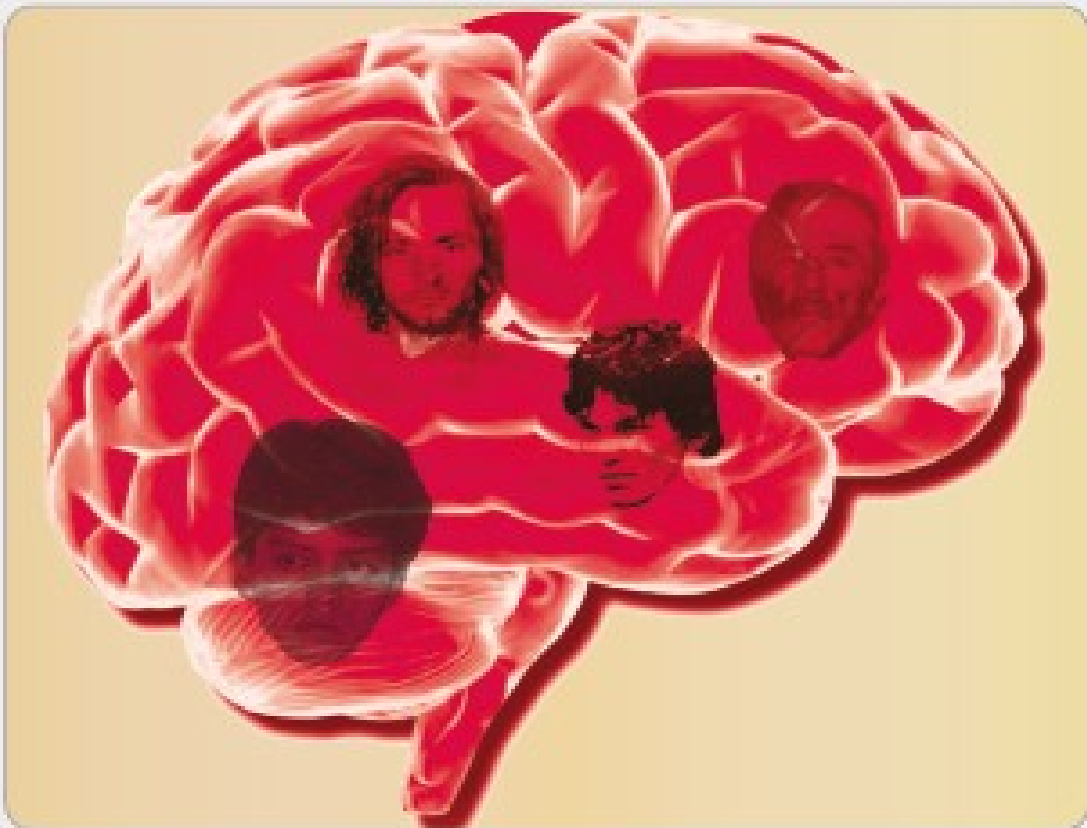


# Los Trastornos Psiquiátricos

## Implicaciones Médico-Legales y Jurídicas



**Dr. Mg. Marco Salgado Carpio**

**Ab. Esp. Nataly Salgado Jaramillo**

# **Los Trastornos Psiquiátricos Implicaciones Médico-Legales y Jurídicas**

# LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Libro

Dr. Mgs. Marco Salgado Carpio

Ab. Nataly Salgado Jaramillo

© UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

**Diagramación, diseño e impresión:**

EDILOJA Cía. Ltda.

Telefax: 593-7-2611418

San Cayetano Alto s/n

[www.ediloja.com.ec](http://www.ediloja.com.ec)

[edilojainfo@ediloja.com.ec](mailto:edilojainfo@ediloja.com.ec)

Loja-Ecuador

Primera edición

ISBN físico-978-9942-08-690-7

ISBN digital-978-9942-25-226-5

Reservados todos los derechos conforme a la ley. No está permitida la reproducción total o parcial de esta guía, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Octubre, 2017

Dedicatoria:

A todos aquellos que forjan su futuro a base de esfuerzo,  
preparación diaria y actualización constante.

“No veo quien pudiera ser más desgraciado que ellos si yo no acudiese en su auxilio de muchas maneras, pues aunque el género humano detesta esta clase de hombres, hasta el punto de que si los encuentra al paso cree a pie juntillas que es señal de mal agüero, ellos, sin embargo, tienen la más alta opinión de sí mismos”

Erasmus de Rotterdam (Elogio de la locura)

# Índice

## Índice

### Introduccion

### Capítulo I

#### Generalidades

Generalidades

Ubicación de la Psiquiatría Forense en las Ciencias Jurídicas

Breve reseña histórica

### Capítulo II

#### Bases anátomo-fisiológicas de la conducta humana

Bases anatomofisiologicas

División del sistema nervioso

Factores endocrinologicos de la conducta

Factores hereditarios

### Capítulo III

#### Principales fenómenos psicológicos y su psicopatología

Teorías del comportamiento humano

Sensopercepciones

Psicopatología de las sensopercepciones

Vida afectiva

La atención

La memoria

Pensamiento

Jucio

Inteligencia

Personalidad

### Capítulo IV

#### Principales trastornos psiquiatricos y sus implicaciones medico-legales

Clasificacion de las enfermedades mentales

Demencia

Demencia, un término a olvidar del léxico médico

Esquizofrenia

Trastornos delirantes (paranoides)

Trastornos bipolares

Los trastornos de la personalidad

Trastorno paranoide de la personalidad

Trastorno esquizoide de la personalidad

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Trastorno antisocial de la personalidad

Trastorno histriónico de la personalidad

Trastorno narcisista de la personalidad

[Trastorno de la personalidad por evitación](#)  
[Trastorno de la personalidad por dependencia](#)  
[Trastorno de la personalidad anancástica](#)  
[Trastornos de ansiedad \(neurosis\)](#)  
[Trastorno de ansiedad generalizada](#)  
[Trastorno obsesivo-compulsivo](#)  
[Fobias específicas](#)  
[Trastorno de estrés postraumático](#)  
[Trastornos de control de impulsos](#)  
[Trastornos relacionados con sustancias adictivas](#)  
[Trastornos relacionados con la discapacidad intelectual](#)  
[El examen y la pericia psiquiátrica](#)

## **Capítulo V**

### **Implicaciones jurídicas de los trastornos psiquiátricos**

[Capacidad Jurídica y de Obrar e Incapacidad](#)  
[Imputabilidad e Inimputabilidad en el Derecho Penal](#)

### **Anexos**

### **Bibliografía**

## Introduccion

Durante los muchos años de docencia universitaria, tanto en la modalidad presencial como en la de distancia, hemos, conjuntamente con los diversos alumnos que han pasado por las aulas, creído conveniente de que exista una explicación detallada y comprensible para ellos de ciertos temas médico-legales que en la mayoría de textos se lo hace de forma muy ligera y rápida.

Nace así la idea de redactar este texto particularmente dirigido a los alumnos de Ciencias Jurídicas, como también a los presionales estudiosos del Derecho que se interesen en estos temas, que siempre serán apasionantes por la estrecha relación que tiene estas dos ramas.

Si bien en la forma de actuar de los seres humanos intervienen varios factores, no es menos cierto, que hay conductas que se apartan del común, y estas, en ocasiones pueden trasgredir principios normativos de una sociedad.

La Psiquiatría es una ciencia muy dinámica, cada vez, con el transcurrir del tiempo existen nuevos conceptos, la mayoría de ellos basados en investigaciones científicas, lo que le da firmeza a las publicaciones que periódicamente se realizan.

Con lo mencionado en los párrafos anteriores, este libro, no trata de constituirse un texto que adentre profundamente en la ciencia psiquiátrica, sino recopilar de diversos autores, los conceptos actuales y especialmente, en una forma didáctica, poner estos conocimientos al alcance de los futuros profesionales para su mejor aprovechamiento y una formación más sólida en este campo.



# Capítulo I

## Generalidades

## • GENERALIDADES

Los trastornos psiquiátricos y sus implicaciones legales son estudiados por una especialidad de la Medicina Legal que es la **Psiquiatría Forense**, de la que revisaremos algunas definiciones.

Nerio Rojas (1964) dice que abarca el estudio de todas las cuestiones legales vinculadas a los alienados; J.M. Codón y López S. (1968) menciona que los conocimientos de la psiquiatría son aplicados a la vida del Derecho, ésta recibe con toda propiedad, el nombre de Psiquiatría Jurídica; Cabanellas (1976) se refiere que es una ciencia auxiliar del Derecho Penal, que estudia las enfermedades mentales de los delincuentes, a fin de determinar su responsabilidad atenuada o nula, dentro de los principios criminales clásicos o la necesidad de uno u otro de los tratamientos que por conveniencia individual y medidas de seguridad deba adoptarse; Bonnet (1980) la denomina como Psicopatología Forense; estudia las personalidades anómalas no psicóticas en relación de dependencia con la legislación de cada país; además es el estudio de las formas de alienación mental en relación de dependencia con la legislación de cada país y según Weigandtes una ciencia que se propone aclarar los casos en que alguna persona, por el estado especial de su salud mental necesita una particular consideración ante la ley, Alejandro Basile dice :” La psiquiatría médico legal no es asistencial ni terapéutica, Cumple, más bien, una función de asesoramiento (privado o público) en lo que respecta al estado psíquico de las personas en relación con la ley”.<sup>1</sup>

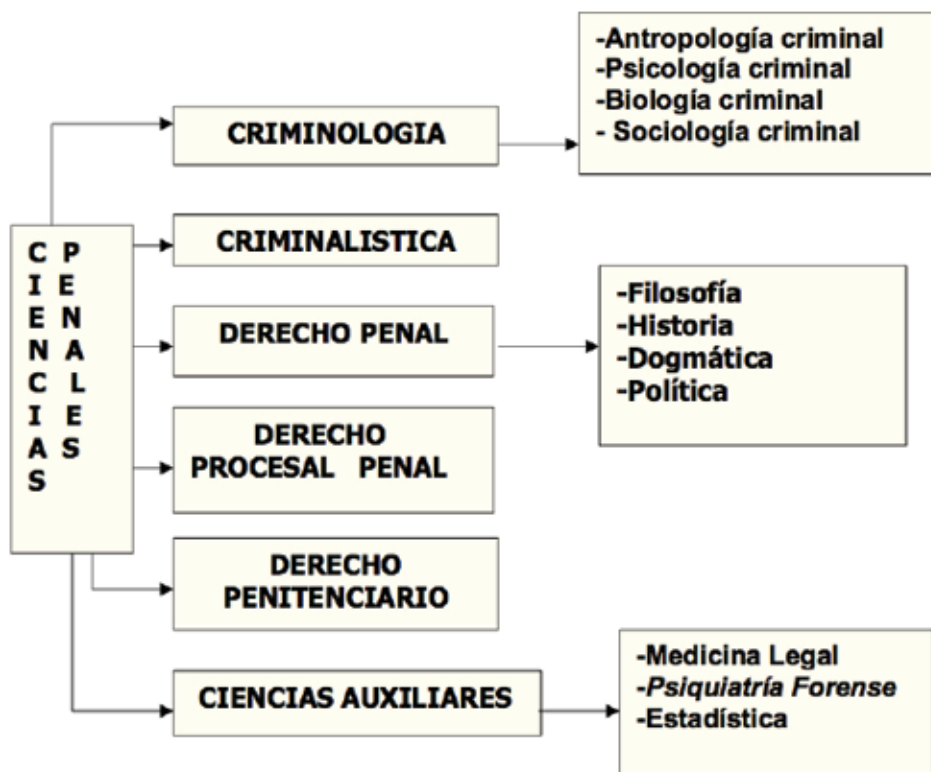
Al expresar estas definiciones podemos deducir que la importancia de esta ciencia radica en que todos los estudiosos del Derecho deben tener un conocimiento cabal de ella, ya que si las leyes regulan ciertas actividades humanas estas están condicionadas por diferentes conductas de los seres humanos; un ejemplo de esto es el homosexualismo como tal y el adulterio, conductas que anteriormente estaban sancionadas como delitos sexuales por Código Penal y que actualmente no lo son, caso similar, es el consumo de sustancias estupefacientes. Entonces a la psiquiatría del delito (psiquiatría forense), conciernele entre otras cosas, estudiar las motivaciones de los delincuentes, sean estos aprehendidos o no. ¿Por qué una persona roba, otra falsifica, otra aligera los bolsillos ajenos, otra asesina? Una explicación de esta

clase de conductas se puede buscar en la historia de la vida y en los factores hereditarios de cada individuo, así como en el análisis de los influjos que sobre el ejercieron su hogar, la escuela y todo el medio ambiente en que se desenvolvió hasta delinquir.<sup>2</sup>

Otros campos importantes en la que interviene la Psiquiatría forense es en ciertos procedimientos judiciales como los testimonios, interrogaciones a testigos, los careos e incluso en las evaluaciones periciales (psiquiátrica y psicológica) de los individuos.

- **UBICACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA FORENSE EN LAS CIENCIAS JURÍDICAS**

Si bien la Psiquiatría Forense tiene injerencia en la mayoría de campos del Derecho, ya sea civil, laboral, su especial aplicación radica en el aspecto penal de ahí que la mayoría de autores la ubiquen como una ciencia auxiliar importante de las Ciencias Penales que están conformadas por la **Criminología** que es el estudio biopsicosocial el delincuente , la **Criminalística** que son las diversas técnicas utilizadas para el esclarecimiento del hecho delictivo, el **Derecho Penal** que son las normas punitivas para el castigo del rompimiento de las Leyes, el **Derecho Procesal Penal** que es el procedimiento utilizado para la aplicación del Código Penal, el **Derecho Penitenciario** que son las normas que regulan la prisión y encarcelamiento de los individuos y finalmente las **Ciencias Auxiliares** cuya misión especial es la de dar el soporte necesario y fundamental para que puedan aplicarse las anteriores entre las que tenemos la **Medicina Legal** que es la aplicación de los conocimientos médicos para el ejercicio del Derecho, la **Psiquiatría Forense** que es el estudio del comportamiento humano y su aplicación dentro del campo jurídico (Gráfico 1)



**Grafico N° 1:** Clasificación de las Ciencias Penales

## • BREVE RESEÑA HISTÓRICA

En las sociedades prehistóricas no se distinguían entre los trastornos físicos y mentales estos eran atribuidos a espíritus malignos o demonios creándose así la llamada *demonología*, se han encontrado cráneos trepanados que se cree que fueron realizados para que se eliminen los “malos espíritus” que creían estaba dentro de la cabeza de las personas.

En los griegos cualquier tipo de conducta perturbada se atribuía que era un castigo de los dioses, pero ciertos filósofos como **Sócrates** mencionaron que esto radicaba en aspectos psicológicos. **Hipócrates** (460-375 A.C.) estableció que ciertas conductas anormales eran causadas por patología cerebral (enfermedad o disfunción cerebral), también clasificó a las enfermedades mentales en: *manía*, *melancolía* y *frenitis*, su descripción de estas enfermedades indican que se conocían otras como la epilepsia, la histeria, psicosis posparto y síndromes cerebrales agudos (ciertos estados delirantes) , algo importante , en esta época, fue que las Cortes Atenienses, aunque reconocían los derechos civiles de los enfermos mentales, no los aceptaban en caso de delito capital

(muerte), los individuos enjuiciados que tenían algún trastorno mental la Corte le nombraba un guardián.

**Platón** (429-347 A.C.) desarrolló un punto de vista orgánico considerando que existen conflictos internos entre la razón y la emoción,

**Galeno** (130-200 D.C.), médico romano manifestó que el asiento del alma es el cerebro y no el corazón y enseñaba que las características psicológicas eran expresiones del proceso orgánico influenciado por un equilibrio de cuatro humores.<sup>3</sup>

Durante la edad media, la hambruna, peste y guerras dinásticas causaron enorme agitación social, las formas de histeria colectiva afectaron a grupos de personas. En el siglo XV la Iglesia apoyó la cacería de las brujas en respuesta a los que se oponían a su autoridad. Entre los numerosos hombres, mujeres que fueron torturados y asesinados por brujería había algunos a quienes en la actualidad llamaríamos enfermos mentales.

El Renacimiento trajo el retorno a la investigación racional científica junto a un incremento del interés en métodos humanitarios para tratar los desordenes mentales.<sup>4</sup>

En los siglos XII y XVIII el conocimiento científico aumentó en gran medida, los filósofos como Spinoza, escribieron acerca del papel de las emociones, las ideas y los deseos en la vida e hicieron referencia de los mecanismos inconscientes que ejercen una influencia en la conducta. Científicos como Harvey, escribieron sobre la relación entre los aspectos fisiológicos y psicológicos de la vida. Burton, en su libro *Anatomy of Melancoly*, describió y analizo la depresión desde el punto de vista psicológico: Surgieron nuevas ideas, como la *Fisonomía*, el arte de juzgar la personalidad a partir de la apariencia física, y la *Frenología*, perspectiva de que las facultades mentales se podían “leer” al sentir las protuberancias de la cabeza de un persona.

Uno de los precursores de la Medicina Legal Pablo Zacchias en su libro *Constitutio Criminañis Carolina* (1532) llega a una conceptualización médico-jurídica de la “locura”<sup>5</sup>

A los enfermos mentales en un inicio se los desterraba, pero luego ya se los internaba: “En los registros de internamiento figuraban como “diagnósticos”

los siguientes términos y expresiones: “iluminados”, “visionarios”, “visionarios que se imaginan tener apariciones celestiales”, “iluminados con revelaciones”, “imbéciles”, “imbécil por horribles excesos de vino”, “imbécil que habla siempre diciéndose Emperador de los turcos y Papa”, “imbécil sin ninguna esperanza de recuperación”, “particular perseguido por gentes que quieren matarlo”, “hacedor de proyectos descabellados”, “hombre continuamente electrizado y al que se transmiten ideas de otro”, “especie de loco que quiere presentar sus memorias en el Parlamento”. Otros casos que figuraban en los registros de internamiento eran: “alegador empedernido”, “el hombre más pleitista”, “hombre muy malvado y tramposo”, “hombre que pasa noches y días aturdiendo a las otras personas con sus canciones y profiriendo las blasfemias más horribles”, “calumniador”, “gran mentiroso”, “espíritu inquieto, depresivo y turbio”, etc.<sup>6</sup>

Los que ordenaban las internaciones eran los jueces; en muy rara ocasión esto iba acompañado de un certificado médico; la determinación de qué era lo normal y qué lo patológico corría por cuenta de los magistrados.<sup>7</sup>

Mesmer (1734-1815) desarrolló la idea del magnetismo animal, que llevó al empleo del *hipnotismo* como tratamiento de alteraciones psicológicas.<sup>8</sup>

Los trabajos de James Cowles Pritchard (1786-1848) en Inglaterra, incorporaron la idea de la *locura moral* (“moral insanity”) a través de su obra *Teatrise on insanity and others disorders affecting the mind*, como una forma de enfermedad mental sin trastorno en la esfera intelectual, que solamente involucra una carencia afectiva y falta de valores altruistas, asociada a pautas de conducta malvada o antisociales.<sup>9</sup>

Un gran avance en la ciencia psicológica se da a partir de 1879 cuando **Wilhem Wundt** crea el primer laboratorio de psicología en la Universidad de Leipzig. En Rusia el médico Iván Pavlov (1849-1936) realiza una serie de experimentos en los cuales demuestra la importancia de los reflejos en los fenómenos fisiológicos creando así la llamada *escuela reflexológica*.

En el siglo XIX comienzan a establecerse algunos conceptos psiquiátrico-legales como el de *locura parcial*, *degeneración*, *atavismo*, *locura moral* (*moral insanity*), término que posteriormente se denominó personalidad psicopática

perversa o sociopatía) y *locura transitoria*, que se relacionaban directamente con ciertos tipos de delitos.

En 1867 Henry Maudsley publica su *The physiology and pathology of the mind*. En dicho libro, y al hablar de las variedades de la locura, insiste en que hay individuos en quienes las “excentricidades del pensamiento, sentimiento y conducta” no llegan a constituir un cuadro de locura en sí misma, pero generan problemas y plantean dificultades a la hora de establecer sus responsabilidades “legales y morales”.<sup>10</sup>

**Emil Kraepelin** (1856-1926) fue el primero que trató de esbozar una clasificación de las enfermedades mentales con todas las características científicas de esa época, además funda el Instituto de Investigación Psiquiátrica en Múnich, Alemania. Su *Manual de Psiquiatría* tuvo ocho ediciones. Kraepelin creó una nosología (clasificación) que tiene validez hasta nuestros días. Su sistema reconoce la existencia de psicosis exógenas y endógenas.

Para Heuyer (París 1943), el hito intelectual lo constituyó **Cesare Lombroso** (1836-1909), nacido en Verona, de familia judía. Tras la publicación de algunas obras de éxito como *Genio e Follia* (1865), Lombroso fue designado profesor de Medicina Legal y médico de instituciones carcelaria en Turín, en 1875. Hacia el año 1876 aparece la primera edición de *El hombre delincuente* que fue el disparo inicial de la llamada Escuela Positiva del Derecho Penal.<sup>11</sup>

Pero quien realmente revoluciona y le da un impulso inusual a la Psicología y Psiquiatría es el médico austriaco **Sigmund Freud** (1856-1939) quien, luego de ser discípulo de **Charcot**, un médico francés que utiliza el hipnotismo para el tratamiento de las neurosis, crea el **Psicoanálisis** y estructura su teoría de la personalidad, a este respecto se manifiesta “Cualquiera que sea el juicio que nos pueda merecer Freud, su grandísimo mérito es haber demostrado la importancia de la vida psíquica no consciente, especialmente en la orientación de la vida del individuo y en su constitución física”<sup>12</sup>. Se refirió que los problemas conductuales se debían a una raíz innata, especialmente sexuales y de agresión, que residían en una parte no consciente de la mente.<sup>13</sup>

## Capítulo II

# **Bases anátomo-fisiológicas de la conducta humana**

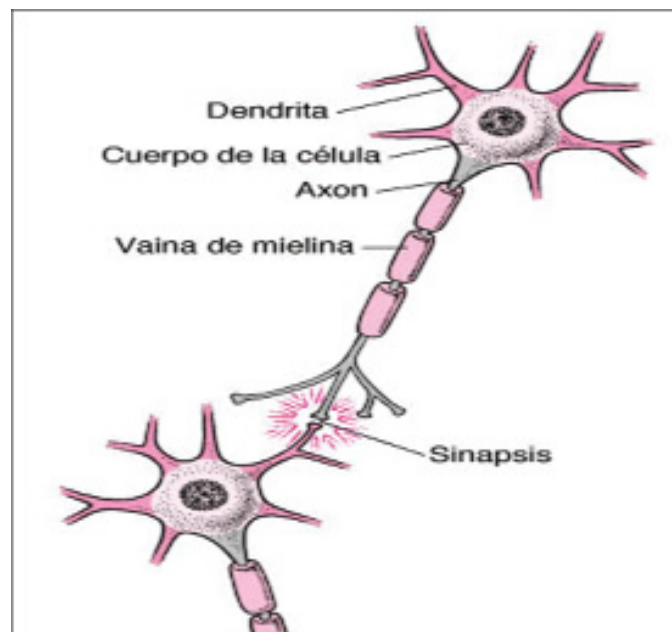


## • BASES ANATOMOFISIOLOGICAS

Es indudable que en los procesos psicológicos de la conducta humana tenga trascendental importancia tanto la anatomía como la fisiología del sistema nervioso por lo que haremos un resumen de ello.

El sistema nervioso humano tiene cuatro funciones distintas: una es la de *comunicación* es decir, recibir información del medio ambiente y del interior del cuerpo y enviarla hacia el cerebro, otra es la de *coordinación* o controlar las actividades de varias partes del cuerpo de tal manera que el comportamiento corporal resulte integrado, también cumple una función de *almacenamiento* ya que codifica y almacena experiencias para que puedan usarse mas tarde como base de acción y finalmente tiene una actividad de *programación* es decir planificar actividades hacia futuro.<sup>14</sup>

El sistema nervioso tiene como unidad fundamental su célula: la **neurona**, la misma que es altamente especializada en la recepción transmisión de impulsos nervioso. Una neurona clásica consta de tres elementos: el cuerpo celular o soma, las dendritas y el axón o cilindro eje (Fig.No 1).



**Figura N° 1:** Estructura de la neurona

El cuerpo celular o soma constituye el citoplasma de esta célula es donde se encuentra la reserva nutritiva y energética aquí se encuentra el núcleo.

Las dendritas son prolongaciones citoplasmáticas que ,a diferencia del axón, son múltiples, muy gruesas en su origen y ramificadas en sus terminaciones, tienen la función de recibir las señales de otras neuronas.

El cilindro eje (axón) es una prolongación única, mas largo que las dendritas, termina en una ramificación (ramificación terminal), puede presentar algunas ramificaciones laterales en ángulo recto, este axón puede estar o no recubierto de una sustancia de color amarillento llamada mielina, la presencia o no de esta sustancia da origen a lo que se denomina sustancia gris y sustancia blanca, la primera esta formada por el soma de las neuronas y sus prolongaciones amielinicas y se encuentra presente en el cerebro y cerebelo constituyendo su capa periférica y en su centro formando algunos núcleos. La sustancia blanca esta constituida únicamente por cilindro ejes con mielina, en el interior del cerebro y cerebelo y la capa externa del bulbo y de la medula, la principal función del axón es de enviar las señales eléctricas a otras dendritas.

Un aspecto importante respecto a las neuronas, es que debido a su altísima especialidad no tiene capacidad reproductora, el ser humano nace y muere con un número determinado de neuronas, ciertas capacidades (memoria, inteligencia, pensamiento) están dadas por la interconexión de dendritas y axones (*sinapsis*) que proliferan mas durante ciertas edades de la vida como son la niñez y adolescencia.

Existen tres tipos de neuronas: *sensoriales*, que llevan los impulsos nerviosos desde los receptores (ojos, oídos, tacto) hasta el cerebro, las *motoras* que llevan la información desde el cerebro hacia los órganos efectores (músculos, glándulas) y las *mixtas* que son una combinación de las dos anteriores.

La unión de dendritas con axones se denomina **sinapsis**, entre los cuales existen unas sustancias químicas llamadas **neurotransmisores** que son liberadas por cada neurona y trasmiten o bloquean los impulsos eléctricos.

NEUROTRANSMISOR	FUENTE Y FUNCIÓN
<b>GRUPO 1</b>	
Acetilcolina	Uno de los neurotransmisores más comunes se encuentra en los sistemas que controlan los músculos y en circuitos relacionados con la atención y la memoria
<b>GRUPO 2 AMINAS</b>	
Dopamina	Concentrada en pequeñas áreas cerebrales su exceso causa alucinaciones
Adrenalina	Localizada ampliamente en el Sistema Nervioso Central, aumenta la excitación y el estado de alerta y regula el estado de animo
Serotonina	Se encuentra en el cerebro, trabaja mas o menos en oposición a Norepinefrina suprimiendo la actividad y causando el sueño
<b>GRUPO 3 AMINOÁCIDOS</b>	
Ácido gamma amino butírico (GABA)	Distribuido en forma amplia en el cerebro tiene función antagónica a otros neurotransmisores particularmente la dopamina
<b>NEUROPÉPTIDOS</b>	
Endorfinas	Se encuentra en el cerebro y la medula espinal, suprimen el dolor

**Cuadro Nº 1:** Los neurotransmisores

Varios estudios han demostrado la que la psicosis depresiva puede deberse a una disminución de la adrenalina o serotonina o ambas, esta enfermedad es caracterizada por los sentimientos de duelo, infelicidad, desesperación, tristeza, pérdida del apetito y del deseo sexual, además insomnio grave.

De la misma manera entre una de las causas para que se produzca la esquizofrenia es la disminución del neurotransmisor dopamina

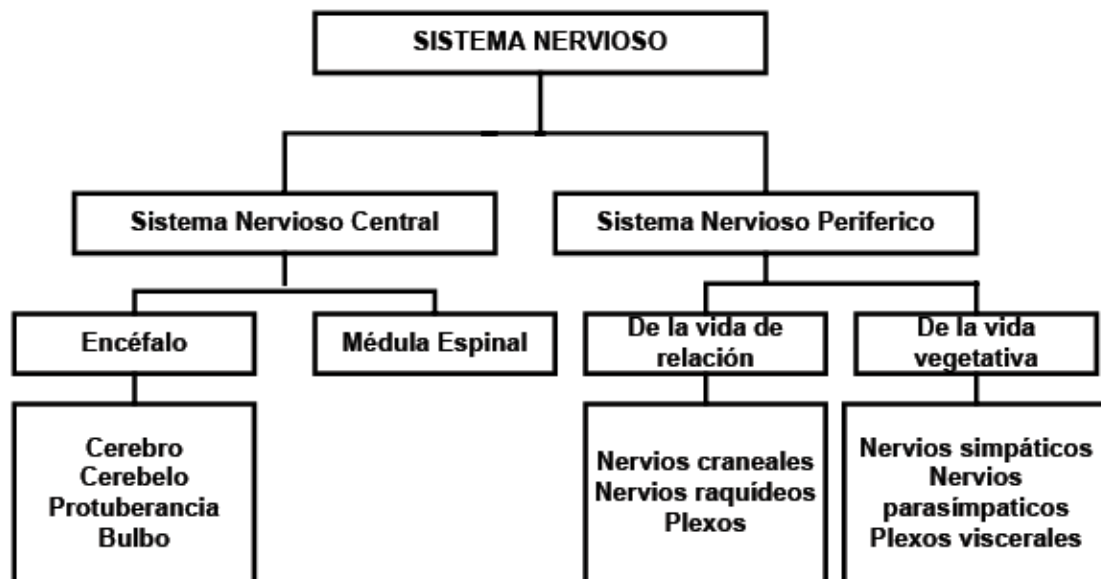
Los neurotransmisores tienen un papel mediador en el soporte de la actividad agresiva. A la serotonina se le atribuye la regulación de un amplio grupo de conductas normales y patológicas, su metabolismo en el sistema nervioso central aparece muy vinculado con la afectividad en general y con la agresividad en particular, la actividad de este neurotransmisor suele equilibrarse con modificaciones de otros como la dopamina y acetilcolina.

Las catecolaminas, singularmente norepinefrina y dopamina, se la ha relacionado especialmente con la agresión de tipo irritativo y en menor medida con formas competitivas, defensiva y territorial. La acetilcolina es capaz de activar la agresividad competitiva, defensiva e irritativa en animales de laboratorio.<sup>15</sup>

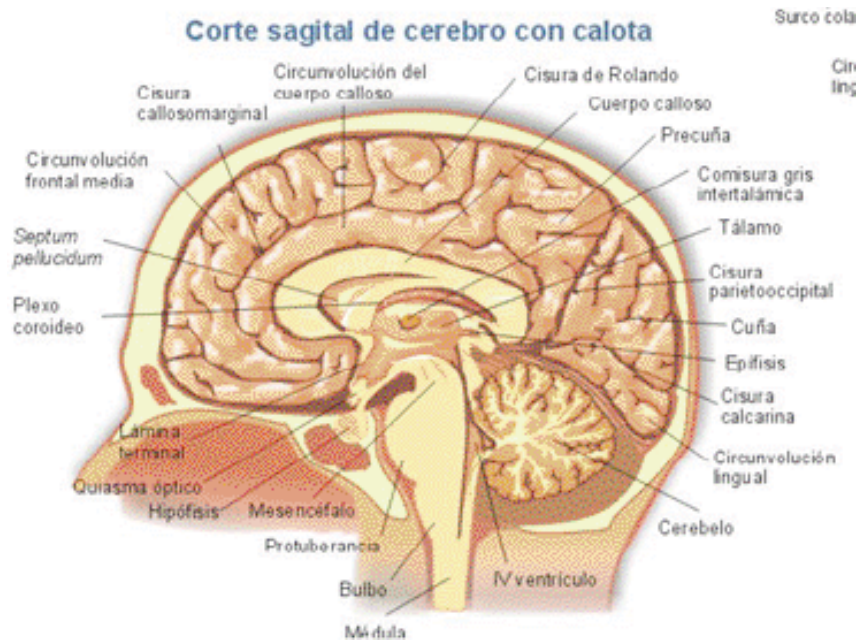
### • **DIVISIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO**

El sistema nervioso está dividido en el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico, el primero está conformado por la medula espinal y el encéfalo que a su vez está constituido por el bulbo, la protuberancia, cerebelo y cerebro.

El sistema nervioso periférico comprende el sistema de la vida de relación (nervios craneales, nervios raquídeos y los plexos) y el sistema de la vida vegetativa (nervios simpáticos, parasimpáticos y plexos viscerales) graf.Nº 2



## Grafico N° 2: División de Sistema Nervioso



**Figura N° 2: El tronco cerebral y cerebro**

El sistema nervioso central es encargado de los reflejos básicos del cuerpo, el control de la mayor parte de funciones (equilibrio, hambre, movimientos corporales, marcha, etc.), es también la residencia de procesos mentales mas elevados (pensamiento, memoria) y la zona de control de nuestras actividades motoras. La **medula espinal** cumple una función conductora hacia el encéfalo de todos los estímulos internos y externos y las respuestas de este hacia nuestro organismo, además es donde se realiza reflejos simples como por ejemplo retirar la mano ante un pinchazo.

Hacia arriba la medula espinal se continúa con una dilatación denominada **bulbo raquídeo** que regula funciones importantes como lo son la respiración, los latidos cardiacos y ciertas funciones renales y digestivas.

Se ha demostrado que desde el bulbo hacia el cerebro se extiende como una malla una red de neuronas (*sistema reticular ascendente*) que desempeña un papel importante en el despertar y la activación de nuestra mente

El bulbo se prolonga con la **protuberancia anular** que es un centro de asociación, interviene en las *emociones* y determina fenómenos fisiológicos que los acompaña como la aceleración del pulso y de la respiración.

El **cerebelo** es la porción del encéfalo que ocupa la parte pósterio-inferior de la cavidad craneal, pesa aproximadamente 140 g, mide 9 cm de ancho 6cm. de alto y 6cm. de profundidad tiene dos masas laterales que constituyen los hemisferios cerebelosos en su parte central se observa un lóbulo medio. Interviene en el mantenimiento de la postura y el equilibrio, refuerza la energía de las contracciones musculares, órgano de coordinación de movimientos, su extirpación causa: **atonía** (debilidad muscular), **astenia** (decaimiento), **ataxia** (dificultad para caminar).

El **cerebro** es el órgano más voluminoso complejo e importante del sistema nervioso, de forma ovoide ocupa la parte anterior superior de la cavidad craneana, su peso promedio es de 1.200 g, la cisura interhemisférica lo divide en dos **hemisferios** unidos por el cuerpo calloso, los hemisferios a su vez están divididos en lóbulos por las cisuras, existen los siguientes:

**Frontal** se encuentra situado en la parte anterior del cerebro es el centro de los movimientos voluntarios, es decir es una área motora, cabe destacar que ciertas zonas corporales (labios, lengua) que requieren un control fino tienen u ocupan una porción mayor en esa zona, hay que destacar que en el lóbulo frontal del hemisferio cerebral izquierdo se encuentra el **área de Broca** relacionado con nuestra capacidad para hablar.

**Temporal** lóbulos localizados a nivel de los conductos auditivos y es específicamente el área receptiva de la audición, detrás de esta zona y en el hemisferio izquierdo se encuentra el **área de Wernicke** que tiene importancia en la comprensión del lenguaje hablado.

**Parietal** están en el extremo superior cerebral son lóbulos esencialmente sensitivos, se reciben las sensaciones del tacto, temperatura y presión de todas las partes del cuerpo, al igual que la zona motora (frontal) mientras más sensible es un órgano u área estas ocupan una porción mas amplia que las demás.

**Occipital** ubicado en la parte posterior del cerebro, esta fundamentalmente ligado a la información de los procesos visuales.

Una estructura importante que se encuentra encima del tronco cerebral (bulbo protuberancia, mesencéfalo) y en la parte central del cerebro es el **tálamo** que tiene una formación ovoide y el centro donde confluyen impulsos visuales,

gustativos y táctiles, en la parte inferior de esta estructura se encuentra el **hipotálamo** que tiene gran cantidad de importantes y primordiales funciones como regular las emociones, las respuestas sexuales, es el centro cerebral de la recompensa (centros del placer) y regula la producción hormonal gracias a su estrecha relación con la hipófisis.

Otra zona importante es el **sistema límbico** que es un complejo sistema nervioso compuesto de distintas partes, y de manera especial la **amígdala** parece desempeñar importantes funciones en la activación del miedo y la cólera.

Los **hemisferios cerebrales** se encuentran unidos entre si a través del cuerpo calloso e intervienen en diferentes aspectos de los procesos cognitivos, el **derecho** se encarga de los espaciales y artísticos y emociones negativas, el **izquierdo** de los procesos lógicos, matemáticos, lingüísticos y emociones positivas

En resumen el cerebro es el centro o cumple las siguientes funciones de:

- 1º Sensibilidad consciente
- 2º Movimiento voluntario
- 3º Instintos, motivaciones
- 4º Inteligencia
- 5º Memoria
- 6º Lenguaje escrito
- 7º Lenguaje hablado

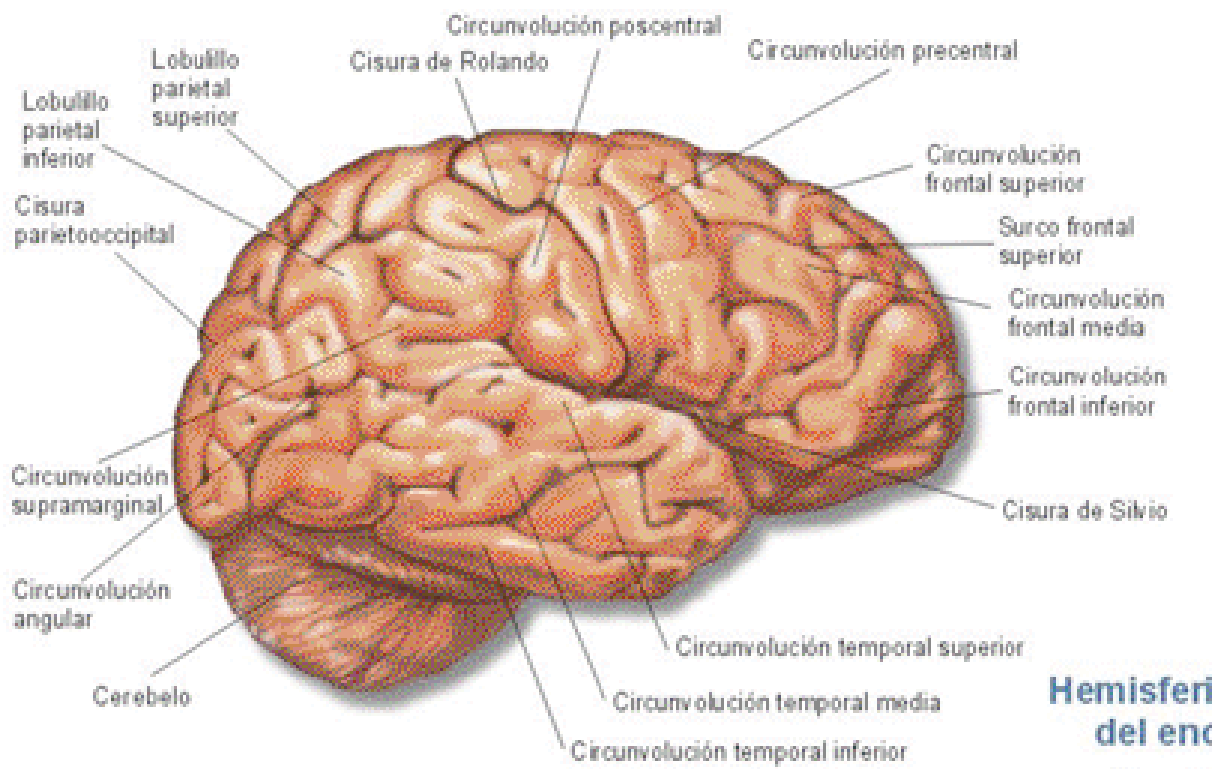
La diferenciación sexual está determinada por la presencia o ausencia del cromosoma Y, y por los niveles de testosterona. La secreción de testosterona se realiza a partir de la novena semana de la gestación, que hace parte del llamado período crítico del desarrollo cerebral, entre las semanas 9 y 18. Como efecto de la presencia y estimulación de esta hormona el cerebro desarrolla características “masculinas” y ante su ausencia, el cerebro se desarrolla como “femenino”.<sup>16</sup>

Se ha observado que ciertas estructuras cerebrales (núcleos preópticos) de los varones tienen un mayor tamaño y un mayor número de células que en las mujeres, y que el número de células varía con la edad, siendo la pérdida celular

más intensa y temprana en los hombres (a partir de los cincuenta años de edad) que en la mujer, en quien se observa a partir de los setenta años.

