



INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
SECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**“Selección Victimal de Enfermos Mentales
en Delitos Sexuales”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FORENSE**

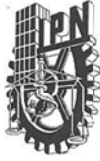
PRESENTA:

MAURICIO CERON SOLANA

**DIRECTORES DE TESIS:
DR. FELIPE EDMUNDO TAKAJASHI MEDINA
M. en C. MACARIO SUSANO POMPEYO**

México, D.F.

Diciembre 2010

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

SIP-14-BIS

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D. F. siendo las 13:00 horas del día 03 del mes de diciembre del 2010 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de la Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de la E. S. M. para examinar la tesis titulada:

"SELECCIÓN VICTIMAL DE ENFERMOS MENTALES EN DELITOS SEXUALES"

Presentada por el alumnc:

Cerón	Solana	Mauricio
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)

Con registro:

A	0	9	0	5	0	8
---	---	---	---	---	---	---


aspirante de:


ESPECIALIDAD EN MEDICINA FORENSE


Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.


LA COMISIÓN REVISORA


Directores de tesis


 Esp. Felipe Edmundo Takajashi
 Medina



 M. en C. Macario Susano Pompeyo


 Dr. Pedro López Sánchez


 Dra. Liliana Anguiano Robledo


 Dr. Eleazar Lara Padilla

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES


 Dr. Eleazar Lara Padilla

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D. F. el día 15 del mes de diciembre del año 2010, el que suscribe **Mauricio Cerón Solana** alumno del Programa de **Especialidad en Medicina Forense** con número de registro **A090508**, adscrito a la **Escuela Superior de Medicina**, manifiesta que es autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección del **Esp. Felipe Edmundo Takajashi Medina** y del **M. en C. Macario Susano Pompeyo** y cede los derechos del trabajo intitulado **“SELECCIÓN VICTIMAL DE ENFERMOS MENTALES EN DELITOS SEXUALES”**, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección altabibu@hotmail.com. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Mauricio Cerón Solana
Nombre y firma

AGRADECIMIENTOS

<u>INDICE</u>	PÁGINA
1. Acta de Revisión de Tesis	2
2. Carta de Cesión de derechos	3
3. Agradecimientos	4
4. Índice	5
5. Glosario	6
6. Relación de cuadros y gráficos	7
7. Resumen	8
8. Summary	10
9. Introducción	12
10. Antecedentes	13
11. Justificación	99
12. Hipótesis	99
13. Objetivos	99
14. Material y métodos	100
15. Resultados	102
16. Discusión	110
17. Conclusiones	112
18. Recomendaciones para trabajos futuros	113
19. Bibliografía	114
20. Anexos	115

GLOSARIO

- Abuso sexual: Delito consistente en la realización de actos atentatorios contra la libertad sexual de una persona sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento.
- Acoso: El que tiene por objeto obtener los favores sexuales de una persona cuando quien lo realiza se halla en posición de superioridad respecto de quien lo sufre.
- Cópula: Es cualquier forma de ayuntamiento carnal o conjunción sexual, con eyaculación o sin ella y sin importar el sexo.
- Culpabilidad: Reproche que se hace a quién es imputable una actuación contraria a derecho, de manera deliberada o por negligencia, a efectos de la exigencia de responsabilidad.
- Enajenación mental: Es aquel estado mental de quién no es responsable de sus actos, puede ser permanente o transitorio.
- Hostigamiento: Es la amenaza constante de causar daño en su actividad laboral a una persona, si no realiza tal o cual conducta.
- Incesto: Relación carnal entre parientes dentro de los grados en que está prohibido el matrimonio.
- Prostitución: es la persona que obtiene un beneficio económico por la realización de actos sexuales.
- Punible: Que merece castigo.
- Selección: Acto y efecto de elegir a una o varias personas o cosas entre otras, separándolas de ellas y prefiriéndolas.
- Víctima: Persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita.
- Victimología: Estudio científico de las víctimas.
- Violar: Tener acceso carnal con alguien en contra de su voluntad o cuando se halla privado de sentido o discernimiento.
- Violencia: Acción violenta o contra el natural modo de proceder.

RELACION DE CUADROS Y GRAFICOS

	PÁGINA
• Figura 1. Niveles de interpretación de la víctima.	17
• Figura 2. Hipótesis de Mendelshon para convertirse en víctima.	24
• Figura 3. Grados de culpabilidad de la víctima.	26
• Tabla 1. Descripción de las Variables	101
• Diagrama 1. Recolección de datos	101
• Gráfico 1. Distribución por sexo.	102
• Cuadro 1. Casos por sexo de la víctima en relación a la muestra.	102
• Gráfico 2. Distribución por parentesco con la víctima	103
• Cuadro 2. Proporción por parentesco víctima-victimario	103
• Gráfico 3. Distribución por tipo de ropa utilizada.	104
• Cuadro 3. Porcentaje de tipo de ropa utilizada por la víctima.	104
• Gráfico 4. Distribución delictiva por Delegación Política del DF.	105
• Cuadro 4. Porcentaje de ataques sexuales según Delegación.	105
• Gráfico 5. Predominio de horario victimógeno	106
• Cuadro 5. Tasa de ataque sexual según predominio de horario.	106
• Gráfico 6. Distribución por lugar donde se cometió el delito.	107
• Cuadro 6. Diferencia de proporción del lugar de los hechos.	107
• Gráfico 7. Porcentaje de los delitos sexuales cometidos.	108
• Cuadro 8. Tasa de delitos sexuales de los que se victimiza.	108
• Gráfico 8. Porcentaje del tipo de enfermedad mental.	109
• Cuadro 8. Tasa de habitantes que pueden ser atacados.	109

RESUMEN

Lo que aspira la victimología es visualizar que en la determinación delictiva en que siempre hay víctimas, es preciso perseguir y estudiar sus rasgos, características, comportamiento y conductas, para relacionarlos directamente con el obrar delictivo. En este sentido, es necesario considerar la problemática delincencial actual enfocada a grupos vulnerables, tal es el caso de víctimas asociadas a delitos sexuales desde una vertiente más compleja y aún no estudiada como son los delitos cometidos por enfermos mentales.

En este contexto se decidió realizar un estudio en el que se utiliza una muestra de internos pacientes procedentes del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CE.VA.RE.PSI), dependiente de la Subsecretaría del Sistema Penitenciario del Gobierno del Distrito Federal; los sujetos estudiados en comento, cuentan con antecedentes de enfermedad mental, sentenciados a la comisión de algún delito sexual.

El propósito del estudio fue evidenciar las características y rasgos predisponentes de cualquier sujeto de la población para convertirse en una víctima potencial de un delito sexual, cometido por sujetos asociados con alguna enfermedad mental.

Para ello se diseñó un estudio descriptivo-analítico, con un nivel de investigación clínico-sociológico, de tipo observacional y transversal, aplicado a internos pacientes que presentaron características de ser enfermos mentales y haber cometido algún delito sexual; así mismo se realizó la revisión documental de expedientes médico-jurídicos de cada sujeto en estudio.

