrollo.

No es el objetivo de este libro enseñar con detalle el desarrollo psicobiológico y social de los niños, pero sí dar alguna orientación al respecto que permita al lector identificar aspectos de violencia infantil que pudieran, en etapas posteriores, transformarse en franco problema.

En los niños de uno a tres años de edad no se han formado aún esbozos de moralidad, sin embargo, recordemos que el niño ya ha integrado el no en su concepto: y a través de esto empieza a reconocer lo malo o lo que no permite la madre, el padre o el adulto, que lo cuide.

A los niños entre los cuatro y cinco años sus padres y otros adultos les enseñan a obedecer y lo hacen en 75 % de las ocasiones en que se les manda a realizar una actividad. Mediante la conducta de obediencia, los niños integran lo que los padres desean y con ello establecen lo que debe ser o lo que es bueno, no cuestionan, sólo obedecen, la finalidad es agradar a los padres y obtener aceptación. No mienten ni saben lo que es una mentira, si se les molesta se enojan y pueden golpear como reacción ante el enojo.

Entre los seis y siete años los niños necesitan que se les recuerde lo que deben hacer y si se les reprende culpan a otros, pues no se consideran a sí mismos malos y tampoco soportan que se les diga que lo son. De los ocho a los nueve años son más realistas, ya saben qué es lo que los padres esperan de ellos y por ende lo que es bueno o malo, siguen siendo obedientes y sinceros pero empiezan a cambiar algunas reglas, modificándolas según su criterio; son justos y aceptan el castigo cuando creen merecerlo, pero si consideran que el adulto se equivoca se molestan mucho y protestan con manifestaciones de enojo.

Los niños de 10 a 11 años se vuelven rígidos y estrictos con la percepción de lo que "debe ser", son responsables y pueden ser en extremo exigentes de que se cumplan las reglas. A esta edad acusan a otros de su mal comportamiento y exigen castigo para los hermanos, aparece la moral colectiva y respetan las reglas del grupo de manera justa, no mienten a menos que haya que proteger a otro(s). En algunos países se ha experimentado la aplicación de la justicia por niños de esta edad, quienes suelen hacerlo con extraordinaria precisión, por la rigidez y lo estricto de sus conceptos, comparado con los castigos que podría aplicar un adulto. Un ejemplo de

ello ocurrió en Estados Unidos de América, donde se pidió a un grupo de niños de 10 años que castigara a un grupo de adolescentes, de 14 años en promedio, que habían cometido pequeños hurtos en centros comerciales, los castigos que aplicó el grupo de niños de 10 años fueron más estrictos que el castigo que determinaron los jueces adultos.

En México, la edad a la que se empieza a castigar jurídicamente a los infractores es a los 12 años, es decir, sólo los mayores de esta edad podrán asistir a tribunales para menores, porque se considera que es hasta ese momento que el niño ha interiorizado los conceptos morales para poder darse cuenta del bien y el mal, sin embargo, a través del estudio de este desarrollo podemos precisar que un niño sano adquiere esa capacidad alrededor de los ocho o nueve años de edad.

Los niños de 12 a 13 años empiezan a imitar conductas de amigos y compañeros de su misma edad, que incluyen formas de vestir, de comportarse o de ser. Los amigos influyen en su actuar de manera decisiva, desean ser grandes e imitan conductas que se consideran de mayores, como beber, fumar, etc. Lo más importante en esta etapa es la moral del grupo y no la individual o personal, es relevante añadir que mienten con intención y lo hacen en función del grupo, por el deseo de pertenecer a este grupo y para lograr su aceptación.

Con intención de intregrarse o pertenecer a su grupo a los 14 o 15 años los niños ya no se preocupan por su comportamiento moral, critican las reglas y las discuten con los adultos, mienten, hacen trampas, se expresan de manera grosera, utilizan malas palabras o dobles sentidos, beben, fuman, cooperan poco en las actividades que se les manda y exigen un pago a cambio, sea económico o con permisos. La conciencia individual va adquiriendo su autonomía, lo que hace que cuestionen todo y a todos, es decir a los adultos que cuidan de ellos, sean padres, maestros, abuelos, etc. No obstante, los adultos no deben caer en trampas como acusar al niño de "malo", "travieso", "incorregible" o términos similares, ya que se puede provocar que el mismo niño "se lo crea", por lo que es necesario fortalecer las conductas positivas felicitándolo por sus buenas acciones y orientándolo de manera adecuada para corregir las erróneas.

Es importante añadir que son los padres quienes ejercen de manera primaria la enseñanza moral, pero también participan en ella familiares, maestros, amigos, etc. Cuando en los adultos hay diferencias en la percepción de lo bueno y lo malo el niño puede confundirse y optar por el camino que a su edad considera que le conviene, haciéndose caprichoso, por lo que es indispensable que ambos padres ejerzan las mismas enseñanzas o el mismo código de valores y faciliten o prohíban determinadas conductas en el mismo sentido. Así, aunque los adultos se lleguen a equivocar, se-

rán congruentes entre sí y el niño podrá, en etapas posteriores, corregir el error, mientras que si uno de los padres dice una cosa y el otro otra, el niño no sabrá a quién obedecer o lo hará a conveniencia para posteriormente adoptar conductas caprichosas en la vida adulta.

De la misma manera, suele ser importante la elección de la escuela, ya que serán los docentes quienes ayuden a los niños en la formación de valores y en la toma de decisiones, por eso es conveniente buscar una escuela que reúna características sociales, económicas y culturales similares a las de los padres, en donde el niño se reúna con compañeros que pertenecen a familias similares.

## ¿QUÉ ES EL TRASTORNO DE ATENCIÓN EN LA INFANCIA?

Desde el siglo XIX se empezaron a observar diferencias en la conducta de los niños, pero es hasta 1902 que se describe la hiperactividad como consecuencia de una enfermedad. Desde el inicio se relacionó a estas enfermedades con alteraciones anatómicas en el cerebro, hablándose de daño orgánico cerebral, después de disfunción cerebral; se trató de diferenciar los problemas conductuales de los disciplinarios y por ello se buscaron síntomas compartidos para establecer los diferentes diagnósticos. A este comportamiento se le ha llamado también *disfunción cerebral mínima* y *síndrome hipercinético,* pero a partir de Moses Laufer (1957), Stella Chess (1960) y Conners (1969) se concibe como *trastorno de atención,* a la vez se describieron los trastornos de atención con hiperactividad y sin ella.

No se sabe la causa que provoca esta enfermedad ya que en la mayoría de los casos no se encuentran anormalidades evidentes con la tecnología actual: Reson y TAC (resonancias magnéticas y tomografías); sin embargo, se considera que se debe a la alteración de un sustrato neurobioquímico complejo (alteraciones de la dopamina y norepinefrina principalmente) y se dice que hay un factor familiar y social alterado.

Sabemos también que esta enfermedad afecta de manera diferente cada periodo de la vida de un individuo. En etapas preescolares observamos gran impulsividad e hiperactividad alta, en etapas escolares hay dificultades francas en la relación con los padres que se manifiestan con hostilidad, agresividad, frustraciones, mala conducta escolar con las subsiguientes quejas de maestros; llegada la adolescencia puede disminuir la hiperactividad pero permanecen la inatención y las impulsividad, puede haber aumento en los accidentes así como en el consumo de sustancias ilícitas, en la edad adulta estos pacientes tendrán dificultad en las relaciones sociales, inestabilidad laboral,

emocional y continuará el riesgo de consumo de sustancias. El trastorno de atención se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, se dice que 5% de la población adulta lo padece y entre 6 y 10% de niños y jóvenes.

Para hacer el diagnóstico del trastorno de atención es necesario que el paciente manifieste tres síntomas principales, que a su vez se conforman por una serie de otros síntomas, que son los siguientes: distraibilidad o dificultad para mantener la atención, impulsividad, no prevén ni controlan sus actos, hiperactividad o hiperquinesia, inquietud o aumento en la actividad motora.

La atención es el síntoma pivote o primordial, por eso debemos distinguir la falta de atención con la dificultad para mantener una actividad o persistir en ella o para retomar una actividad previa después de haberse distraído; asimismo, es importante distinguir los estados de alerta y la capacidad para jerarquizar lo esencial de lo accesorio o a qué debemos atender o qué cosa carece de importancia. La impulsividad es un problema de desinhibición motora, es decir, no hay un freno para la acción. La hiperactividad aparece en la infancia y la adolescencia, pero suele mejorar en la edad adulta, permaneciendo en ocasiones sólo como el deseo de querer hacer algo, de estar ocupado o de realizar actividades diversas. La combinación de los síntomas anteriores permite establecer los diferentes subtipos de la enfermedad, de entre los cuales la más frecuente es el trastorno de atención con hiperquinesia.

La enfermedad se puede presentar desde el embarazo o en los primeros meses de vida, sin embargo, se hace notoria para la sociedad y la familia hasta la etapa escolar por los problemas de disciplina, atención y concentración que describen los maestros en la escuela.

Los niños que la padecen son impacientes, a menudo pierden objetos de uso cotidiano, suelen ser entremetidos, temerarios, hacen sus tareas de manera incompleta o se les dificulta terminar en una primera intención, sus trabajos escolares suelen ser sucios, parecen no escuchar cuando les hablan, se conducen con un mínimo esfuerzo, presentan problemas con la autoestima, para escribir, para leer y para relacionarse socialmente, no logran hacer amistades estables por su impulsividad y su forma impetuosa de comportarse, ya que estas conductas provocan el rechazo de los demás.

Es importante hacer ver al lector que la falta de atención debe acompañarse de la incapacidad para retomar la actividad después de haberse distraído (incapacidad para persistir), lo cual implica una alteración en la motivación y un impedimento para distinguir entre lo que es importante y lo que no lo es.

El trastorno de atención suele evidenciarse durante la secundaria por la mayor necesidad de compromiso que requiere esta etapa escolar. A pesar de que la hiperactividad disminuye con la edad, la distraibilidad y la impulsividad permanecen hasta la edad adulta.

Es muy frecuente que estos niños sufran maltrato físico y emocional por parte de los padres, maestros, cuidadores y sociedad que los rodea, ya que por lo general provocan impotencia en el adulto ante la desobediencia y la gran actividad que presentan; los padres llegan a golpear con frecuencia a estos niños tratando de hacerse obedecer, o bien los ofenden emocionalmente por su comportamiento o por ser "niños malos".

No debemos olvidar que el trastorno de atención es una enfermedad y como tal debe ser tratada, no son niños "mal educados", "rebeldes" o "desobedientes", sino niños que padecen una enfermedad; cuando entendamos este concepto, cambiaremos el trato hacia ellos. Hoy día se sabe que en el trastorno de atención hay tres estructuras del cerebro dañadas: los lóbulos prefrontales, los ganglios basales (específicamente el estriado) y el cerebelo, se dice que los niños con este trastorno tienen un cerebelo de tamaño menor que el resto de la población. También se afirma que el trastorno de atención con hiperquinesia es una enfermedad bioquímica en la cual se han encontrado niveles disminuidos de dopamina y noradrenalina. Algunos autores han dicho que las madres que sufren un gran estrés en el segundo trimestre del embarazo corren un riesgo mayor de que sus hijos presenten trastorno de atención con hiperquinesia.

Existen funciones ejecutivas alteradas en los niños que padecen trastorno de atención con hiperquinesia:

- La memoria de trabajo se afecta, "olvidan" lo que están haciendo y también tienen dificultad para recordar lo que dicen.
- Alteraciones de la autorregulación de las emociones, por lo que se vuelven impulsivos, con dificultad para crear emociones internas que favorecen el autocontrol y la automotivación para realizar determinadas acciones.
- Dificultad para concentrarse, por lo que piensan en diferentes cosas a la vez.
- No hay sentido del tiempo, por lo que no pueden lidiar con el futuro, es decir no pueden planear y ejecutar la acción, generalmente sólo planean y la gente los percibe como "soñadores".
- No pueden pensar rápidamente en soluciones determinadas o en las diferentes maneras de solucionar un mismo problema.
- Tiene dificultades para cambiar "lo que nos decimos a nosotros mismos", es decir , detenerse y hacer un alto para pensar en las respuestas, usar información del pasado para resolver problemas del presente, etcétera.
- La memoria verbal se afecta, es decir, tienen dificultades para recordar lo que dicen.

- Uso del lenguaje hacia nosotros mismos, que es el lenguaje que nos va a guiar cuando hacemos algo o planeamos hacerlo (después de los tres años de edad) jerarquizando prioridades.
- Dirección o redirección de las emociones a través de la automotivación.
- Planeación y seguimiento de lo que se debe hacer, para posteriormente ejecutarlo.

Si tomamos en cuenta todas estas alteraciones podemos, además de fortalecer las áreas afectadas, impedir que se formen alteraciones más graves que en el futuro lleven a que estas personas tengan conductas anormales o delictivas.

Las tomografías y estudios de neuroimágenes con contraste han demostrado alteraciones en el metabolismo de la glucosa en las zonas frontales (núcleo estriado), estas áreas son las encargadas de la regulación de la conducta ya que ahí es donde se controlan los impulsos y se planea el futuro o se anticipa una acción. Además, las áreas frontales son ricas en determinadas sustancias bioquímicas (catecolaminas) cuya ausencia en el organismo dificulta el control de los impulsos, falta de atención y manifestaciones de agresividad.

Hay anormalidades genéticas en estos pacientes que se han encontrado también en 50% de los pacientes con alteraciones tiroideas, por lo que es importante el estudio de la glándula tiroidea en adolescentes y adultos para llegar a un diagnóstico adecuado y no confundir las enfermedades del tiroides con trastorno por déficit de atención con hiperquinesia. Lesiones por accidentes en zonas frontales provocan síntomas similares: predominan las dificultades para evocar la memoria reciente, nula capacidad para planear el futuro y emociones impredecibles.

En resumen, las personas con trastorno de atención con hiperquinesia tienen dificultad para planear el futuro (problemas con el tiempo), problemas para valorar las consecuencias de ciertas acciones y para jerarquizar prioridades, lo que se observa con mucha frecuencia en los homicidas y algunos otros delincuentes.

También ha sido frecuente el reporte de síntomas disociales y conductas agresivas en los niños diagnosticados con trastorno de atención, así como conductas de abuso de tabaco, alcohol y drogas. Los síntomas disociales implican la violación de las normas sociales o los derechos de los demás, los principales son los siguientes:

- Comportamiento agresivo en contra de otras personas o animales.
- Comportamiento no agresivo que causa pérdidas materiales (daño en la propiedad, robo, fraudes, mienten para obtener favores, etc.).

- Violaciones graves a normas familiares o sociales (pintas, escapadas de casa, no llegar a dormir, etc.).

Estos síntomas disociales se presentan siempre antes de los 18 años, ya que posterior a esta edad cambiará el nombre del diagnóstico y se llamará *trastorno de personalidad antisocial.*

Es por la sintomatología descrita que los niños y adolescentes que padecen trastorno disocial son quienes con mayor frecuencia cometen ilícitos en la adolescencia y requieren siempre tratamiento médico especializado, hayan o no cometido algún delito, si bien en ellos las conductas delictivas son más frecuentes que en los pacientes que sólo padecen trastorno de atención. También es común el uso de sustancias nocivas en este tipo de niños y adolescentes, por ello es muy importante llegar a hacer un diagnóstico adecuado que permita diferenciar los síntomas de una y otra enfermedad y la relación entre ellas y la conducta familiar y social.

Se han encontrado niveles de cortisol bajos relacionados con conductas agresivas tanto en pacientes con trastorno de atención como trastorno disocial y, en especial, con trastorno negativista desafiante (niños con conductas frecuentes de berrinches, rabietas, oposición, reto a la autoridad y comportamiento destructivo), otra entidad que se encuentra en la infancia con frecuencia y que se relaciona con niños con conducta anormal y agresiva; igualmente se ha encontrado disminución de la concentración de serotonina en el líquido cefalorraquídeo en personas violentas, así como actividad anormal de la dopamina (aumentada) y disminución en la norepinefrina.

Se dice que un gran número de niños y adolescentes con este tipo de trastornos internalizan valores morales de manera "defectuosa" o errónea y es por ello que cuando analizamos su conducta encontramos serias dificultades para razonar acorde con la moral; por otro lado, para obtener que un niño razone adecuadamente es necesario e indispensable que mantenga una respuesta normal del sistema nervioso autónomo.

Múltiples estudios afirman que un gran porcentaje de delincuentes, y en especial los homicidas, padeció o padece trastorno de atención o conductas disociales, sin embargo no porque un niño padezca esta enfermedad se debe pensar que será un delincuente a futuro, por ello es de vital importancia su diagnóstico a corta edad para brindarle el tratamiento adecuado y evitar su evolución hacia la delincuencia.

Elaborar un diagnóstico en etapas escolares o una pericial en el momento adecuado, facilita no sólo dar el tratamiento, también permite a los juristas entender que estos trastornos del comportamiento son consecuencia de una enfermedad y que deben tratarse desde esta perspectiva, ya que dependiendo del grado de alteración del paciente, será su rendimiento so-

cial y escolar, por eso es tan importante que a niños o adolescentes con este problema les proporcionemos el tratamiento adecuado y así mejorar no sólo su rendimiento escolar o su comportamiento social y familiar, sino también impedir que se cometan algunos delitos en el futuro.

En más de 60% de la población de todo el mundo no hay políticas de salud mental para este tipo de niños, por lo que es urgente elaborar programas de prevención y detección de enfermedades mentales en la infancia para obtener como resultado la prevención del delito, es decir, si evitamos el desarrollo de enfermedades mentales en la infancia, evitaremos que el adolescente o el adulto joven delinca.

## ¿CÓMO INFLUYE LA ESCUELA?

La *conciencia perceptual* es aquella con la que nos percatamos del mundo exterior y del mundo interior, nos damos cuenta de algún hecho o de nuestro estado emocional. Esta conciencia va a sufrir cambios a través del proceso de la maduración misma del niño y la escuela influirá de diferentes maneras en ella.

Existe también la conciencia lingüística; es complejo entender este término pues su significado varía según actitudes filosóficas o psicológicas y la mayoría de las veces suele ser confuso. Por *conciencia lingüística* se debe entender algún tipo de facultades mentales que permiten a un hablante darse cuenta del sistema de reglas de su lengua, es decir significa "hacer patente" al yo del hablante, del fenómeno de su propia lengua o idioma. Por ejemplo al decir "perro" cada quien pensará en una raza distinta, pues aunque la palabra de manera genérica nos indique la presencia de un animal no tenemos la misma concepción con respecto a los perros, sus actitudes, bravura, raza, tamaño, forma, color, etc. Haciendo una analogía con el delito, se percibirá el delito de manera distinta por quien lo ha cometido o por quien lo va a castigar o quien le brinda tratamiento.

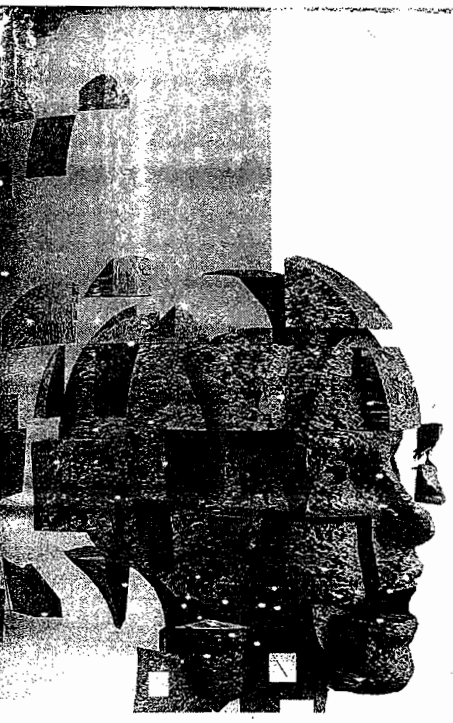
En la escuela y en la casa nos enseñan a percibir y valorar conductas y actitudes sociales, volviendo complejo el entendimiento individual. Así, cuando enseñamos a un niño sobre héroes o villanos en la historia, los historiadores hacen énfasis en las actitudes que deben considerarse buenas o adecuadas y en las inadecuadas, enseñándonos a pensar o, mejor dicho, dirigiendo nuestra manera de percibir un hecho hacia lo que socialmente está permitido o se considera adecuado. Entonces, podemos decir claramente que la escuela forma el pensamiento o lo dirige socialmente, por eso reitero la importancia de elegir a los docentes o al tipo de personas que se desea influyan en los niños.

## ¿LOS INFANTES COMETEN HOMICIDIO?

El homicidio en la infancia es poco frecuente, en general se presenta al inicio o al final de la adolescencia. Las conductas homicidas suelen desencadenarse por sentimientos de resentimiento desarrollados como consecuencia de la imposibilidad del niño para encontrar amor o los cuidados necesarios para su crecimiento y desarrollo, por lo que la alteración inicial que podemos observar será la mala relación familiar así como cambios en su estado anímico, con profunda tristeza, desesperación, irritabilidad, cambios en la alimentación y en el sueño. Es común que la misma familia o los adultos cercanos piensen que los cambios son propios de la pubertad y no suelen darles importancia.

Se dice que cuando un niño o un joven comete homicidio lo hace para afirmar su dominio sobre la víctima, por ejemplo, un joven que mató a su madre me decía: "la maté porque no me dio permiso de salir y dijo que mejor me quedara en casa comiendo; yo quería salir, después de hacerlo me fui en su coche". He observado con frecuencia que la mayoría de los jóvenes homicidas relatan que posterior al hecho se sintieron fuera de sí mismos, fuera de la realidad y cuando exploran sus sentimientos, externan al mismo tiempo amor y odio hacia la víctima.





Capítulo 3

# EL CEREBRO

## ¿QUÉ PASA CON EL RECUERDO?

De acuerdo con los científicos, la información contenida en el cerebro funciona o se encuentra de dos maneras. Una de estas teorías dice que la corteza cerebral o capa más superficial del cerebro es "equipolente", es decir, cualquier parte de la misma puede realizar las funciones de las demás; la otra teoría sostiene que hay una zona específica localizada para cada función. Sin embargo, ninguna de las dos es totalmente cierta, ya que en realidad el cerebro funciona de ambas maneras.

El cerebro está formado por 100 000 millones de neuronas, cada una con aproximadamente 1000 a 10 000 conexiones (sinapsis). Los neurobiólogos reconocen ciertos tipos de memoria y otras funciones pueden estar ubicadas en determinadas moléculas del cerebro, así, en el supuesto de que cada sinapsis responda a una cuestión elemental ejemplificada con un "sí" o un "no" (igual que las computadoras), resultaría que el mínimo de respuestas en uno u otro sentido sería por lo menos de 10 billones de unidades. Si el cerebro tuviera una sola sinapsis, alcanzaría dos estados mentales únicamente; sin embargo, al tener 10 billones de unidades cada una con dos estados posibles, el cerebro tendrá dos estados multiplicados por 10 billones de veces.

MacLean ha sugerido un modelo de la estructura cerebral en evolución al que llamó *cerebro trino*, en el cual la parte externa sería el neocórtex, la parte media el sistema límbico y la parte interna o medular el complejo reptílico. Este autor afirma que el cerebro del hombre ha evolucionado de esta manera y que equivale a tres computadoras relacionadas entre sí, cada una de las cuales posee su propia inteligencia, subjetividad, sentido

del tiempo, del espacio, memoria, funciones motoras, etc. Así, cada una de estas regiones corresponde a una etapa evolutiva y se distinguen por su configuración anatómica y funcional, además de producir diferentes sustancias químicas.

Evolutivamente, la parte más antigua es la interna, en este caso el complejo reptílico, y corresponde a la estría olfatoria que compartimos con otros mamíferos y reptiles formada hace varios centenares de millones de años. El sistema límbico (llamado así porque linda con el cerebro propiamente dicho, en inglés *limbs* son miembros: brazos y piernas) se formó hace más de 150 millones de años, mientras que la capa externa o neocórtex es la capa evolutiva más moderna y la zona de mayor extensión en los mamíferos más evolucionados. El más perfecto es el neocórtex humano seguido del de los delfines y el de algunos grandes cetáceos como las ballenas.

Durante el desarrollo embriológico el animal tiende a "recapitular" la secuencia evolutiva de sus antecesores; así, en su etapa intrauterina el feto humano pasa por distintas fases de evolución cerebral, similar a los de peces, reptiles y mamíferos no primates, antes de desarrollar las características de ser humano.

MacLean ha demostrado que el complejo reptílico sigue desempeñando, dentro del cerebro humano, las mismas funciones que cumplía en el dinosaurio en relación con su conducta agresiva, la territorialidad, los actos rituales y el establecimiento de jerarquías sociales, este complejo reptílico o complejo R tiene una función primaria en el olfato y su relación con el sexo.

Por su parte, el sistema límbico se encarga de las emociones y las alteraciones en los estados anímicos, dentro de esta estructura se encuentra la hipófisis, que regula el sistema endocrino del ser humano, y una pequeña zona llamada amígdala, relacionada con los impulsos agresivos y el miedo.

El neocórtex cumple funciones más especializadas de acuerdo con la región cerebral: frontal, temporales, parietales y occipital. El lóbulo frontal está relacionado con la reflexión, la regulación de la acción, la postura erecta bípeda y la planeación a futuro; los lóbulos parietales regulan la percepción espacial tridimensional, el entendimiento de símbolos así como el intercambio de información entre el cerebro y el resto del cuerpo; los lóbulos temporales regulan las percepciones y el reconocimiento de las personas, y el lóbulo occipital se relaciona con la vista. En su conjunto, las estructuras frontales, parietales y temporales nos permiten la lectura, la escritura y el entendimiento de las matemáticas.

La memoria se localiza en distintas porciones del cerebro. Los reflejos condicionados que estudiara Pavlov (perros que segregaban saliva ante el toque de una campana anticipando el alimento) son parte de la memoria

a largo plazo que se encuentra en zonas del sistema límbico, la memoria duradera que tiene que ver con la planeación y anticipación a futuro está ubicada en el neocórtex, principalmente en el lóbulo frontal, pero también en el hipocampo. Así, cuando envejecemos vamos olvidando lo reciente, mientras que somos capaces de recordar sucesos antiguos, porque la dificultad se encuentra en el traslado de la memoria reciente hacia la memoria antigua por falta de riego sanguíneo en la región del hipocampo, de ahí que los ancianos olviden pero puedan mantener su inteligencia y su vitalidad.

La memoria es un suceso social y cultural y de ninguna manera exacto, almacenamos la información de manera peculiar, en términos generales recordaremos lo esencial, pero con el tiempo el recuerdo se va atenuando o perdiendo y aparece de manera borrosa cuando tratamos de evocarlo nuevamente. La mecánica del recuerdo es muy compleja y se relaciona con las emociones que vivimos durante el momento en que fijamos el recuerdo, así será más fácil recordar un evento doloroso por la emoción que nos produjo, es decir, los recuerdos desagradables persisten aunque sean indeseables, porque se acompañan de emociones y al evocar la emoción recordaremos con mayor precisión el hecho.

