CAPITULO # 2

ANALISIS DE SOLICITUDES PSIQUIATRICAS

DEL DEPARTAMENTO

MEDICO LEGAL DE HONDURAS

*DR. DENNIS A. CASTRO BOBADILLA
DRA. AREMA DICKERMAN KRAUNICK*

COLABORADORES

*DR. LUIS A. FUNEZ
DR. JOSE ALEJANDRO ALVARADO S.
DR. GUSTAVO RAMIREZ
DR. FREDY N. CARVAJAL
DR. NELSON J. RODRIGUEZ
DR. JOSE L. GUEVARA*

INTRODUCCION

La siguiente investigación se basa en los casos de personas a quienes se solicitó una evaluación psiquiátrica, las cuales se presentaron al Departamento Médico-Legal de Honduras, ya sea voluntariamente o por orden judicial.

Dentro del total de solicitudes de exámenes Médico Forense pedidos al Departamento Médico-Legal de Honduras se pueden observar entre otros, las siguientes solicitudes por violación, reconocimiento de personas, calificación de edad, levantamiento de cadáver y evaluación Psiquiátrica, siendo estas últimas las que se tomaron como fuente de información para realizar nuestra investigación, para lo cual seleccionamos las solicitudes de evaluación psiquiátrica de cada mes y posteriormente unimos toda la información obtenida de los primeros 10 meses de 1993, arrojando un resultado global de 137 solicitudes, las cuales forman la base en que cimentamos nuestra investigación.

JUSTIFICACION

El campo de la Medicina Legal es amplio, y dentro de la Psiquiatría Forense se contempla una necesidad para unirlos con las demandas y necesidades jurídicas.

Es casi una obligación ante todo, buscar, conocer y demostrar cual es la magnitud de estudios y evoluciones psiquiátricas realizadas en el departamento Médico-Legal.

¿Por qué?, porque de esta manera, se tomarán mayores partes en la aplicación justa y verdadera de la ley, que de una u otra manera mantiene estabilidad, condicionamientos y codificaciones individuales y cohetivas dentro de un sistema de vida.

OBJETIVO GENERAL

Realizar análisis sobre las solicitudes de evaluación psiquiátricas hechos al Departamento Médico-Legal de Honduras durante el período de enero-octubre de 1993.

OBJETIVOS

- 1.- Determinar el número de solicitudes de dictamen de evaluación psiquiátrica, durante el período de enero a octubre de 1993.
- 2 - Determinar en que población de acuerdo al sexo es más frecuente la solicitud de evaluación psiquiátrica.
- 3.- Determinar a que edad es más frecuente la solicitud de evaluación psiquiátrica.
- 4.- Determinar de que juzgado se pidieron más solicitudes de dictamen psiquiátrico.
- 5.- Determinar cuales son más frecuentes dentro de las solicitudes psiquiátricas pedidas.
- 6.- Determinar el nivel de educación que con más frecuencia se encuentran dentro de las solicitudes de dictamen psiquiátrico.

DEFINICION DE VARIABLES

No. de Solicitudes:

Se revisarán las solicitudes para examen, entre los meses comprendidos de enero a octubre de 1993.

Edad:

Se tomará todos los pacientes, cuyos diagnósticos hayan presentado alteración psíquica o no. Y se tomará la edad y las clasificaremos de la siguiente forma: 0-15, 15 - 30, 31 - 45 años, 46-60 - años, 61-75 y los consignados.

Sexo:

Se tomará todo paciente femenino o masculino, cuyo diagnóstico presente alteración psíquica o no.

Lugar de Procedencia:

Se tomará lugar de procedencia, para determinar en que área se presenta mayor o menor afluencia de solicitudes para realizar evaluación psiquiátrica.

Motivo de Solicitud:

Se tomará el motivo por el cual se solicita la evaluación psiquiátrica y se determinará cual es la mayor y menor frecuencia.

Ocupación:

Se tomará la ocupación de los pacientes encontrados en la solicitud para realizar examen psiquiátrico.

Nivel de Educación:

Se tomará el grado de escolaridad de cada paciente.

Juzgado:

Determinar en que juzgado se presentó la mayor o menor cantidad de las solicitudes psiquiátricas.

MARCO TEORICO

EL PSIQUIATRA Y EL ABOGADO, SU RELACION

El psiquiatra está capacitado para detectar trastornos y manejar la personalidad, y desviaciones de la conducta tales como: psicosis, psiconeurosis, neurosis, reacciones psicofisiológicas, desórdenes orgánicos cerebrales y retardo mental. Por ende, la psiquiatría estudia como parte de la Medicina, los trastornos de la personalidad con problemas emocionales y las enfermedades mentales.

El campo de la psiquiatría está ampliado por una serie de patologías que al mismo tiempo se le puede obviar en 2 grupos amplios que cubren la mayoría de los trastornos mentales: neurosis y Psicosis, en las cuales, hay una serie de variedad de patología y que su diferencia fundamental consiste en el "darse cuenta" o mantener o no un equilibrio con el medio ambiente.

Además de los principios de psiquiatría que debe tener un abogado, debe ser capaz de entender las variaciones de la personalidad y conductas modelos que engloba el papel del psiquiatra. Este entendimiento puede ser una diferencia substancial en la elección de un Abogado a un Psiquiatra en la evolución Médico-Legal.

Los neurosiquiatras han tenido un significativo trabajo en la Medicina Forense, ya que analiza este campo desde el punto de vista Neurológico y Psiquiátrico. Han sido llamados para el examen de reacciones Psicofisiológicas seguidas de traumas para determinar la etiología de los síntomas específicos, los cuales pueden ser orgánicos, funcionales o ambos.

El Psicoanalista considera el campo de los conflictos psicodinámicos, los cuales puede prevenir o inhibir libertad.

El Abogado debe ser honesto en la escogencia del psiquiatra evaluador y al mismo tiempo este debe ser honesto, capaz y científicamente neutral en sus enfoques; sus evaluaciones dependerán en gran parte de su experiencia y su capacidad personal.

EL PSIQUIATRA Y LA LEY CRIMINAL

Rol del Psiquiatra en enfermedades mentales y procesos criminales:

Tradicionalmente, el psiquiatra es llamado para evaluar al sospechoso o defendido con respecto a lo siguiente:

- a) Determinar la presente insondabilidad bajada en enfermedad mental, ejemplo: Si el acusado es capaz de entender la naturaleza de los cargos contra él, para cooperar en su propia defensa.
- b) Determinar la responsabilidad criminal en el tiempo de la ofensa, ejemplo: Evaluación de estado mental en un tiempo más temprano para aseverar si el defendido ha estado sufriendo de enfermedad mental, en la cual, el no sabía la naturaleza del acto que el alega haber dicho y que no sabía que lo estaba haciendo era un error.
- c) Recomendaciones por disposición para la Corte después del hallazgo, ejemplo: La determinación de encarcelación o no de un individuo que sufre un trastorno mental, evaluando si este hecho puede o no empeorar su estado.
- d) Recomendaciones para ejecución de la sentencia, ejemplo: Si el Médico encuentra que el individuo está sufriendo de una enfermedad mental y el cual él no sabe porque está siendo ejecutada la sentencia.