Se estudiaron 42 casos en un solo grupo que incluyó internos pacientes varones, presos por la comisión de un delito jurídicamente ejecutoriado de tipo sexual, así como diagnóstico de enfermedad mental concomitante. Las variables evaluadas fueron: sexo de la víctima, parentesco con la víctima, edad de la víctima, atuendo de la víctima, delegación donde ocurrió el ilícito, horario, lugar de los hechos, edad del victimario, delito y enfermedad mental; por el tipo de estudio transversal se basó en la recolección de datos en la entrevista con el sujeto, examen mental y recolección de datos del auto plazo constitucional.

Como criterios de inclusión se seleccionó a una muestra de la población de internos pacientes del CE.VA.RE.PSI., los cuales padecieran enfermedad mental, tuvieran el antecedente de haber cometido un delito sexual y como criterio principal se tomó el proceso penal en grado ejecutoriado (ya sentenciados por el delito), evitando así cualquier sesgo de que no hubieran cometido algún ilícito, lo que significa que la muestra fue tomada al 100% de la población que cumpliera con los criterios.

El principal sexo que sufrió afectación en este tipo de delitos fue el femenino en el 90% de los casos, se observó que no existió parentesco alguno con el victimario en el 86%; los atuendos más seleccionados fueron los uniformes y la ropa casual en un 15% cada una; la delegación más victimógena fue la Gustavo A. Madero en un 35%, en un horario vespertino a una proporción de 0.61 con respecto al resto del día; el tipo penal más frecuente fue la violación en una proporción del 0.76 con referencia al resto de los tipos penales estudiados; finalmente la enfermedad psiquiátrica más frecuente presentada en los victimarios fue la Esquizofrenia Paranoide.

En el análisis estadístico se utilizaron razón, proporción, tasa y porcentaje en virtud de ser variables cualitativas; por otro lado para las variables de cuantitativas de edades de la víctima y el victimario se utilizaron medidas de tendencia central como son media, mediana y moda, así como desviación estándar y rangos.

Los resultados mostraron que para ser seleccionado como víctima de un delincuente sexual con enfermedad mental se debe contar con los datos antes mencionados como características y rasgos más frecuentes; los presentes resultados harán que los órganos de procuración de justicia y preventivos en la Ciudad de México, se enfoquen en este tipo de características para poder prevenir los delitos y poder establecer medidas que reduzcan la relación victima victimario en un futuro.

SUMMARY

What aspires the victimology is to visualize that in the criminal determination in that there are always victims, it is necessary to pursue and to study their features, characteristic, behavior and behaviors, to relate them directly with working criminal. In this sense, it is necessary to consider the problematic current delinencial focused to vulnerable, such groups it is the case of victims associated to sexual crimes from a more complex slope and even not studied as they are the crimes made for sick mental.

In this context it decided to carry out a study in the one that a sample of patient interns coming from the Virile Center of Rehabilitation Psicosocial is used (CE.VA.RE.PSI), clerk of the Subsecretary of the Penitentiary System of the Government of the Federal District; the fellows studied in comment, they have antecedents of mental illness, sentenced to the commission of some sexual crime.

The purpose of the study was to evidence the characteristics and features predisponentes of any subject of the population to become a potential victim of a sexual crime, made by fellows associated with some mental illness.

For it was designed it a descriptive-analytic study, with a clinical-sociological investigation level, of observational and traverse type, applied patient interns that presented characteristic of being sick mental and to have made some sexual crime; likewise it was carried out the documental revision of doctor-judicial files of each fellow in study.

42 cases were studied in a single group that included male patient interns, prisoners for the commission of a crime legally guilty of sexual, as well as diagnostic type of concomitant mental illness. The evaluated variables were: the victim's sex, relationship with the victim, the victim's age, the victim's attire, delegation where it happened the illicit one, schedule, place of the facts, age of the illness, crime and mental illness; for the type of traverse study it was based on the gathering of data in the interview with the fellow, mental exam and gathering of data of the car constitutional term.

As inclusion approaches it was selected to a sample of the population of patient interns of the CE.VA.RE.PSI., which suffered mental illness, had the antecedent of having made a sexual crime and I eat main approach it the penal process in grade guilty (already sentenced by the crime), avoiding this way any bias that they had not made some illicit one, what means that the sample was taken to the population's 100% that fulfilled the approaches.

The main sex that suffered affectation in this type of crimes was the feminine one in 90% of the cases, it was observed that relationship didn't exist some with the illness in 86%; the selected attires were the uniforms and the casual clothes in 15% each one; the delegation more victimogenetic was the Gustavo A. Madero in 35%, in an evening schedule to a proportion of 0.61 with regard to the rest of the day; the most frequent penal type was the violation in a proportion of the 0.76 with reference to the rest of the studied penal types; finally the most frequent psychiatric illness presented in the rapes was the Paranoid Schizophrenia.

In the statistical analysis they were used reason, proportion, appraises and percentage by virtue of being variable qualitative; on the other hand for the variables of quantitative of the victim's ages and the illness measures of central tendency were used as they are half, medium and fashion, as well as standard deviation and ranges.

The results showed that to be selected as a sexual criminal's victim with mental illness he/she should have the data before mentioned as characteristic and more frequent features; the present will make that the organs of procurement of justice and preventive in the Mexico City, be focused in this type of characteristics to be able to prevent the crimes and power measures that reduce the relationship to settle down it kills rapes in a future.

INTRODUCCIÓN

El campo de la victimología incluye en función de los distintos autores, un gran número de disciplinas o materias, tales como: sociología, psicología, derecho penal y criminología. Cabe señalar que la víctima puede constituirse en el factor etiológico del crimen y asumir circunstancias y roles que integran el delito. El estudio de las víctimas es multidisciplinario y no se refiere sólo a las víctimas de un delito, sino también a las que lo son por consecuencia.

Por otro lado, en las diversas formas de agresión sexual, el hombre ejerce un control sobre la víctima a través de la sugestión, de mentiras, de chantaje afectivo, intimidación y en ocasiones utiliza la violencia física. La violencia sexual es la fuerza física o moral que se utiliza para obligar a una persona a participar en actividad sexual contra su voluntad.

En la actualidad el fenómeno social de la violencia sexual se ha incrementado de manera notoria, esto asociado a la relevancia de la enfermedad mental convirtiéndolo en una realidad actual traducida como la agresividad masculina, misma que prevalece por conductas aprendidas a lo largo de la evolución humana.

La elección o determinación de la víctima dependerá de los mecanismos de interacción que conforman la pareja penal, que es la que suele permitir la visualización de los motivos del acto y las razones directas de la elección. De ahí que sea sumamente importante la investigación para explicar el rol del sujeto pasivo y para saber hasta qué punto éste ha tenido una actitud activa en la génesis delictual. Esto permite aseverar que víctima y victimario constituyen un todo inseparable, que se influye recíprocamente. Esta reciprocidad representa un resultado traducible como la ganancia para uno y la pérdida para el otro.