Ahora bien, si sabemos que el cerebro no es una grabadora, debemos también saber que al evocar o recordar un suceso existen mecanismos diferentes para recordar lo esencial de los detalles, por ello recordamos sólo de forma global o dos testigos de un acontecimiento darán importancia diferente a los detalles o vivirán el hecho mismo de manera distinta cuando esté acompañado de emociones concretas.

Se ha dicho que la memoria es fugaz al paso del tiempo y que esta fugacidad misma es útil porque permite al cerebro eliminar información innecesaria y evocar sólo recuerdos importantes, de ahí que los testigos de un hecho delictivo no recuerden los detalles de manera precisa. Se dice que una manera adecuada de evocar un suceso es escribirlo inmediatamente para poder recordar el mayor número de detalles.

La memoria se distrae en el momento del suceso porque no ponemos atención al codificar el recuerdo, ya que hay otras situaciones que nos llevan a jerarquizar la atención. Por ejemplo, el testigo de un delito prefiere, por temor, pedir ayuda a ver con detenimiento la cara de su agresor y, en el mejor de los casos sólo va a percibir parcialmente sus rasgos, pero al tratar de recordarlos el cerebro va a "rellenar" los espacios faltantes y recordar lo que no percibió, distorsionando con ello el resultado.

La memoria puede bloquearse por diferentes motivos, ya sea que el cerebro olvide en dónde almacenó la información, y será lo que la gente reporta como tener la palabra en la punta de la lengua, o que el cerebro recuerde palabras o conceptos similares, pero no el exacto.

La memoria es sugestionable por la acción de otros, así, si una persona escucha el relato de otra podrá influir en su memoria y dará por cierto lo que no recuerda realmente. Cuando se le vuelve a interrogar, este error se ha integrado al recuerdo y aparece como real y a medida que se repite la información se desvanece el recuerdo auténtico para aparecer el falso como una evocación absoluta. Asimismo, la memoria puede aparecer como falsa atribución al interponerse dos imágenes en el recuerdo, o bien porque el cerebro sólo percibe parte de la imagen y completa la información como "rompecabezas" con lo que cree que debía ser.

Cuando le damos un significado moral al recuerdo o cuando creemos que los sentimientos actuales son similares y coherentes con las emociones del pasado, la memoria se vuelve tendenciosa. Por ejemplo, recordamos a una persona y consideramos que son actuales los sentimientos que nos causó en el pasado, creemos que al paso de los años permanecerá igual, olvidando que todo ser humano evoluciona, cambia y modifica conductas, formas de ser y de pensar, pero el recuerdo de esa forma de ser de nuestro amigo de entonces lo aplicamos al presente y nos enfadamos cuando no responde como hubiera respondido en el recuerdo.

La *valoración retrospectiva* es la tendencia a adaptar el recuerdo para que encaje en el resultado final, un ejemplo de ello es cuando ya no se admite una prueba pero se permite al juez leerla o conocerla. Esto, a pesar de no ser parte del expediente legal, influirá en su ánimo al momento de juzgar, es decir, recordará lo leído y modificará su percepción del delito.

La memoria es imperfecta e inexacta, incluso la percepción de nosotros mismos cambia y vamos a recordar nuestras vivencias de manera que se adapten al momento actual, por lo que el yo o la percepción del yo será siempre cambiante. La memoria es un registro fidedigno de nada, permitiéndonos narrar el mundo como mejor nos convenga en el momento de hacerlo, así, en la medida en que repetimos el error éste aparecerá como una situación verídica.

## ¿SE PUEDEN SABER LAS INTENCIONES DEL CEREBRO?

El cerebro está compuesto por dos hemisferios independientes e interrelacionados entre sí mediante el cuerpo calloso. La célula cerebral llamada neurona utiliza oxígeno y glucosa como combustible, estas neuronas se comunican entre sí mediante sustancias llamadas neurotrasmisores que se segregan en las dendritas o conexiones, teniendo cada célula entre 1000 y 1500. Tenemos alrededor de 100 000 millones de neuronas en el

cerebro, cuyo complejo funcionamiento permite la elaboración de ideas, pensamientos, sentimientos, etcétera.

Sabemos que las estructuras encargadas de las emociones y la memoria son de mayor tamaño en las mujeres que en los hombres y por el contrario los varones tienen un mayor espacio dedicado a la sexualidad y a la agresividad que las mujeres. También sabemos que el cerebro izquierdo selecciona y jerarquiza la información recibida, se encarga de procesarla y tiene como función las capacidades analítica, lógica, matemática y verbal, así podemos dar forma a pensamientos analíticos racionales y comunicarnos con la realidad del mundo exterior; esta parte del cerebro nos permite percibir el sentido del tiempo y procesa la información de manera lineal clasificándola en orden de importancia. El cerebro derecho se relaciona con la plasticidad mental, tiene funciones intuitivas, creativas y espaciales y permite la meditación y la conexión con el mundo interno.

Los seres humanos usamos predominantemente el cerebro izquierdo, sin embargo la idea es encontrar el equilibrio entre lo racional y lo intuitivo de ambos hemisferios cerebrales.

Por su parte, las emociones están reguladas por diversas sustancias en el hipotálamo, que forma parte del sistema límbico. Las zonas de las emociones se activan con el temor, el enojo, la sexualidad, la sed, etc. La amígdala es también parte del sistema límbico, se relaciona con el placer, el dolor y el temor, y su extracción causa severos cambios de conducta.

Las reacciones emocionales están relacionadas con determinadas respuestas fisiológicas, por ejemplo, si nos ponemos nerviosos o tensos podemos presentar aumento en la presión arterial, aumento en la frecuencia cardiaca, sudación, sensaciones estomacales diversas, etc. Estas reacciones son consecuencia de la salida de adrenalina hacia el torrente sanguíneo, sin embargo, estarán reguladas por conductas sociales, de forma que dependerán de las experiencias personales.

Debemos entender que una mente que razona es una mente que piensa o que conscientemente usamos, por eso la llamamos *consciente, explícita* o *declarativa*. La "otra mente", la que registra o imprime sin cuestionar, sin evaluar todo lo que llega a través de los sentidos, la denominamos *inconsciente, implícita* o *no declarativa* y es propia del cerebro primitivo, también llamado "cerebro emocional"; por ello, se dice que la mente inconsciente no distingue entre lo bueno y lo malo, lo verdadero y lo falso, no distingue las bromas ni lo conveniente de lo inconveniente, por eso es necesario hacer conscientes nuestros pensamientos para darles un valor moral.

Si nos autosugestionamos con pensamientos positivos generaremos algunas sustancias que permitirán el mejor funcionamiento cerebral, por el contrario, los pensamientos negativos producirán sustancias como el corti-

sol, que es una hormona que aparece durante la enfermedad, sobre todo en la depresión. Así, con la regulación de estos compuestos favorecemos una intención cerebral mejor o peor.

Gracias a las imágenes de resonancia magnética y a otras técnicas se pueden determinar las intenciones criminales. Se ha medido la actividad de la corteza prefrontal y se ha visto su incremento en personas que procesan información con un objetivo determinado; un ejemplo de ello es que a un grupo de personas se le dieron dos tareas midiendo al mismo tiempo las imágenes cerebrales provocadas por cada una, para después pedirles que hicieran sólo una acción sin decir cuál habían elegido; el examinador pudo determinar la actividad que eligieron sólo por la imagen cerebral provocada. Así, el escáner cerebral de alta resolución podría servir para juzgar si un individuo pretende cometer un crimen o probar su inocencia, si esta técnica de "lectura del cerebro" tiene un mejor desarrollo muy pronto podremos adoptarla en los interrogatorios policiacos a criminales diversos.

## ¿QUÉ ES LA LOCURA?

El término médico para nombrar la locura es *psicosis*, que implica la pérdida de la realidad; las personas que la padecen viven en un mundo irreal con ideas anormales, a las que se les llama delirantes y alucinaciones. Las alucinaciones son falsas percepciones de la realidad por parte de los órganos de los sentidos, así, los pacientes dicen escuchar voces que les dan órdenes o juzgan su comportamiento; otros ven personajes inexistentes que causan en ellos reacciones determinadas ("veo al diablo, esto me da miedo, por eso obedezco las órdenes...") o incluso sienten que los tocan o los agreden sexualmente sin que existan tales agresores. Es frecuente que perciban olores, generalmente un mismo olor, reportan que cuando ese olor aparece se hace acompañar de periodos de agresividad: "huelo a caño y me pongo irritable".

Psicosis es entonces sinónimo de locura y de acuerdo con el apellido es el tipo de padecimiento, así, una *psicosis paranoide* será aquella en la que el paciente pierde el sentido de realidad y además predominan síntomas como las ideas de persecución, ideas de que los demás hablan de ellos para bien o para mal, ideas de grandeza, ideas de gran religiosidad, etcétera.

Es frecuente que los pacientes con psicosis o locura presenten diferentes formas de agresión, esto se debe a la presencia de las ideas anormales o las alucinaciones, es decir, ellos obedecen a las alteraciones que presentan, por eso es tan importante brindar tratamiento en cuanto aparezca alguna anormalidad y no permitir que evolucione.

## ¿LA PSICOSIS O LOCURA SE PUEDE ENTENDER COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD?

Psicosis es la pérdida del sentido de realidad y aparece cuando el contenido del pensamiento se altera con ideas anormales (ideas delirantes) o cuando hay falsas percepciones (alucinaciones). Ahora bien, la enfermedad mental debe conceptualizarse de manera diferente a otras enfermedades. Por ejemplo, hay enfermedades simples en su entendimiento, como la diarrea bacteriana: si comemos algún alimento descompuesto, después de un tiempo breve se produce la sintomatología, principalmente diarrea; hay enfermedades de mayor complejidad como la tuberculosis, en la cual no es suficiente tener contacto con el bacilo de Koch para contraerla, sino que además se necesita que haya una baja en las defensas provocadas por desnutrición o por la presencia de alguna otra enfermedad para que el bacilo se introduzca y provoque la enfermedad.

La comprensión de las enfermedades mentales es mucho más compleja, así, en el alcoholismo existe un factor genético, pero también factores familiares y ambientales que favorecen el desarrollo de la enfermedad, como la edad de inicio, ya que no será igual si la persona empieza a beber a los 10 años que aquella que, por razones sociales, bebe su primera copa a los 25 años. La historia o evolución de estas dos personas será totalmente distinta a pesar de que ambas tengan la posibilidad genética de ser alcohólicos; tampoco será igual que el primer individuo beba dos o tres veces por semana y el segundo dos o tres veces al año.

Hablando de la agresividad, se sabe que nacemos con información genética con la que vamos a reaccionar ante un estímulo de manera agresiva; sin embargo, para que esto suceda es necesario que nos provoquen o estimulen de manera personal, familiar o social para que la cólera se manifieste, de ahí las diversas formas de la violencia. Los niños se tornarán violentos cuando hay falta de amor o carencia de afectos que les brinden seguridad, pero estas manifestaciones violentas se evidencian de manera diferente según si el abandono afectivo ocurre en el primer año de vida o a los 10 años de edad; por otro lado, no es igual el abandono afectivo de la madre al del padre, ni tampoco se produce la misma reacción si quien cuida de ese niño es un empleado o un familiar cercano, como una abuela o una tía. En resumen, las manifestaciones violentas de cada niño deben entenderse a partir de la genética, pero dentro de su propia biografía y vivencias únicas, de ahí que la enfermedad mental es muy compleja y dependerá de la conjunción de factores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares y sociales.

## ¿Y LOS GOLPES EN LA CABEZA?

Hay dos tipos de muerte neuronal, la primera llamada *apoptosis* (del griego "hojas que caen de un árbol"), o muerte celular programada o "suicidio neuronal", en la cual mediante un programa genético, nacemos con la posibilidad de destruir las neuronas que no necesitamos o que producimos de más, con el fin de modelar o esculpir el tejido nervioso de manera perfecta desde el punto de vista anatómico y funcional. El segundo tipo es la *necrosis*, "homicidio neuronal", que es la muerte neuronal provocada por agresiones externas, sean tóxicas (como en el caso de las drogas), infecciosas o traumáticas.

En la apoptosis no existe inflamación y las células se eliminan rápidamente; desde la infancia, pero en especial a partir de los 35 años, se mueren células de manera lenta por el proceso de envejecimiento; por el contrario, en la necrosis generalmente se desencadena una respuesta inflamatoria. En ciertas circunstancias ambos procesos pueden presentarse al mismo tiempo, determinando la muerte de un gran grupo de células nerviosas.

Debemos recordar que el cerebro continúa generando células incluso en la edad adulta, pero tardarán muchos años en especializarse modulándose por los niveles en sangre de ciertas hormonas.

El daño causado al cerebro por un golpe es muy variado y depende de factores como la intensidad del golpe, la edad en la que se recibe, la zona golpeada, el objeto con el que se golpea, etc.; sin embargo, sabemos que cuando hay un daño en zonas frontales se presentarán conductas agresivas, impulsivas y antisociales, en especial si el daño se produce antes de los ocho años de edad.

## ¿LOS RETRASADOS MENTALES COMETEN HOMICIDIO?

Los sujetos que padecen retraso mental son personas con un coeficiente intelectual por debajo de la normalidad, presentan incapacidad para razonar, planear y construir y son generalmente sugestionables y fáciles de influir, por lo que, con frecuencia, obedecen sin razonar. En función de la obediencia o la sugestionabilidad es que pueden llegar a cometer lesiones graves, e incluso homicidio, obedeciendo las órdenes de otros, pero no hay en ellos la iniciativa para llevar a cabo un delito. Los pacientes con retraso mental moderado, grave y profundo pueden tener crisis de agresividad y golpear a sus familiares cercanos o cuidadores, lo que puede tener como consecuencia la muerte de la víctima; sin embargo, estas acciones son poco

frecuentes y la familia conoce sus alcances y busca ayuda profesional para evitar las agresiones. A mayor inteligencia es mayor la peligrosidad que puede presentar una persona, en función de esto se considera a los débiles mentales sin peligrosidad, salvo en los casos que presentan agresividad indiscriminada y es necesaria la medicación.

## ¿SE ASOCIA EL HOMICIDIO CON LA EPILEPSIA?

La Liga Internacional contra la Epilepsia y la Organización Mundial de la Salud definieron la epilepsia en 1973 como: "La alteración crónica y recurrente de crisis paroxísticas (crisis epilépticas), desencadenadas por descargas eléctricas anormales, que tienen manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial y que se asocian a trastornos paraclínicos (anormalidades electroencefalográficas) y se presentan de manera no provocada."[1]

Las formas que presenta la epilepsia son muy diversas, por lo que es difícil hacer el diagnóstico para médicos no experimentados. La epilepsia es una descarga eléctrica de un grupo de neuronas y de acuerdo con la zona donde se encuentre la lesión serán los síntomas que presente el paciente, de ahí la dificultad para hacer el diagnóstico.

Las causas que generan la epilepsia son variadas y pueden ser primarias o secundarias a otra enfermedad médica. Existen muchas formas de epilepsia, la clasificación más conocida es la que divide a las epilepsias en *crisis parciales* y *crisis generalizadas*.

Consideramos parciales a aquellas en las que no se pierde la conciencia y generalizadas cuando esto ocurre; para su estudio dividimos los síntomas de acuerdo con el tiempo de aparición, así, tenemos síntomas previos a la crisis, durante la crisis y posteriores a la crisis, por lo que si detectamos correctamente los síntomas previos al evento, podemos enseñar al paciente y a sus familiares a atenderlos y evitar complicaciones, sin embargo, no siempre hay síntomas previos.

Los pacientes epilépticos son personas agresivas, pueden cometer todo tipo de delitos, por lo que es muy importante analizar la historia completa del paciente para valorar delitos previos y conductas asociadas a éstos, así como la personalidad y conducta intercrítica (entre cada crisis). Sabemos que si el grupo de neuronas lesionadas se encuentra en los lóbulos frontales,

[1] ‹www.neuropediatria.com.py.../Epilepsia/definición de laepilepsia.htm›.
Definición de la epilepsia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), 2005. Centro de Neurología y Neurología pediátrica, Prof. Dr. Víctor Alejandro Gaona.

la agresividad será mayor y el paciente puede llegar a cometer homicidio durante una crisis parcial.

## ¿Y LOS ESQUIZOFRÉNICOS?

La esquizofrenia es la enfermedad mental clásica en donde se pierde el contacto con la realidad, se caracteriza por presentar síntomas positivos, distorsión del pensamiento, presencia de alucinaciones (falsas percepciones de los órganos de los sentidos), lenguaje y comportamiento desorganizados, etc., y síntomas negativos formados por las dificultades para la expresión de las emociones, alteraciones en la fluidez del pensamiento y lenguaje, dificultades en la producción del pensamiento y lenguaje, dificultad para persistir en actividades dirigidas hacia un fin, etc. De acuerdo con la sintomatología que predomine se añade un segundo nombre, así, habrá esquizofrenia tipo paranoide, tipo desorganizada, indiferenciada, residual, etcétera.

Los pacientes esquizofrénicos cometen múltiples delitos como consecuencia de su enfermedad, que van desde delitos menores hasta los más violentos, lesiones, daño en propiedad ajena, uso de todo tipo de armas, robos, violación, homicidio, etc. Es frecuente que los pacientes con esquizofrenia se automutilen, se suiciden, en etapas avanzadas se tornen vagabundos y en ocasiones cometen incendios (piromanía). Todos los pacientes que presenten esquizofrenia serán incapaces de comprender el carácter ilícito de un hecho, pero no por ello deben quedar en libertad, ya que con frecuencia se consideran peligrosos.

Es importante hacer ver al lector que, en etapas iniciales de la enfermedad, una persona no docta en la materia puede considerar a los pacientes esquizofrénicos como personas normales y sólo hasta que cometen un delito es que se evidencia su enfermedad; o bien, a partir del delito ésta progresa paulatinamente para manifestarse dentro de reclusorios y cárceles, por ello la familia considera que la enfermedad se produjo por ingresar al reclusorio, pero esto se debe a que la evolución de la esquizofrenia es lenta y puede llevar hasta 10 años en ser evidente para cualquier persona.

## ¿ES FRECUENTE EL HOMICIDIO EN PERSONAS ENFERMAS DE LOS ESTADOS DE ÁNIMO?

Hay un grupo de enfermedades en las que se afecta principalmente el estado de ánimo, van de la depresión o ánimo bajo a la manía o ánimo

muy alto o eufórico. En etapas depresivas es frecuente que el paciente llegue al intento de suicidio o al suicidio consumado y también es frecuente que algunos homicidas se depriman después de haber cometido el delito y se suiciden, esto sucede generalmente en los asesinos múltiples. En etapas de manía los pacientes pueden cometer todo tipo de delitos, pero es poco frecuente que lleguen al homicidio, a menos que durante estas etapas combinen el uso de alcohol y drogas.

## ¿OCURRE EL HOMICIDIO EN LOS PACIENTES SENILES?

*Senectud* es la forma de envejecimiento normal y *senilidad* es la forma patológica de envejecer; en las demencias seniles encontramos el Alzheimer, las demencias vasculares, las demencias secundarias a otras enfermedades y las secundarias a traumatismos craneales.

Para evaluar la demencia se debe conocer el nivel intelectual anterior del paciente o su funcionamiento global previo a través de su rendimiento escolar, laboral y social, y comparar éste con el funcionamiento actual; debemos tomar en cuenta la pérdida de adaptación al medio, la disminución en actividades físicas y mentales y la pérdida de la autonomía.

En general, los pacientes con demencia no cometen delitos, sin embargo, en etapas predemenciales cometen algunos que se caracterizan por ser absurdos, pueriles o de contenido sexual; los hay también por omisión y negligencia. En etapas avanzadas de demencia cometen delitos por presentar estados paranoides o como consecuencia de las ideas delirantes (ideas anormales); aunque no es frecuente el homicidio en personas seniles, es en estas etapas paranoides cuando puede presentarse el homicidio. Me decía un paciente refiriéndose a su esposa: "la maté porque creí que era un ladrón, hacía ruido y caminaba de noche en la sala".

## ENTONCES, ¿EN ESTADOS CONFUSIONALES ES FRECUENTE EL HOMICIDIO?

*Delirium* es la palabra con la que actualmente se conoce a los estados confusionales agudos, este delirium es por lo general una enfermedad psiquiátrica secundaria a otra enfermedad médica, en la que hay alteraciones en el estado de conciencia, en la atención, la cognición y la percepción; puede afectar también el sueño, las emociones y la actividad psicomotriz.

Debido a que el delirium es consecuencia de otra enfermedad médica observaremos síntomas de la enfermedad de origen, también se puede presentar por la ingesta de algunas sustancias, por combinación de ambas o incluso por causas desconocidas.

En ocasiones, estos pacientes pueden actuar en respuesta a alucinaciones e ideas delirantes y en este caso mostrarse violentos, sin embargo, esta condición es rara y no llegan al homicidio precisamente por su estado confusional.

## ¿QUÉ ES LA FALTA DE CONTROL DE IMPULSOS?

El impulso es una necesidad imperiosa que surge bruscamente en algunos sujetos y los empuja a realizar actos irracionales, a menudo agresivos o peligrosos. Esta necesidad puede aparecer de manera espontánea, acompañada de una tensión interior, o de manera secundaria, cuando se desencadena súbitamente como respuesta entre el estímulo y la reacción, siendo ésta de intensidad desproporcionada.

La sensación de tensión se va incrementando hasta el momento de cometer el acto, para luego experimentar placer o simplemente la liberación de la tensión acumulada; esta conducta puede ir o no acompañada de culpa o autorreproche. En un impulso, la energía se dirige hacia un objeto, luego se libera con disminución relativa de la conciencia que impide la contención del impulso y disminuye el control de sí mismo, sea por baja educación o por sensación de claudicación, y se acompaña de una carga emocional intensa (euforia, ansiedad, cólera, etc.).

Puede haber conductas impulsivas en todo tipo de pacientes, pero son más frecuentes en algunos esquizofrénicos, en pacientes con daño o disfunción cerebral, en retrasados mentales, en obsesivos, en demenciados y en personalidades antisociales. Dentro de las conductas impulsivas tenemos la cleptomanía, el juego patológico y la piromanía, esta última es una manifestación que con frecuencia presentan los homicidas.

La *cleptomanía* es la dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar objetos que no son necesarios, así, la cleptomanía será una variedad patológica del robo. Los cleptómanos sienten una "sensación creciente" o "necesidad de apoderarse de objetos" antes de cometer este tipo de hurto, una vez cometido tienen una sensación de bienestar o de placer la cual se incrementa con el estrés. Es importante mencionar que este tipo de robo no se acompaña de conductas psicóticas ni se lleva a cabo por expresar venganza o enojo contra alguien. Es más frecuente en mujeres y se rela-

ciona con el ciclo hormonal, en ocasiones los pacientes son personas que pertenecen a niveles socioeconómicos medio o alto y no tienen ninguna necesidad de robar, o bien poseen el dinero suficiente para pagar los objetos en el momento del hecho.

Hay cleptómanos que presentan amnesia de corta duración, en estos casos se hace indispensable un estudio minucioso para determinar si verdaderamente existió la amnesia o si mienten o usan esta patología para justificar sus robos constantes.

La cleptomanía se asocia a formas de depresión, ansiedad, trastornos alimenticios y trastornos de personalidad y se han descrito tres formas: esporádica, episódica y crónica.

El juego patológico se refiere a las personas que tienen adicción por el juego, presentan una preocupación excesiva por revivir un juego y conseguir el triunfo; sienten la necesidad de apostar cantidades crecientes de dinero para encontrar la satisfacción, no se pueden controlar ni interrumpir sus conductas y se muestran irritables cuando se intenta detenerlos. Utilizan el juego para aliviar tensiones emocionales, incluso engañan a la familia y cometen delitos para conseguir dinero y continuar en las apuestas, ejecutan con frecuencia fraudes, falsificaciones, robos, abuso de confianza, etc. No les importa perder relaciones familiares o amistades, arriesgan puestos de trabajo y oportunidades educativas o profesionales por el juego.

La piromanía es el gusto o afición por cometer un incendio de manera deliberada, por más de una ocasión, sin considerar las consecuencias de la acción o disfrutando con la destrucción que el acto pueda llevar. Los pacientes sienten una tensión emocional previa que los lleva a la acción y una fascinación posterior, generalmente externan su gusto por el fuego y la emoción que provoca en ellos sólo imaginar la provocación de un incendio. Un paciente me decía: "te imaginas qué chido que todo el parque se queme y que se haga grande la flama", al tiempo que encendía un encendedor de manera persistente.

En el piromaniaco real se observan síntomas obsesivos, este trastorno suele ser más frecuente en hombres de estrato socioeconómico bajo, es en este grupo de pacientes en donde la conducta homicida se observa con mayor frecuencia que en otro tipo de alteración de los impulsos.

## ¿Y LOS SUICIDAS?

Con base en el total de suicidios, se sabe que es más frecuente en varones, sin embargo, hay diferencias por grupos de edad. Por ejemplo: en niños y jóvenes menores de 15 años los varones presentan mayor frecuencia, pero

entre los 15 y 18 años es más frecuente en mujeres. Hay factores genéticos que debemos tomar en cuenta, en especial en aquellos pacientes con antecedentes de haber padecido depresión o trastorno bipolar.

En la mayoría de los suicidios infantiles los pacientes han sido considerados normales previo al hecho, en pocos casos se han reportado anormalidades en la socialización o problemas afectivos, generalmente depresivos, acompañados de irritabilidad o agresividad.

En los adultos hay diferentes enfermedades que pueden llevar a que el paciente intente o logre suicidarse. La depresión mayor es el padecimiento que con mayor frecuencia tiene esta complicación, seguida del trastorno bipolar, algunos tipos de epilepsia, la esquizofrenia o en pacientes seniles, etcétera.

Después de cometer el acto ilícito, en muchos homicidas aparece una etapa depresiva que puede ser importante y llevar al paciente a la ideación suicida e incluso al suicidio consumado, cuya justificación social es: "debo morir pues ya la maté" o "era mejor que muriera mi familia por los problemas económicos" o "debía morir ella, y yo, porque nos uniremos en la otra vida", etc. Es por esto que, cuando nos enfrentamos a un homicida, debemos siempre investigar la posibilidad de un suicidio posterior y si ocurriría de manera inmediata o tardía, ya sean semanas o incluso meses después de haberse cometido el homicidio.



Capítulo 4

# ALCOHOL y drogas

## ¿EL USO DE ALCOHOL Y DROGAS PUEDE AGRAVAR LOS ESTADOS DE VIOLENCIA?

Beber forma parte de las conductas de todos los estratos sociales de nuestro país y del mundo entero. El alcoholismo es el problema médico y legal más frecuente, por eso se afirma que el alcohol es amigo del crimen, ya que con frecuencia se encuentra asociado con todo tipo de delitos.

La Organización Mundial de la Salud estableció un "límite legal internacional" para definir lo que es alcoholismo, el cual se encuentra en 32 copas al mes, sin embargo en cada país cambia el límite de moderación por idiosincrasia. Así, en México este límite está marcado para hombres en cuatro a cinco copas al día y para las mujeres en dos a tres al día, para ambos dos o tres veces por semana y no más de 20 a 25 copas al mes (para mujeres y varones respectivamente), estos conceptos contribuyen a diferenciar los diagnósticos de uso y abuso del alcohol.