El Psiquiatra y la Ley Civil:

La mayor importancia en el área de la psiquiatría forense, es entender lo que está adentro de la competencia.

Competencia, es el término dado en cuestiones legales a el "arte".

Generalmente cuando se habla de competencia, debemos hacer referencia a la habilidad individual de tratar su propia relación y sus determinaciones.

Generalmente se habla que una persona es incompetente cuando carece de la capacidad de saber la extensión de sus problemas, relaciones y determinaciones amplia y procedentes.

No se necesita ser psicótico para ser incompetente, por ejemplo lo puede ser un alcohólico.

Un juzgado está en pleno derecho de declarar incompetente a muchos individuos, que con evaluación psiquiátrica previa se le determine esta condición.

Se debe recordar que una declaración de incompetencia es la Corte y no el Psiquiatra, quién hará la declaración. El Psiquiatra meramente actúa como un consultante como lo hace en cualquier otra instancia de la Psiquiatría Forense.

PSIQUIATRIA FORENSE GENERAL

La Psiquiatría:

Es la rama de la medicina que trata de la enfermedad mental, los problemas emocionales y los trastornos de personalidad.

La Psiquiatría inició su desarrollo en el siglo XIX.

Existen mezclas de pacientes psiquiátricos con delinquentes comunes en algunos medios hospitalarios y penitenciarios.

se considera a Yean Esquerol (1771 - 1840), el sucesor de la psiquiatría forense.

Psiquiatría Forense:

Se define como la aplicación de los conocimientos psiquiátricos a la administración de justicia.

Objetivos del Psiquiatra:

- a) Ser un auxiliar del juez, ilustrándolo sobre aspectos mentales del imputado en relación con el delito cometido.
- b) Aportar los fundamentos científicos para el tratamiento judicial del enfermo mental.
- c) Establecer la capacidad mental de una persona en el campo civil.

Estos objetivos implican revisar dos conceptos fundamentales:

- 1.- La responsabilidad penal
- 2.- La capacidad civil en sus aspectos psiquiátricos

Responsabilidad penal:

Todo el individuo debe estar consciente del mundo exterior, razonar y juzgar acerca de lo que es moralmente correcto y controlar su propia conducta.

Conviene completar el estudio psiquiátrico con un examen neurológico completo que incluya electroencefalograma.

En resumen, desde el punto de vista psiquiátrico forense, la responsabilidad penal está relacionada con la capacidad del individuo para comprender el carácter

de sus actos y para controlar sus impulsos. Si esta capacidad está conservada hay imputabilidad.

Si está limitada hay imputabilidad disminuida y si está abolida; se trata de los casos de inimputabilidad.

El estado mental en el momento del hecho:

Reglas:

- a) No limitarse al examen de las acciones o declaraciones que motivan el juicio.
- b) Recibir las declaraciones del imputado que figuran en el expediente judicial.
- c) Si éste no da una idea clara del estado mental en el momento del hecho, obtener de parientes, conocidos, compañeros, maestros, descubriendo las actuaciones, declaraciones y comportamiento del imputado.

Capacidad Civil:

Para la psiquiatría forense, este concepto se equipara con el de capacidad mental y se refiere a la aptitud de un individuo para manejar sus asuntos prudentemente.

Hospitalización Psiquiátrica:

Para poder realizarlo, algunas legislaciones han establecido la obligatoriedad de la orden judicial, previa audiencia y examen médico realizado como requisitos de tal hospitalización y una vez internado, el paciente queda sometido a exámenes, informes médicos.

SIMULACION DE ENFERMEDAD MENTAL

Simulación:

En un proceso psíquico caracterizado por la decisión consciente de reproducir trastornos patológicos valiéndose de la imitación con la intención de engañar a alguien, durante un tiempo más o menos prolongado.

Características de Simulación:

- 1.- Voluntad consciente en el fraude
- 2.- Imitación de trastornos patológicos o de sus síntomas
- 3.- Obtener un beneficio inmediato para el simulador.

La simulación de enfermedades ha existido desde las épocas más remotas.

Motivos de Simulación:

En el uso de la enfermedad mental, el objetivo buscado es el beneficio de los exámenes de responsabilidad

penal por enajenación o trastornos mental transitorio en delitos como el homicidio y la violación.

Tipos de Simulación:

Puede ser verdadera y falsa.

La Simulación Verdadera:

Se caracteriza porque el individuo es consciente de que esta fingiendo un padecimiento psiquiátrico que no tiene.

En la Simulación Falsa:

Existe una enfermedad mental, la cual puede exagerarse (Sobresimulación), prolongarse o reproducirse (Metasimulación) y ocultarse (disimulación).

Cuadro Clínico:

Amnesia, alucinaciones, ideas delirantes, apatía, mutismo, hipocondrías, fugas que no llegan a confirmar un síndrome y menos una enfermedad definida.

De acuerdo con la actitud del simulador, se clasifican las formas clínicas de simulación.

1.- Formas Pasivas:

(Predominan los fenómenos de inhibición, negativismo, mutismo, estupor).

2.- Formas Activas:

Existen signos de agitación, excitación psicomotoras desordenadas e incoherentes, reacciones absurdas.

3.- Formas Estuporosa:

Expresiones de estupidez, mirada fija, aislamiento del medio ambiente.

Diagnóstico:

- 1.- Proceder en especial forma como estar ante un verdadero enfermo y realizar un estudio psiquiátrico exhaustivo
- 2.- Analizar la condición que se simula y el motivo de la simulación.
- 3.- Realizar pruebas especiales (test clínico de Capelli, reflejo Psico-galvánico).

Psicogénesis Delictivas:

Se estudian los mecanismos psicológicos de la conducta antijurídica del delincuente, la naturaleza psíquica del acto delictivo y el estado del individuo en el momento de delinquir.

- d) Insuficiente: por pérdida (demencia y estado confusional).
- e) Disgregada: en los Esquizofrénicos.