Para tal efecto se desarrolló un estudio trasversal, descriptivo-analítico, con un nivel de investigación clínico-sociológico, de tipo observacional a 42 casos de delitos sexuales asociados a internos pacientes ejecutoriados que padecen enfermedad mental, conociendo así su comportamiento delictivo en la población, el cual se demostrará.

ANTECEDENTES

1. VICTIMOLOGIA

1.1 INTRODUCCION A LA VICTIMOLOGIA

Las definiciones vertidas sobre victimología reúnen un conjunto de características que además de la ideología o inclinación de su autor, se han clasificado en dos grandes categorías: las que atienden principalmente a un criterio de independencia, según se les conceda autonomía científica o por el contrario a las que se les considera como una rama de la criminología. En este tenor para definir a la victimología es necesario atender todos aquellos aspectos de orden intelectual que dan connotación distinta al significado desembocando en una mayor o menor independencia científica que tiene como consecuencia lógica la mayor o menor amplitud concebida al saber victimológico.

El problema se agudiza desde el momento de su posible inclusión en el conocido catálogo de las ciencias penales, lo que tendría como premisa el reconocimiento de la autonomía científica.

La palabra víctima proviene del latín *victima* que significa toda aquella persona que padece daño o muere por culpa ajena o por causa fortuita¹. O de otro modo, la víctima es aquella persona que sufre daño como consecuencia de las acciones de alguien, o bien aquella persona que se queja o se lamenta excesivamente sin tener motivo para ello². Por su parte la victimología comprende el estudio científico de las víctimas del delito, esto alude a las víctimas sociales que hacen evolucionar el campo de esta disciplina. Es el estudio de las causas por las que determinadas personas son víctimas de un delito y de cómo el estilo de vida conlleva una mayor o menor probabilidad de que una determinada persona sea víctima de un crimen.

Luis Rodríguez Manzanera afirma que “puede definirse como el estudio científico de las víctimas. En este aspecto amplio no se agota con el estudio del sujeto pasivo del delito, sino que atiende a otras personas que son afectadas y a otros campos no delictivos como puede ser el de los accidentes”³.

¹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22ªed. Ed. Real Academia Española. España 2001.

² MENDOZA BEIVIDE, Patricia. Psiquiatría para criminólogos y criminología para psiquiatras. 1ªed. Ed. Trillas. México 2006. Pág. 143.

³ RODRIGUEZ MANZANERA, Luis. Criminología. 14ª. ed. Ed. Porrúa. México 1999. Pág.28.

El campo de la victimología incluye o puede incluir, en función de los distintos autores, un gran número de disciplinas o materias, tales como: sociología, psicología, derecho penal y criminología. Cabe señalar que la víctima puede constituirse en el factor etiológico del crimen y asumir circunstancias y roles que integran el delito. El estudio de las víctimas es multidisciplinario y no se refiere sólo a las víctimas de un delito, sino también a las que lo son por consecuencia de accidentes, desastres naturales, crímenes de guerra y abuso de poder. Los profesionales relacionados con la victimología pueden ser científicos, operadores jurídicos, sociales o políticos.

Las fluctuaciones en la victimología suele obedecer circunstancias del sistema social en las que ocurren, tratando de determinar los hechos concretos como el porqué de la elección efectuada por el agresor sobre determinada víctima.

Lo que aspira la victimología es visualizar que en la determinación delictiva en que siempre hay víctimas, es preciso perseguir y estudiar sus rasgos, características, comportamiento y conductas, para relacionarlos directamente con el obrar delictivo.

La víctima que interesa es la que sufre el perjuicio, aquel ser humano que padece daño en los bienes jurídicamente protegidos como son: vivienda, salud, propiedad, honor, honestidad y para este caso libertad sexual. En el derecho penal más que el fin material de protección de bienes jurídicos, lo esencial parecía ser el castigo del delincuente en lugar de la reparación del mal causado a la víctima⁴.

1.2 PRECURSORES DE LA VICTIMOLOGIA

La pasión de Lombroso era la de fijar estigmas somáticos que condicionaban al delincuente. A medida que avanzaba en sus investigaciones, pretendía hallazgos que exponían con singular vehemencia cual si fuera determinismos cosmogónicos. Había estudiado al loco, y al hacerlo con los delincuentes, encontró puntos de similitud. No en balde los locos y criminales se reclutaban para ser estudiados en los mismos establecimientos penales donde solían yacer conjuntamente⁵.

Es con Ferri y con Garófalo que la escuela positiva italiana acrecienta el estudio del delincuente, de las causas del delito, de los tratamientos más adecuados.

⁴ BUSTOS, Juan, et all. Victimología, presente y futuro. 1ª ed. Ed. PPU. Barcelona 1993. Pág. 77.

⁵ NEUMAN, Elías. Victimología. 1ªed. Ed. Cárdenas. México 1992. Pág. 20

Mismos que enuncian que el delincuente y el ser humano forman parte indisoluble del plano penal, dando al crimen una expresión de psicopatía social⁶.

La relevancia adquirida por la figura de la víctima integrando activamente el mecanismo de interacción con el delincuente, se debió a la preocupación de diversos estudiosos. Por su parte Hans Von Henting, publica en 1948 el estudio *The criminal and his victims*, donde expresa una clasificación de la víctima que posteriormente mejora hacia el año 1957. El sujeto pasivo es estudiado insertándolo en la conducta del victimario capaz de engendrar el delito o reforzar las apetencias del delincuente.

Señala Von Henting que “el individuo débil en el reino animal y entre hombres es aquel que posiblemente será la víctima de un ataque. Algunos, como los menores, los ancianos, los débiles de espíritu. La debilidad puede consistir también en la fuerza excesiva de una impulsión vital, lo que entorpece los mecanismos ordinarios de precaución y prevención”⁷. En este sentido se le otorgan características a la víctima clasificándolas en edad, sexo y deficiencias mentales, luego las engloba en ciertos grupos que no clasifica de una manera precisa y considera que ayudan en la relación delictual, con lo que constituyen elementos causales.

La palabra Victimología fue acuñada por el israelí Benjamín Mendelshon desde la década de los 40; habla de toda víctima y de todos los factores que provocan su existencia; el autor la define como la ciencia sobre víctimas y victimidad, entendiendo el termino de victimidad como un fenómeno específico común que caracteriza todas las categorías de víctimas cualquiera que sea la causa de su situación.

Fue en la década de los 80 cuando resurgen los estudios victimológicos, verificando un incremento en los sondeos de victimización en los estudios en torno a los efectos del delito, de las necesidades de las víctimas y de los servicios asistenciales que a estas se presta⁸.

Con el advenimiento de la victimología penalistas y criminólogos empiezan a enriquecer el estudio, enfocándolo hacia un nuevo ámbito, el victimológico. Las proposiciones victimológicas enfocaban sus esfuerzos directamente a la búsqueda

⁶ Ibidem. Pág. 21.

⁷ VON HENTING, Hans. *La estafa, en estudios de psicología criminal*. 1ª.ed. Ed. Espasa-Calpe. Madrid 1960. Vol. III, Pág. 25.