El cuerpo humano metaboliza un promedio de 10 a 15 g de alcohol absoluto, por lo que debemos "convertir" esta cantidad al tipo de bebida consumida. En promedio, 30 ml de ron, tequila, vodka o wiskhy equivalen a 10 o 15 mg de alcohol absoluto, por ello se dice que el hígado va a metabolizar una copa (una onza) cada hora de estas bebidas o su equivalente en cerveza 340 ml o 115 ml de vino de mesa por hora.

No obstante que la ingesta alcohólica es voluntaria, existe un grupo de personas que al beber alcohol en poca cantidad se embriagan con facilidad y se tornan sumamente agresivos, el paciente presenta una conducta desorganizada, impulsiva y violenta, con pérdida del juicio total, alucinaciones visuales y auditivas, reacciones de pánico, actos destructivos, intensa

excitación psicomotriz y trastornos en la conciencia. Todo ello nos lleva al diagnóstico de Trastorno Mental Transitorio, que puede ser completo o incompleto. Después de dormir, estos pacientes pierden totalmente la memoria del evento vivido y no recuerdan nada de su embriaguez, a este tipo de alcoholismo se le conoce como embriaguez patológica y en algunos casos los pacientes pueden provocar lesiones graves e incluso la muerte de otros sin recordar lo que hicieron, a diferencia del bebedor común que va a recordar por "pedazos" lo sucedido; es muy importante hacer un buen diagnóstico, ya que el evento se repetirá cada vez que estas personas ingieran bebidas alcohólicas, no así con el bebedor común. Se sabe que quienes padecen embriaguez patológica son personas que presentan una anormalidad orgánica cerebral, como en el caso de los epilépticos, los pacientes con disritmia cerebral, los pacientes con secuelas de traumatismos craneoencefálicos o secuelas de enfermedades infecciosas en el cerebro, etcétera.

Existe otra entidad llamada *alucinosis alcohólica* en la cual el paciente que ha bebido o incluso en situación de abstinencia presenta periodos de alucinaciones, generalmente visuales y auditivas, en las que las voces que escucha le "dan órdenes", los pacientes refieren que "obedecen" por el miedo que estas voces les provocan, llegando con frecuencia al homicidio. También es común que el paciente alcohólico sea celoso en extremo y durante periodos de ingesta o incluso de abstinencia cometa homicidios de tipo pasional.

Hay autores que sostienen que los homicidas "beben o se drogan para darse valor", mientras que otros piensan en forma contraria, que son los alcohólicos o drogodependientes los que pierden su función cerebral y llegan por ello a cometer homicidio. Personalmente, pienso que las personas que padecen alguna enfermedad mental desde la infancia son personas que por la enfermedad misma consumen alcohol en grandes cantidades o drogas de otro tipo, sin que se percaten del perjuicio que esto les causa, incrementando así el daño cerebral preexistente y con ello la posibilidad de delinquir. En mi experiencia he podido constatar que más de 50% de los homicidas cometen el acto delictivo bajo la influencia del alcohol, las drogas o ambos, siendo más frecuente la combinación de cocaína y alcohol o cocaína, mariguana y alcohol.

Existen diversas técnicas para cuantificar el alcohol en el organismo: se pueden realizar análisis de sangre u orina o del aire exhalado (alcoholímetro); debemos tomar en cuenta que hay variaciones en las técnicas conforme al laboratorio y ciudad en la que se realiza el análisis, también hay variaciones personales por la tolerancia y susceptibilidad al alcohol, por lo que resulta difícil y en ocasiones confuso para quien no se dedica a la medicina legal entender los resultados de estos estudios, sin embargo, se mencionan porque el número de muertos por accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol es muy elevado.

## ¿Y LOS DROGODEPENDIENTES?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud: *droga* es toda sustancia que se introduce en un ser vivo y que modifica una o más funciones de éste, mientras que *fármaco* es un medicamento destinado a un tratamiento.

Las drogas de abuso pueden ser legales como la cafeína, legales de uso restringido como el tabaco y el alcohol, legales para su venta, pero prohibidas para su consumo humano como los inhalantes ilegales como es el caso de la mariguana, cocaína, opio, alucinógenos, anfetaminas, fenciclidina, etc. En México es frecuente encontrar en homicidas la presencia de alcohol y drogas, principalmente cocaína y mariguana, o la combinación de estas tres sustancias, por lo que una persona que utiliza estas drogas debe considerarse de alta peligrosidad.

La Organización Mundial de la Salud afirma que el problema de las drogas es un problema familiar y no individual, como se ha venido estudiando, por eso debemos entender que el origen está en la familia cuando ésta "desatiende" a sus miembros: los consumidores de drogas perciben que uno de los padres es cálido y menos controlador mientras que el otro ejerce la autoridad de manera irrazonable, por lo que se enojan y sienten coraje ante la actitud pasiva del progenitor cálido y la actitud agresiva del otro progenitor. Se sabe también que si la jerarquía familiar no es clara o hay franca desorganización, por no haber reglas o las relaciones maritales son malas, se manifiesta la falta de autoridad hacia los hijos con permisividad total y, generalmente, los padres se preocupan más por su propia imagen que por la situación de los hijos. Estas mismas características se han encontrado en las familias de personas que han participado en actos de delincuencia en general.

Las drogas de mayor consumo que se asocian con homicidio en nuestro país son cocaína, alcohol, mariguana y metanfetaminas.

La mariguana provoca cambios en el sistema nervioso central que producen a su vez cambios en la percepción de sonidos, colores, tiempo y distancias, alteraciones en la memoria, en el afecto y en la inteligencia, disminución en las reacciones motoras, taquicardia y alteraciones en bronquios por relajación de la musculatura lisa, etc. Se puede llegar a la intoxicación después de cinco minutos a media hora de consumo y durante la intoxicación puede haber un cuadro de delirium, ideas delirantes, alucinaciones, ansiedad, insomnio y alteraciones en el apetito. Su uso crónico puede afectar el funcionamiento pulmonar y dañar el sistema inmunológico, los síntomas de la intoxicación desaparecen paulatinamente después de 3 a 4 h de supresión de consumo.

Cuando el consumo de mariguana es crónico los síntomas persisten y pueden aparecer otros, como temblor fino distal, que puede incluir temblores en cara, cambios en la función respiratoria, incremento en la frecuencia cardiaca y en la circulación periférica con disminución de la tensión arterial; confusión mental, alucinaciones, delirios, agitación, etcétera.

La cocaína es una droga estimulante del sistema nervioso central, extraída de la hoja de coca, de la cual hay más de 200 variedades que crecen principalmente en Sudamérica; es usada por indígenas y campesinos para inhibir el hambre y el cansancio provocado por las duras jornadas de trabajo en las grandes alturas. Las hojas de coca se han usado por milenios, pero es en los últimos 100 años que se ha extraído el clorhidrato de cocaína, sustancia que modifica la bioquímica cerebral, principalmente del sistema dopaminérgico.

Las hojas de coca tienen forma oval, son de color verde oscuro, llegan a medir hasta 6 cm de largo y contienen aproximadamente 1 % de cocaína. Los primeros arbustos de coca fueron llevados en 1750 de Sudamérica a Europa. En 1859 Albert Niemann aisló por primera vez el alcaloide y desde 1879 se empleó la cocaína para tratar la dependencia de morfina. Hacia 1884 se empezó a usar como anestésico en clínicas en Alemania, aproximadamente al mismo tiempo Sigmund Freud escribió sobre sus efectos en su obra *Über Coca* (*Sobre la coca*). Hasta mediados del siglo XIX la coca y sus derivados gozaban de gran prestigio como estimulantes con uso terapéutico, tiempo después, esos mismos beneficios comienzan a percibirse como "riesgos seductores" que acabarían siendo una "amenaza para la sociedad", sin embargo, es hasta la segunda mitad del siglo XX que se determina científicamente el daño al sistema nervioso central.

Como vasoconstrictor ayuda a detener hemorragias e inhibe la trasmisión de impulsos en las fibras nerviosas. Debido a esto se convirtió en el primer anestésico local para cirugía. Se le usaba en intervenciones oftálmicas y de otorrinolaringología, hasta que el descubrimiento de otras sustancias no dañinas como la benzocaína, la lidocaína y la procaína lo que contribuyó a su sustitución.

En Perú la coca se conoce como *chacchar*, que proviene del quechua *chakchay*, masticar; para ello las hojas de coca se mezclan con *llipta*, que es la ceniza obtenida de la quinua, tabaco, maíz o cualquier otra planta rica en sustancias alcalinas, a la cual se le adiciona sal eventualmente. El hecho de *chacchar* es un acto ritual o social en las comunidades andinas de Perú, enmarcado en un contexto mágico-religioso.

Básicamente hay dos formas químicas de la cocaína: las sales y los cristales. El clorhidrato, la forma más común del polvo de cocaína, se usa con agua aplicada de manera intravenosa o en polvo inhalada o fumada,

en muchas ocasiones se vende mezclada con diversas sustancias como talco, azúcar, maicena, etc. Cuando se vende en forma de piedras blancas o amarillentas se llama *crack*, *roca* o *bazuco*, generalmente en esta forma está combinada con bicarbonato y se fuma en pipas de vidrio.

Los efectos de la coca son inmediatos y consisten en euforia, excitación, sensación de vigor o fortaleza física, elevación de la autoestima y la confianza en uno mismo, pérdida del efecto de abuso de alcohol, llegando a la irritabilidad. Este efecto dura desde varios minutos hasta una hora y declina en forma de gran ansiedad y depresión, por lo que generalmente repiten la dosis produciéndose la adicción, alteraciones mentales complejas, dolor de cabeza, vértigo, descoordinación de movimientos, ansiedad, insomnio, alucinaciones, depresión o incluso la muerte.

La cocaína actúa en el cerebro bloqueando la recaptura de los neurotrasmisores de dopamina, norepinefrina y serotonina. El sistema nervioso periférico puede verse también afectado por la cocaína, con efectos como la vasoconstricción, dilatación de las pupilas, aumento de la presión sanguínea y arritmia cardiaca de ahí que la cocaína aumente el riesgo de sufrir trombosis, derrame cerebral e infarto al miocardio, acelere la arteriosclerosis y provoque paranoia transitoria en la mayoría de los adictos. Como resultado de la acción supresora en los centros reguladores de apetito en el cerebro el consumidor experimenta falta de hambre; su inhalación constante provoca la degeneración del tejido local dañando la mucosa.

En caso de ser fumada habitualmente, esta droga ocasiona infecciones en las vías respiratorias e incluso puede llegar a provocar un edema o hemorragia pulmonar. Los síntomas de abuso son similares a los de un resfriado crónico combinado con insomnio y pérdida de peso. En casos graves de abuso se experimentan mareos, vómitos, irritabilidad y alucinaciones con temas recurrentes como insectos que circulan bajo la piel; además, hay perforación del tabique nasal en caso de inhalarla o infecciones cutáneas al inyectarla.

Se dice que la cocaína no provoca dependencia física, no obstante, la dependencia psíquica que despierta es muy alta. Diversos estudios científicos han demostrado que la tolerancia es baja, es decir, los pacientes pueden seguir tomando la dosis original durante largos periodos y experimentar aún la misma euforia. Sin embargo, algunos incrementan la dosis para intensificar y prolongar sus efectos.

En vista de que la cocaína no provoca adicción a nivel físico, su retiro no produce ningún síndrome de abstinencia y los síntomas asociados al consumo prolongado se revierten con relativa rapidez. Únicamente suelen presentarse ansiedad y depresión que pueden durar desde unos días hasta varias semanas.

Hay otras drogas de abuso en los homicidas, como las anfetaminas y metanfetaminas. Estas drogas se han puesto "de moda" entre los adolescentes en México, entre ellas se encuentran el éxtasis, drogas psicodélicas, drogas de amor y otros derivados que se usan en las fiestas o en los antros de moda. Estas drogas provocan estimulación del sistema nervioso central, sensación de bienestar, sensación de empatía aumentada y desinhibición; ansiedad, problemas respiratorios, disminución del apetito, pérdida de peso y cuando se consume de manera crónica aparecen cuadros similares a la esquizofrenia paranoide, que sólo se diferencian de ésta por el antecedente de consumo de drogas.

La fenilciclidina (PCP) es un producto que altera el sistema nervioso central, se le considera entre los alucinógenos, también llamados "anestésicos disociativos" de toxicidad crónica. La problemática principal es que en el inicio de la adicción el sujeto puede no advertir cambio alguno en su organismo y rápidamente llegar a la violencia y posteriormente al coma.

En otros casos sí hay cambios evidentes en el sistema nervioso central del individuo que puede presentar depresión respiratoria, hipertensión, convulsiones, psicosis, agitación, síntomas paranoides, trastornos del pensamiento, hostilidad, agresividad, imagen corporal alterada y alteraciones sensoperceptuales mezcladas, en donde los consumidores refieren "oír colores, ver la música u oler los sonidos", etc. Esta psicosis puede prolongarse sin tener relación con la cantidad o frecuencia del consumo, simulando una esquizofrenia paranoide o esquizofrenia con síntomas afectivos o depresiones graves; esta sintomatología se mantiene por horas, varios días y en algunos casos hasta por varios meses.

Los derivados del opio, como la morfina, la codeína, la heroína y los analgésicos narcóticos han sido usados médicamente como analgésicos, sobre todo en enfermedades terminales para evitar el sufrimiento del paciente, sin embargo, muchos pacientes los usan con fines diferentes. Estas drogas provocan somnolencia, náuseas, depresión respiratoria, coma y muerte; en ocasiones pueden provocar euforia y estados de agitación con violencia. En México el consumo de derivados de opio no es significativo ni se considera problema de salud pública, por su bajo índice de consumo.

Hay muchas otras drogas que se consumen en México como hongos, peyote, inhalantes, etc., pero éstas no se mencionan porque no es frecuente la conducta homicida con su consumo, sin embargo, estas personas pueden presentar periodos de agresividad indiscriminada, por lo que debemos siempre hacer una historia clínica adecuada y buscar de manera clara y dirigida el consumo de drogas, especificando cuáles y con qué frecuencia se consumen, así como los cambios en la conducta que el mismo paciente o su familia pueden observar.



Capítulo 5

# ASPECTOS legales

## ¿CÓMO VALORAMOS AL HOMICIDA?

El homicidio ocurre desde los principios de la Humanidad, cuando los humanos tenían un comportamiento más cercano al animal y se mataban entre sí para ocupar los rangos jerárquicos en la sociedad. En la *Biblia* se menciona el delito de homicidio de cómo Caín mató a su hermano Abel. Para su estudio, se puede dividir en dos fases, la primera o *subjetiva* en la que aparecen los motivos de la persona para cometer el delito, en la segunda o fase *objetiva* se lleva a cabo la acción u omisión.

Para valorar el grado de culpabilidad de un homicida se tomará en cuenta la voluntad del hecho realizado. Así, se calificará al homicidio como *doloso*; en cambio, el delito *culposo* es aquel que sucede por negligencia o imprudencia, es decir, debió preverse y evitarse pero por alguna razón no se hizo. Existe también el *homicidio fortuito*, que es imprevisible, inevitable y por tanto no constituye un delito.

El *homicidio preterintencional* se provoca sin intención, pero realizando acciones de manera dolosa para dañar a una persona, es decir, no había el deseo de matar, pero es consecuencia de las acciones.

## ¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE EL IMPUTABLE Y EL INIMPUTABLE?

*Imputar* significa atribuir; en materia penal, la imputación de un delito a una persona consiste en atribuírselo, en ponerlo a su cuenta para establecer una sanción. En el campo del derecho penal implica la capacidad de querer

y entender, que se refiere a la capacidad condicionada por la madurez y la salud mental del sujeto para comprender el carácter ilícito de un hecho y determinarse o conducirse de acuerdo con esa comprensión con respecto de un acto o una omisión.

Hasta fines del siglo XVIII se tiende a unificar criterios sobre la "falta de razón", dando como resultado el concepto sobre "la incapacidad para cometer un delito". En el siglo XIX el concepto evoluciona y se habla de la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho por una perturbación o una debilidad mental.

Imputable, entonces, significa que los hechos son atribuibles a un individuo mentalmente normal; este es un concepto de contenido médico y repercusión jurídica, por ello, a pesar de que el problema de la imputabilidad corresponde al médico psiquiatra, algunos juristas dicen que el término "les pertenece" y que los psiquiatras nada tenemos que opinar al respecto. Sin embargo, es el psiquiatra quien debe determinar el diagnóstico y a través de éste la capacidad de obrar del sujeto (querer y entender), para que a su vez el jurista determine la imputabilidad o inimputabilidad del delito y con ello la sanción o se determine la situación jurídica del inculpado.

Los elementos básicos de la imputabilidad son: la inteligencia o conocimiento con el respectivo discernimiento de los actos y la libertad para actuar o llevar la voluntad a lo que se desee. La capacidad de querer debe incluir la voluntad subjetiva de realizar un acto (planeación) y la voluntad objetiva que domina dicha realización (acción). Por su parte, la capacidad de entender es la capacidad mental relacionada con la inteligencia, la capacidad para razonar, el juicio crítico, las capacidades de abstracción, síntesis, comprensión, etc. El que mejor prevé más entiende; inteligencia no es sino previsión, pero también implica el grado de adaptación al medio.

En resumen, imputabilidad incluye un conjunto de condiciones psicológicas, biológicas, sociales y éticas. Para poder establecerla, es necesario que el sujeto cuente con la madurez fisiológica y psicológica, la conciencia plena de cada uno de los actos que se realizan, la voluntad para poder hacerlos y la libertad para escoger entre lo que se hace o lo que no se hace.

*Inimputabilidad* es lo contrario a la imputabilidad, se refiere a la falta o disminución de la inteligencia o desarrollo de la mente, o falta de salud mental, que impide o perturba la capacidad de conocer del deber y la falta de voluntad para realizar un acto antijurídico; estos trastornos pueden ser pasajeros o permanentes y se considerará a una persona inimputable cuando por la naturaleza de su enfermedad lo sea en el momento de cometer el ilícito.

Para definir la imputabilidad se tiene que determinar primero la existencia o ausencia de enfermedad o retraso mental. En el artículo 15, fracción VII, del *Código Penal Federal* (29 fracc. VII del *Código Penal para el D. F.*), se señala como causa de inimputabilidad, que "al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiera provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible".

El sujeto que siendo inimputable realice una conducta ilícita, no será sujeto de responsabilidad penal, sin embargo nuestra legislación prevé medidas de tratamiento para dichos sujetos, las que aún, sin ser penas propiamente dichas, dan protección a la sociedad.

## ¿CÓMO IDENTIFICAMOS QUIÉN ES IMPUTABLE O QUIÉN NO LO ES?

La falta de desarrollo mental, la inmadurez mental o falta de inteligencia y la falta de salud mental son causas de inimputabilidad, pero el diagnóstico no es simple, pues en cuanto a retraso mental se refiere se consideran imputables aquellas personas que padecen retraso mental limítrofe y retraso mental leve; en cambio, las personas que padecen retraso mental moderado o mayor serán inimputables.

Igualmente, en el caso de enfermedad psiquiátrica o mental existen parámetros para considerar imputable a una persona, ya que no sólo padecerla es suficiente para ser inimputable. Se dice que quien conserve su inteligencia y su voluntad o libre albedrío para elegir será considerado como persona con capacidad de querer y entender y con ello se afirma su imputabilidad.

Las personas que carecen de voluntad o libre albedrío, o de su capacidad para querer y aquellas que no entienden por falta de inteligencia o enfermedad mental son las personas que consideramos inimputables.

La capacidad de querer o capacidad volitiva (de voluntad), jurídicamente, nos lleva al sentido doloso de una acción encaminada para alcanzar una finalidad. Sabemos que se quiere sólo lo que se conoce, por lo que quien tiene la capacidad de querer es una persona que está en condiciones de aceptar o realizar un acto de manera voluntaria, querer es también obrar con autonomía, es libertad de acción, libre albedrío, realizar la propia autonomía espiritual; es el resultado de la libertad interna que nos conduce a

exteriorizar nuestros deseos y conducirnos de acuerdo con la comprensión de nuestra voluntad, es querer realizar algo.

El libre albedrío es la cualidad de la voluntad que permite la elección; el ejercicio del libre albedrío es la libertad humana, que se conoce como la facultad de acción, es decir, se pueden escoger acciones (lo que se hace) y omisiones (lo que no se hace) para determinar el acto.

En el campo moral, la libertad se refiere a las normas de conducta asimiladas por la conciencia. Es libre moralmente el ser humano para ejecutar todo lo que es bueno, pero no es libre para hacer el mal. La ética admite el buen uso de la libertad, pero no acepta el abuso de la misma. Por ello, debemos comprender el grado de libertad y responsabilidad del individuo en diversas actuaciones.

En el campo de la objetividad la capacidad de querer no existe, ya que sólo se puede deducir, inferir o concluir conforme a las circunstancias y el sujeto mismo es el único que sabe lo que desea y quiere, es por ello que se hace necesario el estudio antes, durante y posterior al delito, en este caso el homicidio, para evaluar adecuadamente en su conjunto la historia previa del homicida, las circunstancias que rodearon al hecho delictivo, los posibles desencadenantes de cada conducta, etcétera.

Para comprender de mejor forma la intención de una persona al momento de cometer un delito, es necesario entender el dolo. El *dolo* jurídicamente es la intención y lo constituyen dos elementos, a saber:

- La *voluntad,* debe ser consciente y dirigida a la ejecución de un hecho típico; es la capacidad de hacer algo percatándose verdaderamente del resultado.
- El *conocimiento,* se refiere a la comprensión del hecho y, para su estudio, se divide en dos aspectos:

  – Conocimiento de las circunstancias del hecho, tanto las que fundamentan la pena como las que excluyen o atenúan a la misma.
  – Conocimiento de la antijuridicidad, entendida como la comprensión de la injusticia del hecho en conjunto.

En tanto, dolo equivale a intención, el elemento principal del mismo será la voluntad de acción dirigida a un resultado. El dolo debe contener un elemento intelectual o conocimiento de lo que se hace, existe también un elemento afectivo o emoción así como la orientación o dirección de la conducta, por eso, para los autores de la *teoría finalista* (de la finalidad), el dolo va a equivaler a la finalidad de la acción y por tanto se va a ubicar en un concepto social, es decir, en tanto el sujeto puede prever –dentro de ciertos

límites– las consecuencias posibles de su conducta, el ser humano puede determinar su finalidad.

## ¿HAY ATENUANTES PARA LOS HOMICIDAS?

El artículo 136 del *Código Penal Federal* dice: "al que en estado de emoción violenta cause homicidio o lesiones se le impondrá una tercera parte de las penas que correspondan por su comisión. El sujeto activo del delito vive una intensa conmoción del ánimo que provoca un desorden del comportamiento, la pérdida del dominio de su capacidad reflexiva y la disminución de sus frenos inhibitorios que desencadenaron el delito".

La existencia de este artículo genera confusión tanto en juristas como en psiquiatras, ya que no hay una definición clara del motivo o circunstancia que "atenúen su culpabilidad".

*Emoción violenta* es un estado emocional o psíquico de muy corta duración, en el cual la persona reacciona sin juicio, sin la capacidad para controlar los impulsos ni la voluntad, es decir, el sujeto quiere realizar el acto aunque no está plenamente consciente del alcance o las consecuencias del mismo, es por esta razón que se considera a estas personas con la "imputabilidad disminuida".

La emoción violenta es un Trastorno Mental Transitorio incompleto en el que encontramos una personalidad previa con emotividad intensa, generalmente involucra a sus afectos primarios (miedo, cólera, amor, etc.) de forma inicial; estas personas presentan estados psicoafectivos peculiares. Generalmente se desencadena cuando el sujeto experimenta ira a consecuencia de un "dolor en el honor", ya sea de manera personal o a través de la familia. Es de suma importancia, por esta razón, considerar circunstancias o motivos éticos y culturales de la persona que se va a evaluar, sin olvidar también los motivos físicos o los que afectan la integridad física.

Personalmente, afirmo que la emoción violenta como tal no existe, ya que todos los homicidas atraviesan por un periodo transitorio de confusión en el momento de cometer el acto ilícito, en el cual hay una serie de emociones que llevan al sujeto a actuar en consecuencia. Sin embargo, no se ha revisado de manera científica y actualizada lo relativo al *Código Penal*, por ende sigue vigente ese concepto, que a mi juicio es erróneo, ya que no hay una emoción violenta que lleve al acto homicida, sino que es una alteración mental lo que lleva a un sujeto a cometer un homicidio; entonces, si se entiende de esta manera, desaparecería el concepto de "emoción violenta" como atenuante de responsabilidad.

## ¿QUÉ ES UN TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO?

El Trastorno Mental Transitorio (TMT) es un término jurídico que no ofrece una clara relación con circunstancias médicas, por lo que ha sido vagamente entendido, por ello es necesario conocer primariamente la concepción jurídica para después aplicarlo al campo médico psiquiátrico.

Jurídicamente, el TMT es una alteración pasajera de las funciones mentales diferente a la enfermedad mental, es de muy rápida aparición y no deja huella alguna, es de curación completa, definitiva y sin posibilidad de reaparecer. Para ser estimada como "eximiente de responsabilidad", la persona debe estar en situación de notoria inconsciencia, es necesaria la ausencia de razón y un total debilitamiento de la voluntad, es decir, se anula el libre albedrío.

El origen del TMT, se debe casi siempre a causas externas o exógenas o a reacciones consecuencia de un choque emocional o psicofisiológico, sin embargo, no todas aquellas entidades patológicas que conocemos como "reactivas" se consideran TMT y debemos hacer un diagnóstico diferencial adecuado.

Por ser el TMT de aparición brusca, breve duración, curación completa y sin secuelas, son de suma importancia los factores cronológicos para realizar el diagnóstico, ya que si el estado patológico se prolonga, se descarta el TMT. La duración del TMT siempre es breve, de minutos a pocas horas, ya que si permanece mayor tiempo se trata de enfermedad mental.

Sabemos que la enfermedad mental se inicia de manera insidiosa, incrementándose paulatinamente y con síntomas desencadenantes o previos; en cambio, en el TMT la aparición es brusca, si bien para que se provoque es necesario que exista un fondo patológico leve o "susceptibilidad" para sufrirlo, se manifiesta sólo en personas con anormalidades leves en su personalidad o manera de ser. La intensidad ha de ser tal que el sujeto llegue a la inconsciencia en sus determinaciones o a la inhibición completa de la inteligencia, con alteraciones en el conocimiento y anulación de la voluntad, es decir hay ausencia de la voluntad y disminución de la razón.

Una vez que termina el TMT el sujeto vuelve a ser lo que era y no se observa en él secuela alguna, es por ello que hacer el diagnóstico resulta difícil, pues no hay, en el momento de la intervención pericial, síntomas objetivos por valorar y el examen es por demás subjetivo, lo que causa confusión no sólo en los juristas, sino también en los psiquiatras.

El TMT es extraordinariamente raro, pero con frecuencia se diagnostica erróneamente ya que muchos defensores buscan "encajar" a sus

defendidos dentro de este diagnóstico para buscar la disminución de la pena.