Wada observó que la simetría cerebral derecha-izquierda en plano temporal es mayor en hombres que en mujeres. Los estudios morfológicos han encontrado que el hipocampo, estructura que pertenece al lóbulo temporal, tiene mayor tamaño en los hombres, en tanto que el cuerpo calloso es más voluminoso en las mujeres.

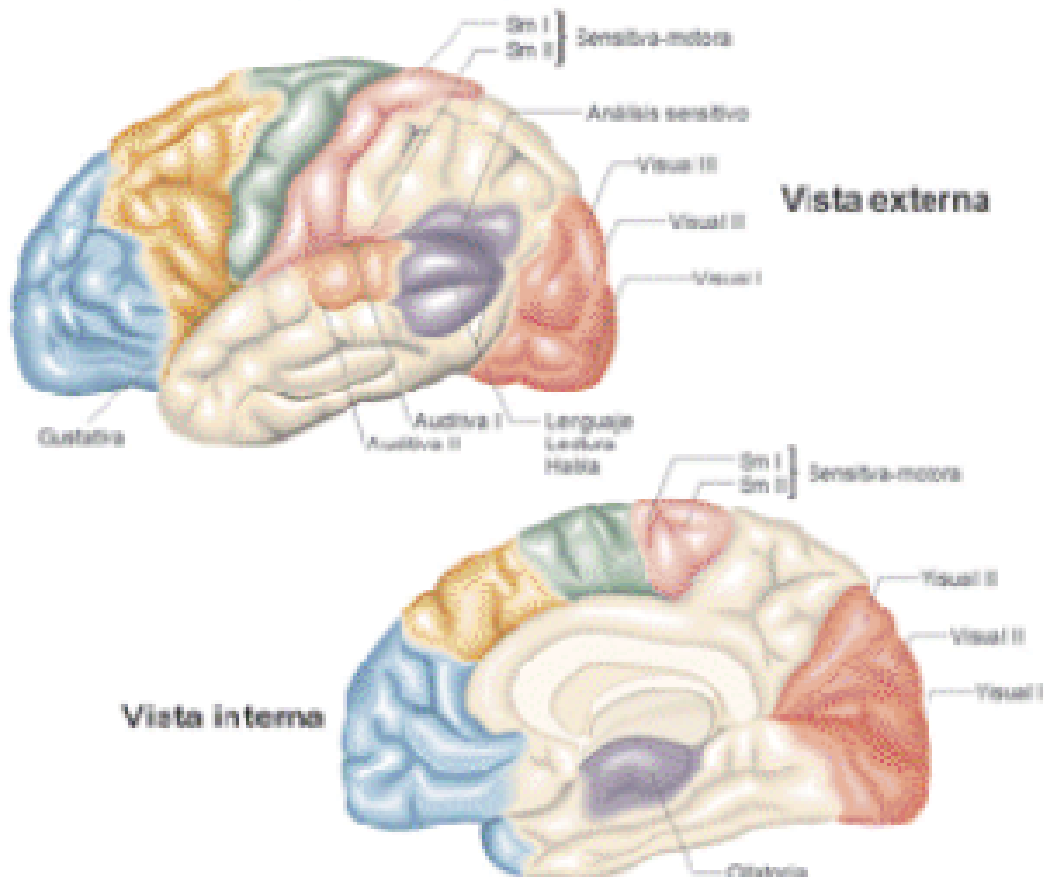
Los resultados anteriores parecen respaldar el supuesto teórico de Crow que relaciona la pérdida de la simetría cerebral con la presentación de la esquizofrenia y pueden contribuir a explicar la mayor incidencia del trastorno esquizofrénico en género masculino.<sup>17</sup>



**Figura N° 3: Cerebro y cerebelo configuración externa**



## Áreas sensitivas corticales



**Figura N°4: Áreas sensitivas motores del cerebro**

### Nervios raquídeos

Denominados también espinales son nervios mixtos (sensitivos y motores) que se originan en la medula y emergen del raquis, cada nervio tiene una raíz posterior con un ganglio espinal, otra raíz motora emerge por su parte anterior luego se reúnen formando un nervio mixto y salen por el conducto de conjunción. Su función es transmitir los mensajes desde los músculos, las articulaciones y la piel al sistema nervioso central, y del sistema nervioso central a los músculos del esqueleto que controlan los movimientos del cuerpo.

Los 31 pares se los agrupa:

- 8 pares cervicales
- 12 pares dorsales
- 5 pares lumbares
- 5 pares sacros
- 1 par coccígeo

### Sistema nervioso vegetativo o neurovegetativo

Es la parte de sistema nervioso relacionada con la regulación de funciones de la vida vegetativa (digestión, circulación, etc.) **no está sometido a la voluntad**, es un sistema autónomo, abarca dos porciones antagónicas en cuanto a su función: **simpático** que activa los órganos viscerales durante los procesos emocionales o en actividades físicas extraordinarias y el **parasimpático** que desactiva lo realizado por el anterior.

ORGANO	SISTEMASIMPATICO	SISTEMA PARASIMPÁTICO
<b>Ojo</b>	Dilatación pupilar	Contracción pupilar
<b>Corazón</b>	Acelera latidos cardiacos (taquicardia)Aumenta la fuerza de contracción	Retarda latidos cardiacos (bradicardia)Disminuye la fuerza de contracción
<b>Bronquios</b>	Dilatación	Constricción
<b>Intestino</b>	Retarda los movimientos intestinales, inhibe las secreciones delos órganos	Estimula los movimientos intestinales y las secreciones digestivas
<b>Recto y vejiga</b>	Contrae los esfínteres	Relaja los esfínteres
<b>Hígado</b>	Liberación de glucosa	Síntesis de glicógeno
<b>Pene</b>	Eyacuación	Erección

**Cuadro N° 2:** Funciones del Sistema Nervioso Vegetativo

## • FACTORES ENDOCRINOLOGICOS DE LA CONDUCTA

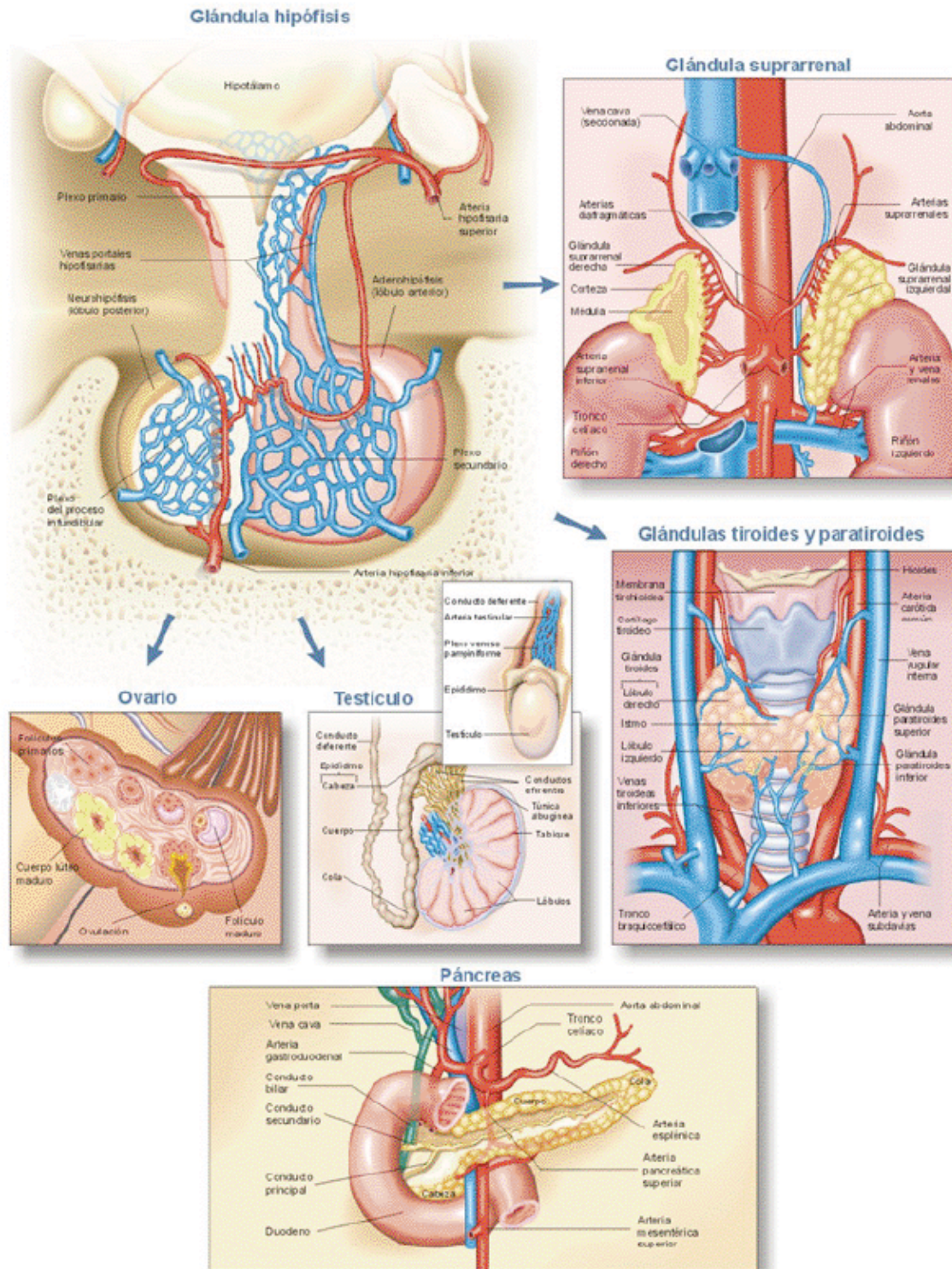
En los procesos conductuales tienen radical importancia el funcionamiento hormonal, esto se hace bajo un mecanismo de feedback es decir interactúan entre si dos glándulas u órganos autorregulándose para que se secreten en cantidades normales las hormonas, de ahí que cualquier alteración en uno de ellos provocara un trastorno orgánico e incluso en el área psíquica o de conducta, por ejemplo desajustes en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal conduce a estados depresivos.(fig. N° 5)

Las principales glándulas hormonales son: la hipófisis, la tiroides, las suprarrenales, el páncreas y las glándulas sexuales (ovarios, testículos).

Anteriormente se consideraba a la hipófisis como la gran regidora, en realidad es el **hipotálamo** (región localizada encima de la hipófisis), influido a su vez por impulsos procedentes del sistema nervioso central quien dirige hacia la hipófisis toda la información (feedback) nerviosa posible<sup>18</sup>.

### LA HIPOFISIS

Es una glándula ovoide que mide 1,5 cm por 1 cm y 0,5 cm, que pesa 500mg se halla en a base del encéfalo descansa en una depresión del esfenoides llamada la silla turca, se la dividen tres partes, una anterior o adenohipófisis, una parte intermedia y una posterior o neurohipófisis, la primera y la ultima secretan las principales hormonas.(Graf. N° 3)



**Figura N° 5: El Sistema Endocrino**

Parte hipofisis	Hormona Secretada	Función que desempeña	Factores que estimulan su secreción	Factores que inhiben su secreción
Anterior	ADENOCORTI-COTROPA (ACTH)	Estimula la secreción de las glándulas suprarrenales	Stress	
Anterior	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH)	Estimula la secreción de las hormonas tiroideas	Disminución del metabolismo, frío	Somatostatina*
Anterior	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	Actúa sobre los ovarios estimulando la producción de estrógenos y progesterona	Hormona liberadora de gonadotrofinas	
Anterior	HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)	Producción de espermatozoides	Hormona liberadora de gonadotrofinas	
Anterior	HORMONA DEL CRECIMIENTO (GH)	Estimula el crecimiento somático, regula el metabolismo	Hormona liberadora de GH*, Hipoglucemia	Somatostatina*
Anterior	PROLACTINA (PRL)	Regulación de la producción de leche		Dopamina
Posterior	HORMONA ANTIURETICA (VASOPRESINA ADH)	Antidiuresis, Vasoconstricción	Volumen, presión osmótica del agua corporal	Alcohol, glucocorticoides
Posterior	OXITOCINA	Contracción uterina, secreción láctea	Distensión uterina	

**Cuadro N° 3:** Hormonas hipofisarias

\* Hormona pancreática

Como vemos en el cuadro anterior, la hipófisis, bajo la influencia del hipotálamo hace que sus hormonas actúen en otras glándulas, para que estas a su vez secreten otras regulando diversas funciones del cuerpo humano, una vez que se han producido cierta cantidad, estas a su vez actúan nuevamente en el hipotálamo inhibiendo que se produzcan en cantidad excesiva las hormonas, pero este mecanismo regulador puede alterarse por diversas circunstancias (enfermedades, tumores, etc.) produciendo una hipersecreción (exceso de producción) o una hiposecreción (déficit de producción) trayendo muchas veces no solo alteración en la parte orgánica sino también en su esfera psíquica.

### Alteraciones de la hipófisis

**Hiposecreción.** Llamada también hipopituitarismo porque generalmente hay un déficit de varias hormonas, esta cuando se presenta en la niñez produce el llamado **enanismo hipofisario** que se caracteriza por un retraso en el crecimiento infantil es básicamente una deficiencia de la hormona del crecimiento.

Por la deficiencia de la Vasopresina (ADH) puede producirse la **Diabetes Insípida** patología que se caracteriza por un desmedido aumento de la sed (de



4 a 20 litros diarios) y eliminación en cantidades correspondientes de la orina.<sup>19</sup>

En los adultos se presenta una sintomatología que puede variar de acuerdo a las hormonas que falten, así en las mujeres puede haber **amenorrea** (ausencia de menstruación), en los hombres impotencia, atrofia testicular, regresión de caracteres sexuales secundarios, también puede haber síntomas de hipotiroidismo.

En algunas mujeres se puede presentar este hipopituitarismo en el llamado **Síndrome de Sheehan**, que generalmente son personas que en el parto han sufrido un sangrado excesivo con el consiguiente shock hipovolémico, lo que causa una necrosis hipofisaria.

**Hipersecreción.** Cuando esta alteración se da en la niñez existe como resultado el **gigantismo hipofisario** por incremento de la hormona del crecimiento (GH) pero si esto se presenta en los adultos se denomina **acromegalia** que se caracteriza por un excesivo crecimiento de los huesos de manera mas visible e algunas partes del cuerpo por ejemplo en la mandíbula inferior lo que se denomina **prognatismo**, también agrandamiento de la cara , pies, lengua, el crecimiento de los cartílagos de la laringe provoca una voz ronca y profunda, alrededor de un tercio de los varones acromegálicos pueden presentar impotencia y casi todas las mujeres amenorrea o algún trastorno menstrual.

En lo conductual debemos anotar que estas alteraciones endocrinas tanto en el hipo como en el hiperpituitarismo pueden causar en los individuos sensación de sentirse rechazados, tener estados depresivos e incluso agresivos y en el aspecto legal al estar presente la esterilidad y la impotencia pueden ser causales de divorcio.

## TIROIDES

La glándula tiroides está formada por dos lóbulos situada en la parte anterior del cuello sobre la tráquea. Secreta principalmente dos hormonas: la **tiroxina** (T<sub>4</sub>) y la **triyodotironina** (T<sub>3</sub>) que regulan el metabolismo primario (diversos procesos celulares) a través de la inducción de ciertas sustancias conocidas como enzimas. Estas hormonas actúan en un gran número de lugares del organismo en sinergismo (efecto aditivo) de las catecolaminas (neurotransmisores), por otra parte ambas hormonas hacen que la hipófisis se inhiba de producir TSH (hormona estimulante del tiroides). Otra hormona

secreta es la **tirocalcitonina** que incrementa la incorporación de calcio en el hueso y disminuye la excreción de calcio por el riñón, la producción de esta hormona es estimulada por la hipercalcemia y su acción más importante es disminuir el calcio que se encuentra en la sangre.

Las hormona tiroideas son fundamentales para el desarrollo cerebral especialmente durante los primeros 18 meses de vida, de ahí que cualquier disminución o ausencia puede causar trastornos mentales irreparables .

## **HIPOTIROIDISMO**

En ciertas zonas de nuestro país hasta hace poco era muy frecuente esta patología, si no es tratado oportunamente da un síndrome que se conoce como cretinismo

Puede deberse a los siguientes casos:

### **A. Congénito (cretinismo)**

1. Por ausencia de la glándula tiroides o ésta es muy rudimentaria.
2. Glándula tiroidea presente, pero defectuosa en su secreción de hormona, debido a deficiencia en yodo (en la alimentación) , por defectos enzimáticos familiares o por deficiencia de TSH

### **B. Adquirido (hipotiroidismo juvenil)**

La atrofia de la glándula o su función defectuosa puede depender de causas desconocidas, tiroiditis (inflamación), extirpación quirúrgica o ser secundaria a deficiencia hipofisaria.<sup>20</sup>

La sintomatología si se ha producido antes de los 18 meses va desde un retraso en el crecimiento, en la maduración esquelética, oligofrenia (deficiencia mental), puede haber bocio (crecimiento de la tiroides), una no atención en tan solo tres meses en el tratamiento del hipotiroidismo neonatal provoca un retraso mental importante irreversible.

El hipotiroidismo que se presenta después de los 18 meses se asocia con debilidad mental reversible, tales personas a menudo se los consideran como niños tranquilos y pueden desarrollarse bien en la escuela.

El hipotiroidismo también puede producirse en la adultez conociéndose esta afección como **mixedema** ,y se caracteriza porque estas personas con debilidad corporal, fatiga, intolerancia al frío, piel seca abotargada, cejas escasas, en ciertos casos se puede presentar signos de alteración intelectual y cambio progresivo de personalidad , signos sicóticos evidentes y delirios paranoides es lo que se conoce como **locura mixedematosa**.

En cuanto a lo conductual se deberá hacer una valoración psicológica previa para determinar el grado de la oligofrenia para determinar su imputabilidad o su interdicción.

### **Hipertiroidismo**

Denominada también tirotoxicosis son una serie de trastornos clínicos asociados al incremento de los valores circulantes en sangre de las hormonas tiroxina y triyodotiroxina, también es llamada enfermedad de **Graves-Basedow** , las personas afectadas tienen una sintomatología que se caracteriza por taquicardia (aceleraron de latidos cardiacos), hiperactividad en general, pérdida de peso, piel caliente y húmeda, mirada fija, a veces exoftalmos (protrusión ocular) , muchas ocasiones pueden entrar en lo que se denomina **crisis o tormenta tiroidea** que se caracteriza por un alto grado de intranquilidad con amplias oscilaciones emocionales, confusión, síntomas sicóticos e incluso coma.



## SUPRARRENALES

Son dos pequeñas glándulas que se encuentran ubicadas sobre los riñones, constan de dos partes: **una externa o corteza** que funciona bajo control hormonal y secreta hormonas como la **aldosterona** que controla en parte la retención del agua y sal, también secreta la hormona denominada **cortisona o cortisol** que tiene una variedad de efectos metabólicos y antiinflamatorios, además secreta también ciertos esteroides sexuales (estrógenos y andrógenos). Otra parte de las glándulas suprarrenales es la **medula suprarrenal** que es controlada por el sistema simpático y secreta neurotransmisores como la **adrenalina y noradrenalina** llamadas también epinefrina y norepinefrina, que actúan de manera especial en el sistema cardiovascular, en condiciones normales ambas hormonas se secretan en pequeñas porciones, pero en situaciones de emergencia las hormonas ya mencionadas son secretadas en mayor cantidad como por ejemplos en hemorragias, miedo ante un peligro desmedido, etc.

### Hipofunción suprarrenal

Generalmente está asociada a la disminución de producción de hormonas de la corteza suprarrenal en forma repetitiva o crónica, se la conoce con el nombre de **Enfermedad de Addison**, es decir hay una deficiencia de cortisol, aldosterona y esteroides sexuales y su sintomatología se caracteriza por tener debilidad muscular, fatiga, hipotensión ortostática (mareo al levantarse), aumento de la pigmentación cutánea y depresión.

### Hiperfunción suprarrenal

La hipersecreción de una o más hormonas cortico suprarrenales produce distinta sintomatología, por ejemplo el aumento de andrógenos produce en las mujeres la **virilización** o signos masculinos, la hipersecreción de glucocorticoides produce el Síndrome de Cushing personas obesas y cara llena (cara de luna llena) el aumento de aldosterona produce el **hiperaldosterismo**.

La virilización va acompañada de falta de menstruación, hirsutismo (aumento del vello corporal), voz más profunda, aumento en la musculatura corporal.

En el Síndrome de Cushing hay retención hídrica lo que se traduce en el aumento de peso y obesidad, la facies de “luna llena”, la espalda de aspecto

jorobado y fundamentalmente *trastornos psiquiátricos*

En el hiperaldosteronismo se traduce por un aumento en la tensión arterial (hipertensión arterial), debilidad muscular, poliuria (aumento de la frecuencia diaria de orinar), polidipsia (sed intensa) y ocasionalmente *trastornos de la personalidad*.

## GLANDULAS SEXUALES

Las glándulas sexuales son: los ovarios en la mujer y los testículos en el hombre, tienen la función de producir las llamadas hormonas sexuales; los estrógenos y progestágenos en la mujer y la testosterona en el hombre, estas son inducidas a su producción por la hormona luteinizante (LH) producida por la hipófisis.

Los **estrógenos y progestágenos** son los responsables del cambio puberal en la adolescencia femenina y cumplen también la función de regular el ciclo menstrual femenino, fomentar el embarazo y la producción del óvulo.

Estas hormonas femeninas actúan en el cerebro durante toda la vida desde el embarazo hasta la ancianidad, el cerebro femenino gracias a los estrógenos permite que las mujeres posean una mayor velocidad perceptual, un mejor rendimiento en las pruebas de fluidez verbal y memoria auditiva, un mejor desempeño en las tareas de cálculo matemático y un mejor recuerdo de los detalles de una ruta determinada.<sup>21</sup>

De igual manera, las tasas de demencias en mujeres sugieren diferencias genéricas de tipo hormonales. Es sabido con frecuencia que la enfermedad de Alzheimer es mayor en mujeres y algunos autores relacionan este hecho con la disminución en la producción de estrógenos, que al actuar como neuromoduladores cerebrales, parecen estar relacionados con el afecto y la memoria.<sup>22</sup>

La **testosterona** hormona que se secreta en mayor cantidad en los hombres y en reducidísima cantidad en la mujeres, es la que actúa especialmente en la adolescencia y es responsable de la maduración del aparato reproductor masculino y la producción de las células sexuales masculinas, los **espermatozoides**.

Durante el desarrollo fetal la testosterona es producida por los testículos embrionarios a partir de la sexta semana de la gestación y se encuentra elevada

en el sexo masculino y actúa en los receptores de la estructura cerebral llamada hipocampo, esto parece que influye en el desarrollo del cerebro masculino que posteriormente desarrollaran de mejor forma que las mujeres en cuanto al razonamiento matemático y la lectura de rutas de mapas.<sup>23</sup>

## Hipofunción

En lo referente a las hormonas masculinas su disminución llega a constituir el denominado **hipogonadismo masculino**, esta suele clasificarse de acuerdo a la edad de inicio, si es antes de la pubertad es un **hipogonadismo prepuberal** y si es después es un **hipogonadismo postpuberal**, o si la lesión que la causa se encuentra en los testículos es un **hipogonadismo primario** o si esta en el área hipotálamo-hipofisario se llama **hipogonadismo secundario**.

El hipogonadismo prepuberal puede prestarse a un diagnóstico tardío porque puede confundirse con un “retraso fisiológico de la pubertad”, si la lesión que causa este trastorno se encuentra en la hipófisis la persona tiene una estatura corta o deja de crecer y madurar.

En los mamíferos la testosterona está relacionada con la conducta sexual, la agresión y la dominancia, pero en los humanos no se ha comprobado esta relación. Se ha observado que la pubertad precoz, originada por el incremento de la testosterona, está relacionada con un interés sexual temprano, fantasías eróticas, emisiones nocturnas y masturbación y en algunos hombres con comportamientos sexuales violentos se han encontrado mayores niveles de testosterona comparados con los hombres no violentos.<sup>24</sup>

Después de alcanzar la edad de 25 años, los niveles de testosterona y las tasas de criminalidad violenta disminuyen conjuntamente. Dentro de los prisioneros convictos por crímenes violentos no provocados, los niveles de testosterona tienden a ser más altos que los que se hallan en prisión por crímenes no violentos (Dabbs, 1992; Dabbs y cols., 1995, 1998) También en el rango normal entre adolescentes y adultos, los que tienen niveles altos de testosterona tienen mayor tendencia a la delincuencia, al consumo de drogas y tener respuestas agresivas ante la provocación.<sup>25</sup>

## EL PANCREAS

Es una glándula que se encuentra debajo del estómago y el duodeno la rodea, está constituida internamente por los llamados islotes de Langerhans que secretan dos hormonas importantes, la una es el **glucagon** que hace que se produzca más glucosa por parte del hígado y la **insulina** que realiza la actividad de que las células corporales puedan aprovechar la glucosa que da la energía corporal, la ausencia o disminución de esta última produce la enfermedad conocida como **Diabetes Mellitus**.

Si bien en algunos casos el factor endocrino puede ser determinante para la comisión u omisión de ciertos tipos de delitos, vale la pena recalcar lo expresado por el Dr. Marco González Berendique: “ *Debe recordarse a este respecto: 1º) que no todos los sujetos con disfunciones endocrinas cometen delitos, aserto que reduce la “suficiencia” del factor; 2º) en los casos concretos que puedan darse, mal pueden prescindirse los componentes ambientales.*”<sup>26</sup>

#### • **FACTORES HEREDITARIOS**

La herencia transmitida de una persona a otra se realiza a través del llamado **material genético** que se encuentra en los núcleos de cada célula. El pionero en realizar las investigaciones sobre la herencia fue un monje austriaco llamado Gregorio Mendel quien realizó experimentos en ciertos vegetales y estableció las conocidas leyes de Mendel, pero es en la actualidad por el vertiginoso avance de la ciencia que se ha podido establecer que todo este material genético está dado por el **genoma humano** que no es sino la recopilación estructural minuciosa del ADN (Ácido desoxirribonucleico), este se encuentra formando parte de los llamados **cromosomas** distribuidos en 23 pares en cada célula (total 46), a excepción de las células sexuales masculinas y femeninas que solo contienen 23 unidades simples.

Si bien el ser humano no hereda modelos específicos de conducta, la herencia ejerce una influencia en una serie de dimensiones generales del comportamiento. Entre los rasgos que parece que la herencia tiene cierta influencia se encuentran la inteligencia, determinados aspectos de la personalidad y ciertos aspectos del comportamiento anormal.<sup>27</sup>

El poseer un familiar, como sucede en la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar, es un constante y significativo factor de riesgo para desarrollar la

enfermedad. En la esquizofrenia el riesgo es alto (50%) si el familiar afectado es un gemelo monozigoto o si los dos padres han padecido la enfermedad.<sup>28</sup>

Los investigadores han encontrado correlación entre los síntomas de la enfermedad de Alzheimer y alteraciones en los cromosomas 14,19 y 21. El 2-3% de todos los familiares con enfermedad de Alzheimer presentan mutación en el gen que codifica la proteína precursora amiloide (APP) que se localiza en el cromosoma 21.<sup>29</sup>

## Capítulo III

# **Principales fenómenos psicológicos y su psicopatología**

Analizaremos algunas teorías propugnadas por diversos autores acerca de factores que rigen la conducta de los seres humanos.

## • **TEORÍAS DEL COMPORTAMIENTO HUMANO**

Una de las teorías que tuvo trascendencia y que hasta hoy se menciona es la de los **Instintos**. El ser humano, como cualquier otro ser vivo, debe satisfacer ciertas necesidades biológicas fundamentales: debe proveerse del suficiente alimento y agua para asegurar su buena salud, o por lo menos para prevenir una grave debilidad o la muerte. Debe proteger su cuerpo contra amenazas, respondiendo al peligro con la lucha o la huida. Debe encontrar pareja, reproducirse y criar a la siguiente generación o su línea directa se acabará.<sup>30</sup>

Aunque, varios psicólogos suelen denominarlos **tendencias o impulsos** ya que al hablar que de esto mas se refieren a una conducta propia de los animales y no específica de los seres humanos, pero en general se denomina instintos a ciertos **actos de conducta** más o menos complicados, que se realizan *repentina e independientemente del aprendizaje o de la experiencias individuales*, es un producto fijado hereditariamente del desarrollo filogenético<sup>31</sup>

Autores dividen a los instintos en: de conservación, sexual y social, Freud incluso agregó uno más que constituye el denominado de muerte (“pulsión de muerte”) o autodestrucción pero que no ha sido aceptado como tal.

Otros los dividen en: vegetativos, de emergencia, sexuales y educacionales<sup>32</sup>

Papalia<sup>33</sup> y Atkinson y Hlgard's<sup>34</sup> los menciona como **motivaciones**, definiéndolas como "La fuerza que activa el comportamiento, que lo dirige y que subyace a toda tendencia de la supervivencia".

Para que se produzcan los instintos y que sean calificados como tales, se deben dar ciertas condiciones características, la primera es que son *estados innatos*, es decir en las respuestas no intervienen las experiencias lo que viene a concluir que son más bien factores biológicos psicológicos transmitidos a través de la genética personal, otra condición es la *adaptabilidad*, la mayoría de comportamientos instintivos incluye el apareamiento, la crianza de los jóvenes e interacción social para la defensa y supervivencia individual o de la especie y un tercero es que se halle distribuido en toda la *especie*.

Al referirse al **instinto de conservación** se dice que son poderosas fuerzas innatas que luchan por la supervivencia del individuo, se las puede dividir en: **fisiológicos**: comer, hidratarse, dormir, eliminación productos metabólicos, todos estos procesos están ligados a factor placentero que manifiestan el bienestar corporal en realizarlos, caso contrario se producen: el hambre, la sed, el cansancio corporal, estreñimiento, que son factores displacenteros y que obligan a la persona a buscar tratar de saciarlos.

Un ejemplo típico de este instinto es al nacer el niño busca el pezón del seno materno para alimentarse (placer) y si no puede hacerlo llora (displacer) para de esta manera manifestar su necesidad biológica y la otra forma **psicológicos**: la cólera y el miedo

El **Instinto sexual** que es el intercambio sexual con fines de preservación de la especie, tiene matices especiales debido a influencias emotivas, intelectuales y sociales. Conceptos morales, religiosos, sociales, culturales y legales le han conferido características propias.

**Instinto social** que es impulso irrefrenable del ser humano de convivir con sus semejantes, su calidad de instinto es negado por muchos psicólogos. Tiene matices como el instinto paternal, instinto maternal, instinto filial, etc.

La teoría de los instintos se vino a menos cuando el número de los supuestos instintos humanos aumentó tanto, que llegó a concebir todas las formas concebibles del comportamiento humano. Casi seis mil supuestos instintos fueron incluidos en un sondeo de libros de Ciencia Sociales realizado en 1924 (Barash, 1979).<sup>35</sup>

En los psicólogos actuales mencionan que los comportamientos están regidos por las llamadas **motivaciones** que son condiciones que estimulan y dirigen la conducta, que se experimentan de forma subjetiva como un deseo consciente de comida, bebida o sexo. Estas motivaciones son debidas a dos clases de teorías por un lado las **teorías del impulso**, que enfatizan el papel de factores internos como el hambre y la sed que son el reflejo de necesidades fisiológicas básicas y por otro lado las **teorías de incentivo** que subrayan el papel motivacional de sucesos externos como objetos de deseo: comidas, bebidas, parejas sexuales, objetos de agresión, relaciones con otros, estima, dinero y recompensas de éxito son todos incentivos.<sup>36</sup>



Abraham Maslow pionero del enfoque **humanista** organizó las necesidades humanas en forma de pirámide en la cual desde la base constan las de mayor importancia y las que deben ser primeramente satisfechas y luego progresivamente las demás en orden ascendente.



Grafico Nº 3: La pirámide de Maslow

### • **SENSOPERCEPCIONES**

Como una definición general podemos decir que la sensopercepcion es la impresión sensible que sufre la persona ante los fenómenos del mundo exterior.

La **sensación** es el modo en que los receptores sensoriales y el sistema nervioso representan físicamente el ambiente externo.

La **percepción** es la manera que organizamos e interpretamos esta información

“La expresión percepción, tal como se suele emplear, adolece de ambigüedad: Por una parte puede referirse al *proceso de percibir*, por la otra el resultado final de este proceso, es decir a la *vivencia sensorial* completada por los contenidos de

la memoria, estructurada a fondo por el conocimiento y valorada por experiencias de la conducta”<sup>37</sup>

Anteriormente se hablaba de sensaciones y percepciones actualmente se los ha reunido en una sola y hablamos de **sensopercepciones**

Para que exista una sensopercepción se requiere, un excitante externo , un sistema neurofisiológico (órgano receptor), nervios que conducen la impresión desde los órganos de la sensibilidad a la zona cerebral correspondiente y un elemento puramente psíquico :la conversión del acto fisiológico en concienciación, es decir la comprensión.

### Clases de sensopercepciones

#### Visuales

Es una de la más importante para el conocimiento del mundo exterior y son las más objetivas de la persona humana, por medio de estas podemos diferenciar las formas, colores, tamaños, etc.

El receptor del estas sensopercepciones es el ojo, llamado también órgano visual, en su estructura está constituido por el globo ocular y el nervio óptico, la pared del globo ocular está formada en su parte anterior por la **esclerótica**, que en su zona central forma una membrana transparente llamada **córnea**, posterior a esta se encuentra un diafragma muscular llamado **iris** que se dilata o contrae al paso de la luz , además tiene una coloración particular para cada persona, detrás se encuentra el **cristalino** que es una lente biconvexa que agranda las imágenes, en la parte posterior del globo ocular se encuentra una membrana receptora de los estímulos luminosos externos: la **retina** que se encuentra formada por diez capas con millones de células llamadas *conos y bastones* esta capa confluye en el **nervio óptico** que es por donde se lleva la impresión visual hacia la zona posterior de cerebro, el lóbulo occipital y ahí es procesada.

La visión normal de una persona se denomina **emetropía**, cuando existe dificultad para ver a los objetos lejanos hablamos de **miopía**, el no poder leer o ver de cerca es una afección llamada **hipermetropía**, cuando se opacifica el cristalino y la persona no puede ver se debe a las llamadas **cataratas**.

Otra función importante es la adaptación a la luz mediante el iris (que da la coloración a los ojos) dilatándose cuando existe poca luz y contrayéndose en caso contrario.

Una alteración que se presenta en ciertas personas es la ceguera a ciertos colores llamada también **Daltonismo**, ellas no pueden distinguir entre los colores rojo y verde.