⁸ ZAMORA GRANT, José. *La víctima en el sistema penal mexicano*. 1ª.ed. Ed. INACIPE. México 2005. Pág. 20.

de factores y actitudes victimales que pudieran adjudicar una cierta responsabilidad de la víctima en el génesis del delito.

El autor Mendelshon es quién realiza la primera tipología de las víctimas, donde sugiere una especie de penalidad al argumentar que la víctima puede ser tan culpable como el actor del hecho punible y establece un sistema gráfico como base para determinar la sanción pena.

Por su parte, Hans Von Henting, realiza una clasificación de las víctimas sumamente amplia, tomando como punto decisivo para la acción del delincuente, la debilidad de cierto tipo de gente para devenir víctimas; también habla de la debilidad que puede obedecer a una fuerza excesiva de impulsión vital que entorpece los mecanismos ordinarios de precaución y prevención. Habla a su vez de víctimas deprimidas, adquisitivas, desenfrenadas, libertinas, solitarias, acongojadas, atormentadas, bloqueadas, luchadoras etcétera. Siempre resaltando la relevancia adquirida por la figura de la víctima, integrándola activamente en el mecanismo de interacción con el delincuente.

En 1957 Von Henting en su obra *La estafa*, inserta al sujeto pasivo en la conducta de su victimario, como capaz de engendrar el delito o reforzar las apetencias del delincuente⁹. En esta obra divide a las víctimas en resistentes y cooperadoras.

Entre otros precursores encontramos a Ellenberg, hacia 1954 en su obra *Las relaciones psicológicas entre el criminal y su víctima*, en el que destaca la dualidad de factores tanto objetivos como subjetivos en los que puede caracterizar a las víctimas y resalta como tales caracteres, voluntaria o involuntariamente influyen en el proceso de victimización. En lo propio Wolfgang publicó *Patterns in criminal homicide*, en la que resalta la importancia en la relación criminal víctima, tan personalizada como ningún otro tipo penal, refiriéndose especialmente a la víctima precipitante, en el que esta lo desencadena, inicia y da lugar a la agresión¹⁰.

⁹ VON HENTING, Hans. Op.cit. Pág.25.

¹⁰ ZAMORA GRANT, José. Op. Cit. Pág. 23.

Lo propio ocurre con el autor Jiménez de Asúa, en su obra *Victimología*¹¹ comprende una clasificación de las víctimas según la relación que esta guarde con el autor, hablando de víctima indiferente y víctima determinada.

En 1971 Fattah publica *la victime est elle coupable* en el que realiza una amplia investigación sobre la víctima del homicidio con fines de robo y estudia las predisposiciones victimológicas y la contribución de la víctima en la génesis del crimen. Distingue en sus observaciones la relación autor víctima de carácter personal, de carácter impersonal y autor víctima, sin ningún tipo de relación¹².

De esta manera, preocupados por la necesidad de conocer los matices de la relación víctima victimario y de evidenciar que no todas las víctimas son inocentes, se estudia la dinámica, modos y circunstancias del delito. Tal perspectiva conforma una primera etapa del pensamiento victimológico con razón o no; lo que sí es claro es que este pensamiento siempre se ha visto influido como la criminología, por diversas corrientes de pensamiento filosófico e incluso sociológico. Las tipologías victimológicas siempre estarán influidas por la tendencia ideológica de quién la propone y el modelo de sociedad al que se adhiera, así sea de la mayor o menor independencia científica que se le conceda.

1.3 OBJETIVOS DE LA VICTIMOLOGIA

El objeto de estudio de la victimología no se limita únicamente a la víctima, sino se debe visualizar desde tres niveles de interpretación a los que se denominan:

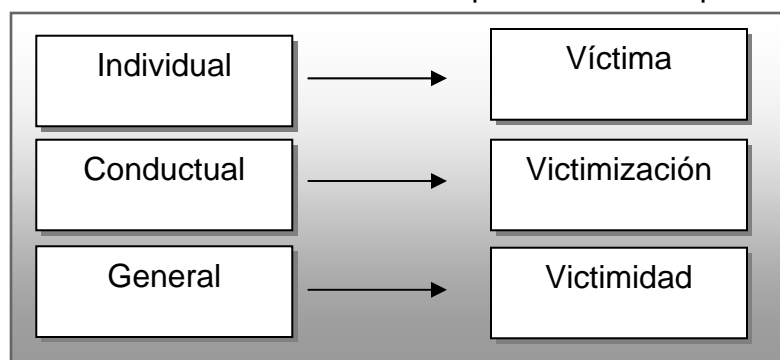


Figura 1. Niveles de interpretación de la víctima.

¹¹ JIMENEZ DE ASUA, Luis. *Victimología. Estudios de derecho penal y criminología*. 1ª.ed. Ed. Omeba. Buenos Aires 1961. Pág. 42.

¹²ZAMORA GRANT, José. Op. Cit. Pág. 24.

El objeto de estudio no sólo se circunscribe a la personalidad y características de la víctima, sino además a su conducta aislada y en relación con el victimario si la hay, así como el fenómeno victimal en general, como suma de víctimas y victimizaciones, con características independientes de las individualizadas que la conforman. Por lo tanto el objeto es la víctima y el método propicio será el método científico mismo utilizado en criminología; esto es el hombre que ha sido victimizado como sujeto pasivo del delito durante el proceso penal.

La concepción de la finalidad de la victimología depende también de cómo esta sea definida, así como la forma en que sean concebidos su objeto y su método; la postura positivista plantea a la victimología con el objeto de encontrar en la conducta victimal elementos que evidenciasen su probable responsabilidad.

La victimología está construida sobre tres planos constitutivos a saber¹³:

- El plano biopsicosocial: comprende el cúmulo de factores que influyen para que un sujeto devenga víctima; inclusive aquellos que no provienen de su relación con el delincuente, es decir, por accidentes de trabajo o tránsito, en los que se es víctima de su propio acto.
- El plano criminológico: Influido por la concepción criminológica el problema sobre la personalidad de la víctima en su aspecto biopsicosocial está en relación con el problema de la criminalidad y siempre desde el punto de vista terapéutico y profiláctico victimal.
- El plano jurídico: Se considera a la víctima en relación con la ley penal o civil para los casos de resarcimiento de los daños causados.

Desde la construcción victimológica el objeto, método y finalidad tendrán dos matices principales como son endógenos de la víctima y exógenos como son la personalidad del delincuente, requiriendo métodos específicos para su estudio integral como son el conocimiento de la medicina, la psiquiatría, la psicología, la sociología o las ciencias forenses, con la finalidad de conocer la personalidad de la víctima y buscar mecanismos de autodefensa o de política criminal en prevención del delito.

¹³ Ibidem. Pág. 36.

La *victimología positivista o conservadora*, denominada también *criminal o penal*, es la que se asume en la mayoría de los sistemas de justicia penal, el cual evade todo respaldo estatal. Estudia la relación víctima-criminal. Para esta victimología, se debe tratar igual a los delincuentes.