Trastornos de la Percepción:

- a) De identidad: exagerada hacia el dolor en neurosis histérica.
- b) De Localización: objetos disminuidos o aumentados.
- c) En el tiempo: fenómenos que suceden con rapidez o lentitud.
- e) Seudopercepción:

Ilusiones: Percepción deformada de un objeto.

Alucinaciones: Percepción sin objeto de la conciencia.

Trastornos de la Memoria:

Son frecuentes en síndromes cerebrales, enfermedades por edad y trastornos de la conciencia.

Trastornos Cuantitativos:

- a) Hipermnesia: Aumento en la actividad de la memoria.
- b) Dismnesia: hay olvido total para unos hechos.
- c) Hipomnesia: Es una disminución de la memoria en unas diversas fases.
- d) Amnesia: Es la capacidad de fijar, corregir, evocar o reconocer, puede ser parcial o total.

Trastornos Cualitativos: Paramnesias o Falso Reconocimiento:

- a) Fenómeno de lo ya visto: El individuo reconoce algo que en realidad nunca antes vio. (Ej. Esquizofrenia).
- b) Fenómeno de lo nunca visto: Es lo contrario al trastorno anterior. El paciente niega haber visto antes algo que en realidad ya lo ha visto.
- c) *Ilusión de la Memoria:* Consiste en la deformidad de los recuerdos para adaptarlos a la situación actual.
- d) *Alucinación de la Memoria:* Es una evocación sin recuerdo.

Trastornos de la Conciencia:

La conciencia es el conocimiento que tiene el individuo del medio circundante. Los trastornos principales de la conciencia son:

- a) Obnubilación u Oscurecimiento, como se observa en los estados de confusión mental, tiene un primer grado que es la fatiga al que sigue la obnubilación.
- b) Estrechamente, corresponde a los "Estados Crepusculares", en los que hay psicomotricidad, confusión y amnesia

Trastornos del Pensamiento:

Son del curso y el contenido:

1.- Trastornos del Curso:

- a) Pensamiento incoherente: La dirección del pensamiento no puede mantenerse firme.
- b) Fuga o espismo de ideas: Las ideas brotan en sucesión rápida, sin llegar a ninguna idea final, ejemplo: María
- c) Pensamiento desordenado: Tiene elementos muy heterogéneos en forma anormal con interrupciones arbitrarias

2.- Trastornos del Contenido:

- a) Pensamiento obsesivo: Hay representaciones dominantes que no pueden alejarse por la voluntad.
- b) Ideas sobrevaloradas: Son convicciones de fuerte tono que influyen sobre el pensamiento total.
- c) Ideas delirantes secundarias: Se originan falsas percepciones.
- d) Ideas delirantes primarias: Son finales o terminales, surgen de la nada.

Trastornos de la Afectividad:

Pueden ser cuantitativos y cualitativos.

1.- Trastornos Cuantitativos:

- a) Hipertimia: O afecto exaltado, como se observa en los maníacos.
- b) Hipotimia: Afecto deprimido, con predominio de tristeza.

Se observa en estados depresivos.

- c) Atimia: Falta de afectividad o indiferencia afectiva.

2.- Trastornos Cualitativos:

- a) Formación de sentimientos nuevos (neotimia).
- b) Aparición de sentimientos, inadecuados o afecto

- d) Insuficiente: por pérdida (demencia y estado confusional).
- e) Disgregada: en los Esquizofrénicos.

Trastornos de la Percepción:

- a) De identidad: exagerada hacia el dolor en neurosis histérica.
- b) De Localización: objetos disminuidos o aumentados.
- c) En el tiempo: fenómenos que suceden con rapidez o lentitud.
- e) Seudopercepción:

Ilusiones: Percepción deformada de un objeto.

Alucinaciones: Percepción sin objeto de la conciencia.

Trastornos de la Memoria:

Son frecuentes en síndromes cerebrales, enfermedades por edad y trastornos de la conciencia.

Trastornos Cuantitativos:

- a) Hipermnesia: Aumento en la actividad de la memoria.
- b) Dismnesia: hay olvido total para unos hechos.
- c) Hipomnesia: Es una disminución de la memoria en unas diversas fases.
- d) Amnesia: Es la capacidad de fijar, corregir, evocar o reconocer, puede ser parcial o total.

Trastornos Cualitativos: Paramnesias o Falso Reconocimiento:

- a) Fenómeno de lo ya visto: El individuo reconoce algo que en realidad nunca antes vio. (Ej. Esquizofrenia).
- b) Fenómeno de lo nunca visto: Es lo contrario al trastorno anterior. El paciente niega haber visto antes algo que en realidad ya lo ha visto.
- c) Ilusión de la Memoria: Consiste en la deformidad de los recuerdos para adaptarlos a la situación actual.
- d) Alucinación de la Memoria: Es una evocación sin recuerdo.

Trastornos de la Conciencia:

La conciencia es el conocimiento que tiene el individuo del medio circundante. Los trastornos principales de la conciencia son:

- a) Obnubilación u Oscurecimiento, como se observa en los estados de confusión mental, tiene un primer grado que es la fatiga al que sigue la obnubilación.
- b) Estrechamiento, corresponde a los "Estados Crepusculares", en los que hay psicomotricidad, confusión y amnesia

Trastornos del Pensamiento:

Son del curso y el contenido:

1.- Trastornos del Curso:

- a) Pensamiento incoherente: La dirección del pensamiento no puede mantenerse firme.
- b) Fuga o espismo de ideas: Las ideas brotan en sucesión rápida, sin llegar a ninguna idea final, ejemplo: María
- c) Pensamiento desordenado: Tiene elementos muy heterogéneos en forma anormal con interrupciones arbitrarias

2.- Trastornos del Contenido:

- a) Pensamiento obsesivo: Hay representaciones dominantes que no pueden alejarse por la voluntad.
- b) Ideas sobrevaloradas: Son convicciones de fuerte tono que influyen sobre el pensamiento total.
- c) Ideas delirantes secundarias: Se originan falsas percepciones.
- d) Ideas delirantes primarias: Son finales o terminales, surgen de la nada.

Trastornos de la Afectividad:

Pueden ser cuantitativos y cualitativos.

1.- Trastornos Cuantitativos:

- a) Hipertimia: O afecto exaltado, como se observa en los maníacos.
- b) Hipotimia: Afecto deprimido, con predominio de tristeza.

Se observa en estados depresivos.

- c) Atimia: Falta de afectividad o indiferencia afectiva.

2.- Trastornos Cualitativos:

- a) Formación de sentimientos nuevos (neotimia).
- b) Aparición de sentimientos, inadecuados o afecto

inadmisible: El paciente actúa con gozo cuando debería estar triste.