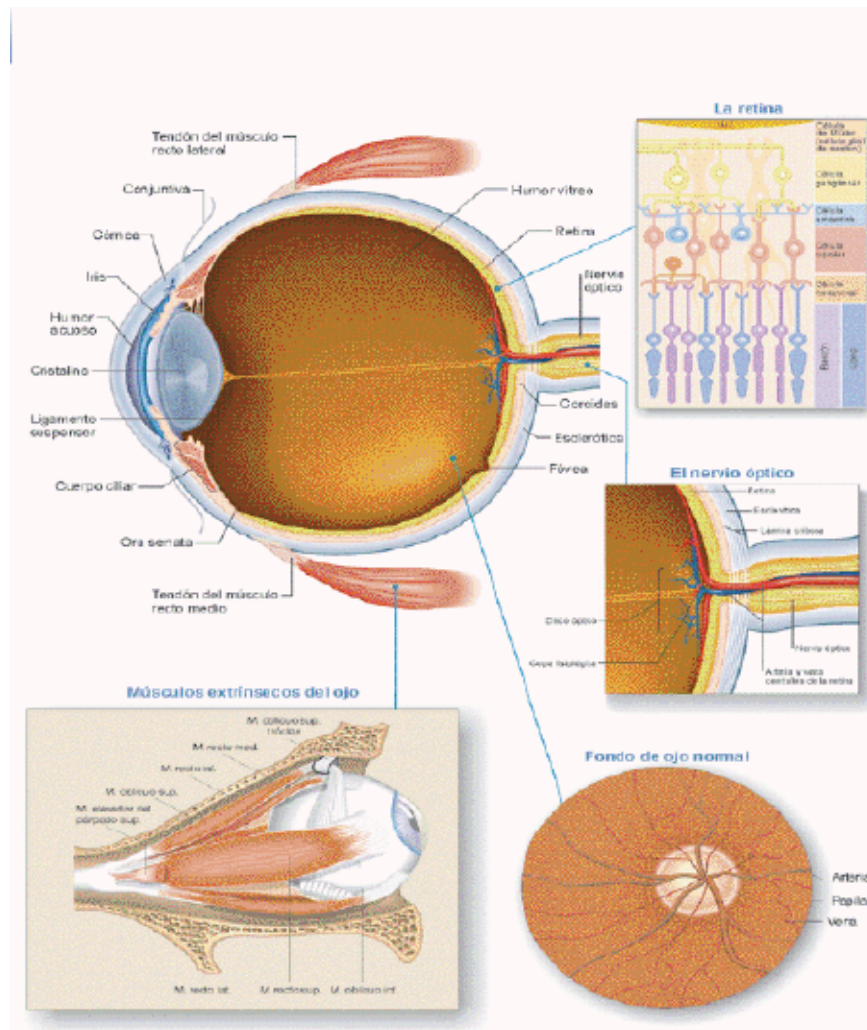


Figura Nº 6: El globo ocular

## Auditivas

Los seres humanos podemos percibir las diversas ondas sonoras que se producen en el ambiente gracias a nuestro aparato auditivo, que se lo divide en tres partes:

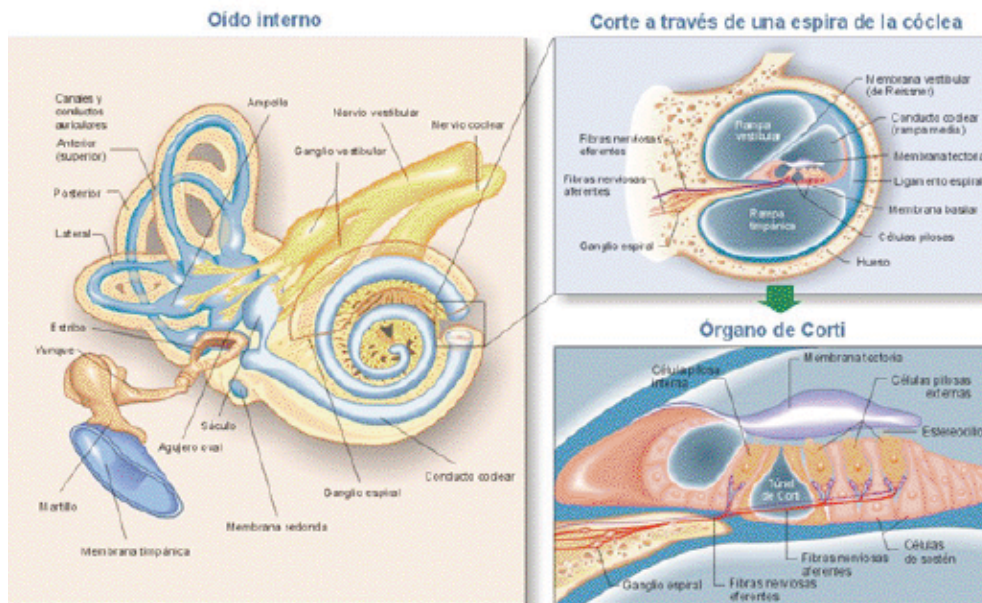
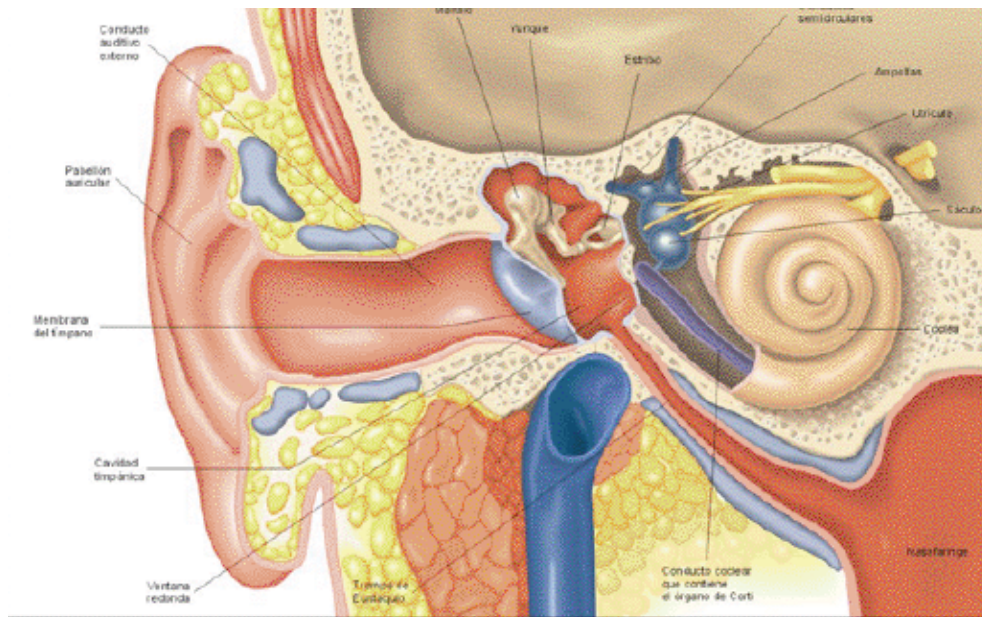
El **oído externo** que comprende el **pabellón auricular** que viene a ser un embudo para recolectar las ondas sonoras pero que sin embargo no es indispensable para la audición, luego se continúa con el **conducto auditivo** que lleva los impulsos sonoros hasta una membrana vibrátil **el tímpano** cuya integridad es fundamental para receptor los sonidos.

El **oído medio** Una vez que las ondas sonoras han hecho vibrar al tímpano, este se encuentra conectado a una serie de huesos muy pequeños y móviles: **el martillo, el yunque y el estribo** que transmiten de manera mecánica el sonido a la **ventana oval**.

El **oído interno**, este comienza detrás de la membrana oval, en el cual se encuentra **el laberinto** que está compuesto por **el vestíbulo, los conductos semicirculares y el caracol** (coclea), el vestíbulo y los conductos semicirculares ayudan o forman parte del sistema del equilibrio general del cuerpo humano de ahí que cualquier problema que los afecte dará como resultado vértigo, es el caracol la estructura acústica por donde finalmente a través del nervio acústico se conduce el sonido.

En la orientación y el movimiento intervienen por una parte los **receptores cenestésicos, localizados** en los músculos, las articulaciones y la piel; por otra parte el sistema vestibular

Cualquier patología congénita del oído dará como resultado una sordera y por ende el niño al no escuchar los sonidos no podrá reproducirlos produciéndose la llamada sordomudez que requiere tratamiento fonológico lo mas temprano posible.



**Figura N° 7: El oído humano**

El sonido se lo mide en decibelios (Db) que varían de acuerdo a la intensidad del sonido aquí ponemos algunos ejemplos:



<i>Sonido</i>	<i>Intensidad en Db</i>
Trueno fuerte, concierto de rock	120
Avioneta	110
Autobús urbano	90
Nivel máximo de ruido industrial permitido	85
Auto ruidoso	80
Conversación normal	60
Oficina tranquila	40
Cuchicheo entre dos personas	20
Umbral auditivo	10

**Cuadro N° 4: Umbrales de los sonidos**

Las exposiciones prolongadas a sonidos que superen los 85 dB pueden causar sordera permanente, e incluso exposiciones cortas a 150 dB (explosiones) también pueden causarla, algo particular de las explosiones es que en determinadas personas pueden causar cuadros neuropsiquiátricos como psicosis por hematoma subdural o hemorragia de tercer ventrículo (centro neurovegetativo)<sup>38</sup>.

### **Gustativas y olfativas**

Estas generalmente perciben estímulos de origen químico, las gustativas están dadas principalmente por el órgano receptor que es la lengua, existen un complejo de sensaciones pero generalmente se las clasifica en cuatro cualidades: salado, ácido o agrio, dulce y amargo, a las que se puede agregar presión, frío, calor y dolor. Todo esto lo podemos hacer ya que la lengua tiene aproximadamente 10.000 **papilas gustativas** que se encuentran distribuidas de acuerdo al sabor, así para lo dulce están en la punta de la lengua, lo salado en los bodes medios, lo ácido en los bordes posteriores y lo amargo en la raíz. Los bebes son los que mas papilas tienen y más sensibles a los sabores poseen, conforme envejecemos perdemos papilas.

Los estímulos químicos gaseosos que entran a la nariz y son receptados por el **epitelio olfatorio**, los principales olores que podemos receptar son los de tipos orgánicos es decir de seres vivos siendo más difícil los de los compuestos inorgánicos.

### **Cutáneas**

Se la puede dividir en: frío, calor, dolor, tacto y presión

## **• PSICOPATOLOGÍA DE LAS SENSOPERCEPCIONES**

Cuando existe una disminución de estas se denominan **hipoestesias** y en caso contrario si están aumentadas se llaman **hiperestesias**.

Las **ilusiones** son una sensación deformada o falsa de un estímulo real, en otras palabras hay un objeto real pero es deformado y/o percibido en forma equivocada, se debe a veces a la falta de intensidad, lineamientos nítidos del excitante y a veces condiciones subjetivas: grandes emociones, fatiga excesiva. Existe en los síndromes psiquiátricos, los síndromes depresivos y delirios tóxicos. Una forma especial de ilusión es la **sinestesia** en la cual el estímulo va a ocasionar una percepción diferente (un estímulo visual ocasiona una percepción auditiva). En ciertos casos de psicosis pueden mal identificar rasgos faciales dando lugar a **falsos reconocimientos** en los que los enfermos creen que es alguien que han conocido con anterioridad.

Las **alucinaciones** son representaciones sin objeto, creada por la fantasía del enfermo dentro del ambiente intrapsíquico y luego proyectada por el mismo paciente hacia fuera. El individuo se halla convencido que aquella impresión mental corresponde a realidades existentes.

En las **alucinaciones visuales** la persona ve formas de colores sin contenido estructural aunque lo frecuente es que vea rostros, figuras, personas identificadas con un tono afectivo agradable, desagradable o terroríficas esto último es frecuente en las intoxicaciones agudas o crónicas de las toxicomanías.

Las **alucinaciones auditivas** aquí el enfermo simplemente oye zumbidos, ruidos, cuchicheos, pero también llega a escuchar palabras y frases completas, es una sola persona la que le habla o son dos o tres, de lejos, de cerca, de

aparatos de televisión, radio, son frecuentes en los esquizofrénicos que las describen como insultos, órdenes o de comentarios de sus actos que realiza.

Las **alucinaciones gustativas y olfativas** son aquellas en que la persona detecta sabores u olores extraños, generalmente desagradables nauseabundos provocados por sustancias “puestas por sus enemigos que tratan de eliminarlo, se los encuentra tapándose las fosas nasales o negándose a comer, pueden estar presentes en enfermos esquizofrénicos y en maníacos.

En las **alucinaciones táctiles** el enfermo avisa que toca o que es tocado, generalmente experimenta pinchazos, rozamientos, quemaduras, chispazos, relata que tiene hormigas o insectos debajo de la piel. En los delirios eróticos sienten tocamientos de los genitales.

Las **alucinaciones cinestésicas** en las que una falsa percepción del sentido postural y su movimiento, cree que está en determinadas posiciones o con movimientos no reales, cree que se está elevando o moviéndose en diferentes direcciones.

En las **pseudoalucinaciones** hay una intensa representación intrapsíquica, el fenómeno no se proyecta al exterior, sino que se localiza “dentro de cerebro”. El paciente capta dentro de si mismo bajo la forma de pensamiento, órdenes que motivan y dirigen su conducta.

Las **alucinosis** al igual que las alucinaciones no hay objeto exterior, pero son reconocidas por las personas como algo irreal, son propias de ciertas enfermedades crónicas como el alcoholismo.



## • VIDA AFECTIVA

Son aquellas realidades psíquicas que resultan de nuestra actividad o nuestro contacto con el mundo, sea interno o externo. Los estados de ánimo son pues producto de todo lo que hace reaccionar a la persona: generadores de alegría, deleite, tristeza, angustia (placer – dolor)

Investigaciones demuestran en forma evidente que en la vida afectiva existen dos aspectos: psíquico y orgánico; su complejo, su unificación confiere específica y característica fisonomía a las reacciones afectivas<sup>39</sup>

Al referirnos a las motivaciones mencionábamos a las de las por incentivo (querer algo) y se la suele asociar con el **afecto**(el gusto por ese algo). Más propiamente, el término afecto hace referencia a todo el abanico de placer y desagrado experimentado conscientemente.<sup>40</sup> La predominancia del afecto en la experiencia de la vida ha llevado a algunos a sugerir que el placer ha evolucionado hasta jugar un papel psicológico básico (Cabanac, 1992). Dicho papel consiste en moldear la conducta ayudando a definir una “moneda de cambio” psicológica que refleje el valor de las acciones realizadas.<sup>41</sup>

Definiremos según la Psicología Clásica varios términos que aún se usan frecuentemente en nuestro medio.

Se habla de que los **estados afectivos** son períodos de ánimo sumamente íntimos y absolutamente personales. La trascendencia en el Derecho es importante porque las emociones e instintos son muchas veces la base de la actividad humana. Están relacionados con el sistema **dopaminérgico del cerebro**, las neuronas de este residen en tronco encefálico superior y envían sus axones a través del núcleo accumbens hasta la corteza prefrontal.

Las **emociones** son estados afectivos cuyo tono se manifiesta de acuerdo a la valoración personal del sujeto en relación de sus vivencias dando lugar a una variedad de tintes emotivos: alegría, miedo, pánico, cólera, repulsión, etc.

Tiene tres componentes:

- 1º El hecho psíquico
- 2º Repercusión fisiológica

### 3º Repercusión conductual (Que es lo importante para El Derecho)

Va acompañada de manifestaciones en la esfera orgánica (neurovegetativa): taquicardia, cambio de coloración de rostro, sequedad de la boca, etc.

La **emoción primaria** es la forma más simple ligada a un fondo instintivo es decir a fuerzas elementales de ahí se explica la exaltación, la violencia la brusquedad de estas. Son tres: el miedo, la cólera y la emoción sexual

El **miedo** se caracteriza por achicamiento, por una minimización de la personalidad a la que se supone un peligro inmediato, existe: palidez del rostro, aceleración del pulso y respiración, la conducta del individuo es la huida.

La cólera es una vivencia en la que hay un acrecentamiento, hipertrofia del yo existe taquicardia, contracción muscular para un estado de lucha, el estado conductual es el ataque y destrucción. La cólera puede quitar la lucidez de individuo.

En la **emoción sexual**, la vivencia es una prolongación del yo en pos de la gratificación típica de la emoción primaria. A veces se presenta como un impulso brutal en delitos sexuales como la violación.

Las **emociones secundarias** se reducen a dos: placer y dolor, estas estarán presentes según la emoción primaria subyacente en un momento dado: dolor para el miedo, placer para la emoción sexual, desasosiego para la cólera, etc.

Las **emociones complejas** son múltiples y variadas combinaciones de las anteriores. La **pena** es un sufrimiento de origen psíquico o moral. La **angustia** es un matiz psíquico más acentuado con expresión de ahogo y opresión precordial. La **ansiedad** es un grado más acentuado de displacer con agitación motora (movimientos y acciones). Los **celos** son el temor a perder el bien que se considera privativo de uno y se tiñe de un matiz doloroso.

Los **sentimientos** son estados de ánimo, vivencias de mayor jerarquía que las emociones, tanto en el aspecto de complejidad como de su proyección temporal, modifican la conducta de modo suave y perdurable, se han intelectualizado, enriqueciéndose en matices y perdiendo su estallido inicial (emociones), las personas inteligentes, cultivadas ejercen un control sobre ellos, llegando en ocasiones a viviros únicamente en su esfera psíquica con poca o nula repercusión orgánica y aun conductual, el matiz de placer o dolor que

tienen los sentimientos se debe al núcleo central de la personalidad, a la contextura innata del individuo.

Las **pasiones** son estados de ánimo que reúnen en sí algunos aspectos de las emociones y los sentimientos conjuntamente (intensidad-permanencia) se han intelectualizado de manera persistente, que conducen desde una distracción hasta el eclipse de la conciencia.

Las emociones, los sentimientos conjuntamente con el pensamiento, la expresión mímica y los cambios neurovegetativos constituyen los llamados **estados de ánimo**, cuando este, es normal o estable lo denominamos **eutimia**.

El Dr. Gerardo Rodríguez menciona: “El abogado, el jurista y principalmente el Juez, no deben olvidar el torbellino que significa una pasión, que ha veces arrastra al individuo a la comisión de actos calificados como delitos por la ley penal. No cabe duda que en muchísimas ocasiones la conducta delictuosa empujada por la pasión, torna irresponsable al sujeto, aunque en gran número de casos aquellas pasiones bajas, se asientan en temperamentos o personalidades sicopáticas que, ya de suyo, tiene una merma ante la responsabilidad penal.”

### **Psicopatología de la vida afectiva**

También se los denomina trastornos de la afectividad y una de sus principales expresiones es la **ansiedad**, que, como manifestamos anteriormente es un grado acentuado de displacer que incluso cursan con pensamientos catastróficos, síntomas neurovegetativos como dilatación, pupilar, taquicardia, náuseas hipotensión, desfallecimiento. Los psiquiatras las clasifican en **primaria** cuando es el trastorno principal y **secundaria** cuando es asociada o derivada de otros trastornos mentales. Cuando la nostalgia, aburrimiento o amargura se prolongan más allá de los límites o intensidad de una aflicción normal existe la llamada **tristeza patológica** que principalmente aparece en todas las formas de depresión. En los casos en que existe exaltación del tono afectivo, felicidad desbordante, optimismo, satisfacción máxima, en otras palabras la alegría normal es superada en intensidad la denominamos **euforia** patológicamente es propia de episodios maníacos o hipomaniacos o con menor intensidad en la intoxicaciones por cocaína, opiáceos, cannabis y alcohol.

Particular importancia tiene la llamada **indiferencia afectiva** en la cual hay un apagamiento y apatía de las personas ante los estímulos externos, en la esquizofrenia tiene un carácter evolutivo progresivo hasta llegar al denominado **afecto plano**.

En la **incontinencia afectiva** que sucede en los accidentes cerebro-vasculares y en las demencias multinfarto se encuentra una incapacidad para inhibir las emociones.

Y finalmente la **anhedonia** que es la falta de capacidad de experimentar placer que se presenta frecuentemente en la esquizofrenia.

## • LA ATENCIÓN

Es la concentración sobre un hecho cualquiera con exclusión de todos los demás.

Los factores que intervienen activamente en la atención son: la energía del acto de concentración, intensidad estímulo, el estado de salud y la edad.

Dentro de la psicopatología tenemos: la exageración llamada comúnmente “distracción de los sabios” los cuales se encuentran muy concentrados en sus actividades, la disminución o **hipoprosexia** psiquiátricamente se encuentra en estados depresivos y en algunas formas de esquizofrenia, también existe un debilitamiento en los niños y oligofrénicos, la abolición de la atención la encontramos en las oligofrenias profundas.

## • LA MEMORIA

Es la capacidad gracias a la cual es posible fijar, conservar, evocar e identificar las percepciones en forma de datos o información.

Existen varias etapas en la memoria: la fijación, la conservación, la evocación y el reconocimiento.

La **fijación** es el primer paso, será más eficiente cuanto más clara sea la sensopercepción o el hecho que lo engendró, varía de acuerdo a la edad, acontecimientos concomitantes, condiciones biopsíquicas del individuo.

La **conservación** en cuanto a su mecanismo es misteriosa, para que se realice una buena conservación se requiere una integridad cerebral. Se habla de la memoria como una capacidad orgánica

La **evocación** es la fase en virtud de la cual estamos en capacidad de retrotraer los estados psíquicos que anteriormente nos impresionaron, esta fase es a veces espontánea y a veces un producto de un acto volitivo.

El **reconocimiento** se realiza la identificación del recuerdo con todos los atributos reales del fenómeno evocado por lo menos en los componentes esenciales sea esta una sensopercepción, vivencia concomitantes o ideas abstractas

## TIPOS DE MEMORIA

**Memoria sensorial** es la que recoge el estímulo que proviene de los sentidos, estas impresiones desaparecen en menos de un segundo, a no ser que sean transferidas a la memoria de corto plazo

La **memoria a corto plazo** es la memoria de trabajo de capacidad limitada, la información desaparece a los 20 segundos, el material que no se olvida entra en la memoria a largo plazo.

En la **memoria a largo plazo** cuenta con una capacidad ilimitada para almacenar la información, la recuperación de esta depende de lo eficazmente que haya sido almacenado el material.

Actualmente también la memoria se ha clasificado en las siguientes: la **memoria de trabajo** es aquella información adquirida recientemente y de uso frecuente como ejemplo de esto son los datos telefónicos y aquellos que se usan en las profesiones u oficios.

La **memoria declarativa o explícita** aquella que nos permite describir los objetos con palabras y con facilidad, a su vez esta se clasifica en **semántica** o sea el uso adecuado de las palabras para describir lo almacenado en la memoria, y **episódica** que nos sirve para describir lo que ha sucedido en el transcurso de la vida.

## ALTERACIONES DE LA MEMORIA

Denominamos **amnesias** a la pérdida de la memoria total o parcial, también se la conoce como la ausencia de recuerdo.

En la **amnesia retrograda** existe olvido de los periodos que se remontan hacia atrás, aquellos retenidos del pasado, puede existir en los traumatismos cráneo-encefálicos.

La **amnesia anterógrada** es la incapacidad de adquirir nuevos recuerdos a partir del momento en que se inicia la enfermedad puede estar presente en el alcoholismo crónico y en cuadros demenciales.

En la **amnesia lacunar** hay olvidos de ciertos periodos y ciertas vivencias, están presentes en los estados posteriores a las crisis epilépticas, las intoxicaciones alcohol y drogas.

Las **hipomnesias** es la disminución de la función de la memoria, normal en la vejez, está presente también en los oligofrénicos.

En las **hipermnesias** existe un notable grado de exaltación de la memoria en su fase de evocación es frecuente en ligero grado en ciertas intoxicaciones, estados febriles y en las fases maníacas.

También existen las **paramnesias** o falso recuerdos, de los cuales describirnos los más frecuentes. El fenómeno de lo ya visto o **Deja vu** es la impresión de que el recuerdo actual ya lo ha experimentado anteriormente, en forma transitoria se la encuentra después de ciertos periodos de fatiga y patológicamente en la esquizofrenia, también existe el fenómeno del **Deja vecu** o ya lo he vivido, aparecen en personas normales y en la epilepsia. El fenómeno de lo nunca visto o **Jamais vu** aquí el recuerdo es real pero con añadiduras puede haber en la esquizofrenia y toxicomanías y las **alucinaciones de la memoria** es el recuerdo sin realidad vivida anteriormente está presente los delirios, la esquizofrenia y toxicomanías.

## LECTURAS RELACIONADAS AL TEMA

“Es normal borrar los recuerdos antes de los 7 años”

¿Cuál es su recuerdo de infancia más antiguo? Si no logra recordar con facilidad sus primeros años de vida no se preocupe, eso es normal. Un estudio

publicado recientemente en la Revista Memory asegura que los niños comienzan a borrar sus primeras memorias a partir de los siete años. Para llegar a esta conclusión, los investigadores se basaron en entrevistas a 83 niños desde los 3 años de edad hasta los 9 años. Los científicos consiguieron que los padres de los pequeños participantes en el estudio, les realizaran preguntas acerca de eventos que ocurrieron los últimos seis meses, como una fiesta de cumpleaños o un paseo. Años después, los niños fueron consultados sobre sus recuerdos. Las expertas Patricia Bauer y Marina Larkina fueron las encargadas de la investigación. Resultados Las conclusiones revelaron que los niños con edades de cinco, seis y siete años recordaron el 60% de los hechos del pasado sobre los que habían conversado con sus progenitores. Mientras, los que tenían entre 8 y 9 años consiguieron recordar solo el 35% de sus memorias de la temprana infancia. “Un hallazgo sorprendente fue que, a pesar de que los niños de cinco y seis años recordaban un mayor porcentaje de los acontecimientos, sus narraciones de estos eran menos completas. Los mayores recordaban menos, pero lograban brindar más detalles”, comentó Bauer. La explicación dada por las investigadoras se basa en que, a mayor edad, los niños van conociendo mejor el lenguaje, lo que les permite elaborar de forma más apropiada sus memorias o recuerdos. Importancia Según Bauer, a diferencia de los adultos, los pequeños carecen de fuertes procesos neuronales para reunir la información necesaria, con el fin de elaborar una memoria autobiográfica mucho más nutrida o compleja. Las científicas hicieron una comparación entre los cerebros de los niños y el de los adultos. Mientras que los primeros se comportan como coladores con grandes agujeros que dejan pasar algunos recuerdos, el de los adultos es similar a una fina red, que permite conservar más. Las investigadoras destacaron la relevancia del estudio, pues hasta la fecha solo se habían hecho con mayores de edad.<sup>42</sup> Este contenido ha sido publicado originalmente por **Diario EL COMERCIO**

### **Inventan píldora para borrar eventos desagradables de la memoria**

Científicos del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT, por sus siglas en inglés) desarrollaron una píldora que ayuda a borrar o “sobrescribir” eventos desagradables de la memoria. En un estudio publicado en la revista Cell, investigadores describen su experimento con ratones de laboratorio y un nuevo medicamento utilizando el inhibidor HDAC2, que en este caso hace que las memorias sean más maleables. Según el portal español ABC, los científicos de



MIT primero le crearon experiencias traumáticas a los ratones como parte del experimento. Cada vez que pisaban una zona en particular de su jaula recibían una descarga eléctrica. Luego de pisarla varias veces, los ratones aprendían a evitarla. Al darle el medicamento, olvidaban por completo la experiencia y la volvían a pisar, recibiendo nuevamente una descarga. Sin embargo, solamente podían borrar por completo la memoria si era un recuerdo reciente. Pasadas las 24 horas, disminuía la amnesia selectiva, y después de 30 días era imposible eliminar por completo el miedo a la zona peligrosa de la jaula. En términos concretos, hay una ventana limitada para poder borrar del todo las experiencias negativas, reporta ABC. Aun así, el medicamento ayuda al cerebro a “sobrescribir” memorias traumáticas y reemplazarlas con memorias menos amenazantes, según el diario TheMirror. Los investigadores confían que podrán crear una nueva manera de ayudar a pacientes sufriendo de trastornos de ansiedad como el síndrome de estrés postraumático, angustia, fobias y otros. El medicamento, en combinación con otros tratamientos como la psicoterapia, ayudaría a “extinguir” algunos de estos recuerdos traumáticos. Esperan poder hacer pruebas clínicas con pacientes con síndrome de estrés postraumático, trastorno que sufren víctimas de ataques violentos o que han vivido un desastre o accidente, indica TheMirror. Estos pacientes reviven experiencias traumáticas, sufren pesadillas, sentimientos de aislamiento e insomnio.<sup>43</sup>

Este contenido ha sido publicado originalmente por **Diario EL COMERCIO**

## • **PENSAMIENTO**

Es el rasgo distintivo, genérico y peculiar del ser humano, consiste en relacionar dos o más ideas de forma de que de esta combinación se obtenga una nueva, su manifestación básica es razonar, que consiste en integrar estímulos, percepciones, información y recuerdos y crear nuevos conceptos

El pensamiento es la abstracción de los datos sensoriales concretos. Asociado al lenguaje es la función conocida como **cognoscitiva** o ideación. El núcleo del pensamiento está constituido por conceptos que se desarrollan en un sistema complejo para formar **juicios**.<sup>44</sup>

**Psicopatología del pensamiento**

Si decimos que el pensamiento es un proceso dinámico con base de ideas que se articulan entre si con el objetivo de formar juicios, para analizarlo debemos ver su curso y su contenido.

En cuanto a su curso veremos las formas en que los procesos mentales se enlazan unos con otros y diremos que hay una **bradipsiquia** cuando el curso es lento, esto generalmente se presenta en la depresión, en la **inhibición** de pensamiento hay un retraso acentuado de curso del mismo, pero también puede existir un **bloqueo** que es una interrupción completa esto último, se presenta en las depresiones y en problemas psicológicos intensos. Puede existir una **aceleración** que vendría a ser un desarrollo exageradamente rápido del proceso racional esto se da en las manías, delirios y demencias.

En cuanto al contenido se habla de **ideas obsesivas**, aquellas que son persistentes, repetitivas e incluso son reconocidas por las personas como intrusas y absurdas, este tipo de ideas varias veces dan lugar a acciones o actividades compulsivas y están presentes en el llamado trastorno obsesivo compulsivo; atención especial merece la **idea delirante o delirio** que es una concepción absurda y contraria a la realidad, representaciones equivocadas, ideas falsas tomadas por el enfermo como reales.

Una de las cualidades fundamentales de la idea delirante es la oposición a la realidad, sin embargo, podemos tomar como delirante lo que no está de acuerdo con la opinión de los sanos, aunque la idea delirante llega apartarse de la verdad pública y es en este sentido desocializante. Abandonar lo real no siempre es delirar, pero delirar es siempre salir de lo real.<sup>45</sup>

Existen obras de psicopatología que mencionan varios tipos, ejemplo es el **deliro de grandeza**(megalomanía) en que el falso aumento de los valores subjetivos, se creen poseedores de fortunas inmensas, de máximos puestos políticos y militares, el **delirio persecutorio** en el cual creen que es seguido por personas (acorralado por un grupo de seres para matarle), e incluso persecución psíquica (aquí el daño infligido es moral, difamación, desprestigio), el **delirio de influencia** en el que personas con aparatos e instrumentos le roban el pensamiento obligándolo a pensar en lo que no desea. El **delirio de celos** es un temor a la infidelidad conyugal aumentada a través de sospechas, es víctima de errores de juicio por interpretación tendenciosa de supuestos indicios, llega al falso convencimiento que es engañado por su cónyuge. El **delirio místico**: cree

que debe cumplir con algún mandato o misión divina que él es la persona elegida por Dios para redimir a la humanidad con sus poderes especiales. Generalmente todos los delirios anteriormente mencionados se encuentran en las manías, la esquizofrenia y estados delirantes.

La **hipocondría** que es el convencimiento a padecer una enfermedad sin realmente tenerla, puede ser una característica de la esquizofrenia.

## LENGUAJE

Es la manera de expresar el pensamiento por el sistema de símbolos destinados a la comunicación y que se exteriorizan por la palabra, la escritura y la mímica. Indicador tangible de nuestro poder pensante, las palabras habladas, escritas o expresadas mediante gestos, y el modo de combinarlas a medida de que pensamos y nos comunicamos. La comunicación es la función primordial del lenguaje.

Sin un medio eficiente de comunicación, no sería posible coordinar los esfuerzos de muchas personas en la división de trabajo, *regular el comportamiento para el bien común mediante leyes* o acumular la sabiduría adquirida a través de la experiencia de las generaciones anteriores y transmitirla a través de la educación.<sup>46</sup>

En cuanto a la psicopatología del lenguaje oral decimos que existe **taquilalia** cuando este se encuentra acelerado, es propio de estados alucinatorios y confusionales, todo lo contrario la **bradilalia** el lenguaje se encuentra retardado lo encontramos en estados depresivos y en oligofrenias (retardo mental), la **logorrea** en la cual hay una compulsión por hablar con un curso acelerado esto se da en los estado maníacos, en la **verbigeracion** hay una retahíla de palabras sin sentido propias de la demencia y confusión mental, en el **mutismo** existe la ausencia de expresión verbal lo encontramos en la esquizofrenia y oligofrenias, la **ecolalia** que es la repetición de palabras a manera de un eco, en la **coprolalia** hay un lenguaje obsceno y grosero, y las **estereotipias verbales** cuando hay repetición frecuente e innecesaria de frases o vocablos.

En lo referente a los trastornos de la escritura mencionamos que existe **agrafia** cuando la persona tiene incapacidad para escribir, de **disgrafia** cuando se encuentra una afectación de la función gráfica al escribir, **alexia** en la

incomprensión de la lectura, **dislexia** cuando hay un conjunto de dificultades específicas del niño durante el aprendizaje de la lectura.

Pero hay el lenguaje corporal o mímico que es la expresión corporal, facial o motora (movimientos) con los que también nos expresamos, hay **hipermimia** cuando hay una exageración de los rasgos fisonómicos y de los ademanes, los encontramos en estados maniacales, de pánico y oníricos, en la **hipomimia** hay una disminución de la expresión mímica es una de las características en las esquizofrenias y el retardo mental, en la **amimia** hay una ausencia total del lenguaje mímico y la **ecomimia** cuando existe una repetición de gestos y actitudes.

- **JUCIO**

Es una función mental por la cual se llega a comparación de dos o más ideas para deducir una conclusión. Primero establece relaciones entre ideas luego busca lo común o divergente estableciendo una comparación valorativa y finalmente llega una conclusión definitiva.

En cuanto a las anomalías puede existir un **juicio insuficiente** que es aquel que no llega a conclusiones definitivas por incapacidad psico-cerebral se encuentra en los oligofrénicos, el **juicio deficiente** es aquel que se caracteriza por la superficialidad y puerilidad está ligado a alteraciones orgánicas del cerebro de destrucción neuronal, hay **juicio suspendido** u obstaculizado en la suspensión global de carácter transitorio producidos por tóxicos o infecciones, va desde el embotamiento hasta a suspensión total de la vida psíquica, el **juicio perturbado** cuando es alterado por ideas erróneas, se encuentra en el síndrome delirante y en depresivo.

Con frecuencia se hacen juicios o ideas no fundamentadas en la realidad como las supersticiones y los prejuicios. En principio estos fenómenos no son patológicos. El **prejuicio** es un juicio apriorístico formado sin la suficiente realidad, carece de base fáctica e implica un conocimiento parcial de los hechos. Tiene influencia familiar y colectiva, por el cual se manifiesta actitudes sociales y hacen parte de grupos étnicos y religiosos.

Las **supersticiones** son creencias nacidas de la dificultad de comprensión o explicación de los fenómenos naturales. Dependen del ámbito cultural o el

nivel educativo, y forman parte del llamado pensamiento mágico, según el cual lo semejante produce lo semejante o hay relación entre personas y partes separadas de ellas.<sup>47</sup>

## • INTELIGENCIA

Uno de los aspectos que más se evalúa y se valora en los seres humanos es la inteligencia de la cual analizaremos algunas definiciones:

“Es la actitud activa, rápida y adecuada a las situaciones nuevas o vividas de acuerdo con un finalidad implícita o explícita.” (William Stern)

“Capacidad para comprender el mundo, pensar racionalmente y emplear adecuadamente los recursos a su alcance cuando se enfrenta un desafío.” (David Weschsler)

“Facultad de adaptarse, juzgar y razonar bien. Adaptación, comprensión o razonamiento que llevan implicadas la nociones de aptitudes y capacidades.” (Augusto González)

Así se habla de capacidades o factores de la inteligencia, entre los que podemos citar: la **compresión** que es la forma de asimilación de los fenómenos que se fundan en el yo; la **crítica** que es la manera identificar, comparar y valorar; finalmente la **creación** que es la formación de nuevos conceptos.

Autores como Binet establecieron una formula cuantitativa para medir la inteligencia la que denomina **cociente intelectual**, que es la relación entre la edad mental y la edad cronológica multiplicado por cien.

$$CI = \frac{\text{Edad mental}}{\text{Edad cronológica}} \times 100$$

**COCIENTE INTELECTUAL (Binet, Stanfor, Terman)**

<b>140 o mas</b>	<b>Superdotados genios</b>
120-140	Inteligencias muy superiores
110-120	Inteligencias superiores
90-110	Inteligencias normales
80-90	Debilidad mental leve
70-80	Debilidad mental pronunciada
50-70	Imbecilidad
0-50	Idiocracia

### CLASIFICACIÓN DEL RETRASO MENTAL SEGÚN LOS SISTEMAS DSM-IV y CIE-10

Ligero	50-55 – 70
Medio	35-49
Grave	20-34
Profundo	menos 20

Inteligencia normal 75 % sobre el promedio

El psicólogo **Howard Gardner** (Scranton, Estados Unidos, 11 de julio 1943) ha elaborado la teoría de las inteligencias múltiples y así menciona:

TIPO DE INTELIGENCIA	CAPACIDADES	PROPIA DE
LÓGICA - MATEMÁTICA	Resolver problemas de lógica y matemáticas.	Los científicos
LINGÜÍSTICA	Desarrollo del lenguaje oral y escrito	Los escritores, los poetas, los buenos redactores
ESPACIAL,	Formar un modelo mental del mundo tridimensional	marineros, los ingenieros, los cirujanos, los escultores, los arquitectos, o los decoradores
MUSICAL	Capacidad para escuchar, cantar, tocar instrumentos	Cantantes, compositores, músicos, bailarines.
CORPORAL KINESTÉSICA	Capacidad de utilizar el propio cuerpo para realizar actividades o resolver problemas	Los deportistas, los artesanos, los cirujanos y los bailarines
INTRAPERSONAL,	Nos permite entendernos a nosotros mismos.	Propia de cada individuo
INTERPERSONAL	La que nos permite entender a los demás	Los buenos vendedores, políticos, profesores o terapeutas
EMOCIONAL	Conformado por inteligencia intrapersonal y la interpersonal	
NATURALISTA	Cuando observamos y estudiamos la naturaleza	Los biólogos o los herbolarios.

## LECTURAS RELACIONADAS

**Científicos hallan un gen que relaciona la materia gris cerebral con la inteligencia**

REUTERS

Londres

Investigadores encontraron un gen que vincula la inteligencia con la densidad de la denominada “materia gris” del cerebro y sostienen que su descubrimiento podría ayudar a los científicos a entender cómo y por qué algunas personas tienen dificultades de aprendizaje.

Un equipo internacional de científicos analizó ejemplos de ADN y escáneres cerebrales de más de 1.500 jóvenes sanos de 14 años y les puso una serie de pruebas para establecer su inteligencia verbal y no verbal.

Los investigadores se fijaron en la corteza cerebral, la capa más exterior del cerebro que también se conoce como “materia gris” y que tiene un papel clave en la memoria, en la atención, en la apreciación perceptiva, en el pensamiento, en el lenguaje y en la conciencia.

Después analizaron más de 54.000 variantes genéticas posiblemente implicadas en el desarrollo cerebral y hallaron que, en promedio, los adolescentes con una variante genética particular tenían una corteza más delgada en la mitad izquierda de sus cerebros y fueron los que peores resultados obtuvieron en las pruebas de capacidad intelectual.

“La variación genética que identificamos está relacionada con la plasticidad sináptica: cómo se comunican las neuronas”, dijo Sylvane Desrivieres, quien dirigió el estudio en el Instituto de Psiquiatría del King’s College de Londres.

“Esto podría ayudarnos a entender qué pasa a nivel neuronal en ciertas formas de deterioros intelectuales, donde la capacidad de las neuronas para comunicarse de forma efectiva se ve comprometida de alguna manera”, agregó.

Sin embargo, destacó que el hallazgo no significaba el descubrimiento de un “gen de la inteligencia”.

“Es importante señalar que la inteligencia está influenciada por muchos factores genéticos y ambientales. El gen que identificamos solo explica una pequeña proporción de las diferencias en la capacidad intelectual”, afirmó. Los hallazgos, publicados el martes en *Molecular Psychiatry*, podrían ayudar a los científicos a tener un mayor conocimiento de los mecanismos biológicos que subyacen en varias alteraciones psiquiátricas, como la esquizofrenia y el autismo, ya que la gente con estas enfermedades a menudo tiene deteriorada su capacidad cognitiva.

La variación genética que halló el equipo de Desrivieres afecta a un gen conocido como NPTN, que codifica una proteína que actúa sobre sinapsis neuronales y por lo tanto afecta a la forma en que se comunican las células cerebrales.