La *victimología liberal* considera a la criminalidad por la respuesta que provoca y la etiqueta. Etiqueta la conducta y al criminal como algo desviado. El desviado es una víctima más.

Finalmente la *victimología socialista* propone cambios definitivos en las estructuras sociales para evitar la victimización y la violación de los derechos humanos, que deben ser igualitaria por esencia o naturaleza y también muestra la existencia de un Estado y sistema de justicia corrupta y victimizadora para los que menos tienen, olvidando con ello a las víctimas de la denominación

El principio autorresponsabilidad, señala que la víctima ha de responder por su propio comportamiento, en el sentido que él sea la causa o antecedente del hecho que lo afecte¹⁴. Desde la perspectiva dogmática, el principio significa que la víctima está en la obligación de tomar todas las previsiones o precauciones necesarias para evitar que su comportamiento sea el que produzca el delito; caso contrario, sus bienes jurídicos quedarían vulnerables, lo que generaría un hecho atípico.

1.4 LA PAREJA PENAL

Mendelshon con notable acierto se refiere a la pareja penal, que debe ser distinguida de lo que el italiano Escipion Singhele denominada pareja delincuente. En la pareja delincuente existe mutuo y pleno consenso en la armonía delictiva en que dos personas, caracterizadas como íncubo y súcubo realizan un crimen. Es la comisión del delito en que dos están de acuerdo¹⁵. En este tenor habrá que aclarar que el íncubo se refiere al instigador y el súcubo al instigado, siendo preciso investigar la criminogénesis de cada uno y la mayor actividad desplegada individualmente para llegar al hecho.

En la criminalidad de cada uno de los participantes cada uno puede tener mayor responsabilidad respecto del otro, considerando la psicología criminal para poder determinar el grado de comisión del delito.

¹⁴ Ibidem. Pág. 42.

¹⁵ NEUMAN, Elías. Op. Cit. Pág. 36.

El estudio de las relaciones interpersonales implica un juego de subjetivismos que interesa profundamente al criminólogo, así como al jurista, por que cabría advertir que en ambos polos de la pareja existe una doble personalidad, si se es víctima o victimario.

Interesan en una investigación victimológica sexo, edad, origen, clase social, profesión, religión, estado civil, familia, parentesco de la víctima y los motivos que la impulsaron a no hacer denuncia del hecho que la agravia. Dentro de los datos habrá que investigar el marco sociocultural del cual proviene, la idiosincrasia de la población en amplio sentido, el tipo de delito, los medios empleados para su comisión, personalidad del victimario a través del ofendido.

La cifra negra de los delitos tradicionales indica que las razones que inhiben una denuncia de hechos penales tradicionales aparecen enunciadas en un trabajo de Hilda Marchiori¹⁶ ellas son:

- El temor del victimizado a serlo nuevamente.
- Miedo al autor del delito.
- Por considerar que no es grave la conducta lesiva.
- No confiar en la justicia.
- Temor a perjudicar al autor porque es miembro de la familia.
- La pérdida de tiempo que implican la denuncia y los trámites judiciales.
- La víctima agredió al autor y se sabe tan responsable del delito como éste.
- La denuncia la perjudica.
- La víctima no tiene pruebas o desconoce al autor.
- Para evitar ser victimizados nuevamente por la policía, peritos forenses, jueces.
- Por la presión familiar y social al ser identificada como víctima de ciertos delitos que la marginan y humillan.

La humillación producida por el delito es de tal magnitud que el miedo y la angustia de la víctima serán fracturantes en su confianza y comunicación con su medio e interacción social y cultural.

¹⁶ MARCHIORI, Hilda. Criminología. La víctima del delito. 1ª ed. Ed. Porrúa. México 1998. Pág. 47.

1.5 LA VICTIMODOGMÁTICA

Una clasificación de las diversas teorías criminológicas sobre la base de las distintas interpretaciones que de la desobediencia del individuo a la autoridad, se han ofrecido históricamente, tal es el caso de tres corrientes ideológicas desenvueltas por un patrón aceptado por una determinada parte de la comunidad científica. Estas a su vez sustentan los modos posibles de entender las relaciones entre individuo y autoridad, a pesar de la pluralidad de matices tendientes a originar los modelos de sociedad.

Los tres modelos o paradigmas son:

1. El positivista: con un modelo de sociedad consensual y una ideología conservadora.
2. El interaccionista: que percibe un modelo pluralista de sociedad y con una tendencia ideológica liberal.
3. El paradigma crítico: en una perspectiva de modelo de sociedad conflictual e ideología de corte socialista.

El pensamiento criminológico se sitúa en términos diversos según el modelo de sociedad al que se adhiere, según la ideología. Se trata a su vez de un conjunto de conocimientos que resuelven, determinados problemas bajo un patrón aceptado por una parte de la comunidad científica.

En el modelo consensual de la sociedad, de tendencia conservadora, se evidencia la influencia del pensamiento liberal pero sobre todo del positivista¹⁷.

La conmoción que desencadena el delito llega a tener, generalmente, consecuencias de tal gravedad que modifican y transforman su entorno social de la víctima y su familia, en algunos casos de forma irreversible, siendo las posibles consecuencias:

- Físicas: lesiones, pérdida de la vida.
- Emocionales: difíciles de poder determinar, son las secuelas del profundo estrés y conmoción del hecho delictivo.
- Socioculturales: repercuten en las relaciones interpersonales de la víctima con el medio social.

¹⁷ ZAMORA GRANT, José. Op. Cit. Pág. 39.

- Económicas: son los daños ocasionados por el delito.

Por su parte en el positivismo, el delito se concibe como un hecho real e histórico; su estudio y comprensión por tanto, son inseparables del examen del delincuente y de la realidad social de éste¹⁸. La finalidad de la ley penal no es establecer un orden jurídico sino combatir el fenómeno social del crimen y defender a la sociedad.

El modelo interaccionista reconoce la multiplicidad de grupos sociales con intereses diferentes y a veces en conflicto. La ley existe porque no existe un acuerdo general entre las partes en conflicto, Los individuos así, se ponen de acuerdo sobre una estructura legal que permita resolver los conflictos sin prejuzgar irremediamente el bienestar de la sociedad. La ley es vista como un instrumento de resolución en conflicto. El interaccionismo se considera victimológico, básicamente en conceptos como el de la desviación secundaria, donde el desviado es considerado una víctima.

El modelo conflictual o paradigma crítico percibe a la misma como algo en permanente cambio, el cual se da por los conflictos desarrollados en su interior y ve cómo todo elemento de la sociedad contribuye al mismo. Este modelo percibe a la sociedad integrada por grupos diversos y antagónicos, pero se diferencian al considerar la razón real de los conflictos esta en lucha por el poder, donde quienes lo tienen tratan de mantenerlo y por su parte hay quienes tratan de obtenerlo.

Los postulados victimológicos desde estos planteamientos están encaminados al cambio de estructuras sociales y la victimización a través de las instancias de poder.