- c) Coexistencia de elementos afectivos antagónicos (ambivalencia: son sentimientos contra puestos, concurrente).

1.- Trastornos de la Voluntad:

Pueden ser acción implícita y explícita.

- a) Cuantitativos: Son disminución, hipobulia o abulia, se observa en síndromes catatónicos, estado de confusión mental, aumento o hiperbulia, caracterizan ciertos delirios.
- b) Cualitativos: son impulsivos o impulsos: son actos impremeditados con características de verdaderas descargas eléctricas.

Compulsiones: Consisten en el conflicto entre el "querer y no querer". hay urgencia para realizar un acto contrario a los deseos corrientes.

2.- Trastornos de la Acción Explícita:

- a) Apraxia: Incapacidad para ejecutar en forma correcta los actos.
- b) Ecopraxia: Imitación automática de los movimientos del interlocutor.
- c) Estereotipia: Imitación continua de actitudes o de movimientos.
- d) Manerismos: Son movimientos accesorios sin finalidad, con que el individuo adorna sus actos.
- e) Bizarrerías o Extravagancias Cinéticas: En medio de sus movimientos, el individuo realiza un acto aburrido, grotesco sin motivo.
- f) Negativismo: El individuo se niega a realizar un movimiento que se le ordena, ejemplo: Catatónico.
- g) Obediencia automática: El individuo ejecuta todos los actos pasivos que se le ordena, como si fuera un autómatas.
- h) Flexibilidad Cerebra: Como si fuera de cera, el individuo adopta una postura dada.

III.- CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

Concepto de enfermedad mental: Es cuando hay una perturbación en el Psiquismo que determina un cambio en la adaptación social.

Clasificación Norteamericana: De acuerdo con el

Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría (1968), se clasifican en:

- 1.- *Retardo Mental.*
- 2.- *Síndromes Cerebrales Orgánicos, Psicóticos y no Psicóticos.*
- 3.- *Psicosis no atribuibles a padecimientos físicos Esquizofrenia, trastornos paranoides y otras psicosis.*
- 4.- *Neurosis.*
- 5.- *Trastornos de la personalidad y algunos otros:*
 - *Trastornos mentales no psicóticos*
 - *Trastornos de personalidad*
 - *Desviación Sexual*
 - *Alcoholismo*
 - *Drogadicción.*
- 6.- *Trastornos Psicofisiológicos.*
- 7.- *Síntomas especiales.*
- 8.- *Trastornos Transitorios de situación.*
- 9.- *Trastornos de conducta de la niñez y de la adolescencia.*
- 10.- *Padecimientos sin trastornos psiquiátricos, manifiestos y padecimientos inespecíficos.*

OTRAS CLASIFICACIONES:

- 1.- De acuerdo con sus causas, los trastornos mentales también pueden dividirse en:
 - a) *Trastornos de origen orgánico o síndrome cerebral orgánico.*
 - b) *Trastornos de origen psicógeno*
- 2.- Otra clasificación con criterio clínico práctico, distingue tres grandes grupos de enfermedades mentales:
 - a) *Trastornos de Personalidad*
 - b) *Neurosis*
 - c) *Psicosis*

PARANOIA Y ESTADOS PARANOIDES

LA PARANOIA:

En un trastorno mental crónico, que se caracteriza por falsas percepciones persistentes inalterables, sistemáticas y lógicamente razonadas.

El síntoma más importante, el delirio, está en la esfera del pensamiento, y aunque el comportamiento general y las reacciones emocionales no se alteran primariamente, es también cierto que aquél influye sobre ellas.

CAUSAS:

Son psicológicas, principalmente objetivas sobre valoradas que quedan frustradas sobre ellas, como factores contribuyentes pueden salvar experiencias traumáticas de la vida, por ejemplo: familia extremadamente autoritaria y cruel con el progenitor del mismo sexo del niño, oscos y dominantes.

De niño suele el paciente ser solitario, infeliz, inseguro y sin amigos, conforme crece se hace más sensible y piensa que los demás quieren hacerle daño. Habitualmente crítica todo, es exigente, desconfiado, pero en cambio no tolera que lo critiquen. Sus relaciones interpersonales son difíciles; en situaciones puede llegar a la psicosis paranoide.

CUADRO CLINICO:

La época de aparición de las ideas delirantes, oscila entre los 35 y los 45 años de edad.

a) Funciones Intelectuales:

Hay perturbación básica de la inteligencia que es de orden cualitativo, idea delirante, el juicio suele ser defectuoso, hay capacidad de atención, percepción y memoria.

Las ideas delirantes que tienden a predominar, son las de persecución, grandiosidad expansiva o ambas.

b) Funciones Afectivas y Volitivas:

El trastorno es cualitativo para adecuarlo a la conveniencia de la creencia delirante, de ese modo puede haber exaltación afectiva o conducta antisocial.

c) Evolución:

La enfermedad progresa por extensión, por constante adición de interpretación sobre la misma idea. A veces observaciones y remisiones periódicas.

d) Pronóstico:

Es una enfermedad incurable, puede mejorar al avanzar la edad.

CLASIFICACION DE LOS ESTADOS PARANOIDES:

- 1.- Personalidad paranoide: Suspiciousidad hacia los demás.
- 2.- Paranoia Clásica: Existe un sistema delirante.

3.- Esquizofrenia Paranoide: Características esquizofrénicas. (desordenes de raciocinio, pobre afectividad).

4.- Estados Depresivos: Depresión, pneúticos.

5.- Síndromes Cerebrales Orgánicos.

ASPECTOS MEDICO-LEGALES:

En estos enfermos son frecuentes los delitos graves de sangre, a veces masivos.

Se trata de delitos que requieren preparación metódica. Esto es posible porque el pensar, el querer y el actuar, están conservados y al servicio de una personalidad trastornada.

La naturaleza del delito está en relación con el tipo de idea delirante que predomine; atentados contra las personas y falsas denuncias, en los delirios de persecución; atentados contra la autoridad.

Desde el punto de vista penal, el paranoide es inimputable por la intensidad del trastorno.

La capacidad civil suele estar conservada. Son excepciones, el matrimonio del paranoide con delirio erótico y el testamento del delirante místico que puede desprenderse de toda su fortuna, condiciones que invalidan los respectivos actos.

PSICOSIS MANIACO - DEPRESIVA

Está dentro del grupo de trastornos afectivos mayores psicosis afectivas, esta enfermedad comprende:

- a) Tipo Maniaco
- b) Tipo Depresivo
- c) Tipo Circular

CAUSAS:

Su carácter es hereditario, por medio de un gen dominante, ligado al cromosoma X. Altera el equilibrio del sistema nervioso central entre los sistemas dopaminérgicos (Noradrenérgicos Catecolaminérgicos) y los colinérgicos, con participación de las indolaminas y la serotonina. En la depresión hay disminución de las aminas, mientras en la manía están elevadas.