Considero que todas las personas, durante la comisión de un delito grave (cualquiera que éste sea), presentan un sinnúmero de estados emocionales y es precisamente por estas alteraciones mentales que el sujeto delinque. Por ello, el TMT no debe considerarse eximiente de responsabilidad, a través de estos estados emocionales debemos hacer un estudio científico del delincuente, en especial del homicida, y no confundir términos jurídicos con situaciones neurofisiológicas.

## ¿QUÉ ES UN ESTADO PASIONAL?

Es un sentimiento complejo de arrebato y obcecación en donde hay una pérdida temporal de la imputabilidad como consecuencia de celos, retos, injurias, etc., todas ellas "ofensas al honor". Cada persona resulta herida en sus sentimientos conforme a su forma de ser, su educación, cultura o medio social en el que se desenvuelve, sin embargo, hay factores de la personalidad que pueden desencadenar estos estados.

Para que se desarrolle un estado pasional es necesario:

1. La existencia demostrada de los estímulos capaces de provocar arbitrariedades psíquicas en el sujeto que comete el homicidio.
2. Que estas arbitrariedades tengan como origen un estado pasional que disminuya la inteligencia o la voluntad.
3. Que las causas que determinan este estado provengan de la víctima.
4. Que los estímulos sean repudiados por la norma sociocultural que rige la convivencia social o familiar.

Los estados afectivos están compuestos por emociones, afectos, sentimientos y pasiones. Dentro de las emociones primarias encontramos el miedo, la cólera y el amor y sabemos que cuando estamos viviendo uno de estos estados perdemos en mayor o menor medida la capacidad para razonar, se sabe también que las emociones primarias aseguran la conservación del individuo. Entre las emociones encontramos la angustia, la ansiedad, la pena, el disgusto, la vergüenza, la repugnancia, el susto, la felicidad, la alegría y el optimismo.

Es muy importante hacer el diagnóstico preciso del estado afectivo, tanto antes como durante el hecho delictivo, para poder establecer si aparece "el estado pasional"; no debemos confundir un estado pasional con un estado de emoción violenta, ya que el estado pasional será siempre a

consecuencia de una pasión, mientras que el estado de emoción violenta será generado por una alteración en el honor (desde la perspectiva jurídicamente).

Mi criterio difiere de los criterios jurídicos en cuanto a atenuante o eximiente de responsabilidad, pues aun cuando se pueda "ajustar" (en casos raros y particulares) el estado durante el hecho típico a un TMT, sea por emoción violenta o por estado pasional, si analizamos profundamente lo sucedido en cada homicidio obtendremos siempre un resultado confuso al respecto, pues todos los homicidas experimentan estados emocionales durante la comisión del delito; por ello, no se deberían establecer esos criterios como atenuantes de responsabilidad, pues entonces todos los homicidas caerían en estados emocionales durante el delito y estarían en situación de atenuar su responsabilidad. Es por esto que los términos de emoción violenta y estado pasional deberían desaparecer del lenguaje jurídico y en su lugar debería ampliarse el estudio médico psiquiátrico, neurofisiológico, neuropatológico, etc., de los homicidas.

Se sabe que durante la comisión de delitos graves, en especial el homicidio, hay reacciones somáticas específicas. Por ejemplo, ante la cólera o el miedo (independientemente de qué factor las cause) hay aumento del ritmo cardiaco, reacciones para la preparación de la lucha como cerrar los puños o apretar los dientes, también hay un estado de alerta provocado por la información sensorial que se recibe y que predispone a huir o a atacar, por lo que se secretan diversas sustancias con acciones específicas cada una, como adrenalina, noradrenalina, serotonina, etc. Diversas partes del cerebro se relacionan con la respuesta a estas sustancias, así, el tálamo está conectado con una de las estructuras fundamentales del cerebro emocional, la amígdala, que se encarga, entre otras importantes funciones emocionales, de detectar o percibir estímulos en busca de alguna amenaza y de la reacción ante ésta. Esta vía nerviosa es muy rápida y permite a la amígdala responder a la información antes de que lo haga el neocórtex, lo que explica que sean las emociones las que nos "dominen" o dominen nuestra "voluntad" en lugar de ser la conciencia la que lo hiciera.

El hipocampo, por su parte, nos permite agudizar la memoria en el contexto de los hechos vividos mientras que la amígdala va a registrar la parte emocional, por lo que si domina la amígdala, recordaremos las "emociones vividas", en mayor medida que los hechos acontecidos. Por su parte, el lóbulo prefrontal es el responsable de la comprensión de que algo amerita una respuesta emocional de tal o cual intensidad, por eso en pacientes con daño en este lóbulo las respuestas agresivas serán mayores que en sujetos sanos.

Se sabe que las perturbaciones emocionales alteran las facultades mentales, principalmente la memoria; con ello se dificulta la capacidad de

aprendizaje, por lo que cuando estamos coléricos no podemos aprender con facilidad. En la mayoría de los homicidas estudiados se ha encontrado disfunción frontotemporal y alteraciones en estructuras subcorticales primitivas como la amígdala, esto se traduce en comportamientos irresponsables, arriesgados, impulsivos e inmaduros, así como dificultades para resolver problemas o para procesar grandes cantidades de información verbal, la que se asocia al fracaso escolar y laboral e incluso a la incapacidad en los procesos con significados emocionales. Esta dificultad se refleja al intentar establecer relaciones afectivas adecuadas y profundas, de allí su insensibilidad ante el dolor ajeno, su falta de empatía o su deslealtad.

Diversos estudios establecen una relación entre la edad y el inicio y declinación de la conducta violenta de los homicidas; se afirma que la conducta homicida aparece entre los 16 y los 40 años de edad y que posteriormente disminuye. Se podría pensar que por maduración neurohormonal desaparece la conducta violenta; sin embargo, no es posible generalizar esta idea, pues hay reportes de algunos homicidas mayores de 40 años.

Por eso, cuando observamos los síntomas mencionados en personas que no han delinquido, debemos ofrecer un tratamiento de manera inmediata con un estudio completo elaborado por psiquiatras, para detectar estas anormalidades de manera oportuna y así evitar la comisión de un delito o las manifestaciones violentas, cualesquiera que éstas sean.

## ¿CUÁL ES LA FUNCIÓN DE LOS PSIQUIATRAS ANTE EL CRIMEN?

Hasta el siglo XVIII nadie pensaba en la unión del Derecho y la locura a excepción de algunos casos reportados en el Derecho canónigo y otros en los que el Derecho civil empezaba a incursionar por el advenimiento de la Revolución Industrial, describiéndose el inicio de "los riesgos a terceros", que podían haber sido causados por alguien negligente o incapaz de tener responsabilidad civil.

A comienzos del siglo XIX, en Francia, se funda la psiquiatría como especialidad médica y a partir de ese momento los psiquiatras se encargan de definir si los criminales eran en realidad "enfermos mentales". Los psiquiatras adquieren un poder social que les va a permitir introducirse al campo de la ciencia jurídica y cuestionar los caminos hasta entonces seguidos por los juristas. Se sabe que desde 1820 la institución penal se acerca al saber médico y se empiezan a realizar las primeras pruebas periciales psiquiátricas. Desde entonces se empieza a discutir sobre el origen orgánico o psíquico de las enfermedades mentales y se proponen tratamientos físicos o

psicológicos para su curación, aunque el motivo principal era tratar el peligro social y no la enfermedad como tal.

Históricamente, varios autores describen las conductas patológicas de manera monstruosa, con lo que la enfermedad mental se entiende como una forma única de enfermedad cuya consecuencia es el crimen; se asocian crimen y locura y se dice que el homicida padece una monomanía, entendiéndose a esta "manía única" como una enfermedad que termina con la comisión de un homicidio o que esta enfermedad provoca crimen absoluto.

El conocimiento se generaliza y se acepta que el estado de alienación (enfermedad mental) es incompatible con la responsabilidad, se empieza entonces a dar valor al estudio del culpable incluyendo su naturaleza, intereses, maldades, corazón, inclinaciones, etc., para formarse una imagen del culpable y su forma de ser o reaccionar, sin embargo, por falta de personal capacitado en muchas ocasiones se encontraban los juristas, por un lado, con el acto (el crimen) y, por otro, con el culpable (presunto autor). Sin embargo, nada se sabía de este sujeto y los defensores argumentaban que no se podía castigar a alguien de quien no se sabía el o los motivos para cometer el delito, por lo que los jueces exigían que el autor respondiera una serie de preguntas relacionadas con los motivos que lo llevaron a actuar de tal manera, es decir "la conciencia" del acto mismo, complicándose con ello los resultados pues el autor ignora por completo los motivos reales que lo llevan a cometer el delito y, en general, los motivos que proporcionaban eran respuestas que obedecían a la presencia de enfermedades, pero que en ese entonces (siglo XIX) no se entendían y se consideraba que los homicidas respondían de manera "engañosa". Esto provocó que los fiscales (acusadores) se limitaran a hacer valer la ley, argumentando que la locura no existía y que sólo eran patrañas de la defensa para impedir el castigo, por ello exigían que se aplicara la ley, lo que a pesar de los 200 años transcurridos sigue ocurriendo en nuestra sociedad.

Los médicos, por su parte, exigían que se estudiara no sólo al sujeto, sino también al acto mismo y sus relaciones, integrando el acto con las conductas del homicida y de la víctima, argumentando que para castigar es necesario conocer a quién se castiga y cómo reacciona, ya que decían que no se podía "condenar a quien no se conoce".

La situación se complica cuando los crímenes no han estado precedidos o seguidos de ningún tipo de síntomas reconocibles o tradicionalmente considerados como locura. Entre más grave es el homicidio menor es el deseo por parte de los juristas de aceptar la enfermedad mental, como si pensaran que con el diagnóstico "se perdona la acción"; así, la medicina y el Derecho penal se han vuelto una encrucijada.

En 1840 empieza a cambiar la concepción de "enfermedad única" por "enfermedad parcial", es decir, periodos o momentos en que se desencadena una acción que lleva al hecho delictivo. A partir de entonces se tratará de explicar social y penalmente si el autor del crimen es por completo un enfermo mental o si por el contrario sólo padece una enfermedad parcial, así, se describen enfermedades como la necrofilia (1840), la cleptomanía (1860), el exhibicionismo (1876) y otras, que por sus características permiten asociar el origen médico y la repercusión jurídica.

El único motivo por el que los juristas han aceptado la participación de los psiquiatras en el ámbito legal es precisamente para valorar la acción punitiva, porque los juristas sancionan, castigan e incluso matan justificándose en la aplicación de la ley y posteriormente se olvidan de los acusados como si con esto se solucionara la problemática, en lugar de reformar verdaderamente la condición que los llevó a delinquir y en especial a cometer homicidios.

Aparecen entonces los modernos humanistas, quienes piden una "pena social con la aplicación de un tratamiento". Se empieza a hablar de la eliminación provisional de la peligrosidad mediante tratamientos médicos, en especial del tratamiento psiquiátrico.

## ¿Y LOS ABOGADOS CÓMO LO ENTIENDEN?

Desde el punto de vista legal, el homicidio se clasifica de la siguiente manera (Osorio y Nieto):

- *Homicidio simple doloso.* Se refiere a hacer algo, de manera voluntaria, que provoque la muerte de una persona sin que exista en el sujeto activo una reflexión previa respecto a la conducta que va a realizar. En este tipo de homicidio tampoco existe la situación de superioridad frente a la víctima.
- *Homicidio simple doloso por omisión.* Aquellos homicidios en los que se presenta la muerte por no haber realizado algo que la evitara, es decir por no ayudar pudiendo hacerlo. Se llama *homicidio por omisión* cuando el sujeto activo se abstiene de realizar un acto que debió efectuar y que no realiza con el fin de causar daño jurídico o material, por ejemplo, la madre que para causar la muerte de su hijo se abstiene de alimentarlo.
- *Homicidio culposo o imprudencial.* Consiste en actuar de forma imprudente, negligente, falta de atención, cuidado y reflexión, que produce un resultado delictuoso. El activo no desea realizar una conducta que lleve a un delito, pero lo realiza; es decir, no tiene el ánimo

o deseo de acabar con la vida del sujeto pero lo hace por causas que no son necesariamente imputables al sujeto activo. En esta categoría podemos incluir a aquellos médicos que por falta de cuidado o responsabilidad hacia el paciente lo llevan a la muerte.

- *Homicidio preterintencional.* El agresor causa un mal mayor al que originalmente tenía planeado; no quería la muerte, pero la provocó. Como ejemplo de ello tenemos los casos en los que los homicidas declaran que "se les pasó la mano".
- *Homicidio-suicidio.* Se considera a aquella persona que auxilia, ayuda o induce a otra persona para suicidarse.

Afirmamos que existe *premeditación* cuando se reflexiona previamente al hecho: se considera y valora la circunstancia, sus variables, se eligen el momento y la forma de ejecución. Este tipo de conducta la presenta un sujeto con una profunda inclinación delictiva que lo impulsa a realizar el acto homicida.

La *ventaja* consiste en una situación de tal superioridad que el agresor no corra ningún riesgo al realizar su conducta delictiva, de manera que la agresión implica casi necesariamente la muerte de la víctima sin riesgo alguno para el activo, lo cual explica el hecho de que el homicidio ocurre en condiciones de un total y absoluto desequilibrio, por lo que se sanciona con una pena mayor que el homicidio simple intencional.

El término *alevosía* se refiere a lo súbito e inesperado de la agresión que deja al pasivo en un estado de indefensión, es una situación en la cual, por las características del ataque, no le permite de manera alguna rechazar o evitar al agresor o en su caso huir.

La palabra *traición* implica que el sujeto pasivo (víctima) también se encuentra en una situación de inferioridad con respecto del activo, pues en razón de la confianza tácita o expresa que existe, el pasivo no puede prever ni evitar la agresión de quien supuestamente debiese ser la persona de la que no era posible o razonable esperarla. Esta situación justifica plenamente que la conducta homicida con el elemento traición se sancione con mayor dureza que el homicidio simple intencional.

Algunos autores clasifican a los homicidas de acuerdo con las personas que agreden, así, el *parricidio* se refiere a dar muerte al propio padre o madre conociendo ese parentesco; el *filicidio* es la muerte hacia el hijo o hija, también llamado *infanticidio; fraticidio* es dar muerte a un hermano,. *conyugicidio* es la muerte provocada por una mujer a su esposo, y lo contrario, cuando es el varón quien mata a la esposa, se llama *uxoricidio*. Otros autores toman como parámetro el tipo de arma con la que se comete el homicidio, así, los llaman homicidio por arma blanca, homicidio por arma de fuego, etcétera.

## ¿CON QUÉ TIPO DE ARMAS SE COMETEN HOMICIDIOS?

Se define como *arma* aquellos instrumentos fabricados con el propósito de producir amenaza, lesión, daño o muerte a una persona. Las armas se clasifican en:

- *Armas de guerra.* De uso restringido y de uso civil, definidas estas últimas como aquellas que, con permiso de la autoridad competente, pueden tener o portar los particulares con fines de defensa personal, uso deportivo y de colección. Al respecto, es primordial establecer que existen otras armas en manos de particulares, así, se encuentran las armas cortantes (cuchillos) o las contundentes (un mazo), que no necesariamente fueron elaboradas para agredir.
- *Armas de fuego.* Producen la muerte por medio de la producción de gases, resultante de la combustión de pólvora o sus derivados, o bien por el impulso de un objeto denominado proyectil.
- *Armas punzantes.* Presentan un extremo sumamente agudo y su forma es cilíndrica u oval (picahielo, punta, varilla, etc.), tienen punta pero no filo.
- *Homicidios causados por asfixia.* Son aquellos en los que se impide la respiración tapando la entrada del aire, puede ser por sofocación, estrangulación, ahorcamiento y sumersión.
- *Homicidios causados por envenenamiento.* Es la muerte ocasionada al ingerir o respirar sustancias nocivas.

Con respecto a si se debe portar o no armas, hay dos posturas principales: una considera que un mayor número de armas reduce el crimen, así, en la medida en que los ciudadanos comunes puedan andar armados podrán defenderse, además la prohibición de estar armados crea un mercado negro dominado por bandas organizadas. La otra postura sostiene que a mayor número de armas circulando en la cotidianidad mayor será la violencia experimentada, y que la posesión de armas lleva al incremento de las tasas de homicidio; el argumento se basa en el hecho de que quien posee un arma está dispuesto a utilizarla. Sin embargo, es importante mencionar que, cuando se compara el índice de homicidios en países en donde se permite portar armas con otros donde no se permite, no hay diferencias significativas en el número de homicidios cometidos en un tiempo determinado.

## ¿Y LOS CRIMINALISTAS QUÉ DICEN?

Los criminalistas hablan de algunas subdivisiones conforme al lugar de los hechos o las evidencias encontradas; así, tenemos la clasificación siguiente:

- El *homicida organizado*, que planea cada una de las acciones (obsesivo) y que algunos consideran que lo hace por tener gran experiencia criminal.
- El *homicida desorganizado*, corresponde a aquel que no planea, ya sea por inexperiencia criminal o por juventud.
- El *homicida de grupos*, se puede considerar a aquel que ejecuta a su familia o a un grupo determinado de personas que se encuentran en un mismo lugar, como escuelas o centros comerciales, este tipo de homicidas generalmente finaliza su conducta con suicidio.
- El *homicida múltiple* es quien mata a un grupo de personas sin relación aparente, pero que él asocia con conceptos de su propia vivencia.
- El *homicida sedentario* es aquel que comete su crimen en la misma zona geográfica.
- El *homicida itinerante* es el que cambia de lugar geográfico para cometer sus crímenes con la intención de desorientar las investigaciones judiciales; se dice que entre éstos puede haber quien adopte diferentes identidades, lo que aumenta el placer del acto homicida.

## ¿Y LOS ASESINOS EN SERIE O SERIALES?

Este tipo de homicidas ha sido considerado por algunos como un fenómeno producto de la modernidad, sin embargo, hay reportes desde el siglo XV, en Francia, en donde se publicó que una persona de nombre Gilles de Rais secuestró, violó y mató a más de 100 jóvenes; existe otro reporte en Hungría, en el siglo XIV, en donde se detuvo a una mujer de nombre Elizabeth Báthory por la muerte de 600 jóvenes. Por ello podemos afirmar que asesinos seriales siempre han existido, aunque no se difundiera esta información.

Según el FBI, los *asesinos en serie* o *asesinos seriales* son personas que matan por lo menos en tres ocasiones con un periodo entre cada asesinato, estos homicidas tienen un intervalo de aparente normalidad entre un homicidio y otro; los *asesinos masivos* o *múltiples* son personas que matan mucha gente en un mismo lugar. En otros países se dice que con dos homi-

cidios puede ya considerarse a un homicida como serial, incluso con un solo crimen cuando existe el deseo de cometer un segundo pero no es posible llevarlo a cabo, entonces se considera *serial en potencia.*

Existe otro tipo de asesinos llamados *spree killer,* son personas que matan a mucha gente en diferentes lugares pero dentro de un periodo corto, que puede ser de pocas horas hasta varios días. A diferencia de los asesinos seriales, no vuelven a su comportamiento normal entre cada homicidio.

En ninguna clasificación actual se incluye a aquellos que cometen ataques terroristas o genocidio, pero pueden incluirse en cualquiera de estos grupos (seriales y múltiples).

Se diferencia a los asesinos seriales de los múltiples porque los primeros generalmente planifican sus homicidios con un patrón determinado de características de las víctimas, como sexo, edad, color del pelo, tono de voz, etc. En cambio, los homicidas múltiples lo hacen por motivos emocionales y en una sola ocasión.

Los homicidas seriales presentan una especie de adicción, así, entre más homicidios cometan más quieren volver a hacerlo, por lo que actúan con periodicidad; se dice también que tienen tendencias masoquistas y sufren con frecuencia trastornos sexuales.

El FBI ha clasificado a los homicidas seriales en *organizados* y *desorganizados,* esta clasificación técnica no es ni precisa ni adecuada desde el punto de vista científico, pero es una clasificación muy conocida en el mundo policiaco:

***a)*** Los *homicidas organizados* son personas que al tener mayor organización y planeación dejan menores evidencias, planifican los crímenes de manera metódica y por ello es más difícil su captura, incluso se les considera con mayor experiencia delincuencial. Son de mayor edad, tienen una apariencia normal, en ocasiones son considerados socialmente atractivos, tienen buena capacidad para comunicarse verbalmente; tienen un trabajo decente y una aparente estabilidad, se sienten superiores, con una gran autoestima. Es frecuente que secuestren a la víctima en un lugar, causen la muerte en otro sitio y se deshagan del cuerpo en otro; es frecuente también que engañen a las víctimas con mentiras diversas, en general suelen ser simpáticos, habitualmente muy sociables y agradables en su trato, tienen amigos, generalmente son casados o mantienen relaciones de pareja, incluso tienen hijos y ven por ellos, sin embargo, es común encontrar en ellos enojo contra las mujeres, por lo que con frecuencia cometen violaciones o se comportan de forma misógina, eso provoca que sus relaciones de pareja no sean duraderas. Se dice que no son disciplinados, se enojan con facilidad, son irritables y en la infancia se les identificó

como "el malo del grupo", con problemas escolares diversos; son personas inestables en el trabajo y se cree que son muy inteligentes, se interesan por el crimen prestando mucha atención a los medios de comunicación y a lo que se diga en ellos.

***b)*** Los *homicidas desorganizados* no planean su acción, por ello dejan más evidencias, que los vuelve más fáciles de capturar. Se les considera inexpertos, más jóvenes que los organizados; tienen una apariencia poco atractiva, se les considera de menor inteligencia y son impulsivos. Después de dar muerte a la víctima no suelen deshacerse del cuerpo, es frecuente también que hagan rituales con los cadáveres, como mutilarlos, mantener relaciones sexuales con ellos o inclusive comerlos (caníbales). Estos homicidas no son sociables, se les considera excéntricos, extraños o diferentes, no cuentan con amigos, se aíslan, son incapaces de relacionarse con los demás, o de mantener relaciones sexuales; internalizan su miedo y también sus enojos. Es frecuente que tengan historia de enfermedad mental o de mala disciplina, proceden de familias desestructuradas en donde frecuentemente hay alcoholismo, drogadicción o enfermedades crónicas, pueden tener empleos humildes pero al no tener relaciones sociales los pierden con facilidad, se sienten inferiores al resto de la gente, su casa o su persona denota suciedad o escaso orden. Es frecuente que odien a las mujeres.

Algunos homicidas se inician como organizados y al paso del tiempo se van desorganizando, descuidando los detalles que al inicio controlaban dejándose dominar por los impulsos. Varios autores han reportado en este tipo de homicidas personalidad múltiple o trastorno de identidad disociativo, por ello olvidan con frecuencia sus acciones o bloquean el recuerdo, y durante los interrogatorios niegan mucha información.

Existen muy pocos reportes formales de asesinos a sueldo o de personas que cometen homicidios seriales por motivaciones ideológicas o políticas, como los terroristas; otro grupo que se debe estudiar será los genocidas, en donde debemos buscar coincidencias en las alteraciones cerebrales.

Se han descrito en el mundo mayor número de homicidas seriales del sexo masculino, sin embargo, también hay mujeres. Los homicidas seriales son descritos como personas que ansían el poder, inadaptados, con sentimientos de inutilidad; es frecuente que hayan sufrido abusos físicos y sexuales en la infancia, humillaciones emocionales, dificultades económicas y violencia familiar, por lo que sienten deseo de venganza mostrándose sádicos, torturando a sus víctimas antes del homicidio o cometiendo actos violentos de tipo sexual para obtener placer previo al hecho.

Dentro de su historia familiar podemos observar que pertenecen a familias rotas o disfuncionales y es frecuente que fantaseen con tener familias

"ideales", también pueden llegar a distorsionar su propia historia. Al hacer la historia clínica podemos encontrar antecedentes de piromanía (prender fuego), crueldad con los animales, lo que es característico en la infancia y adolescencia, así como enuresis (orinar la cama). Es importante hacer ver al lector que la enuresis es frecuente en algunos niños y debe ser estudiada por médicos especialistas en psiquiatría, ya que no es normal orinar la cama después de los cinco años, pero no por ello serán homicidas, simplemente es un síntoma que debe estudiarse para evitar complicaciones a futuro.

Otras clasificaciones no científicas se basan en los motivos que llevan a cometer este acto, dividiéndolo en cinco categorías:

- Los *videntes*, describen alucinaciones que ordenaban cometer el homicidio para evitar alguna catástrofe supuestamente mayor.
- Los *misioneros*, este grupo de personas cree que sus actos están justificados para deshacerse de personas que consideran malas o nocivas.
- Los *religiosos*, que por un mandato "divino" consideran necesario el acto para obtener un bien religioso.
- Los *hedonistas*, cometen sus homicidios por el placer de hacerlo, disfrutando cada uno de los periodos del acto: búsqueda, selección de la víctima, tortura de la misma y el acto en sí. Algunos de ellos obtienen una excitación que no es necesariamente sexual, se observa con frecuencia la excitación por el "poder" y es frecuente la tortura de todo tipo.
- Los *asesinos a sueldo* o motivados por el beneficio económico.

Algunos casos reportados se han hecho con base en esta clasificación y los criminalistas o policías que los reportan lo hacen combinando estos cinco tipos. En otras ocasiones se considera que son capturados antes de cometer su segundo homicidio, por lo que no han sido clasificados como seriales, sin embargo, se ha observado que algunos homicidas cometen otras muertes dentro de cárceles y reclusorios, pretextando riñas que en apariencia no eran tan graves.

Se han descrito algunas fases por las que transita un homicida serial en el proceso de selección de la víctima, el homicidio como tal y la situación posterior al hecho delictivo. Así, se habla de una fase de aislamiento social en donde fantasean con muerte, destrucción, violencia o temas similares, después viene un periodo de "pesca o caza", en el que se busca a la "víctima ideal", inmediatamente aparece la etapa de "seducción" en la que los homicidas atraen a sus víctimas con engaños, manipulación y coqueteos, llevándolas hacia donde ellos quieren. Una vez que tienen a la víctima "capturada", disfrutan de las reacciones que presenta y sienten un gran placer con ello, por lo que en este periodo se presenta además la tortura con la

finalidad de aumentar el placer experimentado al ver sufrir a su víctima; posteriormente ocurre el homicidio como tal, que el homicida realizará de acuerdo con su personalidad, pero llegando siempre a un estado de excitación tal que lo vive como una fase de clímax. Después de cometer el homicidio, la mayoría de ellos procede a "obtener un recuerdo" y guarda objetos personales de la víctima que les permita recordar lo vivido, o incluso pedazos de su cuerpo que consideran sus "trofeos".

Posterior al homicidio aparece una etapa depresiva que puede ser importante y llevar al paciente a la ideación suicida e incluso al suicidio consumado. Finalmente, aparece una etapa que ellos mismos denominan como "una adicción", hay el deseo de repetir de manera compulsiva la acción para volver a experimentar cada una de las etapas, pero principalmente el placer de la acción.