Para confirmar el hallazgo, el equipo estudió el gen NPTN más de cerca en ratones y células cerebrales humanas en el laboratorio y halló que tenía una actividad diferente en los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro.

Esto, dijeron, sugiere que el hemisferio izquierdo podría ser más sensible a los efectos de las mutaciones NPTN, y que algunas diferencias en la capacidad intelectual se deben a una función disminuida del NPTN en regiones particulares del hemisferio cerebral izquierdo.<sup>48</sup>

### **Revelan que el coeficiente intelectual depende del grosor de la corteza cerebral**

EFE

El coeficiente intelectual (CI) de una persona está relacionado con el grosor de su corteza cerebral, así lo reveló este lunes una investigación en la que participaron varios centros de España, Reino Unido, EEUU y Canadá. Según el investigador Miguel Burgaleta, del grupo de Adquisición del Lenguaje y Percepción de la Universidad Pompeu Fabra la corteza cerebral es una capa delgada de células nerviosas, de pocos milímetros de espesor, que interviene en funciones cognitivas como la percepción, el lenguaje, la memoria o la conciencia. El estudio, que analizó a 188 niños y adolescentes durante dos años con intervención de investigadores españoles, ingleses, estadounidenses y canadienses y cuyo resultado publica hoy la revista *NeuroImage*, indica que la tasa de variación del grosor del córtex cerebral “es relevante”. Según Burgaleta, la investigación significa “un cambio de paradigma en el estudio de las capacidades cognitivas y contribuye a entender el aspecto dinámico y plástico del cerebro y, por tanto, de las capacidades cognitivas de los humanos”. La corteza cerebral se va reduciendo a partir de los cinco o los seis años como parte del proceso normal de desarrollo, pero el significado de estos cambios no está bien establecido. En este trabajo, los investigadores estudiaron al grupo de niños y adolescentes mediante resonancias magnéticas y descubrieron la relación entre los cambios en el grosor cortical cerebral y los cambios en el desarrollo del coeficiente intelectual. Uno de los resultados principales del trabajo es que una reducción importante de la corteza cerebral se relaciona con una disminución significativa del coeficiente de inteligencia. “Nuestra investigación indica que estas fluctuaciones en el coeficiente de inteligencia también esconden cambios genuinos en la inteligencia, ya que correlacionan

con cambios en la estructura cerebral, un resultado que no se debería encontrar si las fluctuaciones fueran espurias o fruto del error de medición, como se había dicho anteriormente”, explicó Burgaleta. Según el investigador, “esto tiene implicaciones serias en cuanto al uso social del coeficiente de inteligencia”. “Por ejemplo, a la hora de considerar el CI como criterio de admisión o diagnóstico. Aunque, por supuesto, no niega su poder predictivo, que se ha replicado en múltiples ocasiones, en cuanto a rendimiento académico o laboral”, añadió el científico. Los resultados de este estudio pueden tener, según Burgaleta, implicaciones “de amplio alcance” en el ámbito pedagógico.<sup>49</sup>

## • **PERSONALIDAD**

La complejidad del ser humano y la gran cantidad de factores que intervienen en su manera de actuar, hacen imposible la identificación de un único predictor del comportamiento, pese a todo, la personalidad es lo suficientemente precisa como para ser considerada una pieza clave en el estudio de la conducta humana.

El término o la palabra personalidad ha tenido varias acepciones a través del tiempo por lo que podríamos decir que existen tres grandes corrientes desde el Derecho, la Teología o la Filosofía.

Casi todos los análisis que se hacen sobre el origen del término “personalidad” acuden a la etimología de la palabra “persona” y refieren y refieren que en griego viene a significar la máscara que los actores se ponían en el teatro para interpretar sus personajes. Como es bien conocido, en la psicología moderna solo C.G. Jung analizó la personalidad partiendo de este concepto que refiere automáticamente a dos aspectos básicos: representación y ocultamiento. La cultura romana le dio un sentido jurídico a la palabra persona como un sujeto legal portador de derechos y deberes. La filosofía cristiana dio al concepto una nueva significación trascendente al suponer que el ser humano-persona es “algo que se expresa a sí mismo por sus propias operaciones”.<sup>50</sup>

Analizaremos varias definiciones que tienen mucha aceptación y uso entre psicólogos y psiquiatras:

Allport la define como una organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su ajuste único al ambiente. En

definitiva, Allport, que es casi unánimemente considerado el padre de la personología moderna, se mueve dentro de lo que podría denominarse definiciones fenoménicas.<sup>51</sup>

Para Hans J. Eysench: “Organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente”. Como vemos de este autor recalcaremos tres elementos importantes como lo son el carácter el temperamento y el intelecto.

Patrón de pensamiento, sentimiento y comportamiento profundamente incorporado y que persiste por largos periodos de tiempo. (G. Rodríguez)

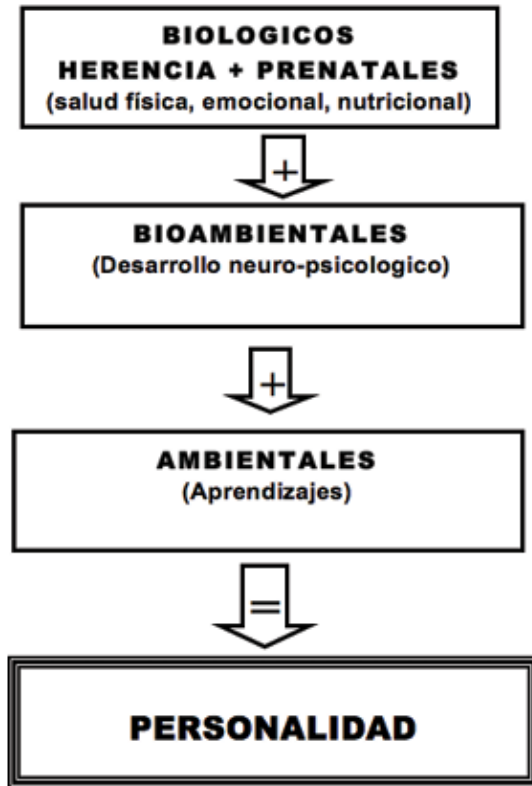
El aprendizaje, el ambiente o los estados anímicos condicionan nuestra manera de actuar en ciertos momentos.

El **carácter** es el comportamiento conativo, es decir su voluntad, aquellas conductas realizadas con absoluto consentimiento o conciencia, en el cual las reglas sociales y las tradiciones culturales desempeñan un papel fundamental.

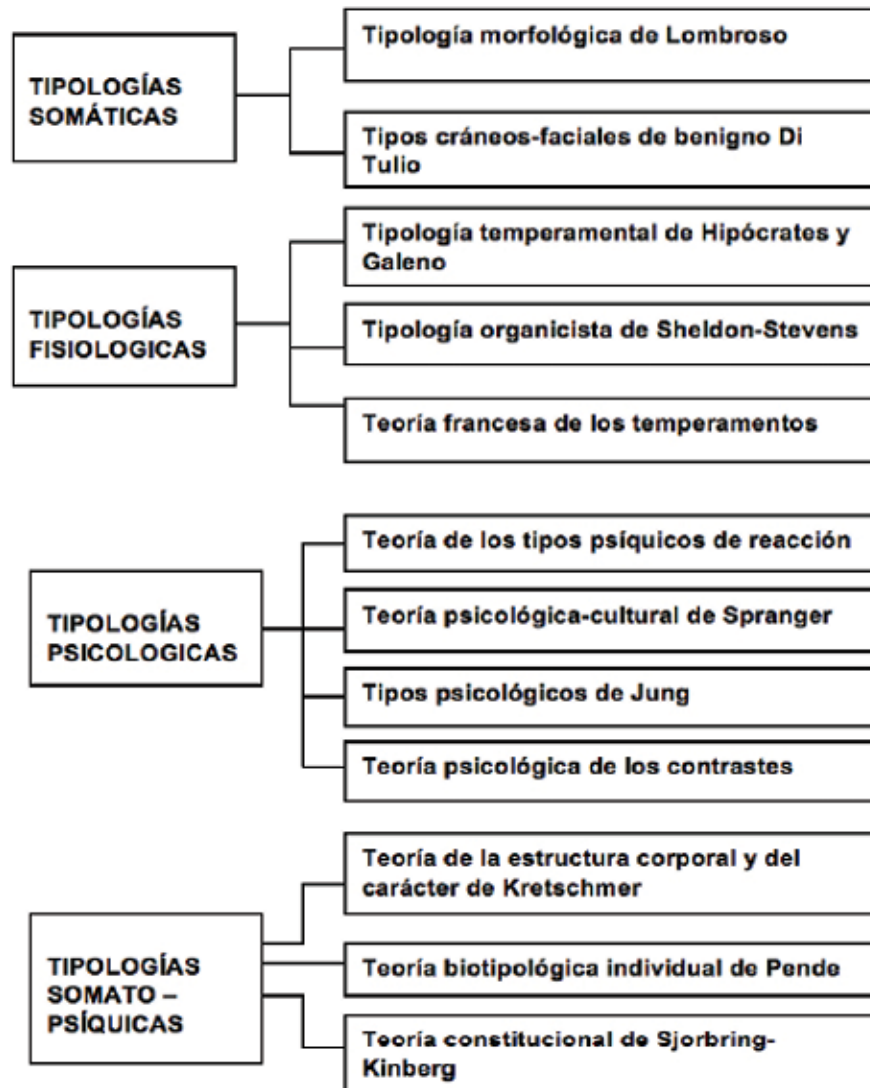
El **temperamento** es el estado afectivo, otros autores definen como la parte biológicamente determinante de la personalidad: sistema nervioso, hormonas, bioquímica corporal, así el amor está relacionado con la dopamina, la agresividad con la testosterona, la serotonina con la depresión.

Al principio, la psiquiatría tomó conceptos procedentes de la psicología filosófica (p.ej., de Klages) en cuyo sistema el temperamento es entendido como “estructura” (Gefüge) y el carácter como “cualidad” (Artung), aunque Klages, como muchos otros; entre ellos el psicoanálisis, utilizó la expresión “carácter” como sinónimo de personalidad en su conjunto.<sup>52</sup>

## FACTORES QUE DETERMINAN LA PERSONALIDAD



En base de lo expresado anteriormente vemos que a través del tiempo se hacen varios intentos por establecer clasificaciones de las personalidades y hemos tomado del libro de Criminología Psicología del Delito del Dr. Jorge Hugo Rengel el siguiente cuadro sinóptico que resume las tipologías o personalidades.<sup>53</sup>



Luego analizaremos las teorías y conceptos sobre la personalidad que han tenido más aceptación y han trascendido a lo largo del tiempo, así como aquellas que en la actualidad tienen más vigencia.

**Hipócrates**, el médico griego, realiza esta clasificación en base a lo que él denominó los “humores corporales”; así el predominio de la bilis negra daba lugar al **melancólico** quien tenía un predominio de la tristeza; la influencia de la sangre daba lugar al **sanguíneo** lleno de entusiasmo; la bilis amarilla tenía su representante en el **colérico** sinónimo de irritable y finalmente el **flemático** que era apático y lento por influencia de la flema.

**Carl Jung** discípulo de Freud clasificó en dos tipos fundamentales el **introvertido** aquel que es egocéntrico, callado, preocupado, retraído; y el

**extrovertido** es hablador, locuaz, comunicativo, inquieto, hay que citar como el mismo autor aclara, que todo individuo posee ambos mecanismos, el de la extroversión y el de la introversión, y solo el predominio relativo del uno de ellos constituye el tipo.<sup>54</sup>

**Ernst Kretschmer** un médico psiquiatra y neurólogo alemán en base al estudio corporal de sus pacientes los relacionó con el aspecto psíquico estableciendo de esta manera tres tipos comunes y un cuarto que no correspondía a ninguna de las anteriores, así, el **pícnico** (ciclotímico) es la persona con sobrepeso, extremidades cortas, sociables, alegres, improvisador y despreocupado; el **asténico** (esquizotímico) tiene extremidades largas, peso bajo, poco sociables, callados, tímidos, retraído, rígido, perseverante y preocupado; el **atlético** (viscoso) tiene un fuerte desarrollo muscular, caracterizado por la seguridad, sinceridad, capacidad para el trabajo y la tenacidad. Y finalmente el **displásico** que contiene aspectos no definidos, es una mezcla de los anteriores.

**Eysenck** en base a estudios de pacientes estableció las dimensiones básicas de la personalidad y los clasificó con sus parámetros opuestos, habla así, de **neuroticismo- estabilidad emocional**, en el primer rango estarían los ansiosos, preocupados, se deprimen con facilidad, inestables emocionales y que les cuesta volver a la normalidad, los segundos son lo contrario a lo descrito son emocionalmente equilibrados, equilibrados, clamados, despreocupados. Una segunda dimensión es el de **extraversión-introversión**, los extravertidos se caracterizan por la sociabilidad, la actividad, la vivacidad, la excitabilidad y la impulsividad, los introvertidos por persistencia, rigidez, irritabilidad, subjetividad y timidez y en una última dimensión ubicó entre lo patológico y lo normal denominándolo como **psicoticismo-normalidad**, los primeros son los llamados psicóticos que son personas problemáticas, crueles, carentes de sentimientos y empatías, hostiles despreocupados por los demás, muestran inclinación hacia intereses raros o extravagantes, despreciar el peligro y son atraídos por el riesgo.

**Robert Cloninger** al definir la personalidad dice que es la organización dinámica de los diferentes sistemas psicobiológicos del individuo que permite modular la adaptación a la experiencia y resalta los componentes del temperamento y del carácter, en el primero se refiere a que está formado por cuatro dimensiones; la **búsqueda de novedades** que llevan al individuo a una

conducta exploratoria para las situaciones positivas y agradables y evitar todo lo contrario, una segunda dimensión es la **evitación del daño**, que vendría a ser una especie de respuesta a estímulos potencialmente dañinos y saber reconocerlos, luego la **dependencia de la recompensa** que es la conducta que busca permanentemente los aspectos gratificantes y evita los aversivos, y finalmente la **persistencia** que está ligado al anterior a pesar que puedan existir frustraciones cuando no se lo logre. Todo lo descrito anteriormente tiene una carga totalmente genética.

En cuanto al carácter Cloninger menciona tres dimensiones: la **autodirección**, que describe el grado en que uno se siente seguro de sí; la **cooperatividad**, que define el grado en que el sujeto se siente parte de la sociedad; y la **autotrascendencia**, que describe el grado en que uno se considera parte del universo.<sup>55</sup>

Las dimensiones del carácter son poco o casi nada heredadas, este, se va modificando a lo largo de la vida y conforme pasa el tiempo va adentrándose y permaneciendo particularmente en la vida adulta, en todo esto la influencia del medio externo juega un papel importante y decisivo.

## **Capítulo IV**

# **Principales trastornos psiquiátricos y sus implicaciones médico-legales**



## • CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Es necesario primero establecer diferencias entre ciertos términos comúnmente utilizados, así denominamos **signos** a lo que el médico observa al examinar a sus pacientes y **síntomas** a lo que el paciente nos expresa verbalmente, **síndrome** al conjunto de signos y síntomas comunes pero que no llegan a tener una dimensión de **enfermedad**, esta última en cambio es un conjunto de signos y síntomas que tienen un origen, evolución, tratamiento, y finalmente **trastorno** que es un patrón de la conducta o psicológico de relevancia clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción del comportamiento, psicológico o biológico.

En cuanto a las enfermedades mentales, estas, a lo largo de la historia, han tenido varias clasificaciones de acuerdo a los diferentes autores, pero en la actualidad existen dos que son aceptadas internacionalmente por todos los profesionales de la salud mental, una de estas es la denominada **CIE-10** o Clasificación Internacional de Enfermedades desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la cual existe un capítulo propio codificado con la letra F y conjuntamente a esta un número que denota una de las diez clases o grupos principales de trastornos mentales y un segundo y tercer número que indica categorías en las que se subdividen en enfermedades **más específicas**. (Ver anexos)

F0	Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos
F1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas
F2	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno delirante
F3	Trastornos del estado de ánimo (afectivos)
F4	Trastornos neuróticos, somatomorfos y relacionados con el estrés
F5	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
F6	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F7	Retardo mental
F8	Trastornos del desarrollo psicológico
F9	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la niñez y adolescencia

Otra clasificación aceptada internacionalmente es la de la Asociación Psiquiátrica Americana es el *DSM* (del inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), o *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* han existido varias ediciones, la última e vigente es la quinta, **DSM-V**, publicada el 18 de mayo de 2013 de la que no existe actualmente traducción al español. En el **DSM-IV-TR** (Edición cuarta modificada) tiene 17 secciones de trastornos psiquiátricos y cada uno de ellos sus subdivisiones. (Ver anexos)

1	Trastornos usualmente diagnosticados por primera vez en la infancia, la niñez, adolescencia
2	Delirium, demencia y otros trastornos cognitivos y amnésicos
3	Trastornos mentales debidos a condición médica general no clasificados en otra parte
4	Trastornos relacionados con sustancias
5	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
6	Trastornos del estado del ánimo
7	Trastornos de ansiedad
8	Trastornos somatomorfos
9	Trastorno facticio
10	Trastornos disociativos
11	Trastornos sexuales de la identidad de género
12	Trastornos de la conducta alimentaria
13	Trastornos del sueño
14	Trastornos del control de impulsos no clasificados en otra parte
15	Trastornos de ajuste
16	Trastornos de la personalidad
17	Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica

#### **Cuadro N° 5: CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES CIE 10**

#### **Clasificación de los trastornos recogidos en el DSM-5**

Trastornos del neurodesarrollo

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

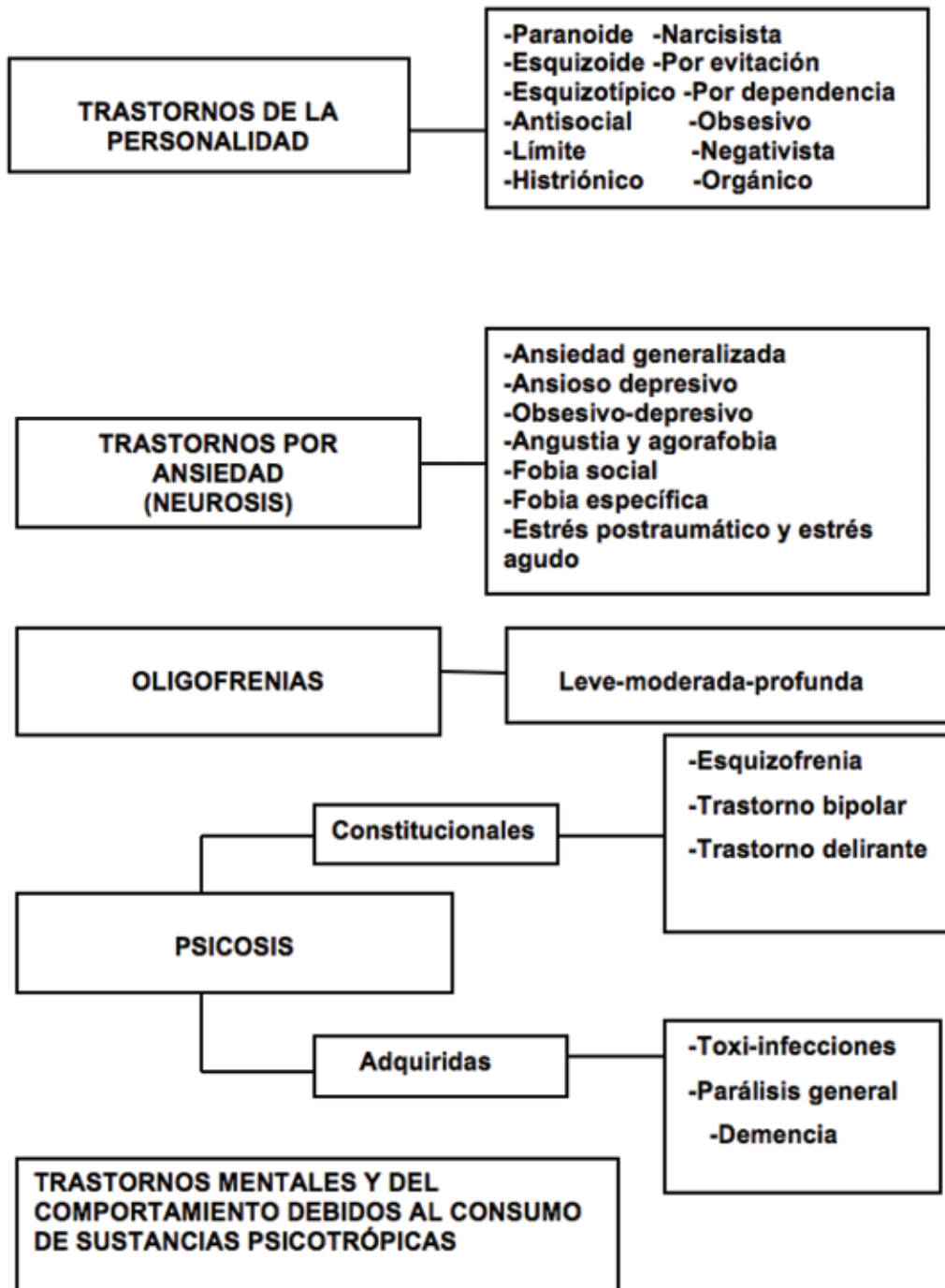
Trastornos bipolares y relacionados

Trastornos depresivos

Trastornos de ansiedad

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados  
Trastornos relacionados con traumas y estresores  
Trastornos disociativos  
Trastornos de síntomas somáticos  
Trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria  
Trastornos de la eliminación  
Trastornos del sueño  
Disfunciones sexuales  
Disforia de género  
Trastornos disruptivos, del control de impulsos y conductuales  
Trastornos adictivos y de consumo de sustancias  
Trastornos neurocognitivos  
Trastornos de la personalidad  
Trastornos parafilicos  
Otros trastornos

## **CLASIFICACIÓN DIDÁCTICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE IMPORTANCIA JURÍDICA**



## • DEMENCIA

El ser humano en el transcurso de su vida va adquiriendo ciertos procesos que involucran la actividad del cerebro, esto transcurre desde el nacimiento hasta la adultez, pero luego en la senectud de los individuos existe una lenta disminución de algunas funciones mentales superiores como la memoria

reciente, la motricidad fina, la velocidad de los procesos mentales, la facilidad de evocación de palabras, pero se mantiene intactas varias de las funciones cognoscitivas y ejecutivas que permiten al anciano un funcionamiento mental y un comportamiento adecuados a su edad y al medio que los rodea.<sup>56</sup>

Al hablar de esta enfermedad nos estamos refiriendo que hay alteraciones que afectan a la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el juicio y el comportamiento. Estando afectadas estas funciones se produce un deterioro en la vida habitual personal (higiene, alimentarse, vestirse, etc.) y social (relaciones con amistades, familiares, laborales).

Las personas con demencia pueden olvidar acabar tareas, los nombres de otras personas significativas y de los acontecimientos pasados. Algunas personas que muestran este trastorno también exhiben problemas con el control de impulsos, pueden, por ejemplo, desvestirse en público o hacer insinuaciones sexuales a extraños. La demencia se caracteriza por un inicio gradual y una declinación cognoscitiva continua.<sup>57</sup>

La demencia (F00–F03) es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, de naturaleza habitualmente crónica o progresiva, en el cual existe un deterioro de múltiples funciones corticales superiores, entre las que se cuentan la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad para el aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se halla obnubilada. Los deterioros en el área cognoscitiva frecuentemente se acompañan, y a menudo son precedidos, por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se da en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras afecciones que afectan primaria o secundariamente al cerebro.<sup>58</sup>

La Clasificación Internacional de Enfermedades en la décima edición (CIE-10) considera los siguientes criterios para el diagnóstico de demencia:

- **Deterioro de la memoria** evidente especialmente para el aprendizaje de nueva información, aunque en los casos más graves puede afectarse la evocación de la información previamente adquirida. La alteración incluye tanto el material verbal como el no verbal.

- El deterioro debe ser objetivable y no ha de basarse en las quejas subjetivas, para lo cual es necesario obtener información de terceras personas o recurrir a una valoración neuropsicológica.
- La gravedad del deterioro se clasifica en leve, moderada y grave.
- **Deficiencia en otras actividades cognoscitivas** caracterizadas por un deterioro en el **juicio y pensamiento**, tales como planificación y organización, y en el procesamiento general de la información.
- Las pruebas de estos trastornos deben obtenerse de un informante o de la valoración neuropsicológica y debe verificarse la relación del deterioro observado con el nivel previo del funcionamiento del paciente.<sup>59</sup>

Hay autores que clasifican a las **demencias** en **corticales** aquellas en las que la primera estructura afectada es la corteza cerebral particularmente los lóbulos frontales y temporales, este es el caso de la enfermedad de Alzheimer, la de Pick, la de Creutzfeldt-Jacob, en estas son características los trastornos del lenguaje, del aprendizaje, la percepción. El otro tipo de demencias son las **subcorticales** aquí las estructuras afectadas principalmente son el tallo cerebral, el tálamo y ganglios basales, en estas personas hay trastornos de la memoria, enlentecimiento psicomotriz, ansiedad, depresión, esto acontece en la demencia por enfermedad de Parkinson, en la enfermedad de Huntington, en la vascular y en la por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

## CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS SEGÚN EL CIE-10

(F00) Demencia en la enfermedad de Alzheimer

(F01) Demencia vascular

(F01.1) Demencia multi-infartica

(F02) Demencia en otras enfermedades clasificadas

(F02.0) Demencia en la enfermedad de Pick

(F02.1) Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

(F02.2) Demencia en la enfermedad de Huntington

(F02.3) Demencia en la enfermedad de Parkinson

(F02.4) Demencia en el VIH

### (F03) Demencia sin especificar

Dentro de las demencias, la más común en un 70%, es la **Enfermedad de Alzheimer** que es producida por una degeneración rápida (más que en los ancianos comunes) de las neuronas cerebrales y por la aparición de unas placas seniles en las que se acumula una llamada proteína beta amiloide, lo que da una atrofia cerebral con ampliación de los surcos cerebrales particularmente de los lóbulos temporal y parietal, a su vez esto causa una moderada dilatación de los ventrículos cerebrales. Según la CIE-10 los criterios para el diagnóstico de esta enfermedad son los siguientes:

- Deterioro de la memoria, sobretodo en la memoria reciente (fijación de nueva información); esta puede ser clasificada en leve, moderada y grave.
- Déficit en otras actividades cognoscitivas: juicio, pensamiento, planificación y organización de la información, que se clasifica en leve, moderada, severa según el compromiso.
- Conciencia del entorno por tiempo suficiente para demostrar la alteración de la memoria y el área cognoscitiva. No debe existir delirium sobrepuesto.
- Deterioro del control emocional, motivación o un cambio en el comportamiento social: labilidad emocional, irritabilidad, apatía, torpe comportamiento social.
- Los síntomas deben estar presentes al menos seis meses.
- No deben existir causas como enfermedad cerebrovascular, infección por VIH, Parkinson, hipotiroidismo, déficit de vitamina B12, hipercalcemia, abuso de alcohol o sustancias.<sup>60</sup>

Dentro del grupo de demencias que no pertenecen al grupo de Alzheimer se encuentra las **demencias fronto-temporales**, en estas patologías hay una atrofia progresiva de los lóbulos frontal o temporal o de los dos conjuntamente, es también conocida como Enfermedad de Pick, por ser este autor quien más la estudió, en cuanto a su aparición puede variar con un comienzo temprano a

partir de la tercera o cuarta década de la vida o en ocasiones a partir de la novena aunque lo más común es a partir de la sexta década.

Existen tres síndromes clínicos de Demencia fronto-temporal, con diferentes características clínicas.

**Variante conductual.** Alrededor de la mitad de los casos llegan a la consulta con cambios de conducta.

**Afasia progresiva primaria.** Se caracteriza por deterioro de la producción del lenguaje (afasia progresiva no fluente).

**Demencia semántica.** Es el deterioro de la comprensión de las palabras y de la memoria semántica (la memoria del significado de las palabras).<sup>61</sup>

El **diagnostico médico-legal de la demencia** se basa en el examen o peritaje psiquiátrico completo, que además debe incluir pruebas neuropsicológicas completas y positivas para esta enfermedad, también estudios complementarios como la tomografía axial computarizada (TAC) en la cual habrá que correlacionar la atrofia cortical con la edad y especialmente con la sintomatología que presente el individuo, el electroencefalograma (EEG) es casi siempre patológicamente lento.

Dado que ciertas demencias pueden ser secundarias a un trastorno tratable, deben efectuarse las investigaciones necesarias, excepto que la etiología sea evidente. Estos estudios deben incluir exámenes sanguíneos como el hemograma completo, punción lumbar para estudiar el líquido cefalorraquídeo, concentraciones sanguíneas de vitamina B12, pruebas de la función tiroidea, radiografías.<sup>62</sup>

En el aspecto Penal los posibles actos delictuales que cometan este tipo de individuos siempre serán inimputables por reunir las características y los requisitos para ello, además no puede participar en declaratorios judiciales, ni como testigos. Hay que mencionar que pueden ser sujetos pasivos de ciertos delitos como los sexuales ( art. 171 COIP, violación sexual ....Cuando la víctima se halle privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por discapacidad no pudiera resistirse).

En lo Civil son considerados incapaces para realizar cualquier acción judicial en este campo, como también, se les puede ser sujetos de Interdicción, en este



punto vale recalcar lo argumentado por Vidal Palmer: “Si la demencia se ha establecido, es erróneo argumentar que el sujeto ejecutó alguna acción durante un período de lucidez”.

## **Lecturas relacionadas**

### **Las alteraciones de conducta, primer signo del Alzheimer**

Ocurre en el 45% de los casos

Por Nora Bär. De la Redacción de LA NACION

Hace diez años, a poco de cumplir los sesenta, el señor De la Fuente comenzó a tener comportamientos extraños. “Había tenido que soportar el retiro voluntario del ferrocarril y la muerte de mi mamá en poco tiempo, y fue como que de repente hizo crack -recuerda su hijo Walter, que es contador-. Entonces, empezó a decir que estaba enamorado de la sobrina de mi esposa, que tenía quince años. No podíamos creer que nuestro padre dijera esas cosas. Además, inventaba fábulas y era bastante escondedor. Nos dimos cuenta de que podía ser un peligro para sí mismo y para terceros. Pasamos momentos muy dramáticos...”

Walter y sus hermanos peregrinaron en busca de ayuda por consultorios psiquiátricos y neurológicos, hasta que descubrieron la verdad: su padre estaba transitando por las primeras etapas del mal de Alzheimer.

A pesar de que generalmente se lo vincula con la pérdida de memoria, un estudio realizado por investigadores del Cemic (y cuya publicación fue aceptada por TheJournal of clinicalPsychiatry , una de las revistas más prestigiosas de la especialidad) muestra que en el 45% de los casos la primera señal que da esta demencia son, precisamente, los cambios de conducta. Se calcula que el 10% de los mayores de 60 años están en riesgo de desarrollar Alzheimer.

“La Clínica Mayo propuso al mundo hace muchos años el concepto de deterioro cognitivo leve (o mildcognitiveimpairment , MCI)-explica el doctor Fernando Taragano, primer autor del trabajo, profesor de psiquiatría e investigador principal del Cemic-. Todas las personas que tienen Alzheimer pasan primero por el deterioro cognitivo leve, pero no todos los que tienen deterioro cognitivo leve van a ir al Alzheimer. Pero resulta que nosotros hemos

descubierto que hay un subgrupo de personas que, teniendo su cognición más o menos bien, empiezan a mostrar algunos cambios de conducta. Lo hemos denominado y ha sido aceptado internacionalmente deterioro conductual leve o mildbehaviouralimpairment (MBI). Seguimos a 358 pacientes durante cinco años y vimos que el 70% de los que habían manifestado este cuadro terminaron en una enfermedad demencial.”

El síndrome de trastorno conductual leve puede definirse como la presencia de un cambio notorio en el comportamiento de una persona de por lo menos 60 años, y que persiste durante por lo menos seis meses, como apatía, agitación, ansiedad, desinhibición, euforia, abandono de la higiene personal, trastornos del sueño, indiferencia, impulsividad, irritabilidad, cambios en la dieta.

“Por ejemplo, una vez me vino a ver la esposa de un ex embajador argentino, hombre muy culto y refinado, porque de repente su marido había comenzado a decir malas palabras -cuenta Taragano-. Un ex miembro de la Corte Suprema de una de las provincias, que seguía ejerciendo su cargo, no tenía problemas de memoria, pero empezó a tomar decisiones extravagantes. Hicimos el examen clínico general, exámenes neurológicos, psiquiátricos, cognitivos y metabólicos del cerebro. En ese estadio, lo que se observó fueron cambios metabólicos: las neuronas estaban sufriendo. Y lo que es más interesante aún: las tomografías o las resonancias daban razonablemente normales.”

A diferencia de lo que se da con el trastorno cognitivo leve, que es motivo de consulta del propio paciente, en el trastorno conductual leve los que consultan son los familiares o allegados.

“Hemos descubierto que, si comparamos la evolución de los que se quejan de la memoria con la de aquellos cuya familia se queja de que han cambiado su modo de ser, el trastorno conductual es tan peligroso como el cognitivo, pero conduce mucho más rápidamente a la demencia”, afirma Taragano.

Pero la buena noticia es que la detección de estos cambios en el comportamiento permiten hacer diagnóstico e intervenciones precoces.

“¿Por qué adquiere tanta importancia este MBI? Porque estamos viendo que los cambios de conducta responden mejor a la farmacopea disponible que los cambios cognitivos -asegura el especialista-. Hay mucho mejor arsenal terapéutico para ayudar a estas personas que a las que padecen el Alzheimer tradicional. Las técnicas de psicoterapia, conductistas y los fármacos de que disponemos funcionan muchísimo mejor en las conductas que en la cognición. A tal punto, que a veces, cuando tratamos a estos pacientes, se mantienen estables tres, cuatro o cinco años.”

Aunque la sospecha existía desde hace mucho, el mérito de este trabajo del Cemic, también firmado por los doctores Ricardo Allegri y Hugo Krupitzki, es haber logrado ordenar el síndrome y probar que el trastorno de conducta, incluso cuando no existen problemas cognitivos, es un indicio precoz de mal de Alzheimer.

Concluye Taragano: “Cuando Pick y Alzheimer describieron las demencias [que llevan sus nombres], hace unos cien años, lo hicieron en personas jóvenes, pero hoy, que mucha gente vive hasta los 80, estos cuadros empiezan a ser muy comunes. Hasta hace algunos años, el principal síntoma de Alzheimer era la pérdida de memoria. Hoy en día, en el 45% de los casos, lo que primero nos advierte que algo malo está ocurriendo son los trastornos de conducta. Estamos viendo que casi la mitad de todas estas enfermedades empiezan con estos cuadros. Está cambiando el paradigma”.<sup>63</sup>

## • **DEMENCIA, UN TÉRMINO A OLVIDAR DEL LÉXICO MÉDICO**

El Mundo

ISABEL PERANCHO

Términos como loco, idiota, lunático o mongolo ya no se utilizan en psiquiatría. Esta disciplina ha ido desembarazándose de las palabras política y médicamente incorrectas utilizando vocablos específicos para designar los distintos trastornos mentales sin mancillar ni degradar a sus afectados. Así, actualmente nadie osaría utilizar la expresión mongolismo para referirse al síndrome de Down. Pero el término demencia sigue empleándose con profusión en muchas consultas para referirse a un amplio grupo de síntomas comunes a varios trastornos neurológicos. Y, desgraciadamente, para el ciudadano de a pie este diagnóstico puede tener un alto potencial destructivo.

Esto es lo que opinan los autores de un peculiar artículo, publicado esta semana en **Archives of Neurology**, en el que el cuidador de una paciente afectada y un neurólogo repasan el impacto social y personal de lo que consideran “uno de los peores epítetos”: que a uno le tilden de demente.

“El uso vulgar de este término [...] puede fácilmente robar a los pacientes su humanidad a los ojos de otros y de los suyos mismos. Puede estigmatizar y aislar, hacer a los demás reacios, si no abiertamente temerosos, a tener trato con esas personas. [...] Es una palabra sin esperanza y ésta es una herramienta crucial cuando hay que enfrentarse con una enfermedad devastadora”, justifican.

### **Sustitutos**

Tal es el efecto nocivo que atribuyen al vocablo que proponen abiertamente erradicarlo del léxico diagnóstico, al igual que ha ocurrido con la palabra loco para referirse a los trastornos psiquiátricos o el término mongolo, cuya desaparición fue fruto de la intensa labor educativa y de lobby de varios grupos de apoyo. “Es hora de demostrar la misma sensibilidad hacia las alteraciones cognitivas y de memoria”, defienden.

Así, invitan a reemplazarlo por enfermedad. Por ejemplo, la demencia frontotemporal pasaría a ser enfermedad frontotemporal y la demencia con cuerpos de Lewy, enfermedad con cuerpos de Lewy. No son los únicos que apoyan esta tesis. José Manuel Martínez- Lage, profesor honorario de Neurología de la Universidad de Navarra, coincide en que “el término demencia debería ser sustituido por uno menos marginante”. Él ha propuesto, aunque reconoce que “sin éxito”, hablar de “dismencia”.

En Japón, país donde la corrección léxica es una exigencia, ya se ha cambiado oficialmente la palabra chichou (demencia), considerada peyorativa, por ninchishou, que significa déficit de funciones cognitivas. Hay quien va más lejos. El neurólogo estadounidense Peter Whitehouse postula desterrar la etiqueta de enfermedad de Alzheimer y sustituirla por envejecimiento cerebral patológico.

José Luis Molinuevo, coordinador de la Unidad de Alzheimer del Hospital Clínic de Barcelona, opina que las palabras tienen el significado que uno les quiere atribuir: “Si hay una explicación certera de lo que es la demencia se van muchos de los prejuicios”. Cree que a la gente “le paraliza más el término Alzheimer que demencia”.

La cuestión de la corrección lingüística cobra cada vez más importancia en el ámbito de la salud. La Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (Ceafa) trabaja desde hace meses en este punto. Como explica su director ejecutivo, Jesús Rodrigo, “hemos eliminado conceptos peyorativos en nuestras comunicaciones. Ya no hablamos de enfermo de Alzheimer, sino de persona que sufre la enfermedad. Hay que dignificar al afectado y a su familia”. Rodrigo no es partidario de ser “quisquilloso” con el lenguaje, pero sí correcto. “No me parece mal que se suprima el término demencia”, dice. ¿Tendrán que cambiar el nombre de la confederación? “De hecho, ya lo estamos debatiendo para eliminar la palabra enfermo”. Tal vez borren las demencias.

### **Los antiinflamatorios, otra promesa antialzheimer que cae**

Confirmado. Toma analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el celecoxib y el naproxeno, no protege frente al deterioro cognitivo característico de los inicios de la enfermedad de Alzheimer. Aunque en estudios de observación se había visto una menor incidencia de la dolencia en las personas que usaban este tipo de medicación, una investigación que ha comparado durante tres años la evolución de un grupo de más de 2.000 mayores de 70 años con antecedentes familiares de la enfermedad pero sin síntomas neurológicos ha demostrado que no había diferencias entre aquellos que tomaban AINEs y los que no lo hacían.