INCIDENCIA:

Las formas maníacas, se presentan principalmente en jóvenes, y las depresivas en edad mayor.

El primer ataque o acceso, suele presentarse antes de los 35 años.

PSICOPATOLOGIA:

La depresión se debe a hostilidad mal reprimida, o a sentimiento de culpa, no por lo que el individuo ha hecho, sino por lo que inconscientemente deseaba hacer.

Para algunos, la conducta maníaca es esencialmente una reacción de defensa, ante la necesidad emocional de establecer una relación de dependencia.

DIAGNOSTICO:

Se basa en las siguientes características:

- 1.- Trastorno acentuado del afecto, en el cual la ideación está a tono con el estado afectivo.
- 2.- No hay deterioro del intelecto o de la personalidad.
- 3.- Ataques bien definidos.
- 4.- Antecedentes familiares de la enfermedad.
- 5.- Factores desencadenantes psicológicos insuficientes para justificar el grado de enfermedad.

TIPOS DE PSICOSIS AFECTIVA:

- 1.- Psicosis maníaco depresiva, tipo Maníaco.
- 2.- Psicosis maníaco depresiva, tipo Depresivo:

El episodio actual es depresivo, no hay historia de episodios maníacos.

- 3.- Psicosis Maníaco depresiva, tipo Circular, actualmente Maníaco:

El episodio actual es maníaco, tiene historia de por lo menos un episodio depresivo anterior.

- 4.- Psicosis Maníaco Depresiva, tipo circular, actualmente depresiva:

El episodio actual es depresivo y tiene historia de por lo menos un episodio maníaco.

- 5.- Psicosis Maníaco depresiva, tipo Circular Mixta:

En el episodio actual hay síntomas depresivos y maníacos.

PSICOSIS AFECTIVAS NO ORGANICAS

1.- Tipo Depresivo:

Una psicosis depresiva cuyos síntomas pueden ser similares a los de un episodio depresivo de la enfermedad maníaco depresiva, pero que aparente-

mente es provocada por un evento entristecedor, como la muerte de un ser querido, frustración o desgano severo.

2.- Manía Reactiva (Tipo Excitación)

Similar al episodio maníaco de la enfermedad maníaco depresiva, pero provocada por stress emocional.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La característica principal de estos trastornos es la presencia de alteraciones severas del estado de ánimo, manifestadas ya sea por cuadros depresivos o por cuadros de excitación (manía). En general estas enfermedades son cíclicas y el paciente presenta múltiples episodios durante su vida, dichos episodios están separados por períodos de normalidad psíquica.

Clasicamente los pacientes manifiestan tanto episodios de depresión como de manía, pero muchos sufren exclusivamente depresiones, algunos autores sostienen que algunos presentan manifestaciones exclusivamente maníacas, pero no es universalmente aceptado. Parece que dichos pacientes tarde o temprano presentan episodios depresivos severos o leves.

Es importante tener en cuenta que el mismo paciente maníaco-depresivo con ataques severos que requieran hospitalización, a veces presentan episodios leves de depresión o de excitación (Hipomanía), cuyo manejo es ambulatorio.

EVOLUCION

El primer ataque suele ocurrir entre la adolescencia y los 35 años de edad.

El 75% de los episodios son de comienzo agudo.

Los episodios de Manía son más frecuentes entre los 20-35 años y los de depresión entre 35-50 años.

En el 50-75 % hay recaída. Con cada nuevo episodio el intervalo libre de síntomas (lúcido) se acorta, algunos pacientes al final desarrollan esquizofrenia.

ASPECTOS MEDICO-LEGALES

En la Manía Clásica, el individuo puede causar agresión sin premeditación. En el depresivo, hay descuido de obligaciones familiares y personales, suicidio y homicidio altruista (madre que se precipita con su hijo en brazos).

Desde el punto de vista penal, en la fase maníaca como en la depresiva se justifica la inimputabilidad.

La incapacidad civil sólo está indicada cuando los episodios son prolongados o frecuentes.

La psicosis Maníaco-Depresiva, tiene intervalos lúcidos en efecto, terminado el episodio de agitación o depresión recobra una lucidez completa, por esta razón, hay inimputabilidad si comete un delito en un intervalo lúcido prolongado: es decir, lejos tanto del ataque anterior como del ataque posterior.

Por el contrario, será inimputable cuando el delito es cometido inmediatamente antes o después del episodio.

Para efectos civiles, el enfermo se considera alienado mientras no se demuestre, con el dictamen de dos psiquiatras, que el matrimonio o el testamento que ha realizado ante el notario, tuvo lugar durante un intervalo lúcido.

SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS

CAUSAS:

Traumatismo craneal, hemorragia subaracnoidea y otros accidentes cerebrovasculares, lesiones del cerebro ocupantes de espacio, parkinsonismo, corea de Huntington, esclerosis múltiple, trastornos endocrinos, envenenamiento crónico (magnesia, mercurio), neurosífilis, arterítis, y desde el punto de vista Médico- Legal interesan, la ebriedad, la ebriedad complicada, la alucinosis alcohólica, delirium tremens, epilepsia y drogas.

DATOS CLINICOS

El rasgo cardinal es el cambio del tipo de la personalidad y de la conducta, manifestada principalmente por la alteración del control de la expresión de las emociones e impulsos.

Las emociones son característicamente lábiles y superficiales predominando la euforia y la apatía. La euforia puede dar lugar fácilmente a la despreocupación y apatía o a la cólera. La expresión de los impulsos es característicamente desinhibida y puede manifestarse por chistes inapropiados modales toscos, iniciativas sexuales inapropiadas o una conducta antisocial. La previsión y la capacidad para anticipar las consecuencias sociales y legales están muy disminuidas por lo que incurren en delitos como: ataque a personas, robos menores, agresiones menores, etc.

A menudo aparecen trastornos leves de la función cognitiva, pero no llega al deterioro intelectual.

EBRIEDAD:

Trastorno conductual manifestado por la ingestión de bebidas alcohólicas en exceso, que interfiere en la salud del bebedor o en su funcionamiento social o económico.

ETIOLOGIA

Comprende factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

1.- Biológicos:

La deshidrogenasa alcohólica del hígado, es responsable de la oxidación del 95% del alcohol etílico. Hay diferencias étnicas de la cantidad de enzima presente y esto condiciona la diferente reacción ante la ingesta del alcohol.