Hay dificultades burocráticas para la captura de estos homicidas, pero no sólo ello: existen muchos prejuicios y errores de conceptualización respecto de estas personas que llevan a los investigadores a fallar en sus búsquedas, pues es frecuente que piensen que los homicidas seriales desean ser protagonistas de la captura y por ello disfrutan, posterior a su detención, de la información periodística en torno a ellos. La realidad es que, en efecto, gustan de leer y recortar todo lo que habla de su captura, pero no por ello desean ser capturados, no olvidemos que esconden sus verdaderas personalidades. Otro problema frecuente es que policías y criminalistas se dejan influir por el contenido de novelas, películas, canciones, etc., y buscan de manera errónea o hacen analogías fuera de la realidad.

## ¿A QUIÉN SE LE LLAMA "AUTOR"?

*Autor* es la persona que causa de manera eficiente o ejecuta un delito mediante una conducta física y una actitud psíquica determinante.

En Derecho se nombran varios tipos de autores, así, se llama *autor intelectual* a la persona que proporciona los elementos de planeación, anímicos, morales y psíquicos para que se realice el delito, *autor material* es la persona que va a realizar la actividad motora o física para llevar a cabo el delito, es quien lo realiza. El o los *coautor(es)* son los sujetos que en su conjunto ejecutan el delito, en cambio, los *cómplices* son aquellos que ayudan o realizan actividades indirectas para su comisión.



Capítulo 6

# LOS DIFERENTES

## ¿POR QUÉ DISCRIMINAMOS?

Los seres humanos discriminamos por infinidad de aspectos, por ejemplo, la edad, la raza, la religión, la orientación sexual, el nivel socioeconómico, la filiación política, la discapacidad, etc. Discriminar significa diferenciar; hay discriminación positiva cuando diferenciamos para reconocer, premiar o alabar a alguien, pero esta situación nos lleva al polo opuesto, que es distinguir a alguien por algo negativo, desagradable o que rechazamos considerándolo inferior, esto es la base de los prejuicios y es ahí donde empieza todo tipo de discriminación.

Las leyes nos permiten evitar la discriminación o tratar de evitarla, pues en muchas ocasiones son precisamente las leyes las que nos hacen discriminar de manera pasiva o activa, así, los organismos internacionales de derechos humanos nos permiten unificar algunos criterios para evitarla, sin embargo, hay factores que no han podido solucionarse de manera eficaz.

En la *Declaración Universal de los Derechos del Hombre* de 1948, que hiciera la Organización de las Naciones Unidas, se reconoce de manera internacional la necesidad de no discriminar, aunque ya anteriormente hubo necesidad de igualar las condiciones humanas, prueba de ello es la creación de los derechos de la mujer, a raíz del pronunciamiento de Clara Zetkin en 1889, en Copenhague, Dinamarca, durante el Congreso Fundador de la Segunda Internacional Socialista en París, por el derecho de las mujeres al trabajo y a la participación en los asuntos nacionales e internacionales y la protección de las madres, las niñas y los niños; además, por primera vez se manifiesta un consenso contra la guerra y se ratifica la paz mundial. A partir del reconocimiento mundial de este movimiento surge el conocido

Día Internacional de la Mujer, mismo que se oficializa el día 8 de marzo de 1977 por la Organización de las Naciones Unidas y que cada año festejamos, pero debía reconocerse de manera conjunta el Día Internacional contra la Guerra.

Reconocemos, entonces, a partir de esta fecha, las propuestas para mejorar la calidad de vida de las mujeres, esto nos ha permitido crecer como sociedad en muchos aspectos con respecto a la discriminación positiva y negativa hacia las mujeres, a pesar de que muchas personas aún no comprendan que la igualdad a la que se refiere este movimiento es la igualdad en oportunidades. El género humano es uno e indivisible, como lo han reconocido antropólogos, sociólogos, genetistas, biólogos, médicos y muchos otros científicos, pero el racismo aún no se erradica, y lo mismo sucede con la discriminación de los discapacitados mentales.

Los discapacitados mentales no son diferentes a nosotros, sólo están enfermos de alguna parte de su cerebro; curiosamente ningún ser humano discrimina al estómago y hace diferencias con los que padecen gastritis, ni tampoco nadie discrimina a los enfermos del riñón y hace distingos con los que padecen insuficiencia renal. Pero el cerebro sí se discrimina y por ende a todos aquellos que sufren de este órgano, incluso por los médicos quienes al no comprender la complejidad cerebral discriminan a quienes nos dedicamos a estudiar estas enfermedades.

Muy difícil ha sido y sigue siendo el convencer a la sociedad que los discapacitados mentales tienen las mismas necesidades que otros seres humanos: todos necesitamos comer, tenemos todos derecho a la salud, derecho a querer y a que nos quieran, pero a los enfermos del cerebro se les ha ignorado, denigrado, compadecido, humillado y ocultado históricamente.

Este rechazo tiene mucho que ver con la discriminación social o discriminación por el estrato social y las condiciones sociales, que se justifica en las oportunidades en el mercado del trabajo, la política, la economía, etc., pero la enfermedad mental o los enfermos mentales se desarrollan como cualquier otro enfermo, sin distingos ni diferencias en su evolución por pertenecer a uno u otro estrato social.

A través de la historia se ha creído de manera equivocada que los enfermos mentales son siempre inadaptados, sin ver que un gran número de ellos no lo es; también se sigue discriminando a los enfermos mentales como si fueran enfermos por "voluntad".

Debemos permitir la discriminación positiva en el campo de lo político y que los gobernantes dispongan de los derechos civiles para mejorar la condición humana de los enfermos mentales, asignando presupuestos y programas de salud específicos para este tipo de personas y enfermedades.

## ¿LA GENTE DE LA CALLE AGREDE?

En el imaginario social existe la idea de que la gente de la calle o marginada es mala, dañina, peligrosa e indeseable, sin embargo no es así, es gente que en general necesita trabajar, comer, amor; necesita todo y sale a la calle en busca de soluciones a sus problemas. Se dice que un país que abandona a sus niños y niñas en las calles no tiene futuro, como tampoco tiene pasado el país que abandona a sus ancianos.

Los organismos gubernamentales han querido proporcionar protección a grupos marginados o a grupos excluidos, pero en realidad no se ha entendido la problemática de fondo, ya que no es posible generalizar los motivos por los cuales sale la gente a la calle. Particularizar dificulta la ayuda que el Estado puede dar, ya que significaría un gasto extraordinario hacer un estudio de cada una de estas personas, pues cada uno tendrá motivos diferentes y por ende soluciones diversas a sus conflictos.

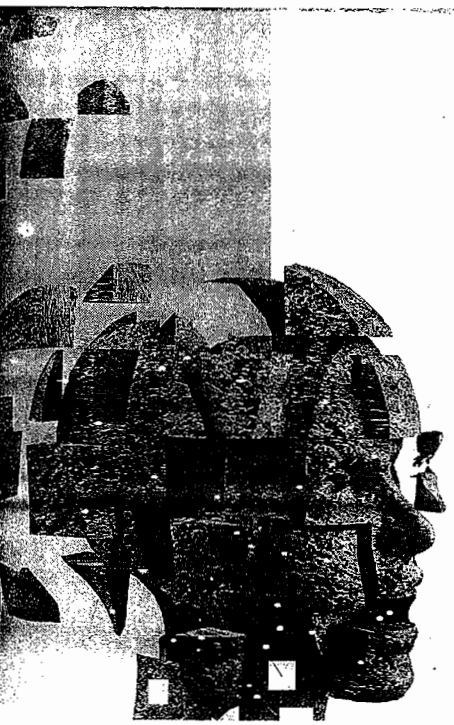
Familias rotas, desintegradas, en las que ha habido muerte o abandono del padre o de la madre impactan en la personalidad, con ello se distorsiona la psique; hay otros en donde esto no ha sucedido y salen en busca del sustento diario encontrando en la limosna o en subempleos el aporte económico mínimo para la supervivencia. Una enfermedad mental aunada a pobreza, desempleo, uso y abuso de drogas, migración de zonas rurales a las urbanas, etc., son las causas más frecuentes para que una persona ingrese a la mendicidad, en este caso me referiré sólo al indigente, esa persona que está enferma y sale a vagar por las calles y que causa diversos sentimientos en los demás, desde lástima hasta miedo, porque no entendemos por qué camina divagando e imaginamos que no tiene familia, que es malo y que "nos puede matar, violar o agredir". Sin embargo, en su mayoría son enfermos mentales con un deterioro avanzado que difícilmente llegarán a agredir y sólo lo harán ante un estímulo específico, es decir, si los provoca alguien responderán, pero muy pocas veces agreden sin causa aparente.

Con frecuencia se meten en casas, edificios o autos a resguardarse del frío, pero no hay intención de dañar o robar, sin embargo, el propietario del inmueble o mueble se siente violado en su territorio y denuncia delitos inexistentes.

Estas personas necesitan ayuda médica y social, no debemos agredirlos porque son personas cuyas mentes se han deteriorado al grado de no recordar eventos de la propia vida y requieren nuestro esfuerzo como sociedad y como personas para poder vivir, desafortunadamente no hay ningún programa dirigido a ellos. Existen las llamadas casas de protección social, a donde se les canaliza, pero de donde salen rápidamente porque estos espa-

cios no cuentan con programas específicos de tratamiento y control médico y social adecuado.

Con frecuencia escucho razonamientos equivocados, juzgando su ropa desgarrada y sucia o su piel maloliente como si fueran los peores criminales, sin embargo, en general son gente pacífica que necesita todo, pero a quienes se discrimina socialmente aún más por sus carencias.



Capítulo 7

# FORMAS de ser

## ¿QUÉ ES LA PERSONALIDAD?

Es la forma de ser o las características particulares de una persona, es decir, su manera de comportarse ante cada circunstancia de la vida. Esta manera de ser tiene una constante en todos los actos del sujeto, por eso se puede determinar y clasificar a cada persona con una manera de ser predominante o característica. La personalidad se adquiere durante la infancia y la adolescencia y se evidencia en la edad adulta.

Para llegar a conocer la personalidad es necesario hacer una historia clínica y aplicar pruebas psicológicas o tests estandarizados; de acuerdo con los rasgos que predominan en esas pruebas se establece el diagnóstico.

## ¿QUIÉN VALORA LA PERSONALIDAD?

Corresponde al psicólogo la aplicación de las pruebas psicológicas necesarias, así como la interpretación del resultado obtenido, que se tomará como un auxiliar para los psiquiatras; a través de estos profesionales se establece la existencia de otras alteraciones que, en su conjunto, van a darnos el diagnóstico de personalidad del paciente.

Las pruebas psicológicas deben estar validadas para cada país o población específica, deben ser confiables, sensibles para medir aquello que se desea o para lo que fueron creadas y por supuesto es ideal que sean económicas, fáciles de aplicar y calificar.

Al conocer la forma de ser del individuo podemos integrarla al delito cometido y empezar a entender los motivos que lo llevaron a cometer el

acto delictivo, para así determinar si la manera de ser coincide con la acción realizada y valorar la veracidad de la declaración.

## ¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD?

Todas las personas tenemos una manera de ser que está formada por los rasgos de la personalidad, cuando prevalece un solo tipo se dice que el sujeto presenta tal o cual personalidad, si esta forma de ser crea conflictos o dificultades en la vida familiar, social o personal de quien la presenta se forma lo que conocemos como *trastorno de personalidad.*

## ¿CUÁLES TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SE PRESENTAN CON MÁS FRECUENCIA EN LOS HOMICIDAS?

- La personalidad antisocial.
- La personalidad narcisista.
- La personalidad paranoide.
- La personalidad limítrofe.
- La personalidad obsesiva.
- La personalidad esquizoide.
- La personalidad esquizotípica.

## ¿QUÉ ES LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL?

Los términos *carácter psicopático* y *personalidad psicopática* o *antisocial* se refieren a individuos cuyo comportamiento, debido a la estructura del carácter, es incompatible con el bienestar de los demás; ambos nombres pueden tomarse como sinónimos.

Se conoce como *antisociales* o *sociopáticos* a las personas que fracasan para adaptarse a las reglas sociales, son sujetos que tratan de obtener beneficios personales sin pensar en el daño que provocan a otros; son impulsivos, irritables, imprudentes hacia los demás, irresponsables, no tienen remordimiento ante un hecho delictivo o considerado inadecuado, actúan con deshonestidad, dicen mentiras con frecuencia, tienen incapacidad para planear el futuro y carencia de miedo. Manifiestan agresividad física con peleas frecuentes, dificultad para mantener un trabajo estable e inconstan-

cia para hacerse cargo de las obligaciones económicas y no pueden establecer un plan de vida a futuro.

Cuando estos síntomas aparecen en un adulto se le nombra trastorno antisocial de la personalidad, sin embargo, desde la infancia puede haber algunos de estos síntomas, a los niños que lo padecen se les llama disociales o con trastorno disocial de la infancia.

A estas personas se les considera altamente peligrosas, no sienten remordimiento, ni culpa, ni hay factores morales que limiten su actuación, por ello y porque el Estado ha decidido proteger a la sociedad es que se ha creído necesaria la reclusión de estos sujetos.

Se considera a los pacientes con trastorno antisocial como el "típico delincuente", cometen todo tipo de delitos (robos, lesiones, vandalismo, estafas, daños materiales, daño en propiedad, uso de armas, fraudes, homicidio, lenocinio, comercio sexual, etc.), se les encuentra con frecuencia intoxicados con alcohol o drogas.

En los sujetos con personalidad antisocial hay síntomas que van a prevalecer o a aparecer con mayor frecuencia con la conducta homicida, de ellos tenemos la llamada "tríada sintomatológica", que se caracteriza por: *a*) crueldad con los animales en la infancia; *b*) enuresis o falta de control de esfínter vesical (orinarse en la cama), preferentemente de manera nocturna, después de haber cumplido los cinco años de edad, y *c*) piromanía, que es el gusto por jugar con fuego. No olvidemos que estos tres síntomas deben aparecer juntos y, en el caso que se presente sólo uno de ellos, debemos estudiar al paciente para determinar el diagnóstico preciso.

Muchos de ellos pueden comportarse bien durante tiempo prolongado, a pesar de ello son personas que no son responsables o abandonan sus actividades escolares o laborales rápidamente. La irresponsabilidad que les caracteriza está relacionada con su impulsividad, ya que con frecuencia se les "ocurre" cambiar de actividad sin alcanzar objetivos, simplemente por el deseo de cambiar y hacer otra cosa que también queda inconclusa.

El antisocial no tiene un desarrollo moral convencional, por lo que no aplica en sus actos ninguna carga ética y por ello no siente culpa ni vergüenza al haber realizado algo malo, ya que lo bueno o lo malo sólo existe en función de sus propios deseos o necesidades y nunca piensa en el prójimo o en el daño que pueda causar a otros.

Socialmente se comportan de manera agradable, son sujetos generalmente simpáticos, aunque incapaces de amar ni de formar relaciones afectivas estables con amigos o familiares, únicamente "usan" sus relaciones para obtener beneficios personales.

En ocasiones hacen declaraciones de arrepentimiento, pero éstas no son genuinas, sólo obedecen a diseños intelectuales oportunos para resol-

ver situaciones de apuro, es decir, al no poder prever se ajustan de manera oportunista para resolver la problemática que enfrentan, prometiendo en muchas ocasiones realizar tal o cual cosa pero sin llevarla a cabo, únicamente para salir del problema.

La mayoría de los sociópatas son heterosexuales, pero en ocasiones aceptan relaciones homosexuales por conveniencia o por obtener dinero aun sin tener tendencias homosexuales. Las relaciones afectivas son generalmente superficiales y no se han encontrado diferencias en impulsos agresivos sexuales con respecto a la población general, es decir, no son ni más ni menos agresivos sexualmente que otras personas.

En cuanto a su capacidad de aprendizaje, se encontró que sus capacidades son diferentes pues aprenden sólo lo que les interesa, y descartan lo demás, así pueden aprender rápidamente en un momento, y en otro, parecer tontos.

El sociópata socializa, pero de diferente manera; muchos de ellos pueden establecer ligas estrechas y seguir un código de reglas elaboradas por ellos mismos. Romper estas reglas los hará sentirse inferiores, por ello procuran no hacerlo, esto se entiende por algunos autores como "el honor del bajo mundo".

No todos los sociópatas van a cometer crímenes o delitos graves, pero sí tratarán de obtener beneficios de manera oportunista, comportándose como estafadores o seductores para obtener lo deseado, dependiendo esto más bien del mundo familiar o social que los rodea y la disposición que tengan los otros para dejarse estafar o seducir.

No se conoce con certeza la causa del trastorno sociopático, sin embargo, muchos autores han concluido que, cuando se realiza un electroencefalograma, se encuentran algunas alteraciones difusas que se deben correlacionar con la sintomatología encontrada para hacer el diagnóstico y poder llevar a cabo el tratamiento, aunque en muchos casos no se encuentran anormalidades en el electroencefalograma ni existen alteraciones neurológicas específicas.

La mayoría de los sujetos antisociales utilizan su inteligencia y su aprendizaje para defenderse en los tribunales, así, algunos afirman ser enfermos mentales para que les tengan "consideraciones", llegando incluso a drogarse antes de los interrogatorios para evidenciar sus supuestas alteraciones mentales y convencer a los jueces y demás personal de su enfermedad mental.

En virtud de que son personas que mienten, se encuentra en ellos todo tipo de simulaciones para disminuir las sentencias, por eso se hace indispensable la presencia de los psiquiatras en la valoración de toda persona acusada de haber cometido un delito, en especial a quienes se les investiga por un homicidio o cualquier otro delito grave.

Al medir la inteligencia se han encontrado discrepancias, pues hay resultados que reportan que los sociópatas son subnormales, otros en los que se consideran normales y otros más donde aparecen como personas con inteligencia superior al término medio. Quizá ocurre porque la forma en que cuantificamos actualmente la inteligencia no nos permite valorarla en ellos de manera adecuada, pues con facilidad pierden el interés y la atención. Sabemos que el coeficiente intelectual verbal de los sociópatas es deficiente, pero no así la inteligencia de ejecución, ya que ellos obtienen mayor provecho al ejecutar acciones que al verbalizarlas por las dificultades que presentan en la planeación de acciones. Estas personas no se dejan intimidar y esto es más notorio en reincidentes.

Los sociópatas viven de manera hedonista, buscando el placer para su satisfacción personal y sin planeación de metas a largo plazo. Existen dos factores ligados al hedonismo: el primero es la *permisividad*, que consiste en el estatus privilegiado y la prerrogativa para satisfacer los propios deseos, el segundo es la *autoindulgencia*, inherente al ser humano, orientada hacia el placer sin considerar las consecuencias de sus acciones.

Se ha observado que algunos homicidas seriales tienen una gran distorsión de la autoestima, ellos mismos la consideran elevada y a los ojos del resto de la población es irreal; son egocéntricos, hedonistas y megalómanos, de ahí que confiesen sus delitos llamando la atención mediante escándalos o usando a los medios de comunicación para hacerse notar y aparecer como famosos o célebres.

En cuanto a las causas familiares, se ha dicho que las alteraciones en la relación madre-hijo y las situaciones de abandono físico o emocional por parte de la madre son sucesos que facilitan la aparición de este trastorno, sin embargo, esto no se ha podido confirmar en virtud de que en una misma familia la respuesta de los hermanos es diferente ante el mismo evento.

Anteriormente, a quienes cometían delitos graves se les llegó a dar terapia con choques insulínicos, electrochoques e incluso lobotomías frontales; posteriormente se utilizaron el psicoanálisis y otras formas de psicoterapia con resultados pobres. Finalmente, se han prescrito diversos medicamentos con escasos resultados, de manera que hoy día la ciencia médica no cuenta con un tratamiento claro para este tipo de personas.

Hay dificultades con los padres de los sociópatas para aceptar el diagnóstico, y la orientación en cuanto al trato que se les debe dar, tanto para que la familia no se vea afectada como para las consecuencias económicas y prevenir los delitos.

En nuestro país, los avances sociales para el manejo de este tipo de trastornos y de otros enfermos que se encuentran en cárceles y reclusorios son prácticamente nulos, solamente se ha recomendado fortalecer algunas

habilidades que les permitan obtener satisfactores económicos dando un margen de libertad para realizar sus deseos sin perjuicio de los demás.

Es importante añadir que no podemos afirmar que todos aquellos que tienen personalidad antisocial o sociopática van a delinquir, sin embargo, hay síntomas que debemos tomar en cuenta para estar alertas y brindar un tratamiento personalizado en la infancia o adolescencia temprana, con la debida orientación a la familia para evitar en lo posible la comisión de delitos.

El trastorno antisocial de la personalidad TAP, de acuerdo con la última versión del *Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales y del Comportamiento* DSM-IV TR (1995), editado por la Asociación Psiquiátrica Americana, se caracteriza por una "persistente violación de los derechos de los demás", concretándose dicha transgresión en una serie de conductas que el evaluador debe valorar para objetivar o no dicho trastorno. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión del *Manual Diagnóstico* (1993), evalúa diferentes rasgos o aspectos de la personalidad (crueldad, intolerancia a la frustración, incapacidad para sentir culpa) que orientan el diagnóstico hacia variables de personalidad no contempladas en la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Se ha confirmado que en este tipo de pacientes existe una disminución de la sustancia gris del cerebro, lo que disminuye la autonomía de las zonas prefrontales. El psicópata pierde el control de las zonas frontales, de la amígdala y del cíngulo, que dan contenido emocional a lo aprendido; se sabe que si se daña la región orbitofrontal, estas personas tendrán dificultad para procesar expresiones de ira así como para identificar sentimientos en otros, y tampoco podrán frenar su violencia ante determinados estímulos.

## ¿Y LOS HOMICIDAS CON PERSONALIDAD LIMÍTROFE?

Estas personas se encuentran en el límite o borde entre la normalidad y la psicosis o locura, son sujetos que presentan las características siguientes: esfuerzos exagerados para evitar el abandono, inestabilidad afectiva, relaciones interpersonales inestables, alteración de la identidad, autoimagen inestable, impulsividad, amenazas de suicidio o automutilación, sentimientos crónicos de vacío, ira inapropiada e ideación paranoide transitoria.

Cometen todo tipo de delitos, entre los que sobresalen robos, estafas y amenazas; con frecuencia denuncian a familiares por el miedo al abandono que sienten. Cometen delitos por omisión de cuidado que se presentan comúnmente respecto a los hijos, por lo que debemos hacer un estudio

a fondo tanto de la historia personal como del delito que se estudia para considerar todos y cada uno de los factores que inciden en la capacidad de querer y entender.

Las personas con trastorno limítrofe (*borderline*) de la personalidad presentan periodos psicóticos o de locura de duración breve, durante los cuales pueden cometer homicidio en virtud de las alteraciones del pensamiento (ideas de daño, de persecución, etc.) y por la presencia de alucinaciones que les ordenan qué hacer.

## ¿Y CON OTROS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SE COMETE HOMICIDIO?

Los *narcisistas* son personas que se sienten muy importantes, esperan ser reconocidos como superiores, tienen fantasías de éxito ilimitado, de poder, de belleza o de amor imaginarios, se creen especiales, y exigen atención especial, son pretenciosos, explotadores, carecen de empatía, envidian a los demás, son arrogantes y soberbios. Los que presentan esta personalidad cometen delitos en los que "creen" hacer justicia o ser "justicieros", es frecuente por ello que también cometan homicidios.

Los *paranoides,* en cambio, son personas desconfiadas suspicaces, malinterpretan la intención de los demás, suelen ser rencorosos, celosos y con frecuencia reaccionan con ira e insultos porque se sienten atacados por los demás.

Estos sujetos con frecuencia inician averiguaciones previas, se sienten víctimas de multitud de situaciones y, cuando cometen delitos, lo hacen generalmente como consecuencia de su situación emocional, por ejemplo, reaccionan ante los celos de manera exagerada o irreal. Es frecuente que este tipo de personas cometa homicidios pasionales.

Los *obsesivos* son ordenados y se preocupan por mantener el orden que internamente les pide su pensamiento, son escrupulosos, con rituales y tendencia al perfeccionismo. Este tipo de pacientes comete generalmente delitos por omisión y es más frecuente que sean denunciantes, exigiendo un comportamiento exagerado de los demás; sin embargo, muchos homicidas tienen rasgos obsesivos como en el caso de los seriales.

Los *esquizoides* son retraídos socialmente, suelen siempre estar solos o aislarse, tienen dificultades para expresar emociones, mostrándose fríos o indiferentes, no tienen amigos y disfrutan de poca o ninguna actividad. Son personas que cuando cometen homicidio suelen ser crueles y sanguinarios.

Los *esquizotípicos* son personas con capacidad muy reducida para las relaciones sociales e interpersonales, presentan distorsiones perceptivas

y cognoscitivas, puede haber excentricidad en el comportamiento, pensamiento y lenguaje raros, creencias raras o pensamiento mágico que influye en su conducta; superstición, suspicacia, afectividad inapropiada, no tienen amigos y pueden presentar ansiedad social, aunque es raro que cometan homicidio.

Hay otros tipos de personalidad, como el fóbico, el ansioso, el histriónico, etc., pero éstas no las desarrollo porque no se encuentran dentro de los tipos de personalidad que presentan los homicidas.

## ¿EN LOS NIÑOS HAY PERSONALIDAD ANTISOCIAL?

La personalidad se forma durante la infancia y adolescencia, por eso sólo se considera como tal hasta después de los 18 años de edad, sin embargo, antes de esta edad hay un trastorno llamado *disocial* que es el equivalente a la personalidad antisocial en adultos. Este trastorno se caracteriza por un comportamiento en el que se violan los derechos de otros o las normas sociales que se espera se tengan a determinada edad. Los síntomas principales son: conducta agresiva en contra de otras personas o animales, comportamiento no agresivo que causa pérdidas materiales (daño en propiedad, robo, fraudes, mentir para obtener favores, etc.), violaciones graves a normas familiares o sociales (pintas, escapadas de casa, no llegar a dormir, etc.). Los niños y adolescentes que padecen este trastorno son quienes con mayor frecuencia cometen ilícitos, entre ellos homicidios.

Los criminólogos han dicho que en personas que han cometido homicidios es frecuente encontrar la "tríada sintomatológica" en estas etapas: crueldad hacia los animales, enuresis nocturna después de los cinco años y piromanía. Es importante recalcar que deben aparecer los tres síntomas en la misma persona y no sólo uno o dos, ya que muchos niños presentan enuresis y no por ello serán homicidas o delincuentes.

## ¿SON INTELIGENTES LOS HOMICIDAS?

No existe ninguna relación con la inteligencia, es decir hay homicida con inteligencia normal, otros muy inteligentes y con coeficiente intelectual por debajo del promedio, sin embargo, existe el mito de creerlos muy inteligentes.

Cuando se hace el diagnóstico de psicopatía en algún homicida, se ha encontrado que tienen un déficit en su inteligencia verbal, pero aprenden

de errores anteriores y son más hábiles para evadir la justicia que otros, son personas que no se dejan intimidar, es decir, tienden a sacar el mayor provecho a su inteligencia.

## ¿SON ADAPTADOS O INADAPTADOS SOCIALES?

Lo primero será definir los términos *adaptado* e *inadaptado*. El diccionario habla de la adaptación como la capacidad para acomodarse o avenirse a diversas situaciones, circunstancias o condiciones que nos impone la vida y el entorno.