El trabajo, financiado por el Instituto Nacional del Envejecimiento de Estados Unidos y publicado en la edición on line del Archives of Neurology, cuestiona la teoría inflamatoria como causa probable de ciertos trastornos neurodegenerativos y ratifica los resultados preliminares que evidenciaron que estos fármacos no prevenían el desarrollo del Alzheimer. Ahora, además, se ha visto que tampoco detienen el deterioro de las funciones cognitivas e, incluso, uno de ellos (naproxeno) podría tener el efecto contrario. Celecoxib se asoció, además, a un mayor riesgo cardiovascular, motivo por el que se paró el estudio.<sup>64</sup>

## • **ESQUIZOFRENIA**

Definida como un trastorno mental que comprenden alteraciones de la percepción, en la que hay alucinaciones, en el pensamiento en el que existe delirios y desorganización; disminución del placer; la motivación y la conciencia.

Considerada como la clásica psicosis, el psicótico realiza juicios incorrectos sobre la realidad y con base a estas alteraciones cree que estos juicios son verdaderos.

Cuando la persona puede comprender que los juicios no son reales sino producto de la fantasía o percepción errónea, no existe ya la psicosis, esta capacidad de introspección ha sido denominada por algunos autores con la palabra inglesa insight.

Unas veces, la esquizofrenia se desarrolla lentamente como un proceso gradual en el que el aislamiento y la conducta inadecuada va en aumento. Otras, el comienzo es repentino, marcado por una intensa confusión mental. Los casos agudos suelen desencadenarse tras un período de estrés en individuos cuyas vidas han estado inclinadas hacia el aislamiento, preocupación por sí mismo y los sentimientos de inseguridad.<sup>65</sup>

Los criterios de la CIE-10 para el diagnóstico de la esquizofrenia son los siguientes:

G1

Por lo menos uno de los síntomas del apartado 1, o por lo menos dos signos o síntomas del apartado 2 deben estar presentes durante un período de un mes:

1. Ideas delirantes de pasividad, influencia y control  
Alucinaciones  
Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento  
Ideas delirantes imposibles que no son propias de la cultura
2. Alucinaciones acompañadas de ideas delirantes  
Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento  
Conducta catatónica  
Síntomas negativos: apatía, embotamiento, pobreza del pensamiento

## G2

### Criterios de exclusión

Exclusión de un trastorno de ánimo o esquizoafectivo

Los criterios para un episodio trastorno del estado de ánimo no deben estar presentes durante un sustancial período del trastorno

Exclusión de abuso de drogas o enfermedad médica general

El trastorno no es inducido por abuso de sustancias o enfermedad médica general.<sup>66</sup>

Al hablar de la sintomatología autores como Timothy Crow (1980) la han dividido en positivos y negativos, los primeros son producidos por un aumento o distorsión de algunas funciones mentales y los otros reflejan un déficit o disminución de las funciones referidas. Crow observó que los síntomas positivos tienden a ser transitorios, en tanto que la sintomatología negativa es persistente. Toda esta sintomatología pueden ser valorados por unas escalas, una de ellas es la PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).<sup>67</sup>

La PANSS es una escala de aceptación universal en los trabajos de investigación.

La intensidad de los síntomas se califica de 1 a 7 del siguiente modo: 1, ausentes; 2, mínimos; 3, leves; 4, moderados; 5, moderados graves; 6, graves extremos; y 7, extremos.<sup>68</sup>

En los **signos positivos** son características las **alucinaciones** y predominan las auditivas, el paciente oye voces palabras o frases que se dirigen a él en tercera persona (tú, vos, usted), estas solo se presentan en el día desapareciendo con el sueño, este tipo de alucinaciones las escucha sea con un tono imperativo, critico, acusatorio, burlante o insultante, dando como resultado un estado conductual de acatar a las mismas u oponerse. Puede presentarse también el llamado **pensamiento sonoro** al referirse que sus pensamientos son escuchados exteriormente y a veces son repetitivos fenómeno que también se denomina **eco del pensamiento**. Otros signos positivos son los **trastornos ideativos** y de estos la **percepción delirante** en que el enfermo cree poseer una aptitud de clarividencia de lo que va a suceder ante situaciones reales manifestando su deseo a darlo a conocer, pero previamente se siente angustiado a lo que se denomina **humor delirante**.

Uno de los síntomas de la psicopatología clásica de la esquizofrenia son las **ideas delirantes** y las más frecuentes son las de **influencia** en el que siente firmemente que su conducta está dirigida por fuerzas mágicas u ocultas, muchas veces con aparatos o por espíritus malignos, estos pueden tener un matiz religioso o demoníaco. También pueden existir ideas delirantes de tipo **persecutorio** en el que cree ser observado o vigilado por uno o varios individuos que tratan desde calumniarlo hasta causarle la muerte. En ocasiones hay las ideas de autoreferencia en las que cree que acontecimientos externos son acerca de él, ejemplo conversaciones, diálogos, en un grado mayor de esto existe la **idea delirante de alusión** en la que dice que todo gira alrededor de él, las noticias de los periódicos, de la televisión.

Dentro de las ideas **delirantes de pasividad** son aquellas en que el sujeto aduce que sus pensamientos vivencias y emociones son inducidas o controladas por otras personas, que generalmente, aduce que son sobrenaturales. También existe el robo del pensamiento porque refiere que los mismos son quitados por otras personas.

Características importantes de la esquizofrenia y de los signos positivos son los **trastornos de asociación o ideoverbales**, uno de estos es la **disgregación** del



pensamiento en el que no existe asociación correcta de las ideas para formar una estructura adecuada de la expresión verbal del pensamiento, en otras palabras hay una incoherencia entre las frases que pronuncia el enfermo, incluso se da la creación de nuevas palabras lo que se conoce con el término de **neologismo**.

La **sintomatología negativa** se expresa ya en forma precoz en la adolescencia y se va incrementado después de cada episodio agudo y es la responsable del deterioro mental del paciente. Existe lo que se llama **alogia** que es la pérdida para producir pensamientos, por lo que sus expresiones verbales son pobres, breves e inespecíficos, también en sus respuestas hay interrupciones súbitas por un **bloqueo del pensamiento**. En la esquizofrenia hay un déficit de la actividad motriz, traducida por la falta de actividad de estas personas en realizar diversos trabajos o acciones diarias, es lo que se denomina **abulia** y grado más acentuado es la anergia en la cual no realizan ninguna actividad cotidiana.

A los individuos que padecen esta enfermedad se les conoce también por su indiferencia afectiva, no manifiestan exteriormente sus sentimientos y emociones lo que ha sido denominado **aplanamiento afectivo**,

Aunque este último concepto pudiera implicar una desaparición de sentimientos y emociones, en realidad no sucede. En efecto, los sentimientos finos son conservados, expresándose solo en determinadas situaciones normales o dando respuestas paradójicas que se consideran incongruentes. Un paciente puede así manifestar irritabilidad ante un cambio de peinado de una enfermera o emociones de agrado ante circunstancias penosas. Son típicas las risas sin motivos externos obvios o la insensibilidad aparente ante lo que lo demás pueden considerar gracioso.<sup>69</sup>

La sociabilidad también se altera, no establecen amistades ni contactos íntimos con otras personas.

El deterioro cognoscitivo es marcado y se inicia desde la pubertad particularmente de funciones como la memoria y la atención.

Existen varias clasificaciones de la esquizofrenia pero la más aceptada es aquella que la divide en: paranoide, catatónica, hebefrénica, simple e indiferenciada. Debemos mencionar que en estas se dan de acuerdo a los síntomas predominantes

En la forma **paranoide** están presentes las ideas delirantes y las alucinaciones, en la **catatónica** la conducta motora va desde la inmovilidad total incluso a veces adoptando posturas catalépticas (posiciones corporales fijas) hasta una gran agitación motora a veces con conductas violentas o destructivas, la **heberfrénica** hay síntomas afectivos e ideativos, hay euforia y risa sin sentido, conducta infantil y poco organizada, con frecuencia hay desinhibición sexual y apetito exagerado, y la tipo **simple** en la no existen síntomas perceptivos e ideativos manifiestos pero estos evolucionan hacia un estado de **anhedonia** y aislamiento social.

Nancy Andreasen realizó un cuadro didáctico de la sintomatología positiva y negativa la cual ponemos a consideración de los lectores.<sup>70</sup>

SÍNTOMAS POSITIVOS	SÍNTOMAS NEGATIVOS
<b>ALUCINACIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alucinaciones auditivas</li> <li>• Voces que comentan</li> <li>• Voces que conversan</li> <li>• Alucinaciones cenestésicas</li> <li>• Alucinaciones olfatorias</li> <li>• Alucinaciones visuales</li> </ul>	<b>POBREZA AFECTIVA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión facial inmutable</li> <li>• Disminución de movimientos espontáneos</li> <li>• Escasez de ademanes expresivos</li> <li>• Escasez de contacto visual</li> <li>• Ausencia de respuesta afectiva</li> <li>• Ausencia de inflexiones vocales</li> <li>• Quejas subjetivas de pobreza afectiva</li> </ul>
<b>IDEAS DELIRANTES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirio de persecución</li> <li>• Delirio de celos</li> <li>• Delirio de culpa</li> <li>• Delirio de grandeza</li> <li>• Delirio religioso</li> <li>• Delirio somático</li> <li>• Delirio de referencia</li> <li>• Delirio de control</li> <li>• Irradiación</li> <li>• Difusión del pensamiento</li> <li>• Inserción del pensamiento</li> <li>• Robo del pensamiento</li> </ul>	<b>ALOGIA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza del lenguaje</li> <li>• Pobreza del contenido del lenguaje</li> <li>• Bloqueo</li> <li>• Latencia de respuesta incrementada</li> <li>• Valoración subjetiva de alogia</li> </ul>
<b>COMPORTAMIENTO EXTRAVAGANTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestido y apariencia</li> <li>• Comportamiento sexual y social</li> <li>• Comportamiento agresivo</li> <li>• Conducta repetitiva</li> </ul>	<b>ABULIA-APATÍA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de aseo e higiene</li> <li>• Falta de persistencia en el trabajo o la escuela</li> <li>• Anergia física</li> <li>• Quejas subjetivas de abulia-apatía</li> </ul>

<p>Conducta repetitiva</p> <p><b>TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descarrilamiento</li> <li>• Tangencialidad</li> <li>• Incoherencia</li> <li>• Ilogicidad</li> <li>• Circunstancialidad</li> <li>• Presión del habla</li> <li>• Distraibilidad</li> <li>• Asociaciones fonéticas</li> </ul>	<p><b>ANHEDONIA-ASOCIABILIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del interés en las actividades</li> <li>• Disminución del interés en la actividad sexual</li> <li>• Incapacidad de sentir intimidad</li> <li>• Desinterés en las relaciones con amigos y semejantes</li> <li>• Conciencia subjetiva de anhedonia-asociabilidad</li> <li>• Déficit de atención</li> <li>• Distracción social</li> <li>• Falta de atención durante el test de estado mental</li> <li>• Queja subjetiva de falta de atención</li> </ul>
--	---

La escala *Clinical Global Impression*(CGI) o escala de impresión clínica global clasifica a los sujetos en las siguientes categorías: 1, normal; 2, *borderline*; 3, levemente enfermo; 4, moderadamente enfermo; 5, marcadamente enfermo; 6, gravemente enfermo; 7, extremadamente enfermo. De este modo, se otorga un puntaje en función de cuán enfermo esté el paciente en el momento de la evaluación.<sup>71</sup>

En cuanto a las proyecciones médico-legales de la esquizofrenia se basa en el examen o peritaje psiquiátrico completo el diagnostico no ofrece dificultades cuando ya se ha instalado fuertemente la enfermedad, puede ser una persona peligrosa en ciertos casos como describimos anteriormente.

Aunque las amenazas de violencia e incluso las explosiones agresivas menores sean comunes en estados esquizofrénicos agudos, es infrecuente la conducta peligrosa que se produce cuando el paciente recibe órdenes o ataca a sus perseguidores. Ocasionalmente, puede producirse violencia grotesca, con automutilación (a menudo de órganos sexuales) o ataques asesinos. El matricidio, la forma más rara de asesinato, así como el filicidio son la mayoría de veces perpetrados por esquizofrénicos.<sup>72</sup> A veces pueden buscar la resolución a sus dificultades en un acto de agresión contra alguien a quien perciben como la fuente de su estado (autoridad, novia, cónyuge, hijo). En su pensamiento atormentado, estos pacientes parecen buscar reconocimiento, amor y honor por su acto heroico, pero al mismo tiempo parecen esperar y dar bienvenida a la muerte como castigo y escapatoria.<sup>73</sup>

Hay que considerar que la esquizofrenia puede presentarse en forma continua o episódica (brotes) en la una u otra forma se la considera inimputable, pueda que como mencionamos anteriormente existir ciertos casos en los cuales haya una tendencia agresiva e impulsiva, lo que requiere internamiento en centros psiquiátricos respectivos.

En lo Civil sus actos realizados carecen de validez y son causa de incapacidad.

### • **TRASTORNOS DELIRANTES (PARANOIDES)**

Los trastornos delirantes son los que anteriormente se los denominaba psicosis paranoides, la palabra paranoide proviene etimológicamente del griego que significa fuera de razón, revisaremos algunas definiciones anteriores como también las actuales.

Kraepelin la definió: “La paranoia es una psicosis progresiva, crónica, caracterizada por el desarrollo de un **sistema delirante estable, sin deterioro mental, sin alteración de la conciencia, ni de la coherencia del lenguaje**”.<sup>74</sup>

Para Augusto González “Los trastornos delirantes, se caracterizan por cuadro clínicos que en términos generales incluyen un **sistema delirante en apariencia lógica, sin alucinaciones, con pocas alteraciones de la conducta y la actitud personal. El deterioro, tanto afectivo como cognoscitivo, esta ausente y la función intelectual es normal**”.<sup>75</sup>

Los profesores argentinos Alberto Monchablon Espinoza., y María Norma Derito.(2011) en su libro, Las psicosis, las definen como: “Las paranoias son **psicosis delirantes, generalmente crónicas, de gravedad variable, organizadas en una estructura de personalidad determinada y previa. Son delirios creíbles, verosímiles, lógicos**.”<sup>76</sup>

Los criterios diagnósticos del trastorno delirante de la CIE-10 son los siguientes:

- Presencia de una **idea delirante o de una serie de ideas delirantes** relacionadas entre sí, diferentes a las enumeradas como típicas en la esquizofrenia, ejemplo: persecución, grandiosidad, hipocondríacas, celos o eróticas.

- Las ideas delirantes descritas anteriormente deben estar presentes durante **al menos tres meses**.
- No se deben cumplir los criterios generales de esquizofrenia
- No debe haber alucinaciones persistentes de ningún tipo (pueden existir alucinaciones auditivas ocasionales)
- Pueden existir síntomas depresivos de forma intermitente, pero que las ideas persistan durante períodos en los cuales no hay alteraciones del ánimo.
- No debe haber trastorno mental orgánico primario o secundario, ni trastorno psicótico debido al uso de sustancias psicoactivas.<sup>1677</sup>

Como vemos en esta afección psiquiátrica la principal característica es la presencia de los delirios y a diferencia de las esquizofrenias, aquí no existen las alucinaciones o son ocasionales y no permanentes. Estos delirios son sistematizados mantienen un orden lógico tienden a mostrar su delirio con un sinnúmero de detalles expresados con mucha vehemencia, seguridad y autosuficiencia, con un razonamiento lógico lo que los vuelve creíbles.

Los delirios que predominan son el **persecutorio** en el que cree que está siendo afectado por otras personas, si la respuesta a sus actividades es negativa o hay alguna crítica piensa que es con el expreso deseo de causarle daño y estas personas son sus enemigos. El de **megalomanía** en se cree un ser superior a los demás, en ocasiones se creen que son los líderes llamados a solucionar situaciones políticas, sociales, económicas, religiosas, científicas, filosóficas, etc... El de **erotomanía** que cree ser amado por personas importantes, pensando que a veces solo una mirada, una sonrisa, una conversación, son signos inequívocos del enamoramiento hacia él de esta persona famosa. El **celotípico** que cree que es engañado o traicionado por su esposa o compañera sentimental por situaciones que ocurren cuotidianamente como es el vestirse de determinada manera, el que use perfume, que conteste el teléfono, en la mayoría de casos esto les vuelve agresores y torturadores a su pareja lo que se descubre tras la respectiva denuncia judicial. El **hipocondríaco** que cree que padece una enfermedad que no lo pueden curar los médicos o que le ocultan

con fines protervos, no es raro que inicien un juicio por mala práctica profesional.

Existe el delirio **reivindicatorio** que es el afán de buscar reparación moral ante un daño o una ofensa recibidos. Hay que reivindicar a toda costa. Si bien este sentimiento lo podemos padecer todos, ya que es justo querer reivindicación ante un daño, esta situación con el transcurso del tiempo cede, se enfría. Y así, cuando uno quería litigar, ahora afloja, no tiene ganas o no le interesa más. En cambio, en la paranoia reivindicatoria este afecto permanece incólume y moviliza todo tipo de acciones durante mucho tiempo, ya que se retroalimenta continuamente.<sup>78</sup>

En el **análisis médico-legal** la mayoría de estos pacientes están involucrados con la justicia, ya sea por amenazas, lesiones, agresiones, maltrato, abuso, homicidio, etc. Por lo general, los crímenes del círculo esquizofrénico son “más benignos” que los de los paranoicos. En los primeros están más involucrados los familiares, en los segundos, el resto del mundo. Sin duda, el crimen cometido por un asesino serial es desde todo punto de vista más grave y patológico. Pero el problema radica que al momento de analizarlos hechos, quien examina a un esquizofrénico rápidamente entenderá que éste no comprendió la realidad. Al entrevistar al paranoico, también se puede tener esta misma convicción, pero es de lejos mucho más difícil de demostrar.<sup>79</sup>

El Dr. Gerardo Rodríguez Salgado dice: “El paranoico es uno de los enfermos mentales más peligrosos, puesto que frecuentemente anda suelto por la calle y disimula su insania con el ropaje de sus procesos psíquicos aparentemente normales. Suele cometer toda suerte de violencias, víctima fácilmente a “su perseguidor”, al “magistrado vendido”, al médico que le administra inyecciones para volverle loco, al abogado que maliciosamente le hace perder el pleito de sus justos reclamos.

En el estado de psicosis crónica es **inimputable**, autores como Vidal Palmer consideran que la ser un delirio crónico puede haber exacerbaciones de este cuadro (delirios), que no tienen remisiones o los llamados **intervalos lúcidos**.

## • **TRASTORNOS BIPOLARES**

Este trastorno psiquiátrico fue conocido y descrito desde la antigüedad, así el médico griego Areteo de Capadocia (año 150 D.C.) menciona a un paciente con síntomas de manía y melancolía, luego a partir de 1838 ya se usan los términos como melancolía, 1850 se precisa el concepto de locura de doble forma y locura circular. Posteriormente 1856 se habla de locura de doble fase, en 1882 de locura intermitente, en 1883 de locura periódica de formas alternas, y finalmente en 1894 de locura periódica. Es Kraepelin (1913) quien la califica como locura maniaco depresiva término que se utilizó durante mucho tiempo, el neuropsiquiatra alemán Karl Kleist (1879-1960) en 1953 que divide los subtipos: bipolares (manía y depresión) y unipolares (solo depresión o manía). Este concepto de polaridad, tan mentado actualmente es remarcado desde los estudios de esta enfermedad por el psiquiatra alemán Karl Leonhard en 1957.

Recién en 1971 Dunner distingue la manía de la hipomanía (menor intensidad que la manía), acercándose al concepto de bipolar II (de la clasificación DSM IV); y Mendels en 1978 comienza a esbozar la idea más abarcativa del concepto distinguiendo las depresiones bipolar like o bipolares similares. Ese mismo año, Pope y Lipinsky lo consideran psicosis no esquizofrénicas, con criterios diagnósticos algo confusos, hoy en discusión.<sup>80</sup>

## **CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES SEGÚN LA CIE-10**

### **F31 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR**

F310	Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaníaco presente
F311	Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos
F312	Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos
F313	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado
F314	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
F315	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos
F316	Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente
F317	Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión
F318	Otros trastornos afectivos bipolares
F319	Trastorno afectivo bipolar, no especificado

Básicamente las personas afectadas por trastornos bipolares presentan tres tipos de crisis anímicas:

1. **Episodios maníacos** (un sentimiento de bienestar, estimulación y grandiosidad exagerado; el paciente se siente muy activo y con mucha energía) y/o hipomaníacos (estado de ánimo elevado, expansivo o irritable -sin la intensidad que tendría en una fase maníaca- pero diferente al estado de ánimo habitual del paciente).
2. **Episodios depresivos.**
3. **Episodios mixtos.** Estas crisis se pueden dar en sucesión y separadas por años, meses, semanas, días u horas.

La evolución de los trastornos bipolares es muy diferente en cada persona y depende, en buena medida, del tratamiento recibido. En el trastorno bipolar, los períodos de depresión normalmente duran más que los episodios maníacos. La depresión puede durar un año o más, mientras que los episodios de manía rara vez duran más de unos pocos meses.<sup>81</sup>



	Fase maniaca	Fase depresiva
<b>CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES</b>	Jubiloso ,eufórico muy sociable, impaciente	Abatido, sin esperanza, aislado social, irritable
<b>CARACTERÍSTICAS MOTRICES</b>	Hiperactivo, no se cansa, duerme menos, más impulso sexual, fluctuación apetito	Hipoactivo, cansado difícil dormir, menor impulso sexual, menos apetito
<b>CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS</b>	Pensamientos acelerados, arranque de ideas, deseo de acción. comportamiento impulsivo, imagen positiva de sí mismo, delirios de grandeza.	Lentitud en los procesos del pensamiento, preocupación excesiva ,incapacidad toma decisiones ,imagen negativa de si mismo, culpabilidad, delirios de culpa y enfermedad.

En la clasificación DSM-IV se menciona el **Trastorno Bipolar I** aquellos pacientes que tienen por lo menos un episodio maníaco o mixto y que generalmente tiene episodios depresivos y el **Trastorno Bipolar II** cuando existe uno o más episodios depresivos mayores acompañado de por lo menos un episodio hipomaniaco. En la terminología psiquiátrica también hay el concepto de **Trastorno ciclotímico** en aquellas personas que alternan de manera crónica estados hipomaniacos y otros depresivos.

En el **análisis médico-legal** podemos indicar lo que mencionar el criterio de los autores como Rodríguez y Monchablon:

Dado que en la fase maníaca el paciente carece de inhibiciones éticas, éste puede cometer delitos y arruinar su patrimonio moral, académico y económico. Asimismo, en la depresión puede suicidarse, por lo que esta enfermedad tiene un fuerte costado médico-legal.<sup>82</sup>

Al inicio de la fase maníaca son de ordinario inofensivos “payasos de la Psiquiatría”, si la euforia y la excitación psicomotriz van en aumento, los delitos sexuales y de sangre no son raros. En la fase melancólica el suicidio y el “libericidio” (eliminación del enfermo y toda su familia) es frecuente. (G. Rodríguez)

En los casos que haya una profunda y marcada acción maniaca o depresiva y se ha instalado una psicosis debe considerarse la **inimputabilidad** de sus actos.

En lo civil son ineptos y sus acciones judiciales pueden ser impugnadas.

## **LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Al plantear los trastornos de la personalidad nos encontramos con la dificultad de diferenciar la tenue línea entre lo normal y lo anormal, porque si bien este último cuando es muy manifiesto, y si se sale de lo común, no hay ningún problema en el diagnóstico. Pero especialmente en enfermedades psiquiátricas se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que también pueden tener una sintomatología común.

Según la CIE-10 se refiere que existen estas entidades cuando: el modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivir y comportarse, **se desvía de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura**. En otras palabras son individuos cuyos comportamientos se salen de las conductas frecuentes y por eso muchas veces llaman la atención, además esto les causa dificultades en la relación con los demás.

### **CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (CIE-10)**

F60	Trastornos específicos de la personalidad	F600	Trastorno paranoide de la personalidad
		F601	Trastorno esquizoide de la personalidad
		F602	Trastorno asocial de la personalidad
		F603	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
		F604	Trastorno histriónico de la personalidad
		F605	Trastorno anancástico de la personalidad
		F606	Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)
		F607	Trastorno de la personalidad dependiente
		F608	Otros trastornos específicos de la personalidad
		F609	Trastorno de la personalidad, no especificado

El DSM-IV-TR clasifica en cuatro grupos que son los siguientes:

**Grupo A: sujetos raros extraños**

1. Trastorno paranoide de la personalidad
2. Trastorno esquizoide de la personalidad
3. Trastorno esquizotípico de la personalidad

**Grupo B: sujetos inestables emocionales**

1. Trastorno antisocial de la personalidad
2. Trastorno límite de la personalidad
3. Trastorno histriónico de la personalidad
4. Trastorno narcisista de la personalidad

**Grupo C: sujetos ansiosos, temerosos**

1. Trastorno de la personalidad por evitación
2. Trastorno de la personalidad por dependencia

### 3. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

#### Grupo D: Trastornos de la personalidad inespecíficos

##### • **TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD**

En la descripción general de la conducta de estos individuos diremos que son extremadamente desconfiados, hipersensibles, rígidos, argumentadores, hay hipervigilancia y la preocupación de ser explotado o traicionados por otros, lo que les lleva a siempre tener una actitud a la defensiva, que en ocasiones se puede traducir en agresiones, culpan siempre a los demás, mantienen relaciones afectivas superficiales, aunque muchas veces son trabajadores esforzados y eficientes, su relación laboral se ve deteriorada por lo mencionado inicialmente, también pueden tener sentimientos de autograndeza y no olvidan ni perdonan.

Debido a su rapidez para contraatacar en respuesta a las amenazas que perciben a su alrededor, pueden ser litigantes y frecuentemente se ven envueltos en pleitos legales.<sup>83</sup>

##### **Criterios diagnósticos del CIE-10**

- a. Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires
- b. Incapacidad para perdonar agravios o perjuicios, y predisposición al rencor persistente
- c. Susplicia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias, interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas
- d. Sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad
- e. Predisposición a los celos patológicos
- f. Predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifiesto por una actitud autorreferencial constante
- g. Preocupación por “conspiraciones” sin fundamento relativas a acontecimientos del entorno inmediato o mundo en general

##### **Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR**

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas.

Aparecen en diversos contextos, como indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar del sujeto, le van a hacer daño o le van a engañar
2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o de la fidelidad de amigos o socios
3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que comparta vaya a ser utilizada en su contra
4. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
5. Alberga rencor durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, las injurias o los desprecios
6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o contraatacar
7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o pareja le es infiel

C. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico, y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Existe una subclasificación del trastorno de la personalidad paranoide, así, el **fanático** que le gusta ser admirado pero que contrasta con la realidad porque solo se apoyan en pruebas débiles y al no alcanzar el reconocimiento se encierran en sí mismos; el **maligno**, son agresivos desconfiados y resentidos hacia lo demás, esperan siempre agresión externa y desean vengarse de situaciones anteriores; el **obstinado**, suelen ser controladores, carentes de sentido del humor, perfeccionistas, exigentes consigo mismo; el **querulante**, hostiles, negativos, críticos, coléricos, quejosos, insatisfechos y envidiosos, su sensación de injusticia hacia ellos les hace que siempre estén litigando

judicialmente; **los insulares**, se aíslan por la hipersensibilidad a la crítica, potencian su autoestima mediante fantasías.<sup>84</sup>

Hay que indicar que este trastorno, se diferencia de las psicosis como la esquizofrenia y del trastorno delirante, ya que en este no existen alucinaciones o ideas delirantes, sin embargo estas personalidades pueden desarrollar esquizofrenia paranoide o un trastorno delirante cuyos síntomas pueden magnificar los rasgos de la personalidad.<sup>85</sup>

### • **TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD**

Este puede manifestarse en la adolescencia por una sintomatología que predice en su futuro en la edad adulta, son retraídos, tímidos con tendencia a rehuir a las dificultades, tienen un deficiente comportamiento interpersonal lo que se traduce por la escasez de amistades íntimas, son más propensos a las actividades intelectuales personales, existe también falta de expresividad, aparecen como fríos distantes, no sienten placer (anhedonía) , se los considera aburridos, sin interés y sin sentido del humor.

Los criterios de diagnóstico del CIE-10 son los siguientes:

B. deben cumplirse al menos cuatro de los siguientes:

1. Pocas actividades, si hay alguna, proporcionan placer al sujeto
2. Frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo
3. Capacidad limitada para expresar sentimientos de simpatía, ternura o ira hacia los demás
4. Aparente indiferencia a críticas y elogios
5. Poco interés por mantener relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad)
6. Marcada preferencia por las actividades en soledad
7. Excesiva preocupación por la fantasía y a introspección
8. Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, ni el deseo de tenerlas
9. Marcada insensibilidad por las normas y convenciones sociales establecida (la indiferencia no es deliberada)

## • **TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD**

Este trastorno según varios autores está relacionado genéticamente con la esquizofrenia, psiquiatras famosos como Kraepelin y Bleuler ya habían observado que muchos de sus pacientes presentaban una forma atenuada de esquizofrenia que con el tiempo y ante la presencia de ciertos factores desarrollaban la enfermedad psicótica.

Son característicos la extravagancia tanto en su comportamiento como en sus pensamientos, tiene una afectividad empobrecida lo que se manifiesta por su escasa relación interpersonal, en cuanto a su pensamiento y a su lenguaje se salen de lo común con creencias raras, ilusiones corporales y expresiones orales carentes de sentido.

El diagnóstico se basa en la presencia de particularidades de los pacientes respecto a su apariencia, pensamiento y conducta.

Debemos mencionar que en el CIE-10 no consta como trastorno de la personalidad sino conjuntamente con la esquizofrenia, el DSM-IV-TR expone los criterios para el diagnóstico de este trastorno.

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la vida adulta y se dan en diversos contextos, como indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. Ideas de referencia (excluidas ideas delirantes de referencia)
2. Creencias raras o pensamiento mágico que influyen en el pensamiento y no son congruentes con las normas culturales (p.ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o “sexto sentido”; y en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales
4. Pensamientos y lenguajes raros (p.ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado)
5. Suspiciona o ideación paranoide
6. Afectividad inapropiada o restringida

7. Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar
  8. Falta de amigos íntimos o de confianza, aparte de los familiares de primer grado
  9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización, y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.
- B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico, o un trastorno generalizado del desarrollo.



## • **TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD**

Comúnmente a este tipo de sujetos se los ha llamado como “psicópatas”, es un trastorno, que, en CIE-10 se lo cita como Trastorno Disocial, tiene una relevancia jurídica importante, porque describe un estilo de vida criminal, estas personas que a lo largo de la historia han tenido varias denominaciones, el autor Pinel (1806) los denomino “locos sin delirio” ya que no existían alteraciones del entendimiento pero que realizaban acciones en los que predominaba el furor. Rush un autor norteamericano los describe como sujetos con una “especie de depravación” particularmente en su aspecto moral, Prichard (1835) califica a estos sujetos refiriéndose que padecían una “locura moral” (moral insanity), Birnbaum (1914) introdujo el nombre de “sociópata” a aquellas personas que no han desarrollados su adaptación a las relaciones sociales no por problemas genéticos, sino por ausencia de los padres; luego con el desarrollo de las clasificaciones internacionales psiquiátricas (DSM y CIE) se lo ubicó dentro de los trastornos de la personalidad bajo en nombre trastorno antisocial.

A diferencia de las personas que cometen algún delito y que pueden tener algún motivo, en este tipo de alteraciones, el cometimiento del delito es debido a su propia naturaleza personal, son descritos como individuos sin conciencia tomada esta última como la capacidad de reconocer su actuar dentro del bien o del mal.

En el libro los Trastornos de la Personalidad, los autores Parellada, Pardillo y Arango mencionan que una conducta antisocial es aquella que va contra las normas sociales consensuadas de manera tácita en una determinada población y cultura y que las conductas delictivas están contempladas como tales en sus legislaciones. Como máximo representante de las normas sociales está la ley, por lo que se infiere que todas las conductas delictivas son antisociales.<sup>86</sup>

Aunque el desarrollo de este trastorno es multifactorial también tiene un fuerte componente genético ya hay más riesgo de padecerlo en los hijos de padres biológicos que lo han tenido.

Existe la teoría que el grupo con conductas criminales, antisociales o violentas existe un déficit de mecanismos inhibitorios en la corteza cerebral

particularmente en el lóbulo frontal, inclusive estudios de resonancia magnética nuclear demuestran una reducción de materia gris a ese nivel.

En el desarrollo psicosocial del individuo son importantes los factores protectores como también los son los agentes vulnerantes, en la niñez es fundamental las relaciones que se establecen con los adultos, si estas son positivas refuerzan proporcionando seguridad, en caso contrario si ha existido rechazo y hostilidad lo toman como parte propia de la vida y muchas veces continúan con esos comportamientos.

“Cuando se estudian los factores individuales que más contribuyen al desarrollo de la conducta disociales, los más reproducidos son: un temperamento difícil, con rasgos de impulsividad y búsqueda de emociones; trastornos específicos del aprendizaje, específicamente del lenguaje y la lectoescritura; un cociente intelectual (CI) en el límite; una desproporción entre las fracciones verbal y manipulativa del CI; ser temperamental; un inicio temprano de las conductas y, en la niñas, una menarquia temprana”.<sup>87</sup>

Los factores familiares que inciden en este trastorno serían: el nivel socioeconómico bajo, conflictos maritales, abuso de sustancias, disciplina dura e incoherente, falta de supervisión, falta de afecto y el abuso y la violencia contra el niño.<sup>88</sup>

La máxima sintomatología se manifiesta en la adolescencia del individuo, a esto hay que sumar que en este período puede haber muchos agentes externos que acentuarían este trastorno, como el alcohol, drogas , maltrato, aumento del control rígido de los padres, fracaso escolar, influencia de otros individuos con la misma sintomatología.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV son los siguientes:

A. Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que se presenta desde la edad de 15 años, como indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales respecto al comportamiento legal, como indica la perpetración repetida de actos que son motivos de detención

2. Dishonestidad, indicada por mentir repetitivamente, utilizar un alias, o estafar a otros para obtener beneficio personal o por placer
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. Irritabilidad y agresividad,, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o hacerse cargo de obligaciones económicas
7. Falta de remordimientos, como indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco

**Hervey Cleckley(1903-1984)** un investigador norteamericano estudioso de las psicopatías describió los síntomas característicos de este trastorno y de estos han derivado los **criterios diagnósticos de Hare**.

1. Encanto superficial
2. Grandiosidad
3. Necesidad de estimulación, tendencia al aburrimiento
4. Mentiras patológicas
5. Conductas manipuladoras
6. Falta de arrepentimiento o sentimiento de culpa
7. Afecto superficial
8. Frialdad, falta de empatía
9. Estilo de vida parasitario
10. Pobre control de impulsos
11. Comportamiento sexual promiscuo

12. Problemas de comportamiento tempranos
13. Falta de objetivos realistas a largo plazo
14. Impulsividad
15. Irresponsabilidad
16. No aceptación de la responsabilidad de las propias acciones
17. Muchas relaciones matrimoniales breves
18. Delincuencia juvenil
19. Revocación de la libertad condicional
20. Versatilidad criminal

**Puntuación:** Cada ítem se puntúa de 0 a 2, haciendo un total de 40 puntos; más de treinta puntos es indicativo de psicopatía.

Los individuos con personalidad antisocial, con frecuencia ocasionan conflictos en cualquier área de interacción social y con frecuencia participan y dirigen grupos delictivos, asesinatos con premeditación y alevosía, hurtos y violaciones. La premeditación y la sevicia con que desarrollan sus comportamientos delictivos los hace **imputables ante la Ley**.<sup>89</sup>

### **Lecturas relacionadas**

Abr 2012

#### **En la “Titi” prima la conducta antisocial**

**La adolescente de 16 años y su hermana de 17, procesadas por el asesinato de una mujer en el interior de su departamento, en Guayaquil, padecen de un trastorno de personalidad de tipo antisocial que las lleva a cometer varios delitos con plena conciencia.**

Una áspera adolescencia marcó la vida de la “Titi”

Redacción Judicial

Estaban en plena pubertad y como otras tantas muchachas provenientes de hogares disfuncionales y de escasos recursos, María Cristina, alias “Titi”, de 16 años; y Verónica, su hermana de 17, dejaron los estudios al finalizar la primaria.

Sus parientes les buscaron un trabajo y entraron a cumplir labores de empleadas domésticas. La inmadura e inestable conducta de ambas fue el motivo para que constantemente sean despedidas y se dediquen la mayor parte del tiempo a vivir en las calles, rodeadas de gente inescrupulosa.

Fue así que el consumo de drogas y alcohol, el cometimiento de varios delitos y hasta el ejercicio de la prostitución, desde los 13 años de edad, marcaron las vidas de estas hermanas, que actualmente permanecen con internamiento preventivo en la casa-hogar Guayaquil.

Una consciente y a la vez fatal inclinación al delito, perfeccionada por un sinnúmero de experiencias adquiridas en la calle, es la condición mental de las jóvenes, quienes tempranamente dejaron conocer sus desvíos y capacidad delictiva.

Esa fue la teoría que fundamentó el diagnóstico dado por Juan Montenegro, director del Departamento de Medicina Legal de la Policía, tras la valoración psiquiátrica que realizó a las adolescentes días atrás.

Esto, como parte de las diligencias dispuestas por Rosario Franco, procuradora de Adolescentes Infractores, dentro de la indagación previa que inició por el asesinato de Diana Marcela Zapata Quintero -con 64 puñaladas- en el interior de su departamento ubicado en el condominio El Edén, en la urbanización Ceibos Norte de Guayaquil.

Trastornos de personalidad de tipo antisocial fue lo que diagnosticó el galeno, quien explicó que se trata de una enfermedad mental benigna, es decir, que las menores tienen plena conciencia y voluntad de las actividades que realizan, además de conocer que con sus actos vulneran todas las normas legales.

Esa apreciación se evidenció con el relato de un agente que participó en el operativo de captura de la “Titi”, realizado el pasado 15 de febrero en Quito, quien indicó que la joven confesó el crimen, aunque admitió a su vez que Zapata no era su objetivo, sino su ex patrona, quien la había despedido tras acusarla de robar en su departamento, ubicado en el mismo condominio El Edén.

“Ella indicó que no se arrepentía de lo que hizo. Ella decía que mata porque tiene poder y fortaleza”, dijo el agente, quien agregó que alias “Titi” sería la

líder de una organización delictiva dedicada al robo en domicilios y a personas.

¿Pero, por qué una persona a tan temprana edad puede llegar a cometer delitos tan atroces como asesinar a sangre fría?

Esto tomando en cuenta que, según información policial, mientras alias “Titi” apuñalaba en repetidas ocasiones a Zapata, su hermana le tapaba la boca para que no se escucharan los gritos de auxilio.