2.- Psicológicos:

La propiedad ansiolítica del alcohol, permite al individuo desinhibirse, relacionarse con otros, mantener seguridad en sí mismo y escapar de la realidad.

3.- Socioculturales:

Se menciona la actitud social hacia el licor, su relación con actos religiosos y sociales.

EBRIEDAD SIMPLE

Es una forma de intoxicación débil por la ingestión de bebidas alcohólicas, se deben distinguir 5 periodos:

a) Preebriedad:

Alcoholemia de 10-100 mg. de alcohol por cada 100 ml. de sangre. Se presenta lentitud de los reflejos, disminución de la visión y la audición, euforia o depresión, agresividad o pasividad, verborrea o mutismo.

b) Ebriedad Crepuscular:

Se presenta de 100-150 mg. OH/100 ml. de sangre. Se presenta hipoprosexia, hipomnesia, amnesia lacunar.

La visión y los reflejos están más afectados, hay trastorno de la conducta e incapacidad para conducir autos.

c) Ebriedad Psicótica o Completa:

Alcoholemia de 150-300 mg. OH/100 ml. de sangre. Existe una forma de trastorno mental transitorio completo o ebrioso de comienzo. Presenta incoordinación

motora con marcha tambaleante, lenguaje escondido y visión doble. Hay compromiso severo de las funciones mentales superiores, especialmente el juicio crítico. Puede haber ilusiones y alucinaciones.

d) Ebriedad Somnica:

Alcoholemia de 300-400 mg. OH/100 ml. de sangre. Trastorno mental completo ebrioso terminal.

El individuo cae en sueño profundo, con bradipnea, hipotensión, hipotermia, incapacidad para la marcha y la palabra.

e) Ebriedad Comatosu:

Alcoholemia superior a 400 mg. OH/100 ml. de sangre. Hay arreflexia, inconsciencia que va del estupor al coma y posibilidad de muerte.

EBRIEDAD COMPLICADA

En esta se presenta un marcado cambio en la conducta, mientras se ingieren pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas, los que se caracterizan por ser de aparición brusca, conducta compulsiva, furiosa y desorganizada, duración breve (min. a hrs.), seguido de sueño profundo y amnesia para los hechos ocurridos.

Se puede acompañar de alucinaciones, reacciones de pánico o cólera y actos explosivos de agresión o destrucción.

FACTORES PREDISPONENTES:

a) Orgánicos:

- Lesiones Cerebrales: Traumatismo e Infecciones (encefalitis).
- Epilepsia
- Que la persona haya tomado tranquilizantes.

b) Psicógenos:

- Esquizofrenia
- Neurosis Severa
- Trastornos de la Personalidad

ALUCINOSIS ALCOHOLICA

Es una emergencia psiquiátrica, porque el paciente puede cometer suicidio u homicidio ante las alucinaciones que sufre, dichas alucinaciones son auditivas, que duran después de que el individuo se ha recuperado de los síntomas y ya no bebe.

El sensorio lúcido y la ausencia de trastornos de la memoria, una vez pasado el episodio, diferencian este cuadro del delirium tremens.

DELIRIUM TREMENS:

Es la forma más grave del síndrome de abstinencia, se caracteriza fundamentalmente por alucinaciones visuales y temblores. Presenta al menos dos de los siguientes síntomas:

1.- Disminución de la vigilancia e insomnio

2.- Alteraciones Perceptivas

Aumento o disminución de la actividad psicomotora.

Los rasgos alucinatorios incluyen hiperactividad autonómica, aumento de la presión, alteración de la atención, pérdida de la memoria y desorientación.

ASPECTOS JURIDICOS:

a) Embriaguez Accidental:

Es inimputable, pues ésta es involuntaria o atribuible a las características del organismo del imputado o a la bebida.

b) Embriaguez Voluntaria:

Es imputable por culpa, y en la cual se tuvo la intención de embriagarse, pero no de cometer delito alguno.

c) Embriaguez Premeditada:

Es imputable por dolo, y en la cual existió un deliberado propósito de ingerir licor para cometer un delito, procurándose valor o planeando hacerlo en estado de ebriedad.

ASPECTOS MEDICO-LEGALES

En cuanto a la embriaguez complicada, la alucinosis y el delirium tremens es obvia su inimputabilidad como trastorno mental transitorio.

La ebriedad es motivo para anular muchos actos civiles si su intensidad llega a abolir el juicio y la voluntad. El matrimonio es válido siempre y cuando no se realice bajo los efectos agudos de intoxicación o estados psicóticos subagudos o crónicos de alcoholismo.

EPILEPSIA

Síndrome cerebral orgánico asociado a estados convulsivos que pueden tener un origen congénito o adquirido.

Estudiaremos cuatro tipos:

1.- Gran Mal;

Tiene un período preparoxístico un paroxístico y un Post-Paroxístico.

- a) Preparoxístico: Conocido como Aura caracterizada, por:
 - Signos Motores: dolor abdominal, náuseas, micción, salivación.
 - Signos Psíquicos: angustia, cólicos, temor, confusión.
- b) Período Paroxístico: pérdida del conocimiento, caída al suelo, convulsiones tónico-clónicas, trismo, mordedura de la lengua, micción o defecación.
- c) Período Post-Paroxístico: estado de confusión crepuscular, desorientación con posibilidad de reaccionar en diversas formas.

2- Epilepsia Temporal: (Pequeño mal).

Epilepsia no convulsiva, consiste en trastornos de los sentidos, memoria y sentimientos de irrealidad. Los

episodios pueden durar minutos u horas, durante los cuales el individuo puede actuar con poca o ninguna conciencia.

3.- Furor Epiléptico:

Después de un ataque epiléptico, el paciente puede tomarse agresivo, comportarse de manera automática, de todo lo cual no tendrá recuerdo.

4.- Psicosis Epiléptica:

Enajenación mental que puede durar días o meses y ser de tipo esquizofrénico, maniaco, etc.