El término *inadaptación* es muy usado para referirse a los desviados, los enfermos o los anormales. Es un concepto poco claro, porque nos adaptamos a un sinnúmero de situaciones o tardamos en hacerlo en determinadas circunstancias, sin embargo, tarde o temprano los seres humanos nos adaptamos a prácticamente todo, pero esta capacidad de adaptación presentará variaciones de acuerdo con la edad, la cultura, la educación, la experiencia, la madurez, etc. Así, una persona se adapta cuando se aviene a determinadas circunstancias o condiciones de su entorno.

El problema radica en pensar que quienes no se integran a nuestra forma de vida son inadaptados, sin embargo, ellos están adaptados a sus medios sociales, los cuales no se rigen por las normas que la sociedad en su conjunto impone y es por ello que se les llama desadaptados o inadaptados.

Se describe que los homicidas casi siempre son personas que no se adaptan a su medio social y sin embargo pueden tener grados de adaptabilidad y mostrarse adaptados en algunas circunstancias, aunque no en otras; sabemos que en ellos, en especial, hay un mal funcionamiento previo dentro de la sociedad convencional.

Esta desadaptación se manifiesta en sus formas de sobrevivir o procurarse los medios para subsistir, así, tenemos que estudiar las formas en que ellos "compiten" por obtener satisfactores y que difieren de las que nos marca la sociedad en la que vivimos, pues ellos sienten frustraciones y necesidades igual que nosotros, sólo que la manera de obtener sus satisfactores es diferente y no logran contener los sentimientos de frustración y enojo. Son personas a las que nunca se les desarrolló la forma convencional de amor, por tanto no piensan en el otro (víctima) y sólo en sí mismos (conducta narcisista).

A estas personas se les "etiqueta" y, peor aún, se les segrega; lejos de brindarles el apoyo emocional que requieren, la sociedad los aísla, fomentando con ello que las conductas anormales se incrementen. El Estado encarcela a

quienes cometen delitos, pero poco se hace en relación con la rehabilitación real, de manera que al paso del tiempo hay una adaptación con la nueva sociedad carcelaria, lo que a su vez provoca que los homicidas aprendan unos de otros a sobrevivir dentro de la violencia de cárceles y reclusorios, para egresar en condiciones peores a las de su ingreso, pues resulta que no están adaptados a la sociedad de fuera, sino a la de adentro, la de los reos; esto provoca que al salir vuelvan a delinquir con facilidad, provocando la reincidencia y culpando la sociedad al Estado por este resultado erróneo.

## ¿QUÉ ES LA ADAPTACIÓN?

Fue Hans Seyle el médico que acuñó la palabra *estrés* en 1936 para referirse al *síndrome general de adaptación*. Él describió tres etapas del estrés durante la reacción de adaptación a estímulos externos que crean tensión: primero aparecerá una fase llamada *reacción de alarma*, le sigue la fase de *adaptación* o *resistencia*, de tiempo variable pero limitado, que culmina con el estado de *agotamiento*.

Seyle decía que el estrés es un conjunto de signos y síntomas o cambios que culminan con el agotamiento o el derrumbe tensional ante la agresión externa, al ser superada la natural capacidad de adaptación que todos tenemos, siendo la respuesta del organismo proporcional a la intensidad de la agresión.

Necesitamos el estrés para poder vivir, un estrés insuficiente se traduce en aburrimiento y falta de estímulos, por eso Seyle definió el *euestrés* como la fase en la cual esto aumenta armónicamente junto con el rendimiento y la buena salud, la actitud mental positiva, el optimismo, la creatividad, la agilidad mental, etc.; por el contrario, llamó *diestrés* a aquella fase en que el estrés va en aumento y la salud en detrimento, con sensación de fatiga, mala concentración, bajo rendimiento, irritabilidad, depresión, etc. A esto se le llama *enfermedad de la adaptación*.

Hay dos formas de estrés: el positivo y el negativo. El positivo es necesario para la vida diaria, en él hay equilibrio entre la intensidad de los estímulos y la respuesta de adaptación del organismo, mientras que el negativo provocará un desequilibrio entre la intensidad del estímulo recibido y la energía de la respuesta de adaptación, llevando al agotamiento, a la ansiedad o la tensión con un caos mental.

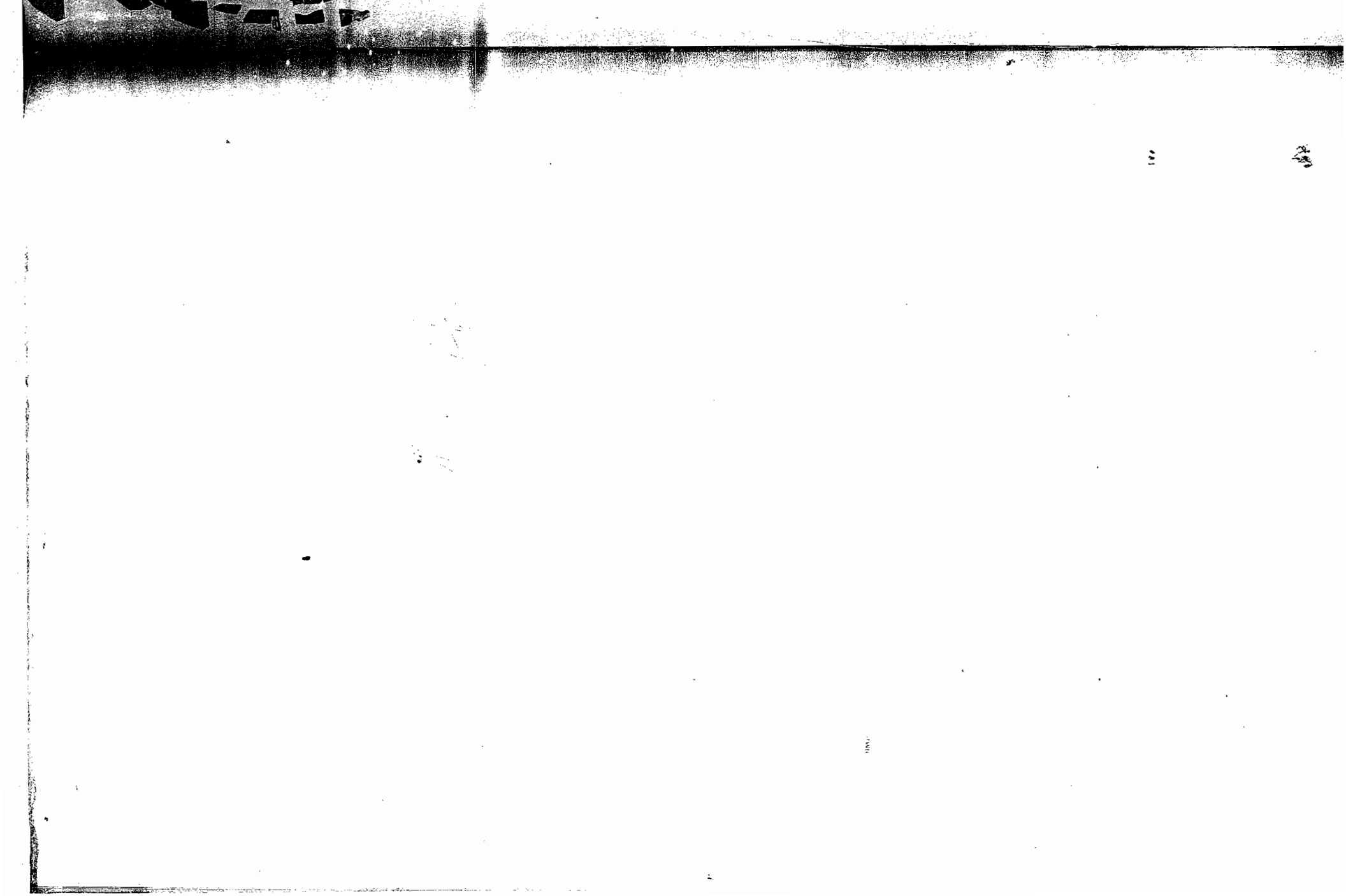
El estrés es una respuesta fisiológica natural a un estímulo o agresión externos o internos, respuesta que además tiene un componente psicológico en tanto el organismo intenta adaptarse a la situación creada por el agente estresante. Los agentes estresantes son variados y pueden ser de tipo

emocional, laboral, por el medio ambiente, por el clima, por la alimentación, por problemas del hogar, etcétera.

La enfermedad de la adaptación sobreviene como consecuencia de la incapacidad del organismo para hacer frente a la agresión mediante una reacción de adaptación adecuada. Por el contrario, el síndrome general de adaptación se va a dar de manera ideal cuando logremos vivir en armonía con nosotros mismos y con los demás.

Así como los seres humanos nos adaptamos al estrés, también nos adaptamos a otras circunstancias, como los horarios de sueño, de alimentación, etc., se dice que una persona está adaptada cuando realiza sus actividades conforme a la sociedad en la que vive, siempre y cuando esta forma no dañe a terceros.

Las instituciones tienen funciones latentes, no intencionales, que ni siquiera son advertidas por la mayor parte de los miembros de la sociedad. Por ejemplo, la función manifiesta de los reclusorios es rehabilitar a quienes han demostrado incapacidad de vivir en la sociedad, pero su función latente es aislarlos y sobre todo marcarlos como delincuentes, por lo que la adaptación es relativa ya que los homicidas se adaptan de manera diferente que el resto de la población, por eso es importante valorar la capacidad para adaptarse al medio social al que pertenecen o a cada circunstancia, y no debemos confundir el síndrome general de adaptación con una circunstancia anormal y mucho menos con términos de readaptación o rehabilitación social.





Capítulo 8

# PREDICCIONES

## ¿SE PUEDE PREDECIR LA CONDUCTA CRIMINAL?

No es posible identificar con certeza a la persona potencialmente criminal, sin embargo, algunos síntomas en la infancia y en la adolescencia nos permitirán elaborar diagnósticos y con ello predecir conductas violentas.

Si un niño muestra conductas de amenazas y ataques violentos a otros niños y sufre la tríada característica formada por enuresis (pérdida del control del esfínter vesical después de los cinco años), inclinación a torturar animales y piromanía, se le puede pronosticar como "futuro delincuente", sin embargo, es importante valorar también el medio social en el que vive y su situación familiar.

En las familias con hijos disociales se ha visto que la conducta de los padres es restrictiva al establecer reglas, pero permisiva para hacerlas cumplir y débil para castigar al niño cuando las transgrede, lo que facilita la conducta antisocial y la delincuencia.

Se ha dicho que en la infancia y en etapas tempranas de la adolescencia el nivel de socialización va a determinar ciertas formas de conductas predelictivas, entre ellas se pueden mencionar hostilidad hacia los adultos, conflicto con la autoridad, incapacidad para aceptar la disciplina escolar, etc. Por otro lado, el concepto que el joven tiene de sí mismo es erróneo, tiene una imagen distorsionada de sí mismo y de los demás y piensa que todos lo detestan aunque en realidad no sea así.

También se ha mencionado que la violencia en la familia, la falta de identificación con el padre, ya sea por su ausencia física o emocional o bien por maltrato hacia el niño, con madres dominantes o con conductas de re-

chazo hacia el hijo, que llevan al niño al aislamiento, a la timidez excesiva y a las fantasías recurrentes de poder, de triunfo y revancha, en muchos casos son factores concurrentes para cometer homicidio en el futuro. Es frecuente también que estos niños abandonen la escuela, tengan poca o nula capacidad para tolerar la frustración y lleguen a tener ideas suicidas.

En los homicidas es frecuente encontrar envidia, deseos de llamar la atención, sentimientos de impotencia e insignificancia, intolerancia, frustraciones, gran agresividad que descargan por los canales ilegítimos, necesidad de rechazar a quienes los rechazaron o por quienes se sintieron rechazados, escogiendo como víctimas a aquellos que les representan todo lo que quisieran ser, de manera que si un joven presenta esta sintomatología será urgente brindarle tratamiento para evitar la violencia futura o la comisión de un delito, en especial el homicidio.

## ¿SE PUEDE PREDECIR LA PELIGROSIDAD?

Aun cuando no hay otra ciencia que esté mejor preparada que la psiquiatría para predecir la peligrosidad de los enfermos mentales y de los delincuentes, sus recursos distan mucho de ser satisfactorios.

Es peligroso quien ha causado daño corporal a otro individuo mediante la aplicación intencionada de la fuerza, así que debemos tomar en cuenta la conducta pasada tanto para el diagnóstico psiquiátrico como para evaluar la posibilidad de una nueva agresión y con ello la peligrosidad.

Es posible predecir un nuevo evento violento en los enfermos mentales que en el pasado los han tenido cuando aparecen los mismos síntomas. Así, si antes de la explosión de violencia hubo una gran depresión o una ansiedad generalizada, o bien una crisis convulsiva, entonces la siguiente ocasión que aparezcan esos síntomas podemos deducir que aparecerá un nuevo evento violento y con ello predecir la peligrosidad y en consecuencia tratarla o evitarla.

Hay otros enfermos mentales que nunca han presentado manifestaciones de violencia, pero no por ello dejan de padecer una enfermedad mental, lo que nos lleva a afirmar que no todos los enfermos mentales serán agresivos, ni que todos los que agreden tendrán un diagnóstico psiquiátrico.

Es un error pensar que el simple hecho de sufrir un desorden mental convierte a una persona en peligrosa. La gran mayoría de los enfermos mentales carece de peligrosidad, como lo demuestra el muy reducido número de incidentes violentos que ocurren en los hospitales psiquiátricos. Por ello, la severidad de un desorden mental y la peligrosidad deben evaluarse por separado.

Se afirma que a mayor inteligencia, mayor peligrosidad, en función de que la persona inteligente preverá y planeará el resultado de sus acciones, sin embargo, los pacientes con retraso mental grave y profundo podrán presentar eventos agresivos cuando se sienten frustrados por no obtener lo que desean.

La ley podría actuar mejor ante la violencia si identificara en cada delincuente su conducta agresiva pasada o su posible peligrosidad y con base en ello brindara un tratamiento correctivo adecuado, a tiempo para permitir la verdadera reintegración a la vida social.

## ¿SE PUEDE PREVER UN HOMICIDIO?

Con ojos experimentados el médico psiquiatra puede, a través del estudio minucioso de sus pacientes, prever quién o quiénes pueden presentar acciones delictivas y, una vez detectados, evitar con tratamientos específicos y medidas especiales que no se lleven a cabo o, en su caso, que la agresividad sea de menor intensidad.

Desde el siglo XIX funcionaba ya la medicina como "higiene pública", también en ese tiempo la ciencia jurídica consideraba que el castigo o pena eran necesarios para la "transformación individual", cuando precisamente la evolución del conocimiento médico y científico nos ha permitido saber que ningún golpe, mala palabra, encierro o acción similar van a transformar al individuo, y si acaso lo hacen, crearán rencores, resentimientos y conductas negativas que se van a traducir en venganza, para con ello repetir el ciclo de agresión.

Ni la "vieja escuela" ni las concepciones modernas de enfermedad mental nos han llevado a organizar nuevas relaciones entre castigo, medicina y crimen, en las cuales verdaderamente entendamos que con el castigo en cualquiera de sus formas, no se solucionará el problema del crimen y la criminalidad, por humanizada que sea la pena.

El homicidio y la delincuencia grave se prevendrán cuando aceptemos que los delincuentes *son enfermos* y que hay que tratarlos como tales. En este sentido el médico es el encargado de brindar el tratamiento farmacológico, pero no sólo ello, pues también es indispensable que intervengan otros profesionales para que el tratamiento sea multidisciplinario.

## ¿CÓMO SE EVITA LA CONDUCTA HOMICIDA?

De manera simplista explico que se pueden evitar conductas agresivas cuando aprendemos a identificarlas y por ende a tratarlas y evitarlas.

Cualquier persona, al identificar en un ser querido una agresión, cualquiera que sea su forma de manifestación o su intensidad, debe acudir por ayuda médica con el psiquiatra o el neurólogo.

Hay muchas personas que exigen aumentar las penas para delitos graves, sin embargo, esto sólo refleja la ignorancia, ya que deben darse tratamientos específicos para aquellos que delinquen y en especial para quienes cometen delitos graves, como el homicidio, la violación o el secuestro. Debemos recordar que en ningún caso la violencia se combate con violencia, por lo que al enfrentarnos con una persona violenta, lo único que no debemos hacer es agredir; en todo caso, encerrarla es una manera de agredirla. Lo cierto es que necesitamos entender la conducta homicida para poder evitarla y, como segunda acción, rehabilitar a las personas que han cometido homicidio para que no haya reincidencia.

El fenómeno es complejo y su causa es multifactorial, ya que están involucrados aspectos genéticos, neurobioquímicos, neuroeléctricos, familiares y sociales, como la injusticia social y los problemas económicos, por eso es necesario un mayor número de especialistas que se dediquen al estudio de este problema y una amplia difusión del conocimiento que hasta ahora se tiene de este tipo de enfermos, para que la familia atienda y entienda de manera inmediata el problema y evite el avance de la enfermedad, así, la detección temprana permitiría la implantación de un control eficaz y cumpliría la misión de neutralizar las conductas punibles.

## ¿SE PUEDE PREVENIR LA CRIMINALIDAD?

Cuando desintegramos el conocimiento tratamos de entender fragmento por fragmento para después reintegrarlo, sin embargo, esto no es tarea fácil, pues aunque se entienda la parte estudiada al integrar el conjunto no necesariamente se entiende el todo, de manera que sólo tendremos un referente. Por ejemplo, conocer el funcionamiento de las neuronas de la corteza cerebral no nos va a facilitar el entendimiento del cerebro en su conjunto y mucho menos el entendimiento del ser humano, por ello resulta complejo el estudio de la medicina y en especial de la psiquiatría y se requieren muchos años de constante dedicación. Haciendo una analogía, al entender las enfermedades mentales no se podrá entender en su totalidad la violencia social, pero sí nos va a permitir establecer algunas pautas para la prevención del delito.

Prevenir es "evitar que algo ocurra", esta definición es negativa y por tanto no es adecuada, pero es la más simple. Para prevenir se debe conocer a fondo el problema, lo cierto es que la ciencia aún no nos permite cono-

cer cabalmente el funcionamiento cerebral normal o anormal y sus consecuencias. Como primera acción debemos informar a la población de los avances que en medicina, y en especial en psiquiatría, se tengan para la detección oportuna de enfermedades que provoquen violencia, indicando las medidas generales para su tratamiento y su control tanto dentro de la familia como en la sociedad.

Muchos autores nos dicen que informar en aspectos de criminalidad es prevenir, sin embargo, debemos ser explícitos con la terminología empleada para no crear confusión, así como tener cuidado, ya que informar la manera de cometer un crimen sólo provoca la "especialización" del siguiente y no su prevención. No es posible negar la necesidad de la información, por eso es necesario que los que se dedican a ello apliquen un código deontológico para redactar su nota, que permita al usuario entender la noticia pero impida aprender "nuevas formas de delinquir", o bien que aparezcan formas más complejas o modificadas.

Debemos entender que no todas las comunidades requieren el mismo sistema informativo, pues hay variantes sociales que debemos considerar y sabemos que en algunos grupos sociales ha funcionado un programa específico que no ha sido adecuado para otros.

Las estadísticas revelan que el incremento delictivo va a la par con el incremento de la población y por ello no es alarmante, sin embargo, la percepción de la población se ha modificado y se ha creado una verdadera "psicosis social" sobre la actividad delictiva, por lo que es más que evidente que la información ejerce una influencia específica sobre la población.

Hay comunidades que se perciben a sí mismas inseguras o peligrosas, lo cual a pesar de ser un concepto subjetivo, influye en la conducta misma de la comunidad para prevenir o para abordar los problemas de criminalidad. Si de antemano nos definimos como una comunidad segura, fomentaremos la estima social y fortaleceremos a las instituciones con la confianza, exigiendo al mismo tiempo el debido cumplimiento de la ley y de todo aquello que se deba hacer en el quehacer institucional.

La sensación de seguridad subjetiva permitirá fortalecer la confianza social y los lazos de unión para la denuncia, ya que actualmente nadie denuncia, entre otros factores, porque se da por cierto que es "un lugar inseguro" y que "nada se puede hacer para cambiarlo".

Parte de la discriminación social y del discriminarnos a nosotros mismos es creer que lo que se ha aplicado en otras comunidades (estadounidenses, europeas, etc.,) funcione también en nuestro país. Si bien las políticas extranjeras deben ser tomadas en cuenta como antecedentes o como base para las nuestras, la sociedad mexicana en nada se parece a otra, por lo que deben aplicarse políticas específicas para el control criminal en México.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, en especial con la guerra de Vietnam, hubo un incremento en el consumo de drogas y con ello el narcotráfico, que trajo consigo la búsqueda de nuevos consumidores, mayor mercado de ventas y modos de operación diferentes hasta los entonces conocidos, organizándose estos grupos de "negociadores" en todo el mundo a velocidades que superaron por mucho el combate de la producción de drogas. Esto es un problema por demás complejo, porque si bien es cierto que la producción de drogas y la venta de las mismas daña a la población consumidora, también se incrementa el flujo de dinero y con ello se permite el crecimiento económico en la sociedad; por otra parte, a mayor producción de drogas, mayor número de homicidios, ya sea porque las drogas aumentan la capacidad delictiva (en especial la cocaína) o porque las personas con gran agresividad buscan su efecto para "darse valor" o para sentirse "liberados" de otros síntomas, con ello todos llegan al mismo punto de la comisión del delito.

El homicidio requiere prevención específica, por eso debemos contemplar, entre otras acciones, las siguientes:

**1.** Capacitar al personal de todos los niveles escolares, para que quienes trabajan cerca del crimen y los criminales tengan los conocimientos necesarios y la capacidad suficiente para detectar y, en su caso, tratar a los que se puede diagnosticar. La capacitación del personal debe incluir información sobre las enfermedades mentales y sociales que llevan a los seres humanos a agredir y asesinar. Es importante aclarar que esta capacitación debe ser específica por delito y de ninguna manera generalizar, pues no es lo mismo la prevención del homicidio que del robo o la violación.

**2.** Elaborar material educativo dirigido a los diferentes grados de educación pero con el mismo objetivo: detectar la agresividad y modificar su curso, enseñando de manera general algunas funciones cerebrales, que permitan conocer y aceptar la enfermedad mental en toda la población.

**3.** Dar tratamientos farmacológicos, psicológicos y de orientación específicos a todos aquellos que lo requieran, incluyendo tratamiento a la familia y al grupo social al que pertenece para la reinserción de quien lo necesite.

**4.** Evaluar también al personal que participa en cada proceso para que sea efectivo el tratamiento o la orientación que brinda y se evite el problema de los sentimientos negativos al tratar a estos enfermos o el cansancio de trabajar en una misma área por tiempo prolongado. Es necesario seleccionar al personal que verdaderamente reúna las características de personalidad necesarias para realizar determinadas acciones y tener cuidado con aquellos empleados que han vivido de cerca un proceso delictivo, ya sea como víctima o como familiar, para evitar las reacciones personales no re-

sueltas. Esto nos permite darnos cuenta de la necesidad de tratamiento no sólo para el delincuente, la víctima y la familia, sino también para el personal de todos los niveles que rodea a los delincuentes; resulta indispensable vigilar también en ellos su salud mental, su adecuada conducción y los resultados obtenidos.

**5.** Desarrollar formas de educación adecuadas a las necesidades actuales, una verdadera educación formal y fomentar la autoridad racional son el camino que se debe seguir, así como promover la salud mental con una concepción acorde con el avance científico. Promover la cultura y el arte en las comunidades favorece la disminución de la criminalidad, sin embargo, aún no es claro cómo incluir en la enseñanza básica la educación del arte y la cultura. Hay errores en la concepción acerca de la importancia que se da a estos aspectos, por lo que debemos fomentar específicamente la música, el teatro, la pintura, la escultura, el cine, etc., esto con la finalidad de estimular otras áreas del cerebro que faciliten la adaptación social.

**6.** Aceptar que el diagnóstico y tratamiento de delincuentes en su conjunto, y de los homicidas en particular, no deben estar en manos de juristas ni obedecer a razonamientos políticos, sino que deben estar a cargo de médicos psiquiatras que se dediquen al estudio de estos enfermos, procuren su tratamiento verdadero y su rehabilitación social desde el punto de vista sanitario, ya que si aceptamos que son enfermos debemos tratarlos como tales, de manera científica y con la tecnología y los avances que la vanguardia médica permita cada día.

Debemos entender que las causas del delito son múltiples y que en especial la condición del homicida es compleja, por tanto no es fácil de entender para los juristas, pues como he venido explicando, *la causa siempre es una alteración en el funcionamiento cerebral* y de ahí la dificultad de comprensión para personas no familiarizadas con los mecanismos del funcionamiento cerebral.

Los juristas sostienen que lo importante es prevenir y hablan al respecto de acciones económicas, sociales, políticas, educativas, administrativas, etc., pero aún no escucho a ningún político afirmar que la prevención del delito se debe ejercer al prevenir la enfermedad y que por ello corresponde la tarea a un médico, en especial a un psiquiatra, aun cuando esto resulta indispensable en la actualidad.





Capítulo 9

# VÍCTIMAS

## ¿Y QUÉ HAY CON LAS VÍCTIMAS?

Se debe determinar la participación de las víctimas en la dinámica del delito y en el estudio individualizado de cada acto delictivo, ya que en éste intervienen tres elementos: víctima, delincuente y delito, los dos primeros confluyen en el tercero.

Diferentes autores que han estudiado a las víctimas de los homicidas con más profundidad han concluido que generalmente son personas vulnerables y fáciles de controlar, como mujeres, niños, adultos mayores, etcétera.

Para precisar el nivel de riesgo en una posible víctima debemos estudiar sus hábitos de vida o costumbres, la zona en la que vive, el nivel social, la escolaridad y en especial sus características de personalidad.

Luis Jiménez de Asúa ubica a las víctimas en cuatro categorías sustanciales:

- *Víctimas indiferentes.* Se refiere a que al victimario le es indiferente la víctima contra la cual ejerce violencia. Ejemplo típico es el arrebato: al victimario no le interesan ni el nombre ni la condición de la víctima, lo único que le interesa es apoderarse de los valores que lleva.
- *Víctimas determinadas.* El victimario dirige sus actos contra una persona determinada. Por ejemplo, en el crimen pasional, el hombre que mata a la mujer que le ha sido infiel no le da igual matar a cualquiera, sino que debe ser precisamente esa mujer.
- *Víctimas resistentes.* Son aquellas que, ante un ataque con un cuchillo o arma de fuego, se defienden de tal manera que pueden llegar a matar al agresor en legítima defensa.

- *Víctimas coadyuvantes.* "Colaboran" a su propia victimización. Jiménez de Asúa pone como ejemplo a víctimas de homicidios en riñas, homicidios pasionales, etcétera.