La respuesta que da Montenegro es que las acciones de las menores van encaminadas siempre a transgredir la ley, a causar una agresión contra la sociedad, una sociedad que ha sido indiferente a un patrón de vida marcado - desde los 13 años de edad- por las drogas, el alcohol, el delito y la prostitución.

“Ellas, al provenir de un hogar disfuncional y de escasos recursos, por el cual se vieron obligadas desde temprana edad a realizar labores de adultos, como trabajar de empleadas domésticas, ha hecho que sus personalidades se distorsionen y adopten esa categoría de antisociales”, explicó el médico legista.

De ser halladas culpables y al ser menores de edad, la “Titi” y su hermana mayor podrían enfrentar una pena máxima de 4 años de internamiento, que la cumplirían en la casa-hogar, según lo establece el Código de la Niñez y Adolescencia.

Sin embargo, la prisión no es la mejor alternativa para una reinserción, manifestó la psicóloga Karina Jiménez, voluntaria de la Fundación Jóvenes Libres de Sida, quien manifestó que es menester que las jóvenes reciban apoyo de un equipo multidisciplinario de salud mental, pero salvo que ellas lo acepten, porque de nada sirve, añadió, que los mejores especialistas se esfuercen y ellas no quieran cambiar.

“Farmacológicamente no se dispone de un tratamiento específico para este tipo de trastorno, sino más bien de psicoterapia y predisposición de las jóvenes de corregir y que se den cuenta que están siendo una carga para la sociedad”, enfatizó.

La fiscal Franco informó que en la audiencia de formulación de cargos contra “Titi”, realizada el pasado 15 de febrero, la procesada manifestó que el ataque contra Zapata fue motivado por el robo.

Señaló que la versión de Samuel Ayala Bazurto, contra quien la Fiscalía dictó una instrucción por el delito de robo, ha sido fundamental, puesto que relató que la “Titi” es peligrosa, que juega y practica la ouija.

Mientras tanto, la hermana mayor de la “Titi” dijo que actuó en el crimen por temor a que a ella también pudiera atacarla.<sup>20</sup>

### Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

El Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad cuya característica es la manera impulsiva de actuar sin pensar en las consecuencias, no planifican, aceptan recibir críticas porque reaccionan de manera explosiva, en definitiva hay una ausencia de autocontrol La CIE-10 los clasifica en trastorno de tipo impulsivo y trastorno de tipo límite.

En el diagnostico del **tipo impulsivo** deben cumplir tres de los siguientes requisitos:

1. Marcada predisposición para actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias
2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y tener conflicto con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados
3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las conductas explosivas
4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata
5. Humor inestable y caprichoso

En el diagnostico del **tipo límite (bordeline)** que su nombre deriva de la dificultad de ubicar en forma precisa a estos individuos en las categorías neurótica o psicótica, según el CIE-10 deben cumplir cinco de los siguientes requisitos:

1. Marcada predisposición para actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias
2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y tener conflicto con los demás, en especial cuando los actos impulsivos

- son impedidos o censurados
3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las conductas explosivas
  4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata
  5. Humor inestable y caprichoso
  6. Alteraciones o dudas de la imagen de sí, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluidas sexuales)
  7. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo termina en crisis emocionales
  8. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonado
  9. Reiteradas amenazas actos de autoagresión
  10. Sentimientos crónicos de vacío

### • **TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD**

Son, en general, personas que le gusta llamar la atención con actitudes dramáticas y de esa manera que los demás le compadezcan, anhelos de ser apreciado, también tienen sentimientos superficiales, inestables emocionalmente, egocéntricos, y una conducta manipulativa constante para favorecer sus necesidades, este trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres.

Los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR son los siguientes:

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empieza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indica cinco (o más) de los siguientes ítems

1. El sujeto no se siente cómodo en situaciones en las que no es el centro de atención
2. La interacción con los demás suele caracterizarse por un comportamiento sexualmente seductor o provocador
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí



5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices
6. Muestra autodramatización , teatralidad y expresión emocional exagerada
7. Es sugestionable; por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad

### • **TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD**

Su nombre deriva del personaje mitológico, Narciso, quien se enamora de su propio reflejo, tienen tendencia a una falsa grandiosidad, belleza, capacidades especiales; un exagerado exhibicionismo de sus logros personales, dependencia excesiva de la admiración ajena, sus relaciones interpersonales son superficiales, desprecian y devalúan a los demás.

Los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR son los siguientes:

Un patrón general de grandiosidad (en imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la vida adulta y se dan en diversos contextos como indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. El sujeto tiene un grandioso sentido de importancia (p.ej., exagera los logros y capacidades, y espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados)
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios
3. Cree que es “especial”, único y que solo puede ser comprendido o relacionarse con otras personas (o instituciones) que sean especiales o de alto estatus
4. Exige una admiración excesiva
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, plantea expectativas irrazonables de un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas

6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias

#### • **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACION**

Estas personas muestran una extrema sensibilidad a ser rechazados socialmente, por lo que se aíslan socialmente ante este temor, tienen una autovaloración y estima personal muy baja, lo que les hace que piensen que van a ser criticados, que tengan miedo a hacer el ridículo.

Los criterios de diagnostico del DSM-IV-TR son los siguientes:

Un patrón general de inhibición social, sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como indica cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen contacto interpersonal importante, debido al miedo a las críticas, la desaprobación o rechazo
2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas, debido al miedo a ser rechazado o avergonzado o ridiculizado
4. Le preocupa la posibilidad de ser criticado o rechazado en situaciones sociales
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades, porque pueden ser comprometedoras

#### • **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA**

Aquí, es manifiesta la inseguridad para su autocuidado y cree que necesita de otras personas para que lo ayuden o auxilien en hacerlo, hay pasividad y también es sumiso, incapaz de tomar decisiones, la inseguridad en sí y cuando no hay personas que lo ayuden o que estén a su lado le lleva a un malestar por la soledad que se acentúa cuando ya solo con la sospecha de que va a ocurrir dicho acontecimiento.

Los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR son los siguientes:

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. El sujeto tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas, si no cuenta con un aconsejamiento y una reafirmación excesivos por parte de los demás
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida
3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, debido al temor a perder su apoyo y aprobación
4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer cosas a su manera (debido a la falta de confianza en el propio juicio o en sus capacidades, más que a una falta de motivación o de energía)
5. Va demasiado lejos, llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para hacer tareas desagradables
6. Se siente incómodo o desamparado cuando está solo, debido a sus temores exagerados de ser incapaz de cuidar de sí mismo
7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione cuidado y el apoyo que necesita
8. Esta preocupado de forma no realista por el miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo

## • **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANANCASTICA**

También conocida como trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (en el DSM) son individuos que tienen una exageración en los detalles, las reglas, el orden, la organización, en otras palabras el perfeccionismo interfiere con la actividad práctica, son rígidos y obstinados.

Los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR son los siguientes:

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental en interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la vida adulta y se da en los diversos contextos, como indica cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad
2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p.ej., el sujeto es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas)
3. Dedicación exclusiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuibles a necesidades económicas evidentes)
4. Excesiva terquedad, escurpulosidad en inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con cultura o la religión)
5. Incapacidad para tirar los objetos gastado o inútiles, incluso cuando no tiene valor sentimental
6. Es reacio en delegar tareas o trabajos en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
7. Adopta un estilo avaro en gastos para él y para los demás; considera el dinero algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras
8. Muestra rigidez y obstinación

En el **análisis médico-legal** de los trastornos de la personalidad debemos mencionar que todos son **imputables**, a menos que estos hayan pasado al grado de psicosis.

En lo Civil **no son causa de de incapacidad**, ni de impugnación por decisiones tomadas por ellos.

## **TRASTORNOS DE ANSIEDAD (NEUROSIS)**

De estos trastornos existen referencias bibliográficas desde Burton (1621) en su libro Anatomía de la Melancolía en la que se describen síntomas propios de la ansiedad, pero realmente este término se agrega al léxico psicológico y psiquiátrico en el siglo XVII, en 1765 el neurólogo escocés Robert Whytt (1714-1766) comienza a describirlos como trastornos nerviosos, luego un médico escocés William Cullen (1710-1790) acuña la palabra neurosis, término que se usó por largo tiempo y de la que derivaron otros como neuróticos, con el paso del tiempo se vio que el síntoma predominante y común era la ansiedad por lo que pasaron a denominarse como trastornos de ansiedad.

Existen muchas definiciones de ansiedad, pero los principales y comunes síntomas son los dolores torácicos a nivel precordial (esternón), palpitaciones fuertes y aceleradas, falta de aire, dificultad para respirar, es un estado de displacer en que la persona presiente algún mal o peligro.

En circunstancias normales, el sistema nervioso humano se encuentra preparado para advertir y movilizar al individuo en una de tres direcciones frente a una amenaza objetiva y físicamente peligrosa. Podemos luchar (atacar o defendernos de la fuerza u objeto temido), huir (abandonar el acampo) o quedarnos bloqueados (paralizados). Sin embargo, el rasgo característico del paciente ansioso es la percepción de una amenaza poderosa y la activación de los fenómenos fisiológicos asociados cuando no existe un peligro objetivo real. En otras palabras, la persona con un trastorno de ansiedad ve la amenaza y reacciona ante ella, pese a su inexistencia.<sup>21</sup>

### **Clasificación de los Trastornos de ansiedad según la DSM-IV**

**Trastornos de ansiedad:** Trastorno de angustia sin agorafobia

Trastorno de angustia con agorafobia

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

Fobia específica (animal, ambiental, situacional, etc.)

Fobia social

Trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno por estrés postraumático

Trastorno por estrés agudo

Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Trastorno de ansiedad no especificado

**Clasificación de los Trastorno de ansiedad según CIE-10**

F40	<b>Trastornos fóbicos de ansiedad</b>	F400	Agorafobia
		F401	Fobias sociales
		F402	Fobias específicas (aisladas)
		F408	Otros trastornos fóbicos de ansiedad
		F409	Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado
F41	<b>Otros trastornos de ansiedad</b>	F410	Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]
		F411	Trastorno de ansiedad generalizada
		F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión
		F413	Otros trastornos de ansiedad mixtos
		F418	Otros trastornos de ansiedad especificados
		F419	Trastorno de ansiedad, no especificado
F42	<b>Trastorno obsesivo-compulsivo</b>	F420	Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas
		F421	Predominio de actos compulsivos [rituales obsesivos]
		F422	Actos e ideas obsesivas mixtos
		F428	Otros trastornos obsesivo-compulsivos
		F429	Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado
F43	<b>Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación</b>	F430	Reacción al estrés agudo
		F431	Trastorno de estrés postraumático
		F432	Trastornos de adaptación
		F438	Otras reacciones al estrés grave
		F439	Reacción al estrés grave, no especificada

De los trastornos por ansiedad vamos a detenernos y explicar los más importantes y comunes.

### • **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Es la llamada anteriormente Neurosis de Ansiedad, que posteriormente, bajo los respectivos estudios se vio que comprendían dos entidades diferentes, lo que hoy se conoce como Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Pánico.

La característica principal de este trastorno es la excesiva ansiedad que se traduce por una preocupación del mismo nivel en relación con ciertos aspectos de la vida como la salud, trabajo, la familia, aspectos laborales, y posee lo que se denomina ansiedad anticipatoria, es decir, piensa o se imagina de antemano lo que se va a suceder antes de vivir o estar en tal o cual situación.

Dentro de algunos los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR son :

- A. Ansiedad y preocupaciones excesivas (expectación aprensiva) sobre una serie de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) en la mayoría de los días durante al menos seis meses.
- B. La persona tiene dificultades para controlar su preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian con tres (o más) de estos seis síntomas (como mínimo, algunos de ellos habrán sucedido en la mayoría de los días del último semestre) Nota: sólo se exige uno de estos síntomas a los niños.
  - 1. Inquietud o excitación nerviosa
  - 2. Fatigabilidad fácil
  - 3. Dificultad para concentrarse
  - 4. Irritabilidad
  - 5. Tensión muscular
  - 6. Alteraciones del sueño (dificultad para mantener o conciliar el sueño o sensación de sueño no reparador al despertar).



Varios autores consideran que existe lo que se denomina crisis de angustia llamada también por otros **ataques de pánico** (panicattacks) en los cuales hay períodos de malestar, miedo, o aprensión intensos que aparecen en forma repentina y que alcanzan su mayor grado en los primeros diez minutos. En la clasificación del DSM-IV-TR describe 13 síntomas, de los cuales al menos se requiere 4 para diagnosticarla.

1. Palpitaciones, sacudidas al corazón o aumento de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de falta de aire o aliento
5. Sensación de ahogo
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Mareos, inestabilidad, aturdimiento o desvanecimiento
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de estar separada de sí mismo)
10. Miedo a perder el control o a volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos u oleadas de calor.

A veces este trastorno de angustia o ataque de pánico viene acompañada de **agorafobia** que es el temor irreal de que no tiene solución por encontrarse en una situación de soledad, viaje, ascensores, túneles o centros comerciales. Característica común es la repetición de estos ataques, inclusive pueden ser varios durante un solo día.

#### • **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

Este trastorno, según los reportes, se lo diagnosticó a partir de la década de 1950, es más frecuente en mujeres y generalmente comienza a partir de los veinte años, aunque esto no descarta que también se presente en la infancia.

En este caso al hablar de obsesiones nos referimos ya sea, a pensamientos, imágenes o ideas de carácter intrusivo, no propias, molestosas; y a las compulsiones como comportamientos reiterativos, frecuentes, cuya finalidad es disminuir la ansiedad, que provoca la obsesión. Se han agrupado las obsesiones la más comunes son: el temor a la contaminación, la duda patológica, las obsesiones somáticas, la necesidad de simetría, pero también existen, la agresiva, sexual, religiosa. En el campo de las compulsiones tenemos: la comprobación, el lavado, el recuento, la necesidad de preguntar o confesar, la simetría y la precisión.

La obsesión de **contaminación** es el temor a la presencia de microbios o de suciedad en el cuerpo o en determinadas partes del mismo que le pueden llevar a tener una enfermedad, muchas veces el individuo tiene la creencia de no encontrarse limpio. La compulsión frecuentemente asociada a esta obsesión es el **lavado** particularmente cuando creen que han entrado en contacto con el o los objetos “contaminados” y no es raro que este ritual lo repitan varias veces al día.

En la **duda patológica**, las personas demuestran su excesiva preocupación y responsabilidad frente a un olvido o descuido involuntario y piensan que esto puede ocasionar acontecimientos trágicos, esto lleva que constante y repetitivamente a ciertos rituales de comprobar si han realizado o no determinada actividad o acción.

La exageración en disponer o llevar un determinado orden constituye lo que se denomina **necesidad de simetría**. Los pacientes con obsesiones y compulsiones de simetría suelen sentirse incómodos o molestos más que temerosos o ansiosos cuando los objetos no están alineados “como deben” o “perfectamente. En este sentido, se puede considerar a estos pacientes como uno de los extremos del espectro de la personalidad compulsiva, en el que la necesidad de perfección o corrección de cada detalle alcanza al máximo.<sup>22</sup>

Cuando la persona tiene el temor irracional de sufrir o padecer una enfermedad grave y potencialmente mortal se las denomina **obsesiones somáticas** una característica también es que no presentan o no describen los síntomas y su preocupación es más personal, de su propia salud, que por la de los demás.

En las **obsesiones sexuales**, los individuos sienten el miedo de cometer, a futuro, o haber cometido actos sexuales no consentidos por terceras personas. Los pacientes con estas obsesiones tan inquietantes suelen efectuar rituales de comprobación y confesión o tranquilización. Muchas veces acuden a la policía para autoinculparse o buscan sin descanso a sacerdotes a quienes confiesan sus delitos imaginarios.<sup>23</sup>

Muchas veces pasan larguísimos periodos de tiempo pensando de forma improductiva sobre cualquier asunto tal como una cuestión filosófica, religiosa o familiar, lo que se denomina **rumiaciones obsesivas**.

### • **FOBIAS ESPECIFICAS**

Este trastorno que un principio de lo denominó neurosis fóbica, en la actualidad, debido al gran número de ellas existentes se las ha clasificado en cuatro grandes grupos que son los siguientes:

Fobias a los **animales**, puede ser que las personas tengan algún temor o repugnancia a determinados animales o insectos, pero cuando estos temores se tornan en algo exagerado, irracional y que interfieren en su vida cotidiana o sus labores hablamos ya de una situación patológica.

Existen también el grupo de fobias **situacionales** que se presentan cuando las personas se encuentran en determinados lugares, ejemplo espacios cerrados, habitaciones oscuras, o también cuando se encuentran desplazándose por medio de aviones, barcos, etc.

Unas fobias particulares que tiene importancia hereditaria son aquellas que se dan cuando una persona se desmaya o se pone pálida, cuando presencia o le toca ser **inyectada, ver heridas o sangre**, esto produce una reacción del sistema nervioso autónomo con la consecuente reacción corporal descrita anteriormente.

Otro grupo de fobias son a los **ambientes naturales**, aquí la lluvia, el viento, las alturas de la montañas, hacen que las personas sientan un grado de peligro mayor al que puede haber en esas circunstancias.

Los criterios, entre otros, según el DSM-IV-TR son los siguientes:

- A. Temor acusado y persistente que resulta excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, ver sangre)
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi siempre una respuesta inmediata de ansiedad, que puede adoptar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: entre los niños, la ansiedad puede manifestarse en forma de llanto. Berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional.

A continuación escribiremos el nombre de algunas de ellas: Acarofobia el temor a los insectos, acrofobia el temor a lugares altos, batracofobia el temor a las ranas, cleptofobia el temor a los ladrones, demonofobia el temor a los diablos, emetofobia el temor a vomitar, fotofobia el temor a la luz, gamofobia el temor al matrimonio, ginecofobia el temor a las mujeres, androfobia el temor a los hombres, necrofobia el temor a los muertos, celofobia el temor a los celos, xenofobia el temor a los extranjeros, entre otras.

### **Lecturas relacionadas**

Feb 2014

Los afectados suelen sufrir de sudoración, temblores y hasta opresión en el pecho

### **Detrás de las fobias hay traumas e inseguridades**

**Un 7% de la población mundial padece de miedo extremo e irracional hacia ciertos objetos, animales o situaciones. La teoría del psicoanálisis relaciona estos temores con representaciones simbólicas y experiencias del pasado.**

Redacción Sociedad

El miedo es común en las personas, especialmente en los niños, porque se enfrentan a sensaciones nuevas en la vida y lo desconocido causa temor. Pero, ¿qué ocurre cuando esa sensación trasciende límites y se convierte en un trastorno emocional caracterizado por la ansiedad, crisis de pánico y un temor

irracional? Si presenta algunos de estos síntomas, lo más seguro es que esté frente a un cuadro de fobia.

Cristina Vicuña no cumplía los 5 años cuando empezó a sentir un miedo intenso por las aves, conocido como 'ornitofobia'. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen más de 250 tipos de fobias. Más del 7% de la población mundial padece este tipo de trastorno.

Cotidianamente Cristina se enfrenta a su peor pesadilla: las aves. Por ejemplo, cuando maneja y las palomas se cruzan frente al parabrisas, la joven, quien ahora tiene 30 años, ha llegado a soltar el volante por temor a que ingresen al auto por las ventanas.

“A mi abuela le regalaron unas palomas muy raras y feísimas. Un día llegué a su casa y estaban muertas. Me descontrolé, no me calmaba, y ella para que no siga llorando me encerró en un cuarto”, dice Cristina, quien supone que atravesar esta situación inició su miedo por los plumíferos y también una leve claustrofobia.

Pero hay fobias más raras. A Lorena Mosquera (nombre protegido) le aterra todo tipo de estatuas, en particular la Virgen de Legarda, de 30 metros de alto, construida en El Panecillo, en el centro de Quito.

“En una ocasión debía asistir a una cena de trabajo en un restaurante en El Panecillo. Iba manejando cuando vi parte de la estatua, no pude soportar y bajé. No puedo explicar lo que sentí en ese momento. Incluso recordar y escribir sobre esta experiencia es difícil”, dice.

Para la psicóloga Adriana Fornasini hay fobias a ciertos objetos que pueden tener una representación simbólica. Fornasini toma de base los estudios del experto en psicoanálisis Sigmund Freud.

La doctora supone -a priori (puesto que no ha tratado a Lorena)- que el miedo de la joven por las estatuas podría no solo ser temor al objeto sino a la muerte, pues las estatuas son imágenes rígidas como los cadáveres.

La psicóloga explica que el miedo que siente la gente a volar en avión también tiene una explicación de fondo. Citando nuevamente a Freud, “al subirse a este medio de transporte, hay un miedo a perder el control. Como no soy quien

maneja, me siento inseguro cuando el resto controla, siento desconfianza y puede ser que esa carencia haya sido desarrollada en la infancia”.

Dentro del simbolismo freudiano también se habla de la fobia a las arañas, traducida como un miedo a la madre por la presencia de varios conflictos; o el temor a los ratones cuando la persona haya tenido malas experiencias sexuales como violaciones o abusos.

De manera general la psicóloga Patricia Bulaievsky indica que el universo de las fobias se divide en 3 categorías: específicas, complejas y sociales.

Las simples o específicas implican un miedo desproporcionado sobre situaciones específicas, criaturas vivas, lugares, actividades o cosas, como ir al dentista, por ejemplo.

Mientras que las complejas están vinculadas a un temor profundamente arraigado o ansiedad acerca de ciertas situaciones, incidentes o circunstancias, “lo que las hace mucho más incapacitantes que las fobias simples”, dice Bulaievsky.

En cuanto a las fobias sociales, éstas ahora son denominadas trastornos de ansiedad social. Las personas que las padecen encuentran dificultad de frecuentar fiestas, bodas o exposiciones. “Existe el temor a ser avergonzado, humillado o juzgado en público. Lo peor para alguien con fobia social es tener que hablar en público o actuar en un escenario frente a una audiencia”, dice la especialista.

### **Tratamientos adecuados**

Las técnicas para curar una fobia pueden variar entre 3 meses y 2 años, dependen mucho de la intensidad del grado de miedo que siente la persona.

La psicóloga Bulaievsky, recomienda la terapia de Flores de Bach para equilibrar emociones. “Ayudan a confiar en el destino y perder el miedo a la muerte que está detrás de las fobias”, comenta.

Entre los casos más extraños que ha tratado está una persona que temía cerrar los frascos, pues pensaba que sus ojos podrían quedarse dentro de este objeto, o de un individuo que tenía miedo a sí mismo.

La terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es otra opción. El objetivo del tratamiento es influir sobre la interpretación errónea de las fobias y la ansiedad que provocan.

Fornasini se refiere a la técnica EMDR descubierta en los años 90 por la terapeuta Francine Shapiro. Es una propuesta que trabaja con las emociones, las cogniciones y la imagen. Finalmente se transforma en una catarsis (eliminación de recuerdos) para que la persona se despoje de sus miedos. Practicar yoga, pilates y meditación también ayuda.

Las especialistas aclaran que no todo miedo común es una fobia. Estas se pueden distinguir cuando el individuo frente a un objeto o situación padece sensaciones físicas desagradables como palpitaciones, sudoración, temblores, escalofríos, ahogo y opresión en el pecho.

### **Datos**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud los trastornos de pánico extremo pueden aparecer en la niñez, al final de la adolescencia o en la primera etapa de la edad adulta.

Las fobias ocasionadas por factores medioambientales son las más padecidas. Por ejemplo, hay fobias a las tormentas, alturas o precipicios.

La ‘acrofobia’ o temor a la altura involucra un sentimiento de miedo a enfrentar situaciones nuevas que presenta la vida.

Algunas de las fobias extrañas son: la ‘rupofobia’ o miedo a la suciedad. Esto se traduce en que la persona no es capaz de soportar carencias y aceptarse como es.

La ‘pupafobia’ o miedo injustificado a los títeres o a los muñecos está relacionada con el temor a la muerte.<sup>24</sup>

### **• TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

Hay sucesos o acontecimientos que en el transcurso de la vida humana vulneran fuertemente el sentido de seguridad que las personas deben tener ante el mundo exterior, como ejemplo de lo mencionado anteriormente, tenemos : los desastres naturales, las guerras, la violación, las agresiones, los accidentes de

tránsito y los ataques de animales feroces todos estos acontecimientos producen sensaciones de miedo, terror y muchas veces impotencia por no poder realizar ninguna acción para impedir los mencionados sucesos.

En el DSM-III se definió como episodio traumático como todo elemento que pueda suponer un malestar intenso para casi todas las personas.

Los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR son los siguientes:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se ha dado dos elementos siguientes:

1. La persona ha experimentado, presenciado o afrontado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes reales o inminentes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. La persona ha respondido con miedo, desesperanza u horror intensos  
Nota: Entre los niños, esta respuesta puede manifestarse por un comportamiento desorganizado o agitado

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado de modo persistente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento, recurrentes o intrusos, que provocan malestar y entre los que se encuentran imágenes, pensamientos o percepciones  
Nota: entre los niños pequeños, esto puede expresarse como juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar  
Nota : entre los niños puede haber sueño terroríficos de contenido irreconocible
3. La persona actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (o incluso la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios



disociativos e de escenas retrospectivas, incluso que aparecen al despertarse o al intoxicarse)

Nota: los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos interno o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. Respuestas filológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto de acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la sensibilidad general (ausente antes del trauma), tal y como lo indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el acontecimiento traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva (p.ej., incapacidad para tener sentimiento de amor)
7. Sensación de un futuro desolador (p.ej., no espera tener ningún empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultad para concentrarse

- 4. Hipervigilancia
- 5. Respuesta exagerada de sobresalto

E. Duración del trastorno (síntomas B,C,D) superior a un mes

Dentro del **análisis médico-legal**, en los trastornos por ansiedad, no se puede alegar inimputabilidad, pero en ciertos casos pudiera considerarse como una atenuante previa comprobación del hecho.

En el aspecto civil, no son causa de incapacidad, por ende no cabe que sean sometidos a juicios de interdicción.

Cabe indicar que en el aspecto laboral pueden ser causa de invalidez temporal y pueden optar por cambios laborales.

## **TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS**

En las personas que tienen este trastorno existe un deseo incontrolable o tentación por ejecutar determinado acto a sabiendas que dicho acto es negativo para ellas o para la sociedad, este impulso puede ser resistido o no y su ejecución puede o no ser premeditada, existiendo tensión o excitación antes de este, luego viene una sensación gratificación o alivio, puede existir o no un sentimiento de culpabilidad posteriormente.

### **Clasificación según DSM-IV**

14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados:

- Trastorno explosivo intermitente
- Cleptomanía
- Piromanía
- Juego patológico

### **Clasificación según CIE-10**

(F63) Trastornos impulsivos y de hábito

- (F63.0) Ludopatía patológica
- (F63.1) Piromanía patológica
- (F63.2) Cleptomanía patológica
- (F63.3) Tricotilomanía

La **cleptomanía** es el deseo incontrolable y recurrente de robar objetos de poco valor que incluso no son necesarios para el uso personal, incluso la mayoría de veces son personas que tienen una buena posición económica, los impulsos son irresistibles y hay tensión antes de robar, luego tienen una sensación de alivio y gratificación después del hurto.

Las personas con **trastorno explosivo intermitente** son aquellas que pierden el control sobre sus impulsos agresivos, la agresividad y la agresión es desproporcionada ante cualquier situación que la desencadene.

Existe también el **juego patológico o ludopatía** caracterizado por la incapacidad de resistir el deseo de practicar juegos generalmente de casinos a sabiendas que esto le trae consecuencias negativas como son una ruina financiera, rupturas familiares o divorcios.

La **piromanía** es deseo incontrolable y deliberado de iniciar incendios, tienen una fascinación por el fuego y los objetos ardientes, el placer que obtienen al realizar estas acciones es intenso y les fascina el realizarlo.

La **tricotilomanía** se caracteriza por el arrancamiento del propio cabello que puede ser principalmente de la cabeza o de otras partes, la persona no puede resistir la tensión antes de arrancarse el cabello y muchas veces usan pelucas para disimular la pérdida de cabello.

En el análisis médico-legal todos los trastornos del control de impulsos son imputables, y dentro del campo Civil no son causas suficientes de ineptitud e incapacidad.

## **TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS ADICTIVAS**

Una de las dificultades que enfrentan la mayoría de Estados o Países y que se ha convertido en un problema de Salud Pública, es el consumo de sustancias adictivas. Si bien la historia registra que este fenómeno se da desde la antigüedad el uso se ha ido difundiendo progresivamente en los tiempos actuales. En estos casos al hablar de sustancias nos referimos a elementos naturales o sintéticos, legales o ilegales que al ser usadas de manera repetitiva produce abuso o dependencia. Y **síndrome de abstinencia** o supresión, aquel estado clínico con sintomatología física o psíquica que se manifiesta horas o

días de haber interrumpido o suspendido el consumo de sustancias adictivas. Otro término médico utilizado en estos casos es el de **tolerancia** que es la necesidad del adicto de incrementar la dosis para lograr los mismos efectos de las sustancias.

Sue y colaboradores en su libro Comportamiento Anormal menciona que para realizar el diagnostico de dependencia a una sustancia debe encontrar los siguientes datos:

- 1º incapacidad para cortar o controlar el uso, a pesar de conocer los efectos físicos, psicológicos o interpersonales dañinos.
- 2º Gran cantidad de tiempo dedicado a actividades necesarias para obtener la sustancia, aun cuando se sacrifiquen actividades sociales, ocupacionales y recreativas importantes.
- 3º **Tolerancia** (necesidad de dosis cada vez mayores de la sustancia para lograr el efecto deseado, tal como “elevarse”)
- 4º **Abstinencia** (síntomas físicos o emocionales tales como temblores, irritabilidad e incapacidad para concentrarse después de reducir o cesar la ingestión).

En la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se establece los criterios para la dependencia de sustancias:

Debe haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante un mes, o repetido varias veces en un periodo de un año:

- Deseo intenso de compulsión a consumir la sustancia
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente sin éxito de reducir o controlar el consumo.
- Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa en consumo de la sustancia.

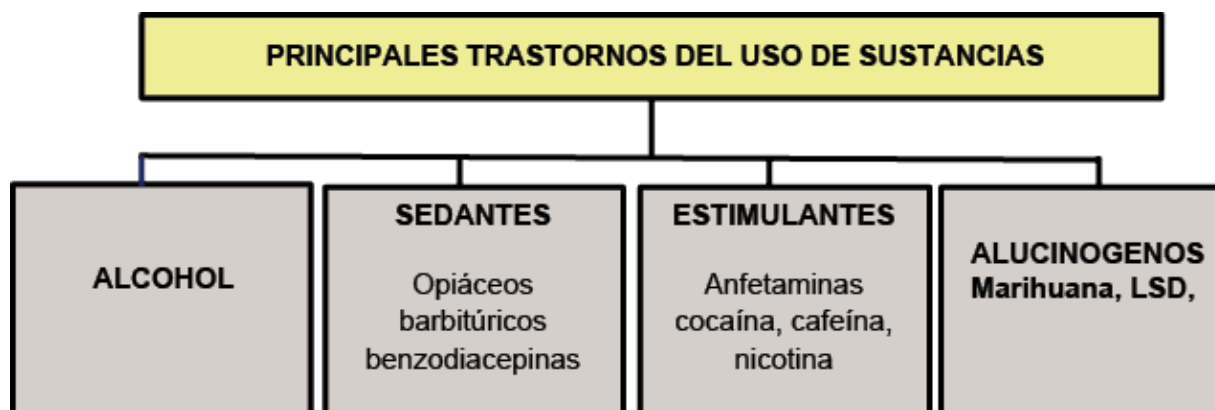
- Prueba de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o disminución del efecto tras el consumo de la misma cantidad de sustancia.
- Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas o de interés a causa del consumo de la sustancia, o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
- Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales.

La Asociación Psiquiátrica Americana, a través del DSM-IV-R indica lo siguiente:

A. Un patrón adaptativo de uso de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar manifestado por uno (o más) de los siguientes ocurriendo durante un periodo de doce meses:

- Consumo recurrente de sustancias resultando en falla en el cumplimiento adecuado de las obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.
- Consumo recurrente de sustancias en circunstancias en las que hacerlo es físicamente peligroso
- Problemas legales repetidos relacionados con las sustancias
- Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia

B. Los síntomas nunca han cumplido los criterios para dependencia a esta clase de sustancias.



El **alcohol etílico** o etanol tiene una larga historia en la humanidad desde hace aproximadamente ocho mil años atrás ya que se lo consumía como cerveza o vino, en la actualidad es la droga legal de mayor consumo mundial. Una vez que es ingerida se absorbe rápidamente en especial cuando la persona está en ayunas pero los alimentos en el intestino retrasan la misma, y se distribuye rápidamente por todo el organismo particularmente en el cerebro debido a su gran irrigación y porque atraviesa las membranas cerebrales luego es metabolizado en el hígado y se elimina por la orina y los pulmones en pequeñas cantidades y ha sido esta última propiedad la que sirve para medir las concentraciones sanguíneas a través del denominado test de alcoholemia con el dispositivo llamado alcoholímetro y constituye un índice fiable de alcohol en la sangre, “a concentraciones entre 0.03% y 0.05% en sangre ( entre 30 y 50 miligramos de alcohol por 100 mililitros de sangre) , el alcohol produce aturdimiento, relajación y pérdida de inhibición. La autoconfianza aumenta, pero las reacciones motoras se entorpecen. La combinarse estos efectos se hace peligrosa la conducción. Con una concentración sanguínea de 0.10% las funciones sensoriales y motoras se dificultan notablemente. El habla se entorpece y, en general, falla la coordinación motora. Algunos individuos se enfadan y se vuelven agresivos; otros se vuelven silenciosos y taciturnos. A niveles del 0.20 % el individuo se ve seriamente incapacitado, y por encima de los 0.40%, el alcohol puede causar la muerte.”<sup>25</sup> Como vemos el principal efecto del alcohol es un depresor de la corteza cerebral Por su interés legal vale la pena recalcar en lo que es la intoxicación alcohólica aguda y el alcoholismo crónico, en la primera forma se distinguen cuatro períodos, en el primero al comenzar actuar el alcohol en la corteza cerebral existe una desinhibición en la que se ve al individuo alegre, locuaz, sociable, aunque en otros pueden volverse

tristes y melancólicos. En el segundo período ya existen alteraciones psicosensoriales y motrices marcadas, hay una gran desinhibición de ciertas normas morales, algunos individuos se torna en impulsivos y agresivos, existe una disminución en la respuesta a los reflejos, es considerada la ebriedad crepuscular. En el tercer periodo ya existe una incoordinación motora manifiesta que se traduce por dificultad para caminar, caídas frecuentes en el lenguaje existe disartria o habla incoherente, tendencia al sueño, disminución visual y auditiva e incluso ilusiones o alucinaciones, la conciencia está alterada lo que trae como consecuencia una amnesia completa. El cuarto período va acompañado de sueño y dependiendo de la ingesta alcohólica si ha pasado los 5 gramos por mil viene el coma y la posterior muerte.<sup>26</sup>

Recordemos lo que el COIP dice referente a la intoxicación alcohólica aguda.

**Artículo 37.-** Salvo en los delitos de tránsito, la persona que al momento de cometer la infracción se encuentre bajo los efectos del alcohol o de sustancias estupefacientes, psicotrópicas o preparados que las contengan, será sancionada conforme con las siguientes reglas:

1. Si deriva de caso fortuito y priva del conocimiento al autor en el momento en que comete el acto, no hay responsabilidad.
2. Si deriva de caso fortuito y no es completa, pero disminuye considerablemente el conocimiento, hay responsabilidad atenuada imponiendo el mínimo de la pena prevista en el tipo penal, reducida en un tercio.
3. Si no deriva de caso fortuito, ni excluye, ni atenúa, ni agrava la responsabilidad.
4. Si es premeditada con el fin de cometer la infracción o de preparar una disculpa, siempre es agravante.

El uso repetitivo y prolongado del etanol trae consigo el denominado **alcoholismo crónico** con los denominados síndromes de abstinencia, la tolerancia, la dependencia y la repercusión a nivel orgánico del consumo exagerado de esta sustancia. El psiquiatra forense argentino Basile realiza un análisis médico-legal de las fases del alcoholismo crónico, menciona así que existen fases una primera prealcohólica u oculta en la que no hay cambios

visibles por el beber en exceso y que puede durar de meses hasta algunos años y que la capacidad civil y para delinquir están conservadas. Luego viene una fase prodrómica en la que se manifiestan las amnesias lacunares (olvido de ciertos períodos de tiempo vividos) y que él denomina palimpsesto alcohólico, en la que también existe la compulsión por beber, aquí el alcohólico y sus familia son conscientes de la enfermedad. La responsabilidad jurídica es similar a la fase anterior. Una tercera fase es la decisiva o básica en la que ya la conducta se encuentra alterada con actos agresivos e impulsivos, hay problemas laborales por ausencias o despido, pueden existir un delirio celotípico e impotencia sexual. “Todo esto implica razón suficiente para considerar alterada la capacidad para delinquir, puesto que se puede comprender la criminalidad de los actos, pero no se pueden dirigir con libertad las acciones bajo determinadas condiciones.”<sup>27</sup> Y finalmente una fase crónica en la que existe un marcado deterioro social, ético, laboral, la afectividad es nula, un 10% puede desarrollar una psicosis alcohólica. La capacidad para delinquir está abolida y su capacidad civil también.

El síndrome de abstinencia en el alcoholismo puede llegar a lo que se denomina Delirium tremens en el cual incluso hay alucinaciones, también en ciertos alcohólicos por una alimentación inadecuada puede conducir a la deficiencia de la vitamina B1 y se puede desarrollar la denominada Encefalopatía de Wernicke en la cual existe dificultad para caminar, confusión, deterioro de la memoria, nistagmos (movimiento zigzagueante de los ojos), si no es corregida puede conducir a la psicosis de Korsakoff o amnesia confabulatoria, aquí hay pérdida de la memoria y recuerdos falsos que el individuo cree que son verdaderos.

La **cocaína** deriva de la planta de coca que desde hace 1200 años ha sido utilizada por indígenas andinos sudamericanos para masticarla,<sup>28</sup> su primer uso fue como un anestésico local e incluso una bebida gaseosa la tenía entre sus componentes, a partir de 1970 se comienza a popularizar la adición siendo usada inhalada o fumada. Existen dos formas de presentación, la pasta básica y una más refinada el clorhidrato, esta última se utiliza para inhalarla e inyectarla y la anterior para fumarla, muchas veces se la usa asociada a otras sustancias adictivas, como el alcohol o sedantes. En dosis habituales para el consumidor produce sensación de bienestar, euforia y un mejor desempeño en las



actividades físicas y mentales,<sup>99</sup> la vida media (concentración en la sangre) de la cocaína es corta, sus efectos duran solo una hora por lo que general deben repetir cada media hora para lograr los mismos efectos<sup>100</sup>, pero a estas dosis se produce alteración del juicio, impulsividad sexual y síntomas de manía, si se incrementan las dosis existen conductas iterativas e ideas paranoides<sup>101</sup>. En los consumidores crónicos habituales hay irritabilidad, tendencia a conductas violentas, taquicardia (aumento del número de latidos cardiacos por minuto), hipertensión arterial y midriasis (dilatación de las pupilas), en casos de sobredosificación esta es mortal, la muerte sobreviene en minutos por arritmias, depresión respiratoria o convulsiones. La mezcla con el alcohol aumenta el riesgo de muerte repentina. El síndrome de abstinencia se produce horas después del consumo y puede durar días. Otras complicaciones de su uso son las ulceraciones de la mucosa y perforación del tabique nasal, infartos cerebrales y del miocardio.