La victimodogmática en sus orígenes se preocupa por la relación víctima-victimario, con el objetivo de revelar el rol y grado de responsabilidad que pudiera tener el desencadenamiento del delito¹⁹. La pretensión de la victimodogmática consiste en examinar como la contribución de la víctima al delito afecta la punibilidad del comportamiento del autor, Para este autor la victimodogmática parte de la constatación de víctimas corresponsables del hecho para llegar a establecer un

¹⁸ Ibidem. Pág. 43.

¹⁹ Ibidem. Pág. 57.

principio de autorresponsabilidad de las mismas; esto es, afirmar la existencia de un deber de autodefensa en relación de ciertos ataques a determinados bienes jurídicos cuya infracción haría decaer el merecimiento de tutela por parte de la víctima.

1.6 LA VÍCTIMA

Históricamente se señala a la venganza como el aspecto que revestía la función punitiva cuando todavía el poder político no se concebía como tal, ni poseía la fuerza necesaria dentro de los grupos humanos para imponerse a los particulares; contaba con el apoyo de la colectividad misma, mediante la ayuda material o el respaldo moral hacia el ofendido, reconociéndole su derecho a ejercerla.

Originalmente la venganza se encontraba en manos de las víctimas, pues las formas de organización y protección fueron producto de una evolución natural del hombre que paulatinamente dio origen a diversas formas de organización social. Así mismo la venganza estaba justificada pero no importaba su adecuación y por tanto su exceso.

Con el transcurso del tiempo apareció la composición mediante la cual el ofensor y su familia rescataban del ofendido y de los suyos, mediante el pago de una cantidad, el derecho a la venganza²⁰.

Conceptualmente la víctima es la persona que padece un sufrimiento físico, emocional, social a consecuencia de la violencia, de una conducta agresiva antisocial, a través del comportamiento del individuo delincuente que transgrede las leyes de su sociedad y cultura. De este modo la víctima está íntimamente vinculada al concepto de las consecuencias del delito, que se refiere a los hechos o acontecimientos que resultan de la conducta antisocial, principalmente el daño, su extensión y el peligro causado individual y socialmente²¹.

²⁰ Ibidem. Pág. 71.

²¹ MARCHIORI, Hilda. Op. Cit. Pág. 174.

Mendelshon señala cinco diferentes posibilidades de convertirse en víctima:

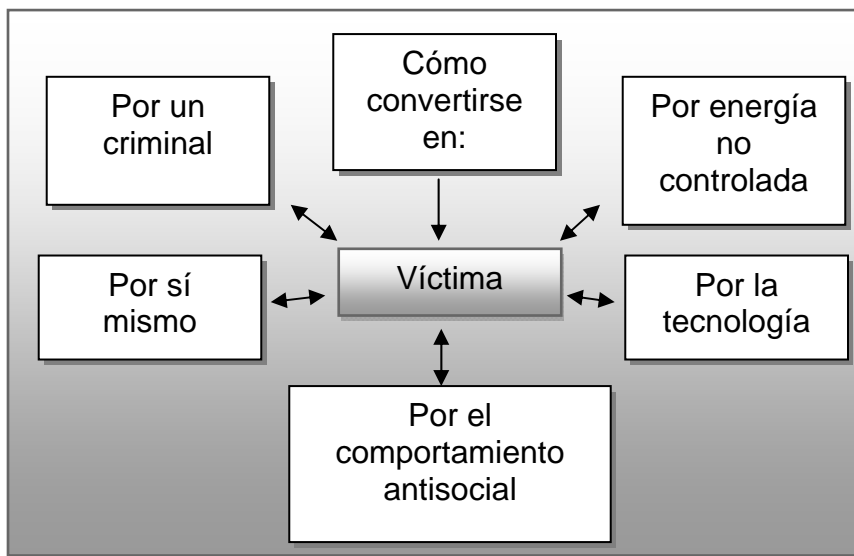


Figura 2. Hipótesis de Mendelshon para convertirse en víctima.

Esto nos representa una clara perspectiva de las diversas posibilidades en las que se encuentra un individuo que al encontrarse en un momento determinado y cumplir con las expectativas del delincuente se puede finalizar la relación y poder convertirse en víctima.

1.7 TIPOLOGIA VICTIMAL

Por la amplitud del concepto de víctima se han esbozado algunas clasificaciones para categorizar y caracterizar el fenómeno victimal. La relevancia de tales clasificaciones se evidencia principalmente por los mecanismos que a partir de ellas se instrumentan para su atención y protección, sobre todo porque las mismas muestran quién debe ser considerado víctima.

Para Mendelshon la víctima puede ser tan culpable como el criminal en el hecho delictivo. Esta relación entre el criminal y la víctima se establece claramente, según advierte, al estudiar la motivación y reacción en la pareja penal, lo que daría lugar a la reparación similar de responsabilidades penales. Dependerá de cada caso concreto la determinación de esta circunstancia²².

²² NEUMAN, Elías. Op. Cit. Pág. 57.

El autor establece un sistema gráfico de dos polos opuestos uno con “0” de culpabilidad y el otro con “100” de culpabilidad. Deduce que la víctima no criminológicamente responsable sería situada en el 0 y el criminal en el 100. Además afirma que la pareja penal no es posible encontrarla en estos polos opuestos sino en posiciones intermedias; en este tenor de ideas establece diversas categorías de víctimas:

- 1) La víctima enteramente inocente o víctima ideal: es la que suele denominar víctima anónima que nada ha hecho o nada ha aportado para desencadenar la situación criminal. Esta es totalmente ajena a la actividad criminal.
- 2) La víctima de culpabilidad menor o por ignorancia: en este tipo se da un cierto impulso involuntario al delito, pero el sujeto por cierto grado de culpabilidad o por medio de un acto reflexivo causa su propia victimización.
- 3) La víctima es tan culpable como el infractor (víctima voluntaria):
 - A. Los que cometen suicidio a la suerte.
 - B. El suicidio por adhesión a otro individuo (colectivo).
 - C. La eutanasia (ayuda a morir).
 - D. La pareja criminal por íncubo y súcubo que intenta el suicidio.
- 4) La víctima más culpable que el infractor:
 - A. La víctima provocadora es aquella que por su conducta incita al autor a cometer ilicitud penal.
 - B. La víctima por imprudencia es la que determina el accidente por falta de control.
- 5) La víctima más culpable o únicamente culpable:
 - A. La víctima infractor: se trata del sujeto que cometiendo la infracción, resulta finalmente víctima.
 - B. La víctima simulante: quién causa y logra impulsar penalmente con el deseo concreto de que la justicia cometa un error.
 - C. La víctima imaginaria: se trata de individuos con serias psicópatas de carácter y conducta.

En resumen se puede observar de la siguiente forma:

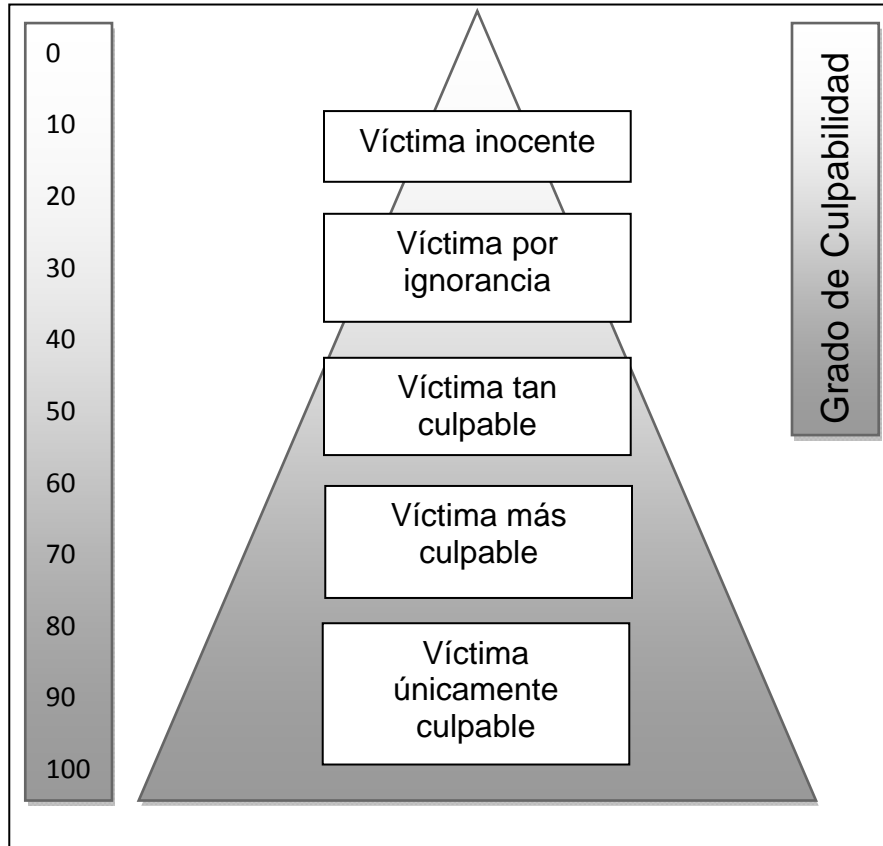


Figura 3. Grados de culpabilidad de la víctima.

Finalmente el autor Mendelshon concluye calificando a las víctimas desde el punto de vista represivo en²³:

1. Grupo: la víctima inocente. Le será aplicada al infractor la totalidad de la pena integral, sin ninguna disminución, debido a que la víctima no ha tenido ningún rol.
2. Grupo: Las víctimas provocadoras, por imprudencia, voluntarias o por ignorancia. Estas víctimas han colaborado en la acción nociva y existe una culpabilidad recíproca, por lo cual la pena debe ser menor para el victimario.
3. Grupo: La víctima agresora, simuladora e imaginaria. En estos casos son las víctimas las que cometen por sí la acción nociva y el inculpaado debe ser excluido de toda pena.

²³ Ibidem. Pág 61.

Cabe mencionar en este sentido que para el proceso penal mexicano, no se puede calificar de una forma general, sino se debe examinar el caso particular para poder otorgar un justo penal.

Por su parte Luis Jiménez de Asúa, los clasifica de dos formas sustanciales que son:

- Víctimas indiferentes: en la cual el objeto del delito no recae en una persona en particular sino en cualquier sujeto en un momento determinado, sin razón alguna.
- Víctimas determinadas: son las que por ciertas razones debe recaer el hecho delictivo de una forma determinada y concreta a ese sujeto pasivo y no a otro. A su vez son divididas en resistentes y coadyuvantes del delito

Por tanto es cabe hacer mención que las víctimas más importantes son las coadyuvantes, como son en los delitos sexuales tema fundamental de este trabajo.

El investigador Fattah²⁴ efectúa una clasificación de las víctimas en las que se presentan ciertas originalidades:

- 1) Víctima provocadora: es la que desempeña un rol decisivo desde el punto de vista etiológico porque incita al delincuente a cometer la infracción.
 - A. El tipo pasivo: ya que por negligencia o imprudencia favorece la situación propicia del crimen, incitando indirectamente al delincuente a accionar.
 - B. El tipo activo: es relevante en la descarga del crimen, se distinguen variedades:
 - (1) La víctima consciente es la que incita a la acción como agente provocador o promotor.
 - (2) La víctima no consciente que provoca la acción, no incita al acto pero lo provoca con sus reacciones conscientes o inconscientes.
- 2) Víctima participante: se sitúa generalmente en la fase de la misma ejecución, su actitud pasiva facilita la ejecución del crimen
 - A. El tipo pasivo: se caracteriza por su actitud favorable a la realización del crimen por deseo, consentimiento, sumisión, complicidad, indiferencia.

²⁴ Ibidem. Pág 64.

B. El tipo activo: en este caso la víctima trae una participación directa en la infracción como contribución, cooperación, colaboración, coadyuvancia.

En lo propio, la actual investigadora Hilda Marchiori²⁵ se refiere a la relación víctima-victimario, analizando mecanismos psicológicos las circunstancias del encuentro entre ambos como:

- Víctimas pertenecientes al mismo grupo familiar del autor del delito.
- Víctima conocida.
- Víctima desconocida.

Finalmente Neuman²⁶ habla de la modificación conforme a la época o el lugar y la clasifica de la siguiente manera:

1. Víctimas individuales: en este caso se incluyen las víctimas sin actitud victimal, con actitud culposa y dolosa.
2. Víctimas familiares: en este apartado trata de esbozar aquellos grupos de debilidad de índole familiar que son explotados, maltratados, abusados etc.
3. Víctimas colectivas: en este grupo se incluyen víctimas como nación, comunidad social y determinados grupos de personas por medio del sistema penal.
4. Víctimas sociales: es aquel grupo de víctimas minoritarias que por ciertas condiciones o circunstancias, son el ideal para una selección debido a su debilidad.

En el estudio de la víctima debemos considerar como ejemplo típico y digno de estudio la legítima defensa, en donde debe haber siempre una provocación suficiente y actitud ofensiva de cierta gravedad. Hay que saber que la actitud ofensiva va a depender del grado de cultura, educación, ámbito social, costumbres ambientales, sin olvidar que ante una provocación no siempre se está obligado a responder, y se requiere de la coincidencia entre ambos sujetos para que se provoque la situación de la legítima defensa.

²⁵ MARCHIORI, Hilda. Op. Cit. Pág. 112.

²⁶ NEUMAN, Elías. Op. Cit. Pág. 68-71.

Situación similar ocurre con lo relativo a miedo grave, en donde la víctima va a reportar la constricción del ánimo, ante el temor fundado puede responder como victimario, argumentando ser víctima. Es indispensable, cuando sea posible, que el entrevistador intervenga en la valoración de la pareja criminal.

Se debe intervenir siempre en ambas partes cuando se trata de violencia familiar, para determinar al sujeto activo y al pasivo, o quién domina emocional o intelectualmente o determinar la complicidad o la colaboración para llegar al acto delictivo.