Otra forma de ver la victimización es como lo define Thorsten Sellin:

- *Victimización primaria.* Se refiere a las víctimas individuales, como es el caso de homicidios, robos, delitos sexuales, etcétera.
- *Victimización secundaria.* Además de ser víctima primaria se victimiza la ocupación, la clase social, la organización, etc. Un ejemplo es la victimización que hacemos de los indigentes, quienes son o fueron víctimas primarias y son además víctimas de la sociedad por el hecho de estar en la calle.
- *Victimización terciaria.* Va dirigida hacia la comunidad o sociedad, un ejemplo son los sistemas de protección insuficientes para determinados grupos sociales que son victimizados de manera primaria y secundaria.
- *Victimización mutua.* Se victimiza una persona a otra, como es el caso de los delitos contra la salud, lesiones en riña, etcétera.
- *Autovictimización.* Es el caso del suicidio.

Por todo lo anterior, debemos recordar que se requieren programas especiales que respondan a las necesidades actuales de planificación y protección a las posibles víctimas. La protección de la sociedad es necesaria, pero más aún impedir la victimización de determinados grupos vulnerables.

## ¿CÓMO SE SELECCIONA A LA VÍCTIMA?

Hay víctimas que se eligen de manera premeditada y otras por oportunidad, muchos autores coinciden en que existen las víctimas "ideales", sin embargo, no es posible generalizar ya que la elección dependerá de un sinnúmero de factores, por lo que debemos enfatizar que no hay un patrón específico.

## ¿HAY RELACIÓN PREVIA ENTRE LA VÍCTIMA Y EL HOMICIDA?

Cuando se trata de un homicidio único se dice que en la mayoría de los casos sí existe un conocimiento de la víctima, que generalmente es una

persona cercana emocionalmente. Sin embargo, en asesinos múltiples y en serie esto no sucede, pues en ellos la mayor parte de las ocasiones las víctimas son personas desconocidas.

## ¿QUÉ SIGNIFICADO SIMBÓLICO TIENEN LAS VÍCTIMAS?

Para algunos asesinos la víctima es el objeto mismo de sus fantasías y sus deseos, de ahí el irreprimible deseo de posesión hacia esa fuente de placer. Es por ello que muchos asesinos en serie y múltiples conservan los cuerpos de sus víctimas, ya sea congelando parte de sus cuerpos, enterrándolos bajo sus propiedades o almacenando sus objetos personales, etc., con el fin de poder revivir fantasías.

En otros casos, son instrumentos necesarios para satisfacer sus pulsiones y necesidades psicológicas y sexuales o para llevar a cabo sus fantasías, así, la razón para matar no será el asesinato en sí, sino sentir el ejercicio más pleno de poder y control sobre la situación y su víctima, causando terror y sometimiento. Una vez realizado el homicidio, la víctima constituye un estorbo del que hay que deshacerse sin miramientos y lo más pronto posible, llegando a hacer todo tipo de actos despiadados con los cuerpos, como destazarlos, quemarlos, enterrarlos en el propio jardín, darlos a animales de caza o incluso consumirlos en actos de canibalismo para tener dentro de sí a la persona "amada".

## ¿SIRVE CONOCER A LA VÍCTIMA?

Conocer a la víctima, su historia, su manera de ser y sus características psicológicas, entre otros aspectos, no sólo es importante sino indispensable en el estudio de los homicidas, por ello es necesario interrogar a familiares y personas que rodean el hecho delictivo con la finalidad de obtener el mayor número de datos sobre la vida de la víctima, su comportamiento y su relación con el agresor.

Debemos tomar en cuenta que de acuerdo con sus características de personalidad el victimario o la víctima va a relatar el suceso vivido, por ello se hace indispensable la evaluación de todos los involucrados en el delito, para determinar si estos o aquellos rasgos de personalidad facilitan el hecho o si se miente, se exagera, se teatraliza, se oculta información, etcétera.





Capítulo 10

# TRATAMIENTO

## ¿Y LOS CASTIGOS?

Actualmente se conocen dos formas para la aplicación de políticas contra el crimen en todo el mundo occidental, una de ellas represiva y otra liberal. La *represiva* advierte la necesidad de castigar y sancionar, mientras que la *liberal* propone la abolición de la pena de prisión con base en la ineficacia de la vía represiva.

La política criminológica sustenta que la pena es un castigo y debe tener carácter retributivo, sentido pedagógico y de orientación popular, pues sólo será útil la pena que el pueblo reconoce como tal, respetándola y temiéndola, sólo una pena con estas características será acogida por la sociedad. En el caso de los homicidas algunos aceptan que la pena de muerte o la segregación prolongada o de por vida son necesarias.

Históricamente, el castigo aparece durante el feudalismo, cuando el rey otorga el poder a los señores feudales con la finalidad de que lo apoyen en la administración y a cambio de servicios militares y administrativos. El poder se divide entonces entre la Iglesia, el rey y sus delegados (los señores feudales). En ese entonces la criminalidad se entendía como un "acto personalísimo de guerra" y es cuando aparece el *Penance,* primera ley reguladora entre iguales en posición social y patrimonio, esto con el fin de evitar las muertes innecesarias o el derramamiento de sangre.

Al disminuir el número de pobladores, principalmente por la peste (siglo XV), aparecen los problemas de abasto de alimentos en toda Europa. Los señores feudales recurrieron entonces al castigo para aprovechar la mano de obra barata; comienza el auge de la industria textil disminuyendo al mismo tiempo las tierras de cultivo para hacerlas pastizales para las ovejas, por

lo que se expulsa a los siervos del campo, otorgándoles su libertad; estos antiguos siervos llegan a las ciudades desempleados y se dedican a la mendicidad, llamándoseles *villanos,* por su procedencia de las villas, sin embargo, estas personas eran ineptas para el trabajo fuera del campo. Aparecen entonces las leyes que castigan la mendicidad y se envía a estos hombres a realizar trabajos forzados, primero como remeros para fortalecer las guerras navales y después como mineros a las "casas de trabajo forzado", y también se contrata a los "atrapa-vagabundos".

Algunos siervos logran conseguir empleo remunerado a través de contratos privados y se convierten en obreros, modificándose la forma de producción y la moral de la época. A este obrero se le paga "a destajo", lo que es contraproducente para la época, pues aparece la cultura del trabajo y con ello la economía de subsistencia y no de acumulación, ya que los obreros sólo trabajaban para conseguir su sustento diario, por lo que los patrones presionan con frases como "trabajas o te mueres de hambre" y "trabajas o te encierro".

Desaparece entonces la pena de muerte y aparece el trabajo forzado, esto a su vez obliga a los patrones a ofrecer un pago y la autoridad debe decidir un sueldo y al mismo tiempo la autoridad debe decidir el tope de dicho sueldo, es decir, un sueldo máximo con la finalidad de evitar problemas entre vecinos.

El aumento de mendigos en las calles origina la acción de dar limosna, que aparece en el ideario colectivo como un "deber religioso", por lo que se hace necesario destinar un impuesto para la atención de vagos y mendigos. Aparece así la *Ley de los pobres* (Inglaterra, 1601), que obligaba a las parroquias a hacerse cargo de "sus menesterosos", aparecen entonces las *work house* en donde se mezclaba a desempleados y delincuentes y se exigía el trabajo desde el amanecer hasta el ocaso, con la concepción de que el trabajo dignifica. Así es como la pena de prisión nada tiene que ver con la readaptación o con la reinserción social del criminal.

Con ello podemos afirmar que la cárcel no aparece en función de la teoría penal sino por razones ajenas al Derecho, pues el delito y la pena no surgen como acción y reacción de un mismo objeto y sólo con el tiempo se envuelve a la pena en el marco de la legalidad. El tema del castigo va más allá de lo jurídico, ya que tiene que ver con lo moral, lo político, lo pedagógico, lo médico, lo psiquiátrico, etcétera.

El castigo se asocia entonces con una necesidad ante la maldad o lo malo, así, el Estado obtiene la legitimización política y jurídica para castigar y elaborar leyes. El Estado tiene derecho a castigar porque es recipiendario del derecho de venganza otorgado por el pueblo, el cual se basa en la justicia.

Castigar ha sido común a través de la historia, pero es difícil entender que se pueda castigar a un enfermo del estómago por tener diarrea y haberse ensuciado, o castigar a un enfermo del corazón porque su presión arterial subió sin control. Invito al lector a hacer la analogía de por qué debemos castigar a un sujeto enfermo del cerebro, ¿no es acaso mejor aplicar una política de prevención y detección oportuna de enfermedades mentales y aplicación de tratamientos para evitar que evolucionen hasta el delito o el homicidio? Pensar así resulta simplista y no es mi intención limitarme a ello, pero sí establecer nuevos caminos para entender la criminalidad y nuevas formas de combate a la misma que no se han puesto en práctica.

Mucho se ha escrito y dicho sobre la individualización de la pena, tanto de la privativa como de la medida de seguridad, pero nada se ha hecho sobre el verdadero tratamiento de enfermos mentales y la prevención del delito a través de la prevención de la enfermedad.

Reparar el daño no tiene sentido si el enfermo continúa como tal y reincide en la conducta delictiva. Debemos simplificar el proceso, pero tomar en cuenta nuevas políticas para brindar una adecuada atención a los enfermos mentales, tutelando y educando no sólo al paciente, sino a la familia y a la sociedad que necesita posibilidades para abatir este problema y para verdaderamente readaptar a quien sea posible, así como evitar la peligrosidad en quien no lo sea estableciendo parámetros claros para una prevención adecuada del delito y en especial del homicidio.

## ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO PODEMOS OFRECER A LOS HOMICIDAS?

Se debe tener primero una historia biográfica del sujeto, lo que los médicos llamamos historia clínica, con los antecedentes personales, sociales y familiares para conocer al homicida como a cualquier otro paciente. Una vez que se tiene este conocimiento se determinará el tipo de tratamiento que requiere cada uno, no es posible generalizar pues aunque todos tienen una base de enfermedad mental no es el mismo tratamiento que se debe proporcionar a quien sufre esquizofrenia que a quien sufre sociopatía, sin embargo, en la mayoría de los casos se debe intentar un tratamiento farmacológico que evite la impulsividad y otros síntomas que determine el psiquiatra tratante.

Además del tratamiento farmacológico individualizado, es necesario dar tratamiento psicológico y pedagógico tanto individual como general, que no sólo incluya a los delincuentes sino también al personal en general, a la familia y a la población, para que verdaderamente se integre el deseo

social con el resultado real de esta educación. Desde el punto de vista psicológico debemos hacer hincapié en aspectos de motivación, responsabilidad, autoestima, conocimiento social y ambiental en el que se va a reinsertar al homicida para que logre adaptarse al medio al que pertenece.

Como parte de las medidas de tratamiento debe incluirse mejorar la escolaridad, pero orientada a las capacidades individuales, ya que no podemos aplicar un mismo formato educativo para la población general que para los delincuentes, no olvidemos que la tarea principal es fortalecer el conocimiento de que son pacientes y hay que tratarlos como tales.

## ¿EN QUÉ CONSISTE LA REHABILITACIÓN?

Los seres humanos tenemos tres necesidades filogenéticas básicas para socializar: la necesidad de tener una red de relaciones sociales, vincularnos afectivamente de manera duradera y el contacto corporal placentero (la sexualidad se relaciona tanto con la vinculación afectiva como con el contacto corporal placentero). Rehabilitar, entonces, es favorecer que el individuo posea estas tres instancias, así, la tarea principal que debemos elaborar con cualquier delincuente es hacerle entender estas tres necesidades. No obstante la práctica va más allá de esta simple fórmula, pues para permitir la reinserción social del homicida es necesario que comprenda las reglas que rigen a cada grupo social, por lo que debemos volver a enseñar formas que se debieron aprender en la infancia y hacer programas prácticamente personalizados, en los que se elabore en primer término una historia biográfica que permita identificar las causas biológicas, psicológicas y sociales de su conducta, mediante la cual se les integre a programas especiales que fomenten cada área y eviten la impulsividad y la violencia. Asimismo, es necesario introducirlos en programas laborales de acuerdo con sus aptitudes y escolaridad para fomentar la importancia de su labor en el engranaje social, la importancia de su persona o de sus resultados y lograr que se sientan protegidos y amparados por una figura afectivamente representativa, llevándolos a una nueva socialización "dirigida" que fomente, al mismo tiempo, la estima social.

Elaborar este tipo de programas no es tarea fácil, sin embargo, considero que la rehabilitación se puede ofrecer desde el trabajo, la educación e incluso la recreación, favoreciendo las aptitudes que cada individuo tenga para determinadas áreas de trabajo o educación y fomentando en éstas el aprendizaje de normas sociales y conductas a través del trabajo mismo, que debe ser remunerado en su justa medida para que se cumpla cabalmente con la recompensa y el enfermo comprenda los beneficios del trabajo

constante, introyectando en lo posible las normas y valores que sirvan de contención en su psique ante el surgimiento de ideas criminales.

## ¿Y LAS CÁRCELES?

Las cárceles reflejan a la sociedad a la que pertenecen, y la nuestra no es la excepción, así, nos resulta más barato encerrar a seres humanos segregándolos de la sociedad que brindarles tratamiento o rehabilitación.

En condiciones ideales todas las celdas deben tener una adecuada higiene, ventilación, clima o temperatura promedio, alumbrado y superficie suficientes; servicios integrados, baño con medidas mínimas de higiene y agua caliente. La alimentación de los reclusos debe ser adecuada, balanceada y conforme a los requerimientos personales de cada paciente con respecto a su patología, como sucede en hospitales; se debe vigilar la actividad deportiva, la recreativa debe incluir servicios bibliotecarios, religiosos, de esparcimiento o uso del tiempo libre, un lugar para guardar objetos personales y en especial el trabajo remunerado diario y obligatorio que les permita entender esta necesidad social.

A la fecha no se incluye dentro de los programas penitenciarios el tratamiento psiquiátrico obligatorio para todo aquel que comete un delito, en especial para el homicida y otros delitos graves, por lo que es urgente atender este vacío. En algunos reclusorios y cárceles existe un área para pacientes psiquiátricos, pero además de insuficiente sólo se ingresa temporalmente a los pacientes que se encuentran con una franca psicosis y se deja de lado a aquellos a quienes "no se les nota" algún trastorno, porque no son evaluados por médicos capacitados, sino únicamente por jueces, ministerios públicos o personal penitenciario.

En México hay, en promedio, 450 000 personas en situación de cárcel; de ellos sólo reciben tratamiento psiquiátrico menos de 0.1 %. No es mi deseo criticar el sistema existente, sino proponer un cambio que logre la auténtica rehabilitación de los reos y la prevención de los delitos graves, por ello debemos cambiar totalmente la concepción acerca de los delincuentes y entender que son enfermos mentales que requieren tratamiento integral, con lo que seríamos una mejor sociedad.



Capítulo 11

# ASPECTOS políticos

## ¿QUÉ HAY CON LA POLÍTICA CONTRA EL CRIMEN?

Franz von Liszt definió la política contra el crimen como ciencia y se refirió a ella como la disciplina que se ocupa de las "formas o medios que debe poner en práctica el Estado para una eficaz lucha contra el delito, auxiliándose siempre por la criminología y la penología". La política es el arte de lo razonable, o lo posible, mientras que el Derecho es el arte de lo racional, de la razón que debe imperar; así, si el arte supremo del ser humano es la inteligencia, la política es la razón con la que se conduce el mundo, dota al Derecho de sustento y viabilidad y éste, a su vez, da a la política rumbo y ritmo.

La política criminalística es compleja y difícil en todos sus aspectos, al formar parte del Derecho penal debe regirse bajo estos principios, pero con fundamentos de un sinnúmero de disciplinas diferentes como la Historia, la Sociología, la Medicina, la Psiquiatría, la Neurología, la Psicología, la Antropología, etcétera.

Para entender la política criminalística debemos estudiar cinco aspectos básicos: la prevención del delito, control y administración de cárceles, reclusorios y tribunales para menores infractores; tratamiento integral de reos, el control y las consecuencias familiares y sociales y la seguridad social, con su consecuente problemática moral.

No debemos perder de vista que el Estado tendrá la obligación de favorecer la seguridad, sin embargo, esto también dependerá del tipo de líder que ejerza el poder y lo que la sociedad misma espera que se haga, ya sea como resultado de una campaña política o del carácter ideológico de la misma sociedad. Por eso es indispensable hacer un diagnóstico social antes de emprender una política de Estado, evitando campañas alarmistas que

señalen de manera equivocada a grupos marginados como "causantes" o "víctimas" de determinadas conductas.

La ambigüedad ideológica del concepto *política criminalística* creá gran confusión, pues muchas veces se habla de "grupos vulnerables" como víctimas del delito y en otras ocasiones estos "grupos vulnerables" aparecen como "posibles victimarios", por ello debemos distinguir las comisiones delictivas que vulneran la seguridad pública por su alto contenido de violencia, como lo relativo al narcotráfico, de aquellas acciones violentas individuales que crean temor en la población.

Desde la perspectiva de la economía se afirma que a mayor criminalidad menor desarrollo económico y viceversa, pero esto no se puede generalizar para todos los delitos, pues de ninguna manera se parecen las características criminológicas del delito de robo al de homicidio o al de violación, por eso no podemos aplicar el mismo sistema de prevención o de atención para todos sino un proyecto específico para cada delito.

En política, como en otras áreas, se habla de términos como "globalización" o "mundialización" que buscan unificar reglas, valores y objetivos con el fin de integrar a la humanidad como un todo, pero es imposible entender lo relativo al homicidio a través de otras culturas, esto debemos únicamente tomarlo como referente y encaminar las políticas según nuestra idiosincrasia con base en el conocimiento profundo y científico del problema y en el diagnóstico de cada uno de nuestros delincuentes. Otro problema con el que nos topamos en México es que no existe un sistema estadístico confiable, pues al consultar las diferentes estadísticas de comisión de delitos encontramos diferencias significativas y hasta absurdas.

Las políticas de salud mental deben incluir diversos parámetros, pero la política que se aplica a la prevención del delito, en especial a la prevención de los homicidas, debe fundarse en lo siguiente:

1. Detección oportuna de enfermedades mentales, que incluya:

   *a*) Educación médica continua, a médicos generales y especialistas de otras áreas, para aprender a detectar de manera eficaz y oportuna los primeros síntomas de enfermedades en la infancia y adolescencia sin discriminar a este tipo de enfermos, e incrementar el número de plazas para estudiar psiquiatría y neurología en los diferentes hospitales del país.
   *b*) Programas de educación continua, para maestros y educadores para que aprendan a detectar a los niños que padezcan enfermedad mental y orienten a padres para recibir un tratamiento o facilitar la canalización a los servicios especializados.

*c*) Programas específicos de orientación familiar para que los adultos comprendan que la enfermedad mental no se cura con golpes, pláticas, consejos, limpias, brujería, etc., sino que debe ser tratada como cualquier otra enfermedad, en especial con la administración de fármacos y la aplicación de terapias ofrecidas por especialistas y elaboradas específicamente para este tipo de pacientes.
*d*) Abasto de aparatos tecnológicos modernos para el adecuado diagnóstico de enfermos mentales en todos los centros hospitalarios, así como adecuado abasto de medicamentos tanto en centros hospitalarios como en cárceles, reclusorios y tribunales para menores.
*e*) Ampliar los programas de rehabilitación para cada una de las enfermedades mentales, incluyendo redes sociales de ayuda y programas de información específica.

2. Programas específicos para rehabilitar a delincuentes, que incluyan:

*a*) Tratamiento por médicos especialistas en psiquiatría y neurología dentro de todas las cárceles, reclusorios y tribunales para menores del país, considerando a todos los delincuentes como enfermos pero en especial a los que cometen delitos graves como homicidas, violadores, secuestradores, etcétera.
*b*) Orientar e informar a los familiares para hacerlos responsables de otorgar las facilidades para el tratamiento de sus enfermos, así como informar a la población en general de esta obligatoriedad para brindar tratamiento y rehabilitación e integración social.
*c*) Permitir que las casas de asistencia, protección social y similares sean vigiladas por personal especializado en psiquiatría y neurología para que se apliquen programas específicos de rehabilitación y reintegración social y funcional de acuerdo con las capacidades de cada enfermo.
*d*) Incrementar el número de centros de salud especializados y número de plazas para médicos especialistas en psiquiatría y neurología que atiendan en consulta externa a todos aquellos que lo soliciten y también el incremento de plazas para médicos que salgan a detectar pacientes en centros escolares y laborales.

3. Incrementar programas de educación escolar para niños, adolescentes y adultos con enfermedad mental, en las que se incluya:

*a*) Favorecer que la Secretaría de Educación Pública mantenga grupos de detección y tratamiento de niños con capacidades diferen-

tes, como grupos de niños hiperactivos, disociales y otros que padecen enfermedades mentales y no son diagnosticados o, si acaso lo han sido, son discriminados.

*b*) Incrementar la planta de profesores especializados en niños, adolescentes y adultos con enfermedad mental.

*c*) Crear nuevas escuelas para niños, adolescentes y adultos en donde se fomenten las artes, el deporte y la creatividad en general para permitir el mejor desarrollo de este tipo de pacientes.

La suma de estas medidas resultará en una nueva concepción de enfermedad mental y por ende una nueva forma de abordar el problema, modificando desde su raíz la concepción, entendimiento y tratamiento de los homicidas.

Debemos entonces entender a cabalidad el mecanismo de las alteraciones mentales que llevan a delinquir, para de manera ideal modificarlas y evitar este tipo de conductas. La sociedad no ha logrado ese avance científico y tecnológico, por lo que debemos conformarnos con evitar el mayor número posible de delitos, reducir el número de delincuentes y rehabilitar a aquellos que tengan posibilidad de hacerlo.

Nos preguntamos con frecuencia si los jóvenes que consumen drogas son sujetos que previamente funcionaban mal y esto los llevó a hacerse dependientes de ellas, o bien su consumo frecuente les ocasiona un daño cerebral tal que no es posible que dejen de usar las sustancias nocivas. Los seres humanos dividimos para analizar y al reintegrar la información ya no es sencillo comprenderla, es decir, si analizamos la conducta homicida de un sujeto, hay autores que nos llevan a pensar que el medio social en el que se desenvolvió era anormal y como consecuencia su conducta aprendida fue deficiente, sin embargo, actualmente sabemos que no por vivir en un medio social con carencias la gente delinque, de manera que no podemos generalizar estos estudios. Otros autores hablan de la estructura familiar y sus consecuencias en aquellos delincuentes cuyas familias fueron desestructuradas, pero tampoco es posible generalizar, ya que hay muchos otros sujetos que también provienen de familias desestructuradas y no por ello delinquen. Algunos autores han observado que hay homicidas que cometen su primer acto delictivo motivados por alguna fantasía, pero la acción resulta tan gratificante que dispara la adrenalina y ésta, a su vez, motiva la repetición.

## ¿Y LOS DERECHOS HUMANOS?

El *derecho humanitario* engloba a los *derechos humanos* y al *derecho internacional humanitario.* Al referirnos a los derechos humanos debemos

diferenciarlos de los *derechos fundamentales*, que son: derecho a la vida, a la libertad, a la salud, a la educación, a la igualdad, a la seguridad jurídica, a la propiedad, etc. Así, el concepto de *derechos humanos* es el conjunto de facultades e instituciones que en cada momento histórico concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional, por lo que esta definición nos va a remitir esencialmente a la responsabilidad del Estado.

El derecho internacional humanitario incluye también en su definición al conjunto de normas internacionales que se aplican en conflictos armados nacionales o internacionales.

Es tan grave la violación del derecho a la vida cometido por un individuo como el cometido por el Estado; aunque el derecho es el mismo, en el caso de violar de manera individual los derechos de alguien, se violan los derechos fundamentales, mientras que si es cometido por el Estado se dice que se violaron los derechos humanos.

Entendamos entonces que un homicida viola un derecho fundamental y se le aplicará el código penal para juzgarlo, mientras que si es el Estado quien viola alguna norma se le aplicará, además del código penal, la reglamentación internacional.

## ¿Y LA SOCIEDAD?

Muchos autores hablan de factores que "favorecen" la delincuencia, como la pobreza extrema, la migración de la población, el desempleo, el hambre, el aislamiento social, las guerras, la presencia de armas o la facilidad para conseguirlas; sin embargo, seríamos injustos si generalizáramos esto, ya que millones de personas en el mundo tienen hambre y no por eso matan a sus congéneres, millones están desempleados y tampoco cometen homicidios, etc. Con respecto al aislamiento social, se dice que se aísla quien está "enfermo mental o enfermo social" y por ello no puede considerarse causa de delincuencia, sino consecuencia de la enfermedad mental; por último, hay diversos estudios en países en donde se permite la compra y posesión de armas y, comparados con otros países en donde esto no se permite, no se han encontrado resultados significativamente diferentes con respecto a la frecuencia de homicidios, es decir, el número de homicidios es similar en sociedades armadas que en aquellas que están desarmadas.





# CONCLUSIÓN

No podemos hablar de una conclusión, sino de un grupo de posibles conclusiones que nos permitan entender el problema del homicidio y los homicidas, tendremos que aceptar que existen factores biológicos en los que la enfermedad mental es la causa principal y para ello debemos dar tratamientos farmacológicos que permitan al paciente vivir en sociedad.

Debemos entender también que existen problemas familiares, psicológicos y sociales que facilitan la violencia, para esto hay que enseñar al paciente, a la familia y a la sociedad en su conjunto a evitar conductas que favorezcan la delincuencia, y en especial el homicidio, enseñando la importancia del amor y evitando los golpes y agresiones en todas sus formas para obtener un sano desarrollo en la familia.

Cuando se brinda atención a homicidas se debe reiniciar el proceso de educación con objetivos específicos y favorecer el trabajo de acuerdo con las capacidades de esta población, ya que no es posible aplicar fórmulas educativas para personas sanas a personas enfermas o exigirles que respondan a las formas de trabajo que se conocen hasta ahora, pues ellos requieren programas elaborados especialmente en los que se "enseñe de nuevo" a comportarse en familia y en la sociedad, se les permita resolver sus conflictos psicológicos para evitar la agresividad o la impulsividad que padecen, así como para crear programas especiales que favorezcan la reinserción social y la vinculación afectiva de manera sana.

En la prevención del crimen no debemos olvidar que es en la infancia y adolescencia en donde se deben diagnosticar las principales enfermedades y los síntomas de alarma que permiten detectar a niños y jóvenes problema, es en estas edades cuando se debe aplicar tratamiento para evitar delitos a futuro. Así, los trastornos de la infancia serán sólo el punto de

partida para la comprensión de algunas enfermedades de la adolescencia y la edad adulta.

Es importante hacer ver al lector que se requieren políticas especiales de prevención del crimen, políticas especiales de rehabilitación y políticas especiales para el control de las consecuencias sociales y familiares, sin mezclar cada una. Se requiere educación dirigida a todos aquellos que nos dedicamos al tratamiento de criminales, permitiendo el intercambio de conocimientos entre profesionales, pero recordando que los delincuentes son enfermos y que requieren tratamiento médico de manera primaria.

Para controlar las consecuencias sociales y familiares es necesario aplicar programas educativos, tanto a la familia como a la sociedad, para que modifiquen los conceptos sobre este tipo de personas y acepten que son enfermos mentales y que requieren tratamientos médicos específicos.