CARACTERISTICAS DEL ACTO EPILEPTICO:

- 1.- Independencia de circunstancias exteriores.
 - 2.- Ausencia de motivo
 - 3.- Ausencia de Premeditación
 - 4.- Inicio Repentino
 - 5.- Ejecución Automática
 - 6.- Amnesia total o parcial del hecho
 - 7.- Ausencia de cómplices
 - 8.- Violencia exagerada y brutalidad del acto agresivo
 - 9.- Repetición fotográfica
 - 10.- Terminación brusca
 - 11.- Duración breve.
-

IX REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES MENTALES

<p>290.- PSICOSIS ORGANICAS SENIL Y PRESENIL</p> <p>290.0 Demencia Senil, tipo Simple</p> <p>290.1 Demencia Preseñil</p> <p>290.2 Demencia senil de Tipo Depresivo o Paranoide</p> <p>290.3 Demencia Senil con Estado Confusional Agudo</p> <p>290.4 Demencia Arterioesclerótica</p> <p>290.6 Otras</p> <p>290.9 Sin especificación</p> <p>291.- PSICOSIS ALCOHOLICA</p> <p>291.0 Delirium Tremens</p> <p>291.1 Psicosis Alcohólica de Korsakov</p> <p>291.2 Otra Demencia Alcohólica</p> <p>291.3 Otra Alucinosis Alcohólica</p> <p>291.4 Emorragia Patológica</p> <p>291.5 Celotipia Alcohólica</p> <p>291.6 Otras</p> <p>291.9 Sin Especificación</p> <p>292.- PSICOSIS DEBIDAS A DROGAS</p> <p>292.0 Síndrome de Abstinencia de Drogas.</p> <p>292.1 Estado Paranoide o Alucinatorio o con ambas manifestaciones, inducido por drogas.</p> <p>292.2 Intoxicación Patológica inducido por drogas.</p> <p>292.8 Otras</p> <p>292.9 Sin Especificación</p> <p>293.- PSICOSIS ORGANICAS TRANSITORIAS</p> <p>293.0 Estado Confusional Agudo</p> <p>293.1 Estado Confusional Sub-Agudo</p> <p>293.6 Otras</p> <p>293.9 Sin Especificación</p> <p>294.- OTRAS PSICOSIS ORGANICAS (CRÓNICAS)</p> <p>294.0 Psicosis o Síndrome de Korsakov (No Alcohólico)</p>	<p>294.1 Demencia en Enfermedades Clasificadas en otra parte.</p> <p>294.8 Otras</p> <p>294.9 Sin Especificación</p> <p>295.- PSICOSIS ESQUIZOFRENICA</p> <p>295.0 Tipo Simple</p> <p>295.1 Tipo Hebefrénico</p> <p>295.2 Tipo Catatónico</p> <p>295.3 Tipo Paranoico</p> <p>295.4 Episodio Esquizotrópico Agudo</p> <p>295.5 Esquizofrenia Latente</p> <p>295.6 Esquizofrenia Residual</p> <p>295.7 Tipo Esquizoafectivo</p> <p>295.8 Otras</p> <p>295.9 Sin Especificación</p> <p>296.- PSICOSIS AFECTIVAS</p> <p>296.0 Psicosis Maníaco-depresiva Tipo Maníaco.</p> <p>296.1 Psicosis Maníaco-depresiva Tipo Depresivo.</p> <p>296.2 Psicosis Maníaco-depresivas Circulares, Fase Maníaca.</p> <p>296.3 Psicosis Maníaco-depresivas Circulares, Fase Depresiva.</p> <p>296.4 Psicosis Maníaco-depresivas Circulares, Mixtas.</p> <p>296.5 Psicosis Maníaco-depresivas Tipo Circular, Fase no Especificada.</p> <p>296.6 Psicosis Maníaco-depresivas de otro Tipo y del no Especificado.</p> <p>296.8 Otras</p> <p>296.9 Sin Especificaciones</p> <p>297.- ESTADOS PARANOIDES</p> <p>297.0 Estado Paranoico Simple</p> <p>297.1 Paranoia</p> <p>297.2 Parafrenia</p> <p>297.3 Psicosis Inducida</p> <p>297.6 Otras</p> <p>297.9 Sin Especificación</p> <p>307.- SINTOMAS O SINDROMES ESPECIALES NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE</p> <p>307.0 Tartamudeo</p> <p>307.1 Anorexia Nerviosa</p> <p>307.2 Tic</p> <p>307.3 Movimientos Esterotipados Repetitivos</p> <p>307.4 Trastornos Característicos del Sueño</p> <p>307.5 Otros Trastornos y los no Especificados del Comer</p> <p>307.6 Enuresis</p> <p>307.7 Encopresis</p> <p>307.8 Psicagla</p> <p>307.9 Otros y los no Especificados</p> <p>308.- REACCION AGUDA ANTE GRAN TENSION</p> <p>308.0 Con Predominio de las Alteraciones Emocionales</p> <p>308.1 Con Predominio de las Alteraciones de la Conciencia</p> <p>308.2 Con Predominio de las Alteraciones Psicomotoras</p> <p>308.3 Otras</p> <p>308.4 Mixtas</p> <p>308.9 Sin Especificación</p> <p>309.- REACCION DE ADAPTACION</p> <p>309.0 Reacción Depresiva Breve</p> <p>309.1 Reacción Depresiva Prolongada</p>	<p>298.- OTRAS PSICOSIS NO ORGANICAS</p> <p>298.0 Tipo Depresivo</p> <p>298.1 Tipo Agitado</p> <p>298.2 Confusión Reactiva</p> <p>298.3 Reacción Paranoide Aguda</p> <p>298.4 Psicosis Paranoide Psicógena</p> <p>298.6 Otras Psicosis Reactivas y las Reactivas no Especificadas</p> <p>298.9 Psicosis no Especificada</p> <p>299.- PSICOSIS PECULIARES DE LA NINEZ</p> <p>299.0 Autismo Infantil</p> <p>299.1 Psicosis Desintegrativa</p> <p>299.8 Otras</p> <p>299.9 Sin Especificaciones</p> <p>300.- TRASTORNOS NEUROTICOS</p> <p>300.0 Estado de Ansiedad</p> <p>300.1 Histeria</p> <p>300.2 Estado Fóbico</p> <p>300.3 Trastornos Obsesivos Compulsivos</p> <p>300.4 Depresión Neurótica</p> <p>300.5 Neurastenia</p> <p>300.6 Síndrome de Despersonalización</p> <p>300.7 Hipocondría</p> <p>300.8 Otros Trastornos Neuróticos</p> <p>300.9 Sin Especificaciones</p> <p>301.- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD</p> <p>301.0 Trastornos Paranoide de la Personalidad.</p> <p>301.1 Trastorno Afectivo de la Personalidad</p> <p>301.2 Trastorno Esquizoide de la Personalidad</p> <p>301.3 Trastorno Explosivo de la Personalidad</p> <p>301.4 Trastorno Anancástico de la Personalidad</p> <p>301.5 Trastorno Histérico de la Personalidad</p> <p>301.6 Trastorno Asténico de la Personalidad</p> <p>301.7 Trastorno de la Personalidad con Predominio de las Manifestaciones Sociopáticas o Asociadas.</p> <p>301.8 Otros Trastornos de la Personalidad</p> <p>301.9 Sin Especificaciones.</p> <p>312.- PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PECULIARES DE LA NINEZ Y DE LA ADOLESCENCIA</p> <p>312.0 Con Ansiedad y Miedo</p> <p>312.1 Con Sentimiento de Infelicidad y Tristeza</p> <p>312.2 Con Hipersensibilidad, Timidez y Retraimiento Social</p> <p>312.3 Problemas de Relación</p> <p>312.8 Trastornos Mixtos u Otros</p> <p>312.9 Sin Especificación</p> <p>314.- SINDROME HIPERSINETICO DE LA NINEZ</p> <p>314.0 Perturbación Simple de la Actividad y de la Atención</p> <p>314.1 Hiperconciencia con Retardo del Desarrollo</p> <p>314.2 Trastorno Hiperconciencia de la Conducta</p> <p>314.8 Otras</p> <p>314.9 Sin Especificación</p> <p>315.- RETARDO SELECTIVO DEL DESARROLLO</p> <p>315.0 Retardo selectivo de la Lectura</p> <p>315.1 Retardo selectivo en Aritmética</p> <p>315.2 Otras Dificultades Selectivas del Aprendizaje</p> <p>315.3 Trastorno en el Desarrollo del Lenguaje o del Habla</p> <p>315.4 Retardo Motor selectivo</p>
--	---	---