Dentro de los alucinógenos la sustancia de mayor uso en nuestro medio es la **mariguana** que se puede encontrar en dos formas, la una en forma de hojas desecada y una resina que extrae de la planta (*Cannabis indica*) denominada hachis.<sup>102</sup> Después de fumada sus máximos efectos se consiguen a los veinte a treinta minutos y desaparecen a las tres horas. Se elimina del cuerpo a través de la orina hasta una semana después del consumo son detectables, y en grandes consumidores hasta cuatro semanas. En una primera etapa los consumidores sienten euforia, alteración del sentido del tiempo, visión más aguda, risa incontrolable, hay aumento de la frecuencia del pulso y enrojecimiento de las conjuntivas oculares, el tamaño de las pupilas no cambia. La tolerancia a esta sustancia solo se produce en consumidores consuetudinarios y el síndrome de abstinencia no es muy manifiesto, aunque en fuertes consumidores con uso diario puede presentarse agresividad, disminución del apetito, sueños extraños, dolores estomacales, temblores y sudoración entre otros síntomas<sup>103</sup>. Una característica que se presenta es el síndrome amotivacional en que los jóvenes pierden el interés por las diferentes actividades como son sus estudios, trabajo, profesión, etc. Los consumidores crónicos pueden tener complicaciones como bronquitis crónica y obstrucción vías respiratorias. Raramente se presentan Delirios tóxicos, estados paranoides y psicosis.

Dentro de los fármacos (medicamentos) los que más causan adicción se encuentran las benzodiacepinas que son los llamados tranquilizantes o ansiolíticos, que son utilizados para el tratamiento de la ansiedad; insomnio; debido a su alto poder de adictivo cuando no es supervisado por un profesional médico solo pueden ser despachados en las farmacias y boticas bajo receta médica, además las instituciones de salud estatales realizan controles periódicos para que se cumpla esta norma. La intoxicación es rara porque rápidamente se puede desarrollar tolerancia pero cuando se produce existe sedación, incoordinación al caminar, alteración en la memoria y atención. Los síntomas del síndrome de abstinencia son: ansiedad, sudores, pesadillas insomnio, náuseas, vómitos, de ahí que a las personas que están en tratamiento con altas dosis el retiro de las mismas debe ser de manera gradual.

Existen también analgésicos potentes los denominados opioides, que provienen de la vaina de la semilla de la amapola, el principal alcaloide es la morfina (nombre dado por Morfeo dios griego del sueño) y la codeína, pero también pueden existir de origen semisintético como la heroína y sintético como la meperidina, la metadona y el fentanilo, sus efectos principales se encuentran en el sistema nervioso central entre los que se destacan son los siguientes: analgesia poderosa, es decir superior a cualquier otro fármaco, euforia, sensación placentera, sedación, depresión respiratoria, supresión de la tos, miosis (constricción de las pupilas), retarda la motilidad intestinal entre otros. La tolerancia (el incremento de la dosis para lograr el mismo efecto) que se hace manifiesta de 2 a 3 semanas de las dosis terapéuticas, que incluso puede llegar hasta 35 veces más, el síndrome de abstinencia se caracteriza por la dependencia física manifestada por secreción nasal acuosa (rinorrea), lagrimeo, escalofríos, piloerección (piel carne de gallina), diarrea, hostilidad y la dependencia psicológica que es la compulsión volver a usar el fármaco.<sup>104</sup> Vale mencionar en los opioides de manera particular uno semisintético la heroína que se comercializada por los traficantes en las calles cuya purificación permite que sea inhalada nasalmente causando un síndrome de abstinencia grave y pone en riesgo la vida del consumidor.<sup>105</sup>

Los inhalantes son otra manera de adicción, existen tres grupos que lo conforman: 1º solventes volátiles: acetona, tolueno, tricloroetileno (removedor de pinturas), 2ª el óxido nitroso (gas de la risa) “que se utiliza como ayuda a

otros anestésicos inhalatorios”<sup>106</sup> 3º nitritos alquilados (limpiadores de cabezas de videocasetes) y nitrito de amilo. Los efectos de los inhalantes son: desinhibición, comportamiento impulsivo y en usos prolongados alucinaciones visuales, el efecto irritante provoca, sangrado nasal, enrojecimiento de las conjuntivas oculares. En la gente de escasos recursos económicos y particularmente en niños y adolescentes, la forma más común de adicción, es el uso de inhalantes y de estos los llamados solventes volátiles que se usan como removedores de pinturas (tiñér, acetona) y pegamentos (cemento de contacto).

En la valoración pericial de los trastornos por consumo de sustancias adictivas tendrá importancia el determinar si cuando cometió el delito se encontraba bajo el uso de estas sustancias o con un síndrome de abstinencia, así como también el grado de repercusión de las mismas en la esfera psíquica del individuo para que se pueda determinar la imputabilidad o inimputabilidad.

## **TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Al definir inteligencia en un capítulo anterior habíamos manifestado:

Es la actitud activa, rápida y adecuada a las situaciones nuevas o vividas de acuerdo con un finalidad implícita o explícita.” (William Stern)

“Capacidad para comprender el mundo, pensar racionalmente y emplear adecuadamente los recursos a su alcance cuando se enfrenta un desafío.” (David Weschsler)

“Facultad de adaptarse, juzgar y razonar bien. Adaptación, comprensión o razonamiento que llevan implicadas la nociones de aptitudes y capacidades.” (Augusto González).

Autores como Binet establecieron una formula cuantitativa para medir la inteligencia la que denomina **cociente intelectual**, que es la relación entre la edad mental y la edad cronológica multiplicado por cien.

$$\text{CI} = \frac{\text{Edad mental} \times 100}{\text{Edad cronológica}}$$

## CLASIFICACIÓN DEL RETRASO MENTAL SEGÚN LOS SISTEMAS DSM-IV y CIE-10

<b>Ligero</b>	<b>50-55 – 70</b>
<b>Medio</b>	<b>35 - 49</b>
<b>Grave</b>	<b>20 - 34</b>
<b>Profundo</b>	<b>menos 20</b>

## COCIENTE INTELECTUAL (Binet, Stanfor, Terman)

<b>140 o mas</b>	<b>Superdotados genios</b>
<b>120-140</b>	<b>Inteligencias muy superiores</b>
<b>110-120</b>	<b>Inteligencias superiores</b>
<b>90 –110</b>	<b>Inteligencias normales</b>
<b>80 – 90</b>	<b>Debilidad mental leve</b>
<b>70 – 80</b>	<b>Debilidad mental pronunciada</b>
<b>50 – 70</b>	<b>Imbecilidad</b>
<b>0 - 50</b>	<b>Idiocracia</b>

Para el diagnóstico se utiliza ciertos tests psicométricos y preferentemente el de Wechsler que tiene sus variaciones según la edad de la persona.

El DSM-IV manifiesta que para el diagnóstico deben existir los siguientes elementos: Cociente intelectual menor al 70%. Que exista alteración de la actividad adaptativa en por menos dos áreas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales e interpersonales, utilización de los

recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. El inicio es anterior a los 18 años. En cambio el CIE-10 menciona que el retardo mental es una condición de desarrollo incompleto de la mente, que se caracteriza por la alteración de las habilidades durante el periodo del desarrollo lo cual contribuye al nivel de la inteligencia. La conducta adaptativa siempre está alterada. La evaluación del nivel intelectual debe basarse en toda la información disponible, incluyendo manifestaciones clínicas, conducta adaptativa y psicomotricidad.<sup>107</sup>

La conducta adaptativa es el accionar progresivo, a través del desarrollo, desde la niñez hasta la adultez por el cual el ser humano, comprende, razona y realiza sus actividades sociales, conceptuales y practicas diarias. En base de lo expresado anteriormente existen habilidades conceptuales como son: la lectura, escritura, lenguaje expresivo, compresión de los objetos y sus valores; las habilidades sociales: las relaciones interpersonales, la responsabilidad, autoestima, obediencia de las normas y leyes y las habilidades prácticas: comer, vestirse, higiene personal, usar medios de transporte.

Si bien existen múltiples causas de discapacidad intelectual, el más frecuente es el Síndrome de Down, llamado también Trisomía 21, porque existe un cromosoma adicional en el par 21 en el que además, existen ciertas características físicas a nivel facial que un aspecto particular a quien lo padece, sumándose a esto malformaciones congénitas en corazón, aparato digestivo e hipotiroidismo.<sup>108</sup>

Cuando el coeficiente intelectual se encuentra entre 0 y 30 en el individuo hay las siguientes características: emite sonidos guturales, no lee ni escribe, no hay control de esfínteres (se orina y defeca), no puede subsistir solo porque es incapaz de atender sus necesidades básicas, generalmente tiene malformaciones físicas. Si el cociente intelectual esta entre 30 y 50, el individuo no lee ni escribe, no conoce el dinero, atiende sus necesidades elementales, puede, a veces, desempeñar tareas rudimentarias. Cuando el cociente intelectual esta entre 50 y 60, no lee ni escribe, no realiza operaciones mentales, solo firma, tiene un vocabulario simple, no conoce el dinero, a veces puede desempeñar tareas rudimentarias. Con cocientes intelectuales entre 60 y 70, el individuo, lee y escribe, realiza operaciones simples, conoce el dinero, trabaja en puestos de escasa exigencia intelectual.<sup>109</sup>

En cuanto al análisis médico legal, estas personas pueden verse involucradas en variados tipos de delitos, según Vargas (2013) el retardo mental fronterizo es imputable, el retardo mental leve tiene imputabilidad disminuida, el moderado y severo son inimputables.<sup>110</sup>

## **EL EXAMEN Y LA PERICIA PSIQUIATRICA**

El examen psiquiátrico es fundamental para determinar la entidad nosológica (trastorno psiquiátrico) y el grado de afectación en su conducta y su pronóstico, para esto es importante que el profesional que realiza tenga conocimientos en la ciencia psiquiátrica además los de formación médica como son medicina interna y neurología a los que se sumaran los del Derecho.

Para la pericia psiquiátrica se debe partir del examen psiquiátrico que tiene los siguientes procedimientos<sup>111</sup>:

- La historia psiquiátrica
- El examen del estado mental
- El examen físico y neurológico
- Las escalas o cuestionarios para detectar o valorar la severidad de síntomas o problemas específicos psiquiátricos
- Los test psicológicos
- Los exámenes de laboratorio

En la historia psiquiátrica e primer lugar van los **datos de identificación**, estado civil, edad, ocupación, que ya en un inicio pueden dar a valorar ciertos aspectos de algunas enfermedades que pudieran existir en relación a estos aspectos. Luego viene el **motivo de la consulta y enfermedad actual** en la cual se interroga al paciente o familiares como se desarrolló la enfermedad a través del tiempo, si fue abrupta o de comienzo insidioso, cual es la sintomatología prevalente en el aspecto orgánico, psicológico y que factores de todo tipo incidieron en ella. Muchos pacientes tienen una historia **psiquiátrica anterior**, la que se debe averiguar y nos dará también una valiosa información. Es necesario conocer si existen **adiciones a sustancias** que pueden desencadenar alguna patología psiquiátrica. Se debe evaluar la **historia médica** pues,

enfermedades endocrinas, nutricionales, infecciosas o traumáticas, particularmente del cráneo, pueden tener sintomatología psiquiátrica. Para clarificar el diagnóstico e investigar ciertas relaciones hereditarias también se procede a investigar los **antecedentes psiquiátricos y médicos familiares**. Y por último se realiza la **historia personal y del desarrollo** en las diferentes etapas o períodos de la vida, en la infancia, niñez, adolescencia y edad adulta, investigando particularmente algún trastorno en estos períodos.

En el **examen del estado mental**, se valoran todos los procesos psicológicos como la apariencia ( aspecto de vestir, maquillaje, facies), actitud y conducta ( caminar, gestos, coordinación de movimientos corporales), estados afectivos ( manifestaciones exteriores de emociones, enojo, alegría, temor o ausencia de respuestas emocionales), el lenguaje (coherencia, articulación), el pensamiento y sus alteraciones (contenido, obsesiones, delirios), la percepción y anomalías ( ilusiones, alucinaciones), los procesos cognitivos, la orientación ((persona, sitio, tiempo y circunstancias), la memoria (reciente y recuerdos), la atención, la inteligencia, el juicio<sup>112</sup>.

El **examen físico y neurológico** procede a continuación del anterior, en el primero se busca alguna alteración corporal en lo que respecta a los sistemas cardiorrespiratorio, endocrino, renal, etc., que pueden dar indicios de trastornos psiquiátricos subsecuentes, en el segundo, la estrecha correlación con lo psiquiátrico es importante, pues mucha sintomatología neurológica tiene trascendencia en lo psíquico<sup>113</sup>.

Un medio de ayuda complementaria son las **escalas o cuestionarios** (test) para detectar, medir la gravedad de los síntomas o problemas psiquiátricos. En el DSM-IV-TR (Diagnostic Statistical Manual IV-TR) que es la clasificación utilizada por la Asociación Psiquiátrica Americana se utilizan varias escalas para medir el funcionamiento mental ya sea en forma global con el **GAF** (Global Assessment of Functioning) o seguir el progreso clínico del individuo con el **M-GAF** (Modified Global Assessment of Functioning), para evaluar el progreso en las áreas sociales y ocupacional se utiliza el **SOFAS** (Social and Occupational Scale). En los casos de problemas más específicos como las psicosis y la esquizofrenia, en una valoración breve se utiliza **BPRS** (Brief Psychiatric Rating Scale), si se desea evaluar los síntomas positivos de la esquizofrenia se utiliza el **SAPS** (Scale for the Assessment of Positive

Symptoms) y los síntomas negativos el **SANS** (Scale for the Assessment of Negative Symptoms). En las escalas más utilizadas para los trastornos de ánimo tenemos la **escala de depresión de Hamilton** y para la enfermedad Bipolar el **MDQ** (Mood Disorder Questionnaire). En los trastornos por ansiedad se utiliza la **escala de ansiedad de Hamilton** y en el trastorno obsesivo compulsivo, la **escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown**. Para evaluar la demencia se realiza **MMSE** (Mini Mental State Examination).<sup>114</sup>

Ayudas diagnósticas especiales son las **pruebas psicológicas**, estas pueden ser **objetivas** que proporcionan una valoración cuantitativa entre las que tenemos las que miden la inteligencia, utilizada con más frecuencia es la **Weschler-Revisada WAIS-R** (Wechsler Adult Intelligence Scale Revised), de esta última hay variaciones en especial para niños, también puede utilizarse otras como las **matrices progresivas de Raven**. Para la personalidad se utiliza el **Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota MMPI** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) que consiste en 556 preguntas de falso o verdadero y que valora varios aspectos de la personalidad. En personas que tengan trastornos orgánicos y para evaluar el daño psicomotor es de uso la **Prueba de Gestalt-Bender**. Dentro de las pruebas **proyectivas** existe el **Psicodiagnóstico de Rorschach** en esta se utiliza 10 manchas de tinta cuyas respuestas tienen que ser valoradas por personas expertas. La prueba de **apercepción temática TAT** (Thematic Apperception Test) se utiliza 20 fotografías de personas en diferentes situaciones y refleja áreas de conflictos interpersonales. En este campo proyectivo también pueden utilizarse pruebas de terminación de frases, dibujo de una persona, etc.<sup>115</sup>

La valoración por laboratorio va desde exámenes de sangre y orina, radiografías, electroencefalogramas, tomografías, resonancias magnéticas, para confirmar o descartar trastornos orgánicos.

Como observamos ante la complejidad de examen psiquiátrico, la **pericia psiquiátrica** debe realizarse con la debida antelación a la audiencia de juzgamiento, esta debe estar redactada en términos comprensibles a quienes van dedicados su lectura evitando terminología compleja y comprende las siguientes partes según Vargas citando a Lopez Ibor<sup>116</sup>:

- Introducción



- Historial personal y médico
- Descripción de síntomas
- Descripción de signos
- Diagnóstico :retrospectivo y actual
- Consideraciones medico legales
- Conclusiones

## **Capítulo V**

# **Implicaciones jurídicas de los trastornos psiquiátricos**

Los principales campos acción de la Psiquiatría Forense son : el civil y el penal ,el profesor argentino Alejandro Basile dice: “Reconocemos con Nerio Rojas una Psiquiatría medicolegal civil, que abordará problemas sobre incapacidad general de los alienados y la validez o nulidad de diversos actos por anormalidad mental de un individuo en función de la capacidad civil que posee (interdicción, contrato, testamento, casamiento, divorcio), de la inhabilitación judicial (toxicómanos, pródigos,, débiles mentales, indígenas salvajes) y una Psiquiatría medicolegal penal, que considera las reacciones antisociales delictivas, causadas por motivos psíquicos anormales o patológicos (enfermedad mental, oligofrenia, estados de inconsciencia, trastornos psíquicos ligados a la gravidez) o normales (determinación de la edad mental o nivel intelectual, oligofrenia, estado de emoción o estado de pasión ,etc.).<sup>117</sup>

### • **CAPACIDAD JURÍDICA Y DE OBRAR E INCAPACIDAD**

De manera introductoria podemos decir que la capacidad debe ser entendida como aquella aptitud inherente a la persona en cuanto a ser titular de derechos y poder contraer obligaciones, por tanto cualquier individuo es susceptible de poseer dicha aptitud. Ahora bien, es de mucha importancia saber que varias escuelas hacen diversas clasificaciones de la capacidad, en este sentido Jorge Machicado en su texto “Capacidad e Incapacidad”, nos menciona lo siguiente:

#### **Doctrina Tradicional**

La escuela clásica distingue:

##### **1. Capacidad de Goce:**

La Capacidad De Goce es la idoneidad que tiene una persona para adquirir derechos. Cuando una persona nace viva la ley le reconoce derechos, desde que nace goza de esos derechos, por ejemplo se beneficia del derecho al nombre, a tener bienes de su propiedad, etc.

##### **2. Capacidad de Ejercicio:**

La Capacidad de disfrute o ejercicio es la idoneidad de una persona para ejercitar personalmente esos derechos. Casi todas las personas tienen capacidad de goce de derechos pero no todas pueden ejercitarlas personalmente. Por ejemplo una persona propietaria de un inmueble pero menor a 21 años tiene Capacidad de Goce pero aun le falta la Capacidad

de ejercicio. Es decir aun no puede vender personalmente su bien inmueble.<sup>118</sup>

El mismo autor nos presenta similar clasificación realizada por Planiol, Volanger, los Hnos. Mazeaud, lo interesante de la misma es que a más de la capacidad de goce y ejercicio establece la capacidad de imputación o delictual, relacionada al próximo apartado que tratará de la Imputabilidad e Inimputabilidad, en este sentido menciona:

### 3. Capacidad de imputación o delictual:

Es el estado asignado por ley a una persona que lo obliga a responder por hechos ilícitos. La imputabilidad es la situación psíquica de una persona de comprender la antijuridicidad de su conducta y de no adecuar la misma a esa comprensión.<sup>119</sup>

En tanto en nuestra legislación según establece el Código Civil en su Art.1461. “La capacidad legal de una persona consiste en poderse obligar por sí misma, y sin el ministerio o la autorización de otra; Ahora bien, es necesario que podamos hacer una distinción entre lo que es capacidad de goce o jurídica y de ejercicio o de obrar, la primera está caracterizada por ser aquella aptitud con la cual nace el ser humano y es indisoluble por lo tanto solo puede desaparecer con la muerte, no posee condicionamientos legales, a diferencia de la capacidad de ejercicio, esto en relación a que si bien es cierto una persona puede ser titular de un derecho, no siempre tendrá la facultad de ejercerlo, mientras que la capacidad de obrar o de ejercicio es solamente de aquellos individuos que pueden ejercer sus derechos y contraer obligaciones de manera personal, lo que significa que no necesitan de un tercero que les represente; Debemos tomar en cuenta que es imposible de privar completamente de capacidad jurídica a una persona, puesto solo puede hacérselo en derechos específicos, mas no de la totalidad de los mismos, siendo entonces la capacidad de ejercicio aquella que puede ser privada por la ley; aunque estos dos tipos de capacidades tengan diferencias es de señalar que la una necesariamente está ligada a la otra ya que no puede ejercerse un derecho o responder a una obligación sin previamente haberla adquirido.

Ahora bien, como habíamos señalado, la capacidad de ejercicio o de obrar puede ser privada por la incapacidad que se produce por la falta de facultad

para ejercer un derecho o contraer una obligación, en nuestro país se da justamente en este sentido existe incapacidad de ejercicio y no de goce, siendo en nuestra legislación la regla la capacidad y la excepción la incapacidad, tal como lo expresa el Art.1462 del Código Civil Ecuatoriano: “Toda persona es legalmente capaz, excepto las que la Ley declara incapaces”.

La incapacidad de ejercicio o de obrar puede ser general, y esta se clasifica en absoluta, relativa, y especial.

Incapacidad General:

### **Absoluta**

Es aquella incapacidad que se sufre por causas naturales o físicas que no permiten expresar debidamente o que carecen la voluntad del individuo, y tal como se expresa en el Silabo de Derecho Civil del Consejo de la Judicatura: La incapacidad absoluta es aquella que impide la ejecución de cualquier acto jurídico y en cualquier circunstancia, también llamada por algunos autores “natural”, porque obedece a razones de la naturaleza. La incapacidad absoluta produce como efectos la nulidad absoluta en los términos del Art. 1699 del Código Civil ecuatoriano<sup>120</sup>.

La ley determina que los incapaces absolutos son según el Art. 1463 del mencionado cuerpo legal (C.C): “**los dementes**, los impúberes y los sordomudos que no pueden darse a entender por escrito. Sus actos no surten ni aún obligaciones naturales, y no admiten caución”.

Al respecto, considero acertado el comentario realizado en el citado Silabo, en el que se expresa que: “*Nuestro Código ha quedado rezagado a los avances de la psicología, que modernamente ha eliminado el término **demencia** y lo ha reemplazado con el término **enfermedad mental**, excluyendo también la posibilidad de que la persona pueda tener intervalos de lucidez: Una persona es o no psicótica, paranoica, depresiva, obsesiva, etc, pero en determinados momentos lo exterioriza más claramente, lo cual no significa que tenga un “intervalo de lucidez”*”<sup>121</sup>.

### **Relativa**

Este tipo de incapacidad permite al individuo que la adolece realizar algunos actos, a diferencia de la incapacidad absoluta esta se puede dar en cuanto al no

cumplimiento de ciertos requisitos legales, como por ejemplo: edad, estado civil, concediéndoles la Ley solamente cierto grado de capacidad, produciendo además únicamente nulidad relativa de acuerdo con el Art.1700 del Código Civil, siendo subsanable al cumplimiento de los requisitos establecidos por la ley.

El cuerpo legal antes citado, en su Art.1463 dice que: “Son también incapaces los menores adultos, los que se hallan en interdicción de administrar sus bienes, y las personas jurídicas. Pero la incapacidad de estas clases de personas no es absoluta, y sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos respectos determinados por las leyes.

### **Características de la Incapacidad relativa.**

- Se da en personas plenamente capaces.
- Es temporal. Dura mientras dura la situación establecida por ley.
- Se da solo respecto a ciertas personas.<sup>122</sup>

### **Especial**

El Diccionario Jurídico Chileno define a la incapacidad especial como: aquella incapacidad que consiste en la prohibición que la ley ha impuesto a ciertas personas para ejecutar ciertos actos.

Estas incapacidades las ha establecido la ley con el propósito de proteger a los incapaces, o por razones de moralidad y de conveniencia general. En algunos casos, la incapacidad importa la prohibición absoluta de ejecutar ciertos actos; y en otros la exigencia de celebrarlo cumpliendo con ciertos requisitos o formalidades habilitantes. Las sanciones al no cumplimiento en ambos casos son distintas<sup>123</sup>.

Nuestro Código Civil con respecto a este tipo de incapacidad, señala en el Art. 1463, que: estas consisten en la prohibición que la ley ha impuesto a ciertas personas para ejecutar ciertos actos.

Existen múltiples ejemplos de este tipo de incapacidad no sólo en el Código Civil sino también en otras Leyes como la Constitución, el Código del Trabajo, etc. Así, podemos citar entre otros: la prohibición de que el extranjero trabaje en relación de dependencia sin previamente haber obtenido permiso expreso

del Director Nacional de Trabajo y Recursos Humanos (Art. 560 del Código del Trabajo); la prohibición para ser Ministros de Estado a los parientes hasta el segundo grado de afinidad y cuarto grado de consanguinidad del Presidente o del Vicepresidente de la República (Art. 152 numeral uno de la Constitución)<sup>124</sup>.

### **Características de la Incapacidad jurídica especial.**

- Es una excepción.
- Afecta solo a determinadas personas.
- Es textual. Está señalado y tipificado por la ley. No pueden ser creadas por la autonomía de la voluntad.<sup>125</sup>

### **Efectos de la Incapacidad especial.**

En cuanto a sus efectos, dependen de la formulación o redacción de la norma que establece la incapacidad: así, si la norma jurídica es prohibitiva, se produce la nulidad absoluta como por ejemplo en el caso de la prohibición a los cónyuges de no celebrar contratos entre sí salvo el mandato y las capitulaciones matrimoniales (Art. 218 del Código Civil); en cambio, si la norma jurídica es imperativa negativa, el efecto será la nulidad relativa, como por ejemplo el caso del Art. 2048 del Código Civil: “Art. 2048.- No podrá el mandatario, por sí ni por interpuesta persona, comprar las cosas que el mandante le ha ordenado vender, ni vender de lo suyo al mandante lo que éste le ha ordenado comprar; si no fuere con aprobación expresa del mandante”<sup>126</sup>.

## **• IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD EN EL DERECHO PENAL**

Es necesario partir recordando los conceptos de imputabilidad e inimputabilidad, para poder entender de mejor manera, cuales son las diferencias de lo que considero primordial dentro del derecho penal, luego haremos una revisión en cuanto a la legislación que por años había venido siendo aplicada en el país para el juzgamiento de las conductas antijurídicas y el nuevo cuerpo legal bajo el cual se regirá el país, que es el Código Integral Penal, a modo de justificación de este capítulo considero que la imputabilidad

e inimputabilidad son de suma importancia en cuanto a que son elementos que nos sirven para determinar si se puede o no continuar con la acción penal.

Ahora bien, la imputabilidad es entendida como aquella capacidad que tiene una persona de ser juzgada penalmente, “Beling, repitiendo a Carrara, define la imputabilidad como la capacidad para ser culpable; de ahí que, el inimputable no es culpable de lo que hace. La imputabilidad es pues el presupuesto de la culpabilidad”<sup>127</sup>; La imputabilidad involucra que el individuo tenga la capacidad de entender que sus actos tienen consecuencias jurídicas, de forma acertada Caballero expresa que la imputabilidad “es una calidad personal o estado del agente exigido por el derecho para hacerle responsable de su acción típicamente antijurídica. El derecho delimita estrictamente ciertas calidades subjetivas que constituyen presupuestos de la culpabilidad penal y que conforman una capacidad personalísima exigible al autor para que pueda ser responsable de la acción u omisión típicamente antijurídica cometida”<sup>128</sup>.

Es muy importante tener en cuenta que si bien es cierto la imputabilidad permite que la persona sea juzgada por el delito que cometió, pueden existir varios hechos que lo hagan inimputable, lo que quiere decir que aunque cometido el delito, esta persona no es susceptible de juzgamiento por no haberse comedido con dos requisitos fundamentales que son voluntad y conciencia de las que habla el Código Penal en su Art.32.

Las personas Inimputables según el Código Penal Ecuatoriano, son las siguientes:

- **Art. 34.-** No es responsable quien, en el momento en que se realizó la acción u omisión, estaba, por enfermedad, en tal estado mental, que se hallaba imposibilitado de entender o de querer.
- **Art. 35.-** Quien, en el momento de realizar el acto delictuoso estaba, por razón de enfermedad, en tal estado mental que, aunque disminuida la capacidad de entender o de querer, no le imposibilitaba absolutamente para hacerlo, responderá por la infracción cometida, pero la pena será disminuida como lo establece este Código.
- **Art. 36.-** Cuando la acción u omisión que la ley ha previsto como infracción, es en cuanto al hecho y no al derecho, resultante del



engaño de otra persona, por el acto de la persona engañada responderá quien le determinó a cometerlo.

- **Art. 37.-** Entratándose de la embriaguez del sujeto activo de la infracción, o de intoxicación por sustancias estupefacientes, se observarán las siguientes reglas:

1a. Si la embriaguez, que derive de caso fortuito o fuerza mayor, privó del conocimiento al autor, en el momento en que cometió el acto, no habrá responsabilidad;

2a. Si la embriaguez no era completa, pero disminuía grandemente el conocimiento, habrá responsabilidad atenuada;

3a. La embriaguez no derivada de caso fortuito o fuerza mayor, ni excluye, ni atenúa, ni agrava la responsabilidad;

4a. La embriaguez premeditada, con el fin de cometer la infracción, o de preparar una disculpa, es agravante; y,

5a. La embriaguez habitual es agravante. Se considera ebrio habitual a quien se entrega al uso de bebidas alcohólicas, o anda frecuentemente en estado de embriaguez.

- **Art. 39.-** Cuando un sordomudo cometiere un delito, no será reprimido si constare plenamente que ha obrado sin conciencia y voluntad; pero podrá colocársele en una casa de educación adecuada, hasta por diez años; y si constare que ha obrado con conciencia y voluntad, se le aplicará una pena que no exceda de la mitad ni baje de la cuarta parte de la establecida para el delito.

- **Art. 40.-** Las personas que no hayan cumplido los 18 años de edad, estarán sujetas al Código de la Niñez y Adolescencia.

#### **1.- Enfermedad Mental:**

Para determinar si existe o no una enfermedad mental, se sigue los siguientes criterios:

- **Biológico o Psiquiátrico:** Basta el diagnóstico para determinar la inimputabilidad. Somete al juez a la opinión de los psiquiatras.

- Psicológico: Basta la manifestación de anormalidad en el momento del delito. Describe los efectos que deben producirse en la mente del sujeto. Lleva a errores.
- Mixto: El juez determina la imputabilidad en base a diagnóstico psiquiátrico y en base al momento de manifestarse la anormalidad.<sup>129</sup>

El autor español Arrechdera menciona los criterios internacionales para determinar correctamente una enfermedad mental y son los siguientes<sup>130</sup>:

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas medicas aceptadas internacionalmente
2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuara nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación de un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de salud la mental
3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos, o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona, en ningún caso serán un factor determinante del diagnostico de enfermedad mental
4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará para justificar en el presente o en el futuro la determinación de una enfermedad mental
5. Ninguna persona o autoridad clasificara a una persona como enferma mental o indicara de otro modo que padece de una enfermedad mental, salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de esta

## **2.- Embriaguez:**

Es el Trastorno psíquico temporal de carácter tóxico que altera los procesos cognoscitivos y disminuye el control voluntario de los actos

- Fortuita o involuntaria, es la ingestión de una o varias copas de alcohol, pero que para la naturaleza del sujeto es excesiva, razón que

cae en embriaguez aguda. Es eximente.

- Culposa o voluntaria. Ingestión ocasional o habitual sin moderación, pero sin intención de embriagarse. Es atenuante, si es semiplena.
- Dolosa o premeditada. Ingestión con intención de cometer un delito o de obtener un eximente. No es eximente, en los demás casos es delito culposo.
- Plena o completa, es el estado de confusión donde el ebrio está privado totalmente de la inteligencia y carente completamente de la voluntad.
- Semiplena o incompleta. Aún tiene capacidad de querer y comprender aunque no lucidamente<sup>131</sup>.

### **Imputabilidad e Inimputabilidad en el Código Orgánico Integral Penal.**

El Código Integral Penal tiene similitudes al Código Penal en cuanto a la Imputabilidad e Inimputabilidad, de esta forma establece que:

- **Artículo 34.-** Para que una persona sea considerada responsable penalmente deberá ser imputable y actuar con conocimiento de la antijuridicidad de su conducta.
- **Artículo 35.** No existe responsabilidad penal en el caso de trastorno mental debidamente comprobado.
- **Artículo 36.-** La persona que al momento de cometer la infracción no tiene la capacidad de comprender la ilicitud de su conducta o de determinarse de conformidad con esta comprensión, en razón del padecimiento de un trastorno mental, no será penalmente responsable. En estos casos la o el juzgador dictará una medida de seguridad.
- La persona que, al momento de cometer la infracción, se encuentra disminuida en su capacidad de comprender la ilicitud de su conducta o de determinarse de conformidad con esta comprensión, tendrá responsabilidad penal atenuada en un tercio de la pena mínima prevista para el tipo penal.
- **Artículo 37.-** Salvo en los delitos de tránsito, la persona que al momento de cometer la infracción se encuentre bajo los efectos del

alcohol o de sustancias estupefacientes, psicotrópicas o preparados que las contengan, será sancionada conforme con las siguientes reglas:

1. Si deriva de caso fortuito y priva del conocimiento al autor en el momento en que comete el acto, no hay responsabilidad.
  2. Si deriva de caso fortuito y no es completa, pero disminuye considerablemente el conocimiento, hay responsabilidad atenuada imponiendo el mínimo de la pena prevista en el tipo penal, reducida en un tercio.
  3. Si no deriva de caso fortuito, ni excluye, ni atenúa, ni agrava la responsabilidad.
  4. Si es premeditada con el fin de cometer la infracción o de preparar una disculpa, siempre es agravante.
- **Artículo 38.-** Las personas menores de dieciocho años en conflicto con la ley penal, estarán sometidas al Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia

### **CIE-10 Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento**

#### **(F00-F09) Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos**

- (F00) Demencia en la enfermedad de Alzheimer
- (F01) Demencia vascular
  - (F01.1) Demencia multi-infartica
- (F02) Demencia en otras enfermedades clasificadas
  - (F02.0) Demencia en la enfermedad de Pick
  - (F02.1) Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
  - (F02.2) Demencia en la enfermedad de Huntington
  - (F02.3) Demencia en la enfermedad de Parkinson
  - (F02.4) Demencia en el VIH
- (F03) Demencia sin especificar
- (F04) Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos
- (F05) Delirium, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos
- (F06) Otros trastornos mentales debidos a daños neuronales, disfunciones y enfermedades físicas
- (F07) Trastornos de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunciones
- (F09) Trastornos mentales orgánicos o sintomáticos sin especificar

#### **(F10-F19) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos**

Nota: las siguientes condiciones son subtipos de cada código en el intervalo F10-19:

- (F1x.0) Intoxicación aguda
- (F1x.1) Uso perjudicial
- (F1x.2) Síndrome de dependencia
- (F1x.3) Síndrome de abstinencia

(F1x.4) síndrome de abstinencia con delirium

(F1x.5) Trastorno psicótico

(F1x.6) Trastorno Amnésico

(F1x.7) Trastorno psicótico

(F1x.8) Otro trastorno mental del comportamiento.

(F1x.9) Trastorno mental o del comportamiento no especificado.