Modifiquemos desde hoy la forma de abordar el problema de los homicidas y empecemos entendiendo que son seres humanos iguales a cualquiera de nosotros, pero que tuvieron la desgracia de enfermar de una parte de su cuerpo (alguna parte del cerebro) en un momento de su vida y que por ello necesitan nuestra comprensión, apoyo y tratamiento. Añado que no es tarea fácil conceptualizar a largo plazo las políticas de gobierno y de ninguna manera limitarlas a políticas sexenales, ya que la política de prevención, rehabilitación y tratamiento debe ir más allá de un sexenio. Es necesario fomentar el amor, el respeto y la tolerancia, e incrementar la educación musical, artística, deportiva, de creatividad, etc., así como todo aquello que favorezca la estima social y la competencia sana.

# BIBLIOGRAFÍA


Alonso-Fernández, F., *Psicología del Terrorismo*, Masson-Salvat, Barcelona, 1994.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and estatical manual of mental disorder. DSM-IV*, Washington, 1994.

Arnaldo, V. P., "Violencia, Furia y Muerte", en Revista *Psiquiatría*, Asociación Psiquiátrica Mexicana, México, 2001.

Astorga, Luis, *El siglo de las drogas*, Espasa-Calpe, México, 1996.

Barratt, E., "The effects of Phenytoin on impulse and premeditated aggression", en *Journal Psychopharmacology*, 1997, **17**: 341-349.

Blair, R. J., "Neuro-cognitive models of aggression, antisocial personality disorders and psychopathy", en *J. N. N. P.*, 2001, **71**: 727-732.

Blair, R. J. y E. Cipolorti, "Impaired social response reversal: acquired sociopathy, en *Brain* 2000, **123**: 1122-1141.

Bowlby, J., *La separación afectiva*, Paidós, Barcelona, 1985.

____, "Efectos de la ruptura de un vínculo afectivo sobre el comportamiento", en *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*, Morata, Madrid, 1986.

____, *El vínculo afectivo*, Paidós, Barcelona, 1990.

Brower, M. C. B. H. y Price, B. H., "Neuropsychology of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviours" en *J. N. N. P.*, 2001, **71**:720-726.

Calcedo Barba, A. y A. Calcedo Ordóñez, "Implicaciones legales del paciente psiquiátrico" en J. L. Vázquez-Baquero, *Psiquiatría en Atención Primaria*, Grupo Aula Médica, Madrid, 1998.

Carranca y Trujillo, Raúl, *El homicidio*, Porrúa, México, 1999.

*Código Penal para el Distrito Federal*, Sista, México, 2007.

*Código de Procedimientos Penales*, Sista, México, 2007.

Comfort, M., Grinstead, O. A., Faigeles, B. y Zack, B., "Reducing HIV risk among women visiting their incarcerated male partners", en *Criminal Justice and Behavior*, 2000, **27(1)**:57-71.

Conners, C. K., "Psychological effects of stimulant drugs in children with minimal brain dysfunction" en *Pediatrics*, 1972, **49**:702-708.

——, "Uso de escalas de cuantificación en el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de perturbación de atención/hiperactividad", en *Clínicas pediátricas de Norteamérica. Síndrome de perturbación de atención/hiperactividad*, McGraw-Hill Interamericana, México, 1999, pp. 907-922.

Cordess, C., "Violence: reflections on our deadliest epidemic", en *British Journal of Psychiatry*, 2001, **178**:185-187.

Cordón, F., *La naturaleza del hombre a la luz de su origen biológico*, Anthropos, Barcelona, 1981.

Cotten Oldenburg, N. U., Jordan, B. K., Martin, S. L. y Kupper, L., "Women inmates' risky sex and drug behaviors: Are they related?, en *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1999, **25(1)**: 129-149.

Cuello Calón, E., *Derecho Penal*, t. I. Bosch, Barcelona, 1981.

——, *El homicidio*, Porrúa, México, 1999.

Davidoff, Linda, *Introducción a la Psicología*, 2a. ed., McGraw-Hill, México, 1980.

De Pont K., Luis Marco, *Manual de criminología*, 2a. ed., Porrúa, México, 1990.

*Diálogos de Platón*, Colección Sepan Cuantos, 18a. ed., Porrúa, México, 1979.

*Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia de la lengua Española, 21a. ed., Espasa-Calpe, Madrid, 1992.

Dornbierer, Manú, *La guerra de las drogas*, Grijalbo, México, 1991.

*Enciclopedia jurídica mexicana*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, Porrúa, México, 2002.

Fejerman, N., "Trastornos del desarrollo y disfunción cerebral mínima (Trastorno de la atención con hiperactividad, torpeza motora, trastornos del desarrollo del lenguaje y dislexias)", en N. Fejerman y E. Fernández Álvarez (comp.), *Neurología Pediátrica*, Panamericana, Buenos Aires, 1997.

Foucault, M., *La vida de los hombres infames*, La Piqueta, España, 1990.

——, *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*, Siglo XXI, México, 1976.

Freud, Sigmund, *Escritos sobre la cocaína*, Anagrama, España, 1980.

Friedlander, K., *Psicoanálisis de la delincuencia juvenil*, Paidós, Barcelona, 1987.

Garrido, V. M. J. Beneyto, *El control de la agresión sexual*, Cristóbal Serrano, Valencia, 1995.

Gergen, K. J., *Construir la realidad*, Paidós, Barcelona, 2006.

Gibbons, Don C., *Delincuentes juveniles y criminales*, FCE, México, 1989.

Gilligan, I., "Violence in public health and preventive medicine", en *Lancet*, **355**: 1802-1803.

Goldman L. S., M. Genel y R. J. Bezman, "Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents", en *JAMA*, 1998, **279**:1100-1107.

González de la Vega, R., *La lucha contra el delito*, Porrúa, México, 2000.

Grafman, J., K. Schwab, D. Warden *et al.*, "Frontal lobe injuries, violence and aggression, Vietnam Head Injury study," en *Neurology*, 1996, **46**:1231-1238.

Hargief, D. A., M. Harmer y D. S. Rae, "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: ECA Study", en *JAMA*, 1990, **264**:2511-2518.

Herrera Lozano, Rigoberto, *Reflexiones criminológicas*, UAEM, México, 1995.

Hudgins, S., S. Mednick, P. A. Brennan *et al*, "Mental disorders and crime", en *Archives General of Psychiatry* 1996, **53**:489-496.

Huffman, A. V., "Problems precipitated by homosexual approaches on youthful first offenders", en *Journal of Social Therapy*, 1961, pp. 216-22.

Incardi, James A., *La guerra contra las drogas*, Grupo Editor Latinoamericano, Argentina, 1993.

Jiménez de Asúa, Luis, *Tratado de Derecho Penal*, Lozada, Buenos Aires, 1950.

Jones, I., "Clinical implications of psychiatric genetics in the new millennium" en *Psychiatric Bull*, 1989, **25**:129-131.

Kaplan H. y B., Sadock, *Tratado de Psiquiatría*, 2a. ed., Masson-Salvat, Barcelona, 1989.

Kinsbourne, M., "School problems", en *Pediatrics*, 1973, **52**:5.

Kircher T., David A., *The self in neuroscience and Psychiatry*, Cambridge University Press, Gran Bretaña, 2003.

Lacan, J., "Citando a San Agustín en la Tesis IV de La agresividad en psicoanálisis", en *Escritos II*, Siglo XXI, México, 1975.

Lerer, R. J., M. P. Lerer y J. Artner, "Effects of methylphenidate on handwriting of children with minimal brain dysfunction", en *Journal of Pediatry*, 1977, **91**:127-132.

Linares, J. L., *Identidad y narrativa*, Paidós, Barcelona, 1996

Lorenz, Konrad, *Sobre la agresión: el pretendido mal*, Siglo XXI, Madrid, 1973.

Lowe, T. L., D. J. Cohen y J. Detior, "Stimulant medication precipetate Tourett'es syndrome", en *JAMA*, 1982, **247**:1168.

Magura S., S. Y. Kang, J. L. Shapiro y J. O'Day, "Evaluation for an AIDS education model for women drug users in jail", en *International-Journal-of-the-Addictions*, 1995, **30(3)**:259-273.

____, "Outcomes of intensive AIDS education for male adolescent drug users in jail", en *Journal of Adolescent-Health*, 1994, **15(6)**:457-463.

Marchiori, Hilda, *Psicología criminal*, Porrúa, 5a. ed., México, 1985.

Mercugliano, M., "¿Qué es el síndrome de perturbación de atención/hiperactividad?", en *Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Síndrome de Perturbación de atención/hiperactividad*, McGraw-Hill Interamericana, México, 1999, pp. 877-891.

Morgan, A. M., "Diagnóstico del síndrome de perturbación de atención/hiperactividad en el consultorio", en *Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Síndrome de perturbación de atención/hiperactividad*, McGraw-Hill Interamericana, 1999, pp. 923-937.

Neuman, E., *Victimología*, Cárdenas, México, 1989.

Nielsen, D. A., "Suicidality and 5HIAA concentration", en *Archives General of Psychiatry*, 1994, **51:34**-38.

Oliveira de Barros Leal, C., *Violencia, Política Criminal y Seguridad Pública*, INACIPE, 2003.

OMS, *Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*, 10a. ed., versión al español de J. Tomás-Gráficas Letra, Barcelona, 2001.

Osorio y Nieto, César, *El Homicidio*, Porrúa, México, 1994.

Pavón, Francisco, *Derecho Penal Mexicano*, Porrúa, México, 1991.

Pedreira, J. L. y Tomás J. (eds.), *Condicionantes psicosomáticos y su tratamiento en la infancia y la adolescencia: agresividad, violencia, insomnio, medios de comunicación, sida*, Cuadernos de paidopsiquiatría, Alertes, 2001.

Pérez Cortés, Sergio, *La prohibición de mentir*, Siglo XXI, Universidad Metropolitana Iztapalapa, México, 1998.

Quiroz Cuarón, Alfonso, *Medicina forense*, Porrúa, México, 1963.

Raine, A., "Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence", en *American Journal of Psychiatry*, 1997, **154**:1265-1271.

____, "Psicópatas y Asesinos en Serie", en *4a. Reunión internacional de biología y sociología de la violencia*, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, Valencia, España, 1999.

Ring, H. A. y J. Serra-Mestres, "Neuropsychiatry of the basal ganglia", en *JNNP*, **72**:12-21.

Rodríguez Manzanera, L., *Victimología*, Porrúa, México, 1988.

____, L., *El Homicidio en México. Criminología en América Latina*, UNICRI, Roma, 1990.

Rubio, A. y L. Ortega, *Manual de psiquiatría penitenciaria*, Egraf, Madrid, 2002.

Rutter, M., "Syndromes attributed to minimal brain dysfunction in childhood", en *American Journal of Psychiatry*, 1982, **139**:21-33.

Siegel, D. J., "Memory: An overview, with emphasis on developmental, interpersonal, and neurobiological aspects", en *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 2001, **40(9)**:997-1011.

____, "Memory, trauma, and psychopathology: A cognitive science view", en *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1995; **4**:93-122.

____, "Cognition, memories and dissociation", en *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 1996, **5**:509-536.

Soberanes Fernández, J. L., *Historia del derecho mexicano*, 10a. ed., Porrúa, México, 2003.

Steadman, H. J., "Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods", en *Archives General of Psychiatry*, 1898, **55(5)**:393.

Stern, D., *Implicit Knowing, The present moment in psychotherapy and everyday life*, Norton, Nueva York, 2004.

Swartz, M. S., J. W. Swanson, V. A. Hiday *et al.*, "Violence and severe mental illness: effects of substance abuse and nonadherence to medication", en *American Journal of Psychiatry*, 1998, **155**:226-231.

Teasdale, T. W. y A. W. Engberg, "Suicide after traumatic brain injury", en *JNNP*, 2001, **71**:436-441.

Temple, M. T., "Patterns of sexuality in a high-risk sample: Results from a survey of new intakes at a county jail", en *Archives-of-Sexual-Behavior*, 1993, **22(2)**:111-129.

Tuninger, E. E., "Criminality and aggression among psychotic in-patients: frequency and clinical correlates", en *Acta Psychiatric Scand*, 2001, **103(4)**:294.

Valverde, J., *La cárcel y sus consecuencias*, Popular, Madrid, 1997.

Van Elsrt, L. y T. F. Woermann, "Affective aggression in patients with temporal lobe epilepsy", en *Brain*, 2000, **123**:234-243.

Vélez de la Rosa, Carina, "La familia como factor criminógeno", en *Criminalia*, año L, núm. 1-6, México, 1984.

Volavka, J., "The neurobiology of violence", en *Neuropsychiatry Clinic Neurosciences*, 1989, **11**:307-314.

Winnicott, D., "Objetos transicionales y fenómenos transicionales", en *Realidad y Juego*, Granica Editor Buenos Aires, 1972.

____, *El niño en el grupo familiar*, Paidós, Buenos Aires, 1993.

____, *La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé*, Paidós, Buenos Aires, 1993.

____, "Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño", en *Realidad y Juego*, Granica, Buenos Aires, 1972.

www.neuropediatria.com.py/.../Epilepsia/definicion_de_la_epilepsia.htm-, Definición de la epilepsia. La organización Mundial de la Salud (OMS) y la Liga Internacional contra la epilepsia (ILAE), Centro de Neurología y Neurofisiología Pediátrica. Prof. Dr. Victor Alejandro Gaona, 2005.

# ÍNDICE analítico


## A

Abandono, 24
Actitud violenta, 17
Actividad humana y relación con el cerebro, 34
Acto ilícito, comprensión del, 42
Afecto en los niños, 16
Agnosticismo, 35
Agresión(es)
  definición de, 17-18
  procesos internos de, 19
  sexuales en los homicidas, 24
Agresividad, 61
  centrífuga o proyectiva, 16
  centrípeta, 16
  en el niño, 16
  en el psicoanálisis, 16
  en la historia, 20
  en personas con epilepsia, 63
Aislamiento social, 26
Alienados, 11
Alteraciones mentales
  que llevan a delinquir, 130
  y estados emocionales, 81
Alucinosis alcohólica, 70
Amígdala cerebral, 33, 56
Amor, 17, 43
Aprendizaje por imitación, 40
*Aristóteles*, 40
Asesinato, definición de, 22
Asesino(s)
  a sueldo, 90
  definición de, 19
  diagnóstico de los, 11
  múltiples, 88, 119
  seriales, 88-90
  *spree killer*, 89
Ateos, 35
Axiología, definición de, 31

## B

*Báthory, E.*, 88
*Benthman, J.*, 32
*Bowlby, J.*, 43

## C

Carácter o personalidad psicopática, 98
Castigo jurídico a los menores de edad, 46
Cerebro
  áreas frontales del, 50
  derecho, 59
  equipolente, 55
  golpes en el, 62

información contenida en el, 55
izquierdo, 33-34, 59
lectura del, 60
lóbulo frontal del, 42
trino, 55
*Chess, S.*, 47
Cleptomanía, definición de, 66-67
Cocaína, 72-73
Complejo reptílico, 56
Comportamiento violento, 20
Comunidades peligrosas, 113
Concepción moral del bien, 34
Conciencia, 40
definición de, 28
del homicidio, 84
humanista, 29
lingüística, 52
moral, 41
autoritaria, 29
perceptual, 52
religiosa, 32
Conducta(s)
agresiva, 19
niveles bajos de cortisol en la, 51
criminal, diagnóstico de, 109
impulsivas, 66
instintiva, religión como, 32
melancólicas en el homicida, 28
violentas heredadas, 28
*Conners, C.*, 47
Conyugicidio, 86
Cortisol, 51, 60
Creencias, definición de, 33
Crimen, prevención del, 133
Criminales
como enfermos mentales, 83
educación dirigida al tratamiento de, 134
Criminalidad, prevención de, 112
Criminalistas, 30
*Cuello, E.*, 22

## D

*Darwin, C.*, 56
Deberes, teoría de los, 32
Delincuencia, factores que favorecen la, 131
Delincuentes
como enfermos, 111
diagnóstico y tratamiento de los, 115
programas para rehabilitar a, 129
Delirium, definición de, 66
en el homicidio, 65
Delito(s)
causas del, 115
graves, terapia por, 101
imputable, 75-76
incapacidad para cometer un, 76
prevención de los, 17
Demencia, evaluación de la, 65
*Demócrito*, 28
Dendritas o conexiones, 58
Deontología, definición de, 32
Derechos humanos, 130-131
Diestrés, definición de, 106
Dios, creación de, 34
Discapacitados mentales, 94
Discriminación, 93-94
Disfunción
cerebral mínima, 47
frontotemporal, 83
Docentes como educadores morales, 47
Dolo, definición de, 78
Dolor en el honor, 79
Droga(s)
de abuso, 71
definición de, 71
legales, 71

que se consumen en México, 74
y homicidio, 114

E

Educación
agresiones en la, 20
de los hijos según la religión, 35
golpes en la, 20
Educar
con valores, 41
definición de, 40
Embriaguez patológica, 70
Emoción(es), 59
estructuras encargadas de las, 59
primarias, 81
violenta y estado pasional, 79, 82
zona de las, 59
Enfermedad(es)
clasificación de las, 15
de la adaptación, 106-107
mental(es), 15
clasificación y diagnóstico de las, 19
concepciones modernas de la, 11
definición de, 84
detección oportuna de las, 128
Enfermo(s)
agresivos, control de los, 12
hospitalización de los, 12
mentales, 12
como criminales, 83
no violentos, 110
por voluntad, 94
reeducación de los, 12
rehabilitación de los, 17
tratamiento para los, 30
Ensimismamiento, 26
Entendimiento, capacidad de, 29
Epilepsia
definición de, 63
del lóbulo temporal en los homicidas, 28, 34-35
en crisis, 63
Estado(s)
afectivos, 81
de alienación, 84
de ánimo
hormonas que modifican el, 20
personas enfermas de los, 64
emocionales y alteraciones mentales, 81
pasional, 81
y emociones violentas, 82
Estrés, 106
Ethos, definición de, 40
Ética
aplicada, 41
crítica, 41
definición de, 31, 40
principios básicos de la, 41
Experiencias místicas, 33

F

Familias
con hijos disociales, 109
rotas, 95
Fármaco, definición de, 71
Fenilciclidina (PCP), 74
*Fernández, A.,* 21
Filicidio. *Véase* Infanticidio
Fratricidio, 86
*Freud, S.,* 41, 72
*Fromm, E.,* 29, 40

G

*Gaona, V.,* 63
*Gilles de Rais,* 88

## H


Hecho delictivo, 81
Hijo(s)
  deseado, 43
  enseñar lo que no se debe hacer a los, 41
  relación con la madre del, 44
Hiperactividad
  definición de, 47-48
  o impulsividad, 47
Hipocampo, 57, 82
Hipófisis, 56
Homicida(s)
  abuso de las drogas en los, 74
  adaptados e inadaptados, 105
  agresiones sexuales en los, 24
  alcohol y drogas en los, 69-70
  anormalidad(es)
    genéticas en, 50
    orgánica cerebral en el, 70
  antes de cometer homicidio, 27
  atención a, 133
  autopercepción de los, 25, 34
  clasificaciones de los, 90
  con personalidad limítrofe, 102
  con Trastorno de Atención, 51
  conciencia
    de sí mismo del, 24
    definición de, 22, 37
    moral del, 29
  conducta de los, 13, 28, 83
  etapas depresivas en el, 68, 90
  fases del, 26
  grado de culpabilidad de un, 75
  historia familiar de los, 23
  inteligentes, 104
  maltrato en la infancia del, 24
  moral en los, 28
  no conscientes, 42
  pacientes, 32
  personalidad del, 28
  rehabilitación de los, 106
  reinserción social del, 122-123
  sádicos, 24
  seriales, 26, 89
  tratamiento psiquiátrico obligatorio del, 121, 125
  tríada sintomatológica de la conducta, 99
Homicidio
  acto de, 27
  alevosía en el, 86
  castigo o pena en el, 11, 121-123
  clasificación de armas en el, 87
  como delito grave, 81
  cómplices en el, 92
  conciencia del, 84
  culposo, 75, 85
  definición de, 22, 75
  delirium en el, 65
  desde el punto de vista legal, 85
  doloso, 75, 78, 85
  en la infancia, 53
  en los retrasados mentales, 62
  en pacientes seniles, 65
  en personas enfermas de los estados de ánimo, 64
  entidades patológicas reactivas en el, 80
  etapas depresivas en el, 65
  fortuito, 75
  inimputabilidad en el, 76-77
  lenguaje jurídico en el, 82
  menor, 84
  planeación del, 20
  premeditación en el, 86
  preterintencional, 75, 85
  prevención del, 111, 114
  reparación del daño en el, 123
  responsabilidad en el, eximente de, 80

simple, 85
tipos de, 88
y cárcel, 125
y drogas, 114
y epilepsia, 63
y falta de desarrollo mental, 77
y suicidio, 67, 86
Hormonas que modifican el estado de ánimo, 20
Hospitales psiquiátricos, creación de, 12
*Hume, D.*, 35
*Huxley, T.*, 35

## I

Impulsividad
definición de, 48
en los primeros años, 47
o hiperactividad, 47
Impulsos, control de los, 66
Infancia, homicidio en la, 53
Infanticidio, 86
Inimputabilidad, definición de, 76
Instinto(s)
básico para determinar lo conveniente, 40
definición de, 32
tipos de, 32
Inteligencia
definición de, 43
y peligrosidad, 63

## J

*Jiménez, L.*, 117
Juego patológico, definición de, 67

## K

*Kant, I.*, 35-36
*Kenrad, L.*, 18
*Kohlberg*, 31

## L

*Laufer, M.*, 47
Lenguaje corporal o facial, lectura del, 25
Libertad en el campo moral, 42, 78
Libre albedrío, 30, 42, 78
*Lizt, F. von*, 127
Lóbulo(s)
frontal, 33, 42, 56
occipital, 56
parietal, 33, 56
prefrontal, 82
temporal, epilepsia en los homicidas del, 28, 34-35
Locura, 60. *Véase también* Psicosis
pacientes con, 60

## M

*MacLean*, 55-56
Madre(s)
desprendimiento de la, 44
e hijo, alteraciones en la relación, 101
rígidas en extremo, 17
Maltrato
en la infancia del homicida, 24
o violencia premeditada, 20
Mariguana, 71-72
Médicos, 15
alienistas, 12
biologicistas, 32
modernos humanistas, 85
Medio social, importancia del, 16
Memoria, 56-58
Mentira
definición de, 35-36

prohibición y mendacidad, 36
Moral
colectiva, 45
en los homicidas, 28, 31
en los niños, 45
Muerte
celular programada o suicidio neuronal, 62
neuronal o apoptosis, 62

## N

Neocórtex, 56
Neurociencias, 33
Neuronas, 58
en espejo, 25
Neurotrasmisores, 58
*Niemann, A.*, 72
Niño(s)
abandonados, 44
agresividad en el, 16
antisociales, 104
con hiperactividad, 48
manifestaciones violentas en los, 61
moral en los, 45

## O

Obediencia, 39
Odio, definición del, 17
Ofensas al honor, 81
Onda cerebral P300, 37
Opio, derivados del, 74
Orden, definición de, 39
*Osorio, C.*, 85

## P

Pacientes
esquizofrénicos, 64
homicidas, 32
Padres como primeros maestros de moral, 46
Parricidio, 86
*Pavlov, I.*, 56
*Pavón, F.*, 22
Peligrosidad
definición de, 11-12
e inteligencia, 63
predicción de la, 110
Pena de muerte, 122
Pensamiento, fases de desarrollo del, 25
Persona(s)
agresivas, concentración de serotonina en, 51
altamente peligrosas, 99
antisociales o sociopáticas, 98
con actitud violenta, 17
con trastorno
de la personalidad, 25
limítrofe o *borderline*, 103
enfermas de los estados de ánimo, 64
normales o pasivas, 18
Personalidad
definición de, 97
más frecuente del homicida, 28
pruebas psicológicas para valorar la, 97
*Piaget, J.*, 31
Piromanía, definición de, 67
Planeación del homicidio, 26
*Platón*, 31
Política
criminalística, 127-128
de salud mental en México, 128
Prevención
de la violencia, 17
los delitos, 17
Problemas familiares, psicológicos y

sociales, 133
Procesos de agresión, 19
Psicoanálisis, definición de agresividad en el, 16
Psicólogo, 97
Psicópata, 102
Psicosis, 60. *Véase también* Locura
definición de, 61
pacientes con, 60
paranoide, 60
social, 113
Psiquiatras
ante el crimen, 83
en el ámbito legal, 85
Psiquiatría, fundación de la, 83

## R

Recuerdo
mecánica del, 57
significado moral del, 58
Reflejos condicionados, 56
Rehabilitación de los enfermos, 21
Relaciones afectivas, 100
Religión(es)
como conducta instintiva, 32
educación de los hijos según la, 35
transformación de las, 34
Retrasados mentales, homicidio en los, 62

## S

*Sellin, T.,* 118
Senectud, definición de, 65
Senilidad, definición de, 65
*Seyle, H.,* 106
Sinapsis, 55
Síndrome
de Geschwind, 34
General de Adaptación, 106
hipercinético, 47
Síntomas disociales y conductas agresivas, 50
Sistema
límbico, 34, 56
nervioso periférico, 73
Sociópatas, 100-101
*Stern, D.,* 25
Suicidas en el homicidio, 67
Suicidio
consumado, 68
en los adultos, 68
infantil, 68
y homicidio, 67, 86
Sujeto activo del delito, 79
Sustancia gris del cerebro, disminución de, 102
Syneidisis, 28

## T

Tálamo, definición de, 82
Teoría
de la simulación, 36-37
de los deberes, 32
finalista, 78
Terapia por delitos graves, 101
Trastorno
antisocial de la personalidad (TAP), 99, 102
de atención, 48
definición de, 49
diagnóstico del, 51
en la infancia, 47-48
homicidas con, 51
por daños cerebrales, 49-50
por hiperquinesia, 50
de la infancia, 133
de la personalidad, 25, 98
antisocial, 51

diagnóstico del, 48
disocial, 104
Mental Transitorio (TMT), 70, 79-80
sociopático, 100

U

Uxoricidio, definición de, 86

V

Valoración
de confianza, 52
retrospectiva, 58
Valor(es)
defectuosos o erróneos, 51
definición de, 31
educar con, 41
hombre como creador de, 31
personales, 31
sociales, 31
Veracidad, definición de, 36
Víctima(s), 119
captura de la, 27
características de la, 119
categorización de las, 117
coadyuvantes, 118
como sujeto pasivo, 86
de los homicidas, 117
participación de la, en el delito, 117
selección de la, 26
valor simbólico de la, 119
y homicida, 118
Victimización, formas de ver la, 118
Violación del derecho a la vida, 131
Violencia
definición de, 18-20
económica, 21
física, 21
formas
de proyección de la, 21
estatales o nacionales de, 22
generación de la, 17
padecimiento de la, 17
patrimonial, 21
por crianza, 20
premeditada o maltrato, 20
prevención de la, 17
psicológica, 21
sexual, 21
Virtud, 40
Voluntad objetiva y subjetiva de realizar un acto, 42

Z

*Zetkin, C.*, 93