En la actualidad se puede afirmar que aunque existe la sensibilización jurídica para el estudio de la víctima, aún no hay mecanismos concretos, ordenados, específicos para valorar la pareja criminal, debiéndose reportar la relación dual que puede haber en entre una y otra personalidad.

1.8 PARADIGMAS VICTIMALES

El rol de la víctima se tiene poco en cuenta. La relación víctima victimario y el papel jugado por éstas en la infracción han sido escasamente estudiados en diversas jurisprudencias, no habiendo normas que consagre y reglamenten ciertos aspectos referidos a la víctima. La investigación del sujeto pasivo del delito permitiría obtener mejores realidades.

La victimología puede prestar un auxilio estimable al derecho penal para mejor ubicar las sanciones o las medidas de seguridad en caso de que corresponda por ser la víctima culpable o peligrosa. El examen de todas las circunstancias de hecho en delitos como los sexuales ponen en evidencia el rol que juega la víctima y la atención que deben tener los jueces para advertir la posibilidad de eximición de responsabilidad en el presunto autor o disminución considerable de su penalidad.

La ley penal toma en cuenta la personalidad objetiva de la víctima y sus caracteres externos tales como edad, sexo, situación social. También en ciertas circunstancias la personalidad subjetiva o al menos ciertas características psicológicas que constituyen la individualidad. Algunas veces las sentencias reportan ciertas cualidades morales como bondad, coraje, debilidad, honestidad o ausencia de escrúpulos²⁷.

²⁷ Ibidem. Pág. 83.

La relación víctima victimario no es vista para evaluar objetivamente la personalidad del autor; en esta relación cabe mencionar los aspectos criminales y la interacción subjetiva de la personalidad de la víctima. Por su parte algunos penalistas la relación delictiva tiene en base la personalidad, con la cual considero es correcta. La relación víctima victimario se establece bajo el influjo fundamental de la personalidad subjetiva de cada uno de los individuos en que la manera de actuar es un emergente de esa personalidad, un índice, una forma de comportarse en que está presente la captación psicológica.

La personalidad de la víctima es siempre objetiva en la ley; si la víctima no ocupa ese lugar efectivo dado por su sexo, su honestidad, su edad, su incapacidad, el sujeto activo queda terminantemente exento de pena por no entrar en el tipo legal o bien por entrar en un tipo legal más genérico²⁸.

La apreciación de que siempre la víctima es inocente se debe establecer desde varios puntos de vista no solo la presunción legal primera en derecho, sino desde una estructura multidisciplinaria. Interesa el punto de vista de las motivaciones y el correlato de los hechos, para encontrar el verdadero contexto de la culpabilidad o no y establecerla en su caso concreto, tal como es de esperar que se deba aplicar objetivamente la justicia. El juez se encuentra limitado en estos casos a ser un fiel repartidor de penas y no un verdadero administrador de la justicia. Es el caso de la violación incestuosa o de aquella cometida por abuso de autoridad, en que el sujeto pasivo debe encontrarse bajo la autoridad del victimario y debe mediar entre ambos una relación de confianza, dada la tutela el que se encuentra el uno del otro.

Para que exista la legítima defensa se debe existir una concreta provocación por parte de quién deviene agredido y, por ende, víctima. Se entiende por provocación suficiente una actitud ofensiva de cierta gravedad como insultos, desafío, pelea, gestos obscenos, La valoración de tales actitudes requiere considerar las relaciones entre las partes, su grado de cultura y las costumbres ambientales²⁹. Se hace jugar la racionalidad del medio empleado conforme a las características del elemento utilizado por el agredido para repeler el ataque, que en ciertas oportunidades no guarda proporción con el utilizado por el agresor.

²⁸ Ibidem. Pág. 84.

²⁹ Ibidem. Pág. 87.

Desde el punto de vista de la pareja delictual se requiere coincidencia entre los sujetos. La provocación por un lado lo que significa desarmonía en que la víctima resulta tal por haber ejercido previamente una acción concreta contraria a la otra parte, la cual reacciona para conservar los derechos atacados cometiendo entonces el delito.

1.9 CONCLUSIONES

Es trascendental para el estudio integral del delito, el hecho de conocer todas las perspectivas que integran al mismo, como la relación víctima victimario que es de capital importancia para el estudio de la presente tesis y como ello integra la pareja penal. En esta tesitura considero insoslayable remarcar que la victimología será una parte angular para poder conocer todas las vertientes, precisando según las diversas clasificaciones ya descritas de las víctimas, en aquellas en las que se atentó con su libertad sexual, motivo de estudio; considerando que el victimario tuvo a bien exaltar y seleccionar el tipo de víctima, que como se verá más adelante, existen diversos patrones de conducta de los victimarios en su forma de actuar y a su vez si es la víctima la que voluntaria o involuntariamente encaja dentro de estos patrones para poder unir un hecho delictivo.

2. DELITOS SEXUALES

2.1 INTRODUCCION

Violación, abuso sexual, incesto, acoso, hostigamiento, tráfico sexual, prostitución etc., son las formas de delitos sexuales que más se han estudiado y criticado por la sociedad, aunque no siempre han sido penalizadas. En estas formas de agresión sexual el hombre ejerce un control sobre la víctima a través de la sugestión, de mentiras, de chantaje afectivo, intimidación y en ocasiones utiliza la violencia física.

La violencia sexual es la fuerza física o moral que se utiliza para obligar a una persona a participar en actividad sexual contra su voluntad³⁰.

En la actualidad el fenómeno social de la violencia sexual se ha incrementado de manera notoria, hablar de violencia sexual es hablar de agresión de género, de la sociedad, de la moral, historia, economía derecho etc., es referirse a muchos aspectos. Una realidad actual es que la agresividad masculina prevalece por conductas aprendidas a lo largo de la evolución humana.

En este tenor, es importante conocer los conceptos básicos para poder adentrar en el amplio vocabulario identificando las siguientes formas de violencia sexual desde un punto de vista puramente conceptual más no jurídico:

- Violación: es la fuerza intensa física o moral que se aplica a una persona para obtener contacto sexual.
- Incesto: es el contacto sexual entre hermanos, ascendientes y descendientes consanguíneos.
- Acoso: es la constante presión o persecución de un sujeto hacia otra persona que se encuentre en desventaja; es el ejercicio del poder hacia un subordinado.
- Abuso sexual: es tocar el cuerpo de otra persona en contra de su voluntad.
- Estupro: es el contacto sexual que se obtiene, mediante el engaño de una persona mayor hacia una menor de edad.
- Exhibicionismo: es la exhibición de los genitales ante la presencia de menores, pero también públicamente ante adultos.

³⁰ MENDOZA BEIVIDE, Patricia. Op. cit. Pág. 153.

- Voyeurismo: es el que gusta de observar o mirar desnudos, genitales o a otros durante la relación sexual.
- Hostigamiento: es la amenaza constante de causar daño en su actividad laboral a una persona, si no realiza tal o cual conducta.
- Comercio sexual: es la explotación de un tercero quién obtiene un beneficio por la prostitución de otro u obtención de cualquier beneficio