(F10) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de alcohol

(F11) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de opioides

(F12) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de cannabinoides

(F13) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos

(F14) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de cocaína

(F15) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes, incluyendo la cafeína

(F16) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de alucinógenos

(F17) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de tabaco

(F18) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles

(F19) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas y otros psicotrópicos

**(F20-29) Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes**

(F20) Esquizofrenia

(F20.0) Esquizofrenia paranoide

(F20.1) Esquizofrenia hebefrénica

(F20.2) Esquizofrenia catatónica

(F20.3) Esquizofrenia indiferenciada

- (F20.4) Depresión post-esquizofrénica
- (F20.5) Esquizofrenia residual
- (F20.6) Esquizofrenia simple
- (F20.8) Otras esquizofrenias
- (F20.9) Esquizofrenia no especificada
- (F21) Trastorno esquizotípico
- (F22) Trastornos delirantes persistentes
  - (F22.0) Trastorno delirante
- (F23) Trastornos psicóticos agudos y transitorios
  - (F23.0) Trastorno psicótico polimórfico agudo sin síntomas de esquizofrenia
  - (F23.1) Trastorno psicótico polimórfico agudo con síntomas de esquizofrenia
  - (F23.2) Trastorno psicótico agudo estilo esquizofrenia
  - (F23.3) Otros trastornos psicóticos agudos predominantemente delirantes
  - (F23.8) Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios
  - (F23.9) Trastornos psicóticos agudo y transitorios sin especificar
- (F24) Trastorno de ideas delirantes inducidas
- (F25) Trastornos esquizoafectivos
  - (F25.0) Trastorno esquizoafectivo, tipo maníaco
  - (F25.1) Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo
  - (F25.2) Trastorno esquizoafectivo, tipo mixto
  - (F25.8) Otros trastornos esquizoafectivos
  - (F25.9) Trastorno esquizoafectivo sin especificar
- (F28) Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- (F29) Psicosis no orgánica sin especificar
- (F30-39) Trastornos del humor (afectivos)**
  - (F30) Episodio maníaco
    - (F30.0) Hipomanía
  - (F31) Trastorno bipolar afectivo
  - (F32) Episodio depresivo

- (F32.0) Episodio depresivo leve
- (F32.1) Episodio depresivo moderado
- (F33) Trastorno depresivo recurrente
  - (F33.0) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
  - (F33.1) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
  - (F33.2) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
  - (F33.3) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
  - (F33.4) Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- (F34) Trastornos afectivos persistentes
  - (F34.0) Ciclotimia
  - (F34.1) Distimia
- (F38) Otros trastornos afectivos
- (F39) Trastorno afectivo sin especificar
- (F40-49) Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos**
  - (F40) Trastornos fóbicos de ansiedad
    - (F40.0) Agorafobia
  - (F41) Otros trastornos de ansiedad
    - (F41.0) Trastorno de pánico (ansiedad episódica paroxismal)
    - (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada
  - (F42) Trastorno obsesivo-compulsivo
  - (F43) Reacción al stress grave y trastornos de adaptación
    - (F43.0) Reacción al stress agudo
    - (F43.1) Trastorno post-traumático del stress
    - (F43.2) Trastorno de adaptación
  - (F44) Trastorno de conversiódissociativo
    - (F44.0) Amnesiadisociativa
    - (F44.1) Fuga disociativa
  - (F45) Trastorno somatomorfo



(F45.0) Trastorno de somatización

(F48) Otras neurosis

(F48.0) Neurastenia

**(F50-59) Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos**

(F50) Trastornos de la ingestión de alimentos

(F50.0) Anorexia nerviosa

(F50.2) Bulimia nerviosa

(F50.3) Bulimia nerviosa atípica

(F50.4) Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos

(F50.5) Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos

(F50.8) Otros trastornos de la conducta alimentaria

(F50.9) Trastornos de la conducta alimentaria no especificado

(F51) Trastornos del sueño no orgánicos

(F51.0) Insomnio no orgánico

(F51.1) Hipersomnia no orgánica

(F51.2) Trastorno del reloj biológico no orgánico

(F51.3) Sonambulismo

(F51.4) Terror nocturno

(F51.5) Pesadillas

(F52) Disfunción sexual no ocasionada por trastornos ni enfermedades orgánicas

(F52.4) Eyaculación precoz

(F53) Trastornos mentales y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados

(F53.0) Trastornos mentales suaves y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados

(F53.1) Trastornos mentales severos y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados

(F54) Factores psicológicos y de comportamiento asociados con los desórdenes o enfermedades clasificados

(F55) Abuso de sustancias que no producen dependencia

(F59) Síndromes de comportamiento sin especificar asociados con perturbaciones psicológicas y factores físicos

**(F60-69) Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos**

(F60) Trastorno de personalidad específico

(F60.0) Trastorno paranoide de la personalidad

(F60.1) Trastorno esquizoide de la personalidad

(F60.2) Trastorno disocial de la personalidad

(F60.3) Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

(F60.4) Trastorno histriónico de la personalidad

(F60.5) Trastorno anancástico de la personalidad

(F60.6) Trastorno ansioso o por evitación de la personalidad

(F60.7) Trastorno dependiente de la personalidad

(F60.8) Otros trastornos de personalidad específicos

(F60.9) Trastorno de personalidad, sin especificar

(F61) Trastornos de personalidad mixtos y otros

(F62) Cambios de personalidad duraderos, no atribuibles a enfermedades o daños cerebrales

(F63) Trastornos impulsivos y de hábito

(F63.0) Ludopatía patológica

(F63.1) Piromanía patológica

(F63.2) Cleptomanía patológica

(F63.3) Tricotilomanía

(F64) Trastornos de la identidad de género

(F64.0) Transexualidad

(F64.1) Travestismo

(F64.2) Trastorno de identidad de género de la infancia

(F65) Trastornos de orientación sexual

(F65.0) Fetichismo

(F65.1) Fetichismo travestista

(F65.2) Exhibicionismo

(F65.3) Voyeurismo

- (F65.4) Pedofilia
- (F65.5) Sadomasoquismo
- (F65.6) Múltiples trastornos de preferencia sexual
- (F65.8) Otros trastornos de preferencia sexual
- (F66) Trastornos psicológicos y de comportamiento asociados con el desarrollo y la orientación sexual
  - (F66.0) Trastorno de maduración sexual
  - (F66.1) Orientación sexual ego-distónica
  - (F66.2) Trastorno relacional sexual
  - (F66.8) Otros trastornos de la pulsión
  - (F66.9) Trastornos de la pulsión, sin especificar
- (F68) Otros trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos
  - (F68.0) Elaboración de síntomas físicos por razones psicológicas
  - (F68.1) Producción intencionada o ficción de síntomas o incapacidades, físicas o psicológicas
  - (F68.8) Otros trastornos específicos de personalidad o comportamiento en adultos
- (F69) Trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos sin especificar

**(F70-79) Retraso mental**

- (F70) Retraso mental leve
- (F71) Retraso mental moderado
- (F72) Retraso mental severo
- (F73) Retraso mental profundo
- (F78) Otros retrasos mentales
- (F79) Retrasos mentales sin especificar

**(F80-89) Trastornos del desarrollo psicológico**

- (F80) Trastornos específicos del lenguaje y del habla
  - (F80.0) Trastorno específico de la articulación del habla
  - (F80.1) Trastorno expresivo del lenguaje
  - (F80.2) Trastorno receptivo del lenguaje

- (F80.3) Afasia adquirida con epilepsia (Landau-Kleffner)
- (F80.8) Otros trastornos del desarrollo del lenguaje y el habla
- (F80.9) Trastornos del desarrollo del lenguaje y el habla sin especificar
- (F81) Trastornos de desarrollo específicos de habilidades académicas
  - (F81.0) Trastorno específico de la lectura
  - (F81.1) Agrafía
  - (F81.2) Trastornos específicos de habilidades aritméticas
  - (F81.3) Trastornos mixtos de habilidades escolares
  - (F81.8) Otros desórdenes del desarrollo de habilidades escolares
  - (F81.9) Trastorno de desarrollo de habilidades escolares sin especificar
- (F82) Trastornos de desarrollo específicos de funciones motoras
- (F83) Trastornos de desarrollo específicos mixtos
- (F84) Trastorno generalizado del desarrollo
  - (F84.0) Autismo en la niñez
  - (F84.1) Autismo atípico
  - (F84.2) Síndrome de Rett
  - (F84.4) Trastorno asociado a hiperactividad con retraso mental y movimientos estereotipados
  - (F84.5) Síndrome de Asperger
- (F88) Otros trastornos del desarrollo psicológico
- (F89) Trastornos del desarrollo psicológico sin especificar
- (F90-F98) Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia**
  - (F90) Trastornos hipercinéticos
    - (F90.0) Trastorno de la actividad y la atención
    - (F90.1) Trastorno hiperquinético de la conducta
  - (F91) Trastornos de conducta
    - (F91.0) Trastorno de conducta confinado al entorno familiar
    - (F91.1) Trastorno de conducta desocializado
    - (F91.2) Trastorno de conducta socializado
    - (F91.3) Trastorno negativista desafiante

- (F92) Trastornos mixtos de conducta y emociones
  - (F92.0) Trastornos de conducta depresivos
- (F93) Trastornos emocionales específicos en el comienzo de la niñez
  - (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación de la niñez
  - (F93.1) Trastorno de ansiedad fóbica de la niñez
  - (F93.2) Trastorno de ansiedad social de la niñez
  - (F93.3) Trastorno de rivalidad fraternal
- (F94) Trastornos de funciones sociales específicos del comienzo de la niñez y la adolescencia
  - (F94.0) Mutismo selectivo
  - (F94.1) Trastorno del vinculo reactivo de la niñez
  - (F94.2) Trastorno del vinculo desinhibido de la niñez
- (F95) Tics
  - (F95.0) Tic transitorio
  - (F95.1) Tic crónico motor o vocal
  - (F95.2) Tic combinado vocal y múltiple motor (de la Tourette)
- (F98) Otros trastornos emocionales y de comportamiento iniciados normalmente en la niñez y en la adolescencia
  - (F98.0) Enuresis nocturna
  - (F98.1) Encopresis
  - (F98.2) Trastorno de la alimentación de la infancia y la niñez
  - (F98.3) Pica de la infancia y la niñez
  - (F98.4) Trastornos del movimiento estereotipados
  - (F98.5) Tartamudez
  - (F98.6) Desorden lingüístico
- (F99) Trastornos mentales sin especificar

#### Clasificación DSM-IV

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

3. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados
4. Trastornos relacionados con sustancias
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
6. Trastornos del estado del ánimo
7. Trastornos de ansiedad
8. Trastornos somatomorfos
9. Trastornos facticios
10. Trastornos disociativos
11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual
12. Trastornos de la conducta alimentaria
13. Trastornos del sueño
14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
15. Trastornos adaptativos
16. Trastornos de la personalidad
17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), es el sistema de diagnósticopsiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, y data del 2000.

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:

Retraso mental: leve, moderado, grave, y profundo.

Trastornos del aprendizaje:

Trastorno de la lectura

Trastorno del cálculo

Trastorno de la expresión escrita

Trastorno del aprendizaje no especificado

Trastorno de las habilidades motoras: Trastorno del desarrollo de la coordinación.

Trastornos de la comunicación:

- Trastorno del lenguaje expresivo
- Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
- Trastorno fonológico
- Tartamudeo
- Trastorno de la comunicación no especificado.

Trastornos generalizados del desarrollo:

- Trastorno autista
- Trastorno de Rett
- Trastorno desintegrativo infantil
- Trastorno de Asperger
- Trastorno generalizados del desarrollo no especificado.

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:
  - Tipo combinado
  - Tipo con predominio del déficit de atención
  - Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.
- Trastorno disocial
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez:

- Pica
- Trastorno de rumiación
- Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez

Trastornos de tics:

- Trastorno de la Tourette
- Trastorno de tics motores o vocales crónicos
- Trastorno de tics transitorios
- Trastorno de tics no especificado

Trastornos de la eliminación:

Encopresis:

Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento

Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento

Enuresis (no debida a una enfermedad médica)

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:

Trastorno de ansiedad por separación

Mutismo selectivo

Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez

Trastorno de movimientos estereotipados

Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:

Delirium:

Delirium debido a...(indicar enfermedad médica)

Delirium inducido por sustancias

Delirium por abstinencia de sustancias

Delirium debido a múltiples etiologías

Delirium no especificado

Demencia:

Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano:

No complicada

Con delirium

Con ideas delirantes

Con estado de ánimo depresivo

Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío:

No complicada

Con delirium

Con ideas delirantes

Con estado de ánimo depresivo

Demencia vascular:

No complicada

Con delirium

Con ideas delirantes

Con estado de ánimo depresivo



- Demencia debida a enfermedad por VIH
- Demencia debida a traumatismo craneal
- Demencia debida a enfermedad de Parkinson
- Demencia debida a enfermedad de Huntington
- Demencia debida a enfermedad de Pick
- Demencia debida a ...(indicar enfermedad médica no enumerada antes)
- Demencia no especificada

Trastornos amnésicos:

- Trastorno amnésico debido a ...(indicar enfermedad médica)
- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.
- Trastorno amnésico no especificado.

Otros trastornos cognoscitivos: Trastorno cognoscitivo no especificado.

3.Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados:

- Trastorno catatónico debido a ... (indicar enfermedad médica)
- Cambio de personalidad debido a ...(indicar enfermedad médica)
- Trastorno mental no especificado debido a ...(indicar enfermedad médica)

4.Trastornos relacionados con sustancias:

Trastornos relacionados con el alcohol:

Trastornos por consumo de alcohol: .

- Dependencia de alcohol

- Abuso de alcohol

Trastornos inducidos por el alcohol: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno

amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de

ánimo, y Trastorno relacionado con alcohol no especificado

Trastornos relacionados con alucinógenos:

Trastornos por consumo de alucinógenos:

- Dependencia de alucinógenos

- Abuso de alucinógenos

Trastornos inducidos por alucinógenos: Intoxicación, Trastorno perceptivo persistente, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno del estado de ánimo.

Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar):

Trastornos por consumo de anfetaminas:

Dependencia de anfetaminas

Abuso de anfetaminas

Trastornos inducidos por anfetaminas: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico,

Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno del estado de ánimo.

Trastornos relacionados con cafeína:

Trastornos inducidos por cafeína: Intoxicación, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, y

Trastorno relacionado con cafeína no especificado.

Trastornos relacionados con cannabis:

Trastornos por consumo de cannabis:

Dependencia de cannabis

Abuso de cannabis

Trastornos inducidos por cannabis: Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de

ansiedad, y Trastorno relacionado con cannabis no especificado.

Trastornos relacionados con cocaína:

Trastornos por consumo de cocaína:

Dependencia de cocaína

Abuso de cocaína

Trastornos inducidos por cocaína: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno

del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno

relacionado con cocaína no especificado.

Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar):

Trastornos por consumo de :fenciclidina:

Dependencia de fenciclidina

Abuso de fenciclidina

Trastornos inducidos por fenciclidina: Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del

estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado.

Trastornos relacionados con inhalantes:

Trastornos por consumo de inhalantes:

Dependencia de inhalantes

Abuso de inhalantes

Trastornos inducidos por inhalantes: Intoxicación, Delirium, Demencia, Trastorno psicótico, Trastorno

del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con inhalantes no

especificado.

Trastornos relacionados con nicotina:

Trastornos por consumo de nicotina: Dependencia de nicotina.

Trastornos inducidos por nicotina: Abstinencia y Trastorno relacionado con nicotina no especificado.

Trastornos relacionados con opiáceos:

Trastornos por consumo de opiáceos:

Dependencia de opiáceos

Abuso de opiáceos

Trastornos inducidos por opiáceos: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico,

Trastorno del estado de ánimo, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con

opiáceos no especificado.

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:  
Intoxicación, Abstinencia, Delirium,

Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de  
ansiedad, Trastorno del sueño,

Trastorno del estado de ánimo, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado  
con sedantes, hipnóticos

o ansiolíticos no especificado

Trastornos relacionados con varias sustancias: Dependencia de varias  
sustancias.

Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas):

Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas):

Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)

Abuso de otras sustancias (o desconocidas)

Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas): Intoxicación,  
Abstinencia, Delirium,

Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de  
ansiedad, Trastorno del sueño,

Trastorno del estado de ánimo, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado  
con otras sustancias (o

desconocidas) no especificado

## 5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Esquizofrenia:

Tipo paranoide

Tipo desorganizado

Tipo catatónico

Tipo indiferenciado

Tipo residual

Trastorno esquizofreniforme

Trastorno esquizoafectivo

Trastorno delirante

Trastorno psicótico breve

Trastorno psicótico compartido (folie a deux)

Trastorno psicótico debido a...(indicar enfermedad médica)

Con ideas delirantes

Con alucinaciones

Trastorno psicótico inducido por sustancias

Trastorno psicótico no especificado.

#### 6.Trastornos del estado del ánimo:

Trastornos depresivos:

Trastorno depresivo mayor

Trastorno distímico

Trastorno depresivo no especificado

Trastornos bipolares:

Trastorno bipolar I

Trastorno bipolar II

Trastorno ciclotímico

Trastorno bipolar no especificado.

Trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica

Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias

Trastorno del estado del ánimo no especificado.

#### 7.Trastornos de ansiedad:

Trastorno de angustia sin agorafobia

Trastorno de angustia con agorafobia

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

Fobia específica (animal, ambiental, situacional, etc.)

Fobia social

Trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno por estrés postraumático

Trastorno por estrés agudo

Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Trastorno de ansiedad no especificado

8.Trastornos somatomorfos:

Trastorno de somatización

Trastorno somatomorfo indiferenciado

Trastorno de conversión

Trastorno por dolor

Hipocondría

Trastorno dismórfico corporal

Trastorno somatomorfo no especificado

9.Trastornos facticios:

Trastorno facticio:

Con predominio de signos y síntomas psicológicos

Con predominio de signos y síntomas somáticos

Con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos

Trastorno facticio no especificado.

10.Trastornos disociativos:

Amnesia disociativa

Fuga disociativa

Trastorno de identidad disociativo

Trastorno de despersonalización

Trastorno disociativo no especificado

11.Trastornos sexuales y de la identidad sexual:

Trastornos sexuales:

Trastornos del deseo sexual:

Deseo sexual hpoactivo

Trastorno por aversión al sexo

Trastornos de la excitación sexual:

Trastornos de la excitación sexual en la mujer

Trastornos de la excitación sexual en el varón

Trastornos del orgasmo:

Trastorno orgásmico femenino

Trastorno orgásmico masculino

Eyacuación precoz

Trastornos sexuales por dolor:

Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)

Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica

Trastorno sexual no especificado

Parafilias:

Exhibicionismo

Fetichismo

Frotteurismo

Pedofilia

Masoquismo sexual

Sadismo sexual

Fetichismo transvestista

Voyeurismo

Parafilia no especificada

Trastornos de la identidad sexual

12.Trastornos de la conducta alimentaria:

Anorexia nerviosa

Bulimia nerviosa

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

13.Trastornos del sueño:

Trastornos primarios del sueño:

Disomnias:

Insomnio primario

Hipersomnia primaria

Narcolepsia

Trastorno del sueño relacionado con la respiración

Trastorno del ritmo circadiano

Disomnia no especificada

Parasomnias:

Pesadillas

Terrores nocturnos

Sonambulismo

Parasomnia no especificada

Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental

Otros trastornos del sueño

14.Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados:

Trastorno explosivo intermitente

Cleptomanía

Piromanía

Juego patológico

Tricotilomanía

Trastornos del control de los impulsos no especificado

15.Trastornos adaptativos:

Trastorno adaptativo:

Con estado de ánimo depresivo

Con ansiedad

Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo

Con trastorno de comportamiento

Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento

No especificado

16.Trastornos de la personalidad:

Trastorno paranoide de la personalidad

Trastorno esquizoide de la personalidad

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Trastorno antisocial de la personalidad

Trastorno límite de la personalidad

Trastorno histriónico de la personalidad



- Trastorno narcisista de la personalidad
- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- Trastorno de la personalidad no especificado

17.Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica:

- Factores psicológicos que afectan al estado físico:

- Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica

- Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica

- Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica

- Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica

- Respuesta fisiológica relacionadas con el estrés que afecta a una enfermedad médica

- Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica

- Trastornos motores inducidos por medicamentos:

- Parkinsonismo inducido por neurolepticos

- Síndrome neuroleptico maligno

- Distonía aguda inducida por neurolepticos

- Acatisia aguda inducida por neurolepticos

- Discinesia tardía inducida por neurolepticos

- Temblor postural inducido por neurolepticos

- Trastorno motor inducida por medicamentos no especificado

- Trastornos inducidos por otros medicamentos

- Problemas de relación:

- Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica

- Problemas paterno-filiales

- Problemas conyugales

- Problemas de relación entre hermanos

Problema de relación no especificado

Problemas relacionados con el abuso o la negligencia (abusos físicos y sexuales)

Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica:

Problemas conyugales

Incumplimiento terapéutico

Simulación

Comportamiento antisocial del adulto

Comportamiento antisocial en la niñez o adolescencia

Capacidad intelectual límite

Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad

Duelo

Problema académico

Problema laboral

Problema de identidad

Problema religioso o espiritual

Problema de aculturación

Problema biográfico

## Bibliografía

DSM-IV. Guía de uso. Edit. Masson. 1.997

Basile, A, (2001) Fundamentos de Psiquiatría Médicolegal, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina.

Cohen, John, (1986). Introducción a la Psicología.

Sarason, Irwin, 2000, Psicología Anormal, Pretince Hall, Mexico.

González, B., Marco ,(1998), Criminología, Tomo I , editorial Jurídica de Chile, Chile.

Monchablon Espinoza A., y Derito María Norma Claudia. 2011. Las psicosis, 1a ed. Inter-Médica, Buenos Aires.

Roca M y Colabs.(2010), Trastornos de la personalidad, ED. Lexus, Madrid.

Gamell, A., Zunini, G (1968) Introducción a la Psicología, Ed. Luis Miracle, Barcelona.

Buss Arnold, (1992) , Psicología General, editorial LIMUSA, Mexico

Ribuejo, Alonso, Medina Leon, A., Rubio Sanchez, V, (1997), Psicología Médica, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, Madrid.

Toro, Ricardo y colabs.(2006), Psiquiatría, Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas, Bogotá, Colombia.

Toro, Ricardo y colabs.(2010), Psiquiatría, Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas, Bogotá, Colombia.

El Manual Merck, 1990, Endocrinología, Ed, Doyma, Barcelona.

Myers, David, (2000), Psicología Social, 6ª ed., Editorial McGraw-Hill, Bogotá, Colombia.

Rubenstein, S.L. (1969), Principios de Psicología General, Ed. Grijalbo, Mexico

Smith E, y colabs., (2003), Atkinson & Hilgard's Introducción a la Psicología, 14ª Edición, Editorial Thomson, Madrid , España.

Herrman, Theo,(1982) Conceptos fundamentales de psicología, Ed. Herder, Barcelona

Teke , Alberto, (2001), Medicina Legal, editorial Mediterráneo, Santiago, Chile.

Gamell, A., Zunini, G (1968) Intrdoccionalla Psicología, Ed. Luis Miracle, Barcelona.

Lahey, Benjamín,(1999), Introducción a la Psicología, Ed. McGraw-Hill, Madrid , España .

Rengel, J.H., (1997) Criminología, Psicología del Delito, Editorial UTPL, Loja

Jung C.G., (1954), Tipos Psicológicos, Editorial Sudamericana, Buenos Aires.

Sue, D., y colabs.,(1996) Comportamiento Anormal 4ª Ed., Editorial Mac Graw Hill, México, México.

Roca B., Miquel, y colbs.(2010), Trastornos de Personalidad, Ed Lexus, Madrid, España.

Stein, D.,Hollander, E., 2010. Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Editorial Lexus, Barcelona , España, pág. 86

Carrillo, Pedro, (2013), Medicina Legal, Corporación de Estudios y Publicaciones, Universidad Técnica Particular de Loja, Quito, Ecuador.

Kvitko L.A. y Colabs. (2010), Medicina Legal y Deontología Médica, Dosyuna Ediciones Argentinas, Buenos Aires, Argentina.

FRÍAS CABALLERO, Jorge; NATURALEZA DEL CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD PENAL (ARTÍCULO 34 INC. 1º C.P); Rev. La Ley; 1995-E; sección doctrina; pág.965 y ss.

<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/,2014-02-10>

<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=81208-02-09-2013>

<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=56325-2008-10-08>

<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=60665-01-SEP2009>

<http://www.telegrafo.com.ec/justicia/item/en-la-titi-prima-la-conducta-antisocial.html>

<http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/detras-de-las-fobias-hay-traumas-e-inseguridades.html>

MACHICADO, Jorge, "Capacidad e Incapacidad", Apuntes Jurídicos™, 2011, <http://jorgemachicado.blogspot.com/2011/06/cain.html> Consulta: Miércoles, 30 Abril de 2014

Silabo de Derecho Civil-Consejo de la Judicatura Ecuador, recuperado de: [www.funcionjudicial.gob.ec//SILABO%20DERECHO%20CIVIL.docx](http://www.funcionjudicial.gob.ec//SILABO%20DERECHO%20CIVIL.docx), consulta realizada el 29 de Abril de 2014.

Código Orgánico Integral Penal: Imputabilidad, fuero de menores y el tipo penal, Dr. Gonzalo Silva, Recuperado de: <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechope nal/2014/01/23/codigo-organico-integral-penal-imputabilidad--fuero-de-menores-y-el-tipo-penal-->, consulta realizada el 01 de mayo de 2014

---

<sup>1</sup> Basile, A, (2001) Fundamentos de Psiquiatría Médicolegal, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina

<sup>2</sup> Cohen,, John, **Introducción a la Psicología**, pag .242

<sup>3</sup> Sarason, Irwin, 2000, Psicología Anormal, Pretince Hall, Mexico

<sup>4</sup> Sue, David, 1995, Comportamiento Anormal, Mc Graw Hill, México

<sup>5</sup> González, B., Marco ,(1998), **Criminología**, Tomo I , editorial Jurídica de Chile, Chile, pag. 180

<sup>6</sup> Monchablon Espinoza A., y Derito María Norma Claudia. 2011. Las psicosis, 1a ed. Inter-Médica, Buenos Aires, pág. 10

<sup>7</sup> Monchablon Espinoza A., y Derito María Norma Claudia. Ob. Cit. pág. 10

<sup>8</sup> Sarason, Irwin, op. Cit.

<sup>9</sup> Basile, A, (2001) Fundamentos de Psiquiatría Médicolegal, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, pág. 52

<sup>10</sup> Roca M y Colabs.(2010), Trastornos de la personalidad, ED. Lexus, Madrid, pág. 17

<sup>11</sup> Basile, A, (2001) Fundamentos de Psiquiatría Médicolegal, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, pág.51

<sup>12</sup> Gamell, A., Zunini, G (1968) **Introducción a la Psicología**, Ed. Luis Miracle, Barcelona, pág.26

<sup>13</sup> Lahey, Benjamín, (1999). **Introducción a la Psicología**, ed. Mac Graw Hill, Madrid, pág.15

<sup>14</sup> BussArnold, 1992 , **Psicología General**, editorial LIMUSA, Mexico

- <sup>15</sup> Ribuejo, Alonso, Medina Leon, A., Rubio Sanchez, V, (1997), Psicología Médica, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, Madrid, pags. 223, 224
- <sup>16</sup> Toro, Ricardo y colabs.,2006, Psiquiatría, Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas, Bogotá, Colombia , pag.7
- <sup>17</sup> Toro, Ricardo y colabs.,2006, Psiquiatría, Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas, Bogotá, Colombia , pag.6
- <sup>18</sup> **El Manual Merck**, 1990, Endocrinología, Ed, Doyma, Barcelona.
- <sup>19</sup> **El Manual Merck**, 1990, Endocrinología, Ed, Doyma, Barcelona
- <sup>20</sup> **El Manual Merck**, 1989, Endocrinología, Ed, Doyma, Barcelona.
- <sup>21</sup> Toro, ob.cit, pag.7
- <sup>22</sup> **Toro, G,yColabs. (2006),Psiquiatría, Editorial C.I.B., Bogotá , Colombia, pag. 6**
- <sup>23</sup> Toro, ob.cit, pag.7
- <sup>24</sup> Toro, G,yColabs. (2006),Psiquiatría, Editorial C.I.B., Bogotá , Colombia, pag. 6
- <sup>25</sup> Myers, David, (2000), Psicología Social, 6ª ed., Editorial McGraw-Hill, Bogotá, Colombia, pag.388
- <sup>26</sup> González, B., Marco ,(1998), Criminología, Tomo I , editorial Jurídica de Chile, Chile, pag. 359
- <sup>27</sup> Lahey, Benjamin ,obcitpag. 97
- <sup>28</sup> Toro, G. Obcit.pag 4
- <sup>29</sup> Toro, G. Obcit.pag 4
- <sup>30</sup> Buss, Arnold, Obcit
- <sup>31</sup> **Rubestein,S.L. (1969),Principios de Psicología General**, Ed. Grijalbo, Mexico
- <sup>32</sup> Buss, Arnold, Obcit
- <sup>33</sup> Papaila.D; ob. cit. Pag.320
- <sup>34</sup> Smith,E.; Nolen, S. Fredricson B.2003, Introducción a la Psicología, ed. Thomson, Madrid
- <sup>35</sup> Myers, David, (2000),Psicología Social, Ed. Mac Graw-Hill, Bogotá , Colombia, pag.386
- <sup>36</sup> Smtih E, y colabs., (2003), Atkinson&Hilgard' s Introducción a la Psicología, 14ª Edición, Editorial Thomson, Madrid , España, pag.320
- <sup>37</sup> **Herrman, Theo,(1982) Conceptos fundamentales de psicología**, Ed. Herder, Barcelona
- <sup>38</sup> Teke , Alberto, (2001), Medicina Legal, editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, pag.107
- <sup>39</sup> Gamell, A., Zunini, G (1968) Intrdoccionalla Psicología, Ed. Luis Miracle, Barcelona, pag 259
- <sup>40</sup> Smith E., Nolen, S. y Colabs. (2003) , Introducción a la Psicología, Ed. Thompson, Madrid, España, pag.324
- <sup>41</sup> Smith E., Nolen, S. y Colabs. (2003) , Introducción a la Psicología, Ed. Thompson, Madrid, España, pag.325
- <sup>42</sup> [http://www.elcomercio.com/salud/memoria-investigacion-recuerdos-infancia-cerebro\\_0\\_1078692334.html](http://www.elcomercio.com/salud/memoria-investigacion-recuerdos-infancia-cerebro_0_1078692334.html).2014-02-12
- <sup>43</sup> [http://www.elcomercio.com/salud/salud-borrar-memoria-cerebro-medicamentos-dolor-sufrimiento-Estres-miedo\\_0\\_1068493288.html](http://www.elcomercio.com/salud/salud-borrar-memoria-cerebro-medicamentos-dolor-sufrimiento-Estres-miedo_0_1068493288.html).El Nuevo Día, Puerto Rico, GDA 12:19

Sábado 18/01/2014

- <sup>44</sup> Toro, J y colabs. (2006), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia, pag.21
- <sup>45</sup> Toro, J y colabs. (2006), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia, pag.22
- <sup>46</sup> Lahey, Benjamín,(1999), Introducción a la Psicología, Ed. McGraw-Hill, Madrid , España pag.321
- <sup>47</sup> Toro, J y colabs. (2006), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia, pag.21-22
- <sup>48</sup> <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2014/02/11/nota/2171696/cientificos-hallan-gen-que-relaciona-materia-gris-cerebral>
- <sup>49</sup> [http://www.elcomercio.com/salud/cerebro-inteligencia-coeficiente\\_intelectual-corteza\\_cerebral-investigacion\\_0\\_1103289856.html](http://www.elcomercio.com/salud/cerebro-inteligencia-coeficiente_intelectual-corteza_cerebral-investigacion_0_1103289856.html). 17/03/2014
- <sup>50</sup> Roca B., Miquel, y colbs.(2010), Trastornos de Personalidad, Ed Lexus, Madrid, España, pag.6
- <sup>51</sup> Roca B., ob. cit. pag. 9
- <sup>52</sup> Roca B., ob. cit. pag. 15
- <sup>53</sup> Rengel, J.H., (1997) Criminología, Psicología del Delito, Editorial UTPL, Loja Ecuador, pág.
- <sup>54</sup> Jung C.G., (1954), Tipos Psicológicos, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, pág. 12
- <sup>55</sup> Roca B., ob. cit. pag. 52
- <sup>56</sup> Toro, J y colabs. (2010), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia pág. 77
- <sup>57</sup> Sue, D., y colabs.,(1996) Comportamiento Anormal 4ª Ed., Editorial Mac Graw Hill, México, México, pág. 459
- <sup>58</sup> <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/,2014-02-10>
- <sup>59</sup> Toro, J y colabs. (2010), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia pág.78
- <sup>60</sup> Toro, J y colabs. (2010), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia pág.85
- <sup>61</sup> <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=81208-02-09-2013>
- <sup>62</sup> El Manual Merck, (1990), Octava edición, Ediciones Doyma, Barcelona , España, pag.1487
- <sup>63</sup> <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=56325-2008-10-08>
- <sup>64</sup> <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=532642014-02-10>
- <sup>65</sup> Smith, E. y colabs.,(2003),Introducción a la Psicología 14 º Edición, Editorial Thomsom, Madrid, España
- <sup>66</sup> Toro, J y colabs. (2010), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia,pág.134
- <sup>67</sup> Toro, J y colabs. (2010), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia,pág.132

- <sup>68</sup> Monchablon Espinoza A., y Derito María Norma Claudia. 2011. Las psicosis, 1a ed. Inter-Médica, Buenos Aires, pág. 33
- <sup>69</sup> Toro, J y colabs. (2010), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia, pág. 137
- <sup>70</sup> Monchablon Espinoza A., y Derito María Norma Claudia. 2011. Las psicosis, 1a ed. Inter-Médica, Buenos Aires, pág. 33
- <sup>71</sup> Monchablon Espinoza A., y Derito María Norma Claudia. 2011. Las psicosis, 1a ed. Inter-Médica, Buenos Aires, pág. 34
- <sup>72</sup> El Manual Merck, (1990), Octava edición, Ediciones Doyma, Barcelona , España, pag. 1669.
- <sup>73</sup> El Manual Merck, (1990), Octava edición, Ediciones Doyma, Barcelona , España, pag. 1700
- <sup>74</sup> Toro, J y colabs. (2010), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia, pág. 160
- <sup>75</sup> Toro, J y colabs. (2010), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia, pág. 160
- <sup>76</sup> Monchablon Espinoza A., y Derito María Norma Claudia. 2011. Las psicosis, 1a ed. Inter-Médica, Buenos Aires, pág. 289
- <sup>77</sup> Toro, J y colabs. (2010), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia, pág. 161
- <sup>78</sup> Monchablon Espinoza A., y Derito María Norma Claudia. 2011. Las psicosis, 1a ed. Inter-Médica, Buenos Aires, pág. 292
- <sup>79</sup> Monchablon Espinoza A., y Derito María Norma Claudia. 2011. Las psicosis, 1a ed. Inter-Médica, Buenos Aires, pág. 295
- <sup>80</sup> <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=60665-01> SEP 2009
- <sup>81</sup> <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=79739-01> SEP 2009 | PNIE 20
- <sup>82</sup> Monchablon Espinoza A., y Derito María Norma Claudia. 2011. Las psicosis, 1a ed. Inter-Médica, Buenos Aires, pág. 41
- <sup>83</sup> Roca B., Miquel, y colbs. (2010), Trastornos de Personalidad, Ed Lexus, Madrid, España, pag. 428
- <sup>84</sup> Roca B., Miquel, y colbs. (2010), Trastornos de Personalidad, Ed Lexus, Madrid, España, pag. 430-31
- <sup>85</sup> Toro, J y colabs. (2010), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia, pág. 342
- <sup>86</sup> Roca B., Miquel, y colbs. (2010), Trastornos de Personalidad, Ed Lexus, Madrid, España, pag. 492
- <sup>87</sup> Roca B., Miquel, y colbs. (2010), Trastornos de Personalidad, Ed Lexus, Madrid, España, pag. 497
- <sup>88</sup> Roca B., Miquel, y colbs. (2010), Trastornos de Personalidad, Ed Lexus, Madrid, España, pag. 498
- <sup>89</sup> Toro, J y colabs. (2010), Psiquiatría, Corporación para Investigaciones Biológica, Medellín , Colombia, pag. 346
- <sup>90</sup> <http://www.telegrafo.com.ec/justicia/item/en-la-titi-primera-la-conducta-antisocial.html>



- <sup>21</sup> Stein, D., Hollander, E., 2010. Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Editorial Lexus, Barcelona, España, pág. 86
- <sup>22</sup> Stein, D., Hollander, E., 2010. Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Editorial Lexus, Barcelona, España, pág. 224
- <sup>23</sup> Stein, D., Hollander, E., 2010. Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Editorial Lexus, Barcelona, España, pág. 225
- <sup>24</sup> <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/detras-de-las-fobias-hay-traumas-e-inseguridades.html>
- <sup>25</sup> Smith, E. y cols., (2003), Introducción a la Psicología, 14ª Edición, Madrid. Editorial Thomson, pag. 199
- <sup>26</sup> Basile, A. (2001), Fundamentos de Psiquiatría Médico-Legal, Buenos Aires, Editorial El Ateneo, pág. 445
- <sup>27</sup> Basile, A. Ob. cit. pag. 448
- <sup>28</sup> Katzung, B., (2005), Farmacología básica y clínica, México, El Manual Moderno, pag. 519
- <sup>29</sup> Katzung, B., Ob. cit., pag. 523
- <sup>100</sup> Katzung, B., Ob. cit., pag. 519
- <sup>101</sup> Toro, J., Ob. cit. pág. 124
- <sup>102</sup> Horton-Szar, D., (2004), Lo esencial en Farmacología, Madrid, El Servier, pag. 120
- <sup>103</sup> Toro, J., Ob. cit. pág. 123
- <sup>104</sup> Katzung, B., Ob. cit., pag. 506
- <sup>105</sup> Toro, J., Ob. cit.
- <sup>106</sup> Horton-Szar, D., ob. cit. pag. 115
- <sup>107</sup> Toro, J., y cols., (2010), Psiquiatría, Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas. Pag. 446
- <sup>108</sup> Ferri, F. y cols. (2012), Consultor Clínico, Barcelona, Harcourt/Océano. Pag. 439
- <sup>109</sup> Basile, A. (2001), Fundamentos de Psiquiatría Médico Legal, Buenos Aires, Editorial El Ateneo, pág. 524
- <sup>110</sup> Vargas, E., (2013), Medicina Forense Psiquiátrica, México, Editorial Trillas pag. 75
- <sup>111</sup> Toro, J., y cols., (2010), Psiquiatría, Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas. Pag. 37
- <sup>112</sup> Schoeder, S. y cols., (2000), Diagnóstico Clínico y Tratamiento, México, El Manual Moderno. Pág. 794
- <sup>113</sup> Schoeder. Ob. cit., pag. 795
- <sup>114</sup> Toro, J., Ob. cit, pags. 46, 47
- <sup>115</sup> Schoeder. Ob. cit., pag. 795
- <sup>116</sup> Vargas, E., (2013), Medicina Forense Psiquiátrica, México, Editorial Trillas pag. 56
- <sup>117</sup> Basile, A. (2001) Fundamentos de Psiquiatría Médicolegal, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina pag. 5
- <sup>118</sup> MACHICADO, Jorge, "Capacidad e Incapacidad", Apuntes Jurídicos™, 2011, <http://jorgemachicado.blogspot.com/2011/06/cain.html> Consulta: Miércoles, 30 Abril de 2014

<sup>119</sup> Ibid.

<sup>120</sup> Silabo de Derecho Civil-Consejo de la Judicatura Ecuador, recuperado de: [www.funcionjudicial.gob.ec/SILABO%20DERECHO%20CIVIL.docx](http://www.funcionjudicial.gob.ec/SILABO%20DERECHO%20CIVIL.docx), consulta realizada el 29 de Abril de 2014.

<sup>121</sup> Ibid.

<sup>122</sup> MACHICADO, J., "Incapacidad jurídica o de Derecho", 2011, <http://jorgemachicado.blogspot.com/2011/06/ijd.html> consulta realizada el Jueves, 1 Mayo de 2014

<sup>123</sup> Diccionario Jurídico Chileno, recuperado de <http://www.juicios.cl/>, consulta realizada el 1 de mayo de 2014.

<sup>124</sup> Silabo de Derecho Civil-Consejo de la Judicatura Ecuador, recuperado de: [www.funcionjudicial.gob.ec/SILABO%20DERECHO%20CIVIL.docx](http://www.funcionjudicial.gob.ec/SILABO%20DERECHO%20CIVIL.docx), consulta realizada el 29 de Abril de 2014.

<sup>125</sup> MACHICADO, J., "Incapacidad jurídica o de Derecho", 2011, <http://jorgemachicado.blogspot.com/2011/06/ijd.html> consulta realizada el Jueves, 1 Mayo de 2014

<sup>126</sup> Silabo de Derecho Civil-Consejo de la Judicatura Ecuador, recuperado de: [www.funcionjudicial.gob.ec/SILABO%20DERECHO%20CIVIL.docx](http://www.funcionjudicial.gob.ec/SILABO%20DERECHO%20CIVIL.docx), consulta realizada el 29 de Abril de 2014.

<sup>127</sup> Código Orgánico Integral Penal: Imputabilidad, fuero de menores y el tipo penal, Dr. Gonzalo Silva, Recuperado de: <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechopenal/2014/01/23/codigo-organico-integral-penal-imputabilidad--fuero-de-menores-y-el-tipo-penal-->, consulta realizada el 01 de mayo de 2014

<sup>128</sup> FRÍAS CABALLERO, Jorge; NATURALEZA DEL CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD PENAL (ARTÍCULO 34 INC. 1º C.P); Rev. La Ley; 1995-E; sección doctrina; pág.965 y ss.

<sup>129</sup> MACHICADO, Jorge, "¿Qué es la imputabilidad?", Apuntes Jurídicos™, 2013 <http://jorgemachicado.blogspot.com/2013/05/imp.html> Consulta: Jueves, 1 Mayo de 2014

<sup>130</sup> Roca B., Miquel, y colbs.(2010), Trastornos de Personalidad, Ed Lexus, Madrid, España, pag.857

<sup>131</sup> Ibid.