304.7	Combinaciones de drogas del Tipo de la Morfina con cualquier otra.	309.2	Con Predominio de Alteración de otras Emociones	315.5	Trastorno Mixto del Desarrollo
304.8	Combinaciones que no comprenden Drogas del Tipo de la Morfina.	309.3	Con Alteración Predominante de la Conducta	315.8	Otros
304.9	Sin Especificación.	309.4	Con Alteración Simultánea de las Emociones y de la Conducta	315.9	Sin Especificación
305.-	ABUSO DE DROGAS SIN DEPENDENCIA	309.8	Otras	316.-	FACTORES PSÍQUICOS ASOCIADOS CON ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
305.0	Alcohol	309.9	Sin Especificación		RETRASO MENTAL
305.1	Tabaco	310.-	TRASTORNOS MENTALES ESPECÍFICOS NO PSÍQUICOS CONSECUTIVO A LESIÓN ORGANICA DEL ENCEFALO	317.-	RETRASO MENTAL DISCRETO
305.2	Cannabis			(C.I. 80 - 70)	
305.3	Alucinógenos	310.0	Síndrome del Lóbulo Frontal	318.-	RETRASO MENTAL DE OTRO GRADO ESPECIFICADO
305.4	Barbitúricos y Tranquilizadores	310.1	Otro Tipo de Cambio de la Personalidad	318.0	Retraso Mental Moderado
305.5	De Tipo de la Morfina	310.2	Síndrome de Posconcusión	(C.I. 38 - 49)	
305.6	Del Tipo de la Cocaína	310.8	Otros	318.1	Retraso Mental Grave
305.7	Del Tipo de la Anfetamina	310.9	Sin Especificación	(C.I. 20 - 34)	
305.8	Antidepresivos	311.-	TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	318.2	Retraso Mental Profundo
305.9	Otras, las Mixtas y las no especificadas.			(C.I. Menos de 20)	
306.-	ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES CORPORALES ORIGINADAS POR FACTORES MENTALES	312.-	PERTURBACIONES DE LA CONDUCTA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	319.-	RETRASO MENTAL DE GRADO NO ESPECIFICADO
306.0	Osteomusculares	312.0	Perturbación Irregular de la Conducta Expresada en Forma Individual.	320.-	EPILEPSIA
306.1	Respiratorios	312.1	Perturbación de la Conducta en Pandilla	345.0	Epilepsia no Convulsiva Generalizada
306.2	Cardiovasculares	312.2	Trastorno Compulsivo de la Conducta	345.1	Epilepsia Convulsiva Generalizada
306.3	Cutáneos	312.3	Perturbación Mixta de la Conducta y de las Emociones	345.2	Estado de Pequeño Mal
306.4	Gastrointestinales	312.8	Otras	345.3	Estado de Gran Mal
306.5	Genitourinarias	312.9	Sin Especificación	345.4	Epilepsia parcial con Alteración de la Conciencia
306.6	Endocrinas			345.5	Epilepsia Parcial sin Mención de Alteración de la Conciencia
306.7	De los Organos de los Sentidos			345.6	Esplasma Infantil
306.8	Otras			345.7	Epilepsia Continua
306.9	Sin Especificación			345.8	Otras
				345.9	Sin Especificaciones

E. 950 - E. 959 SUICIDIOS Y LESIONES

CONCLUSIONES

- 1.- La edad en la cual se presentaron más solicitudes de dictamen psiquiátrico fue la edad de 16-30 años.
- 2.- El sexo a quien se le realizó con mayor frecuencia, evaluación psiquiátrica fué el masculino.
- 3.- La cantidad de dictámenes que inversamente proporcional al nivel educacional de los examinados.
- 4.- El juzgado que más solicitudes de dictamen psiquiátrico presentó, fue el Juzgado de Letras Sto. de lo Criminal.
- 5.- La mayoría de personas que presentaron solicitudes de dictamen psiquiátrico, estaban psíquicamente normales.
- 6.- La mayoría de solicitudes de dictamen psiquiátrico fue requerida por la población de otros municipios de Fco. Morazán.
- 7.- Los motivos más frecuentes fueron en su orden.
 - Establecimiento de normalidad
 - Depresión
 - Psicosis
 - Retardo Mental

RECOMENDACIONES

- 1.- *Debe darse un tratamiento y hacer seguimiento de los pacientes a quienes se les diagnóstico alguna patología.*
- 2.- *En vista de que la mayoría de los examinados son reclusos, recomendamos practicar programas de salud mental dentro de la penitenciería.*
- 3.- *Practicar la evaluación psiquiátrica a todos los reclusos al momento de su ingreso a una penitenciería.*
- 4.- *Hacer una evaluación psiquiátrica a todos los reclusos de las penitencierías, por lo menos cada 3 años.*

BIBLIOGRAFIA

- *Medicina Legal (1)*
Eduardo Vargas Alvarado
cap. N° 39
Pág. 347 - 351
- *Compendio de Psiquiatría (4)*
Harold I. Kaplan
Cap. N° 16
Pág. 297, 314
Cap. N° 18
Pág. 431-434
- *Psiquiatría para Médicos Generales (5)*
Ricardo Gonzáles Meléndez
Cap. N° 4
Pág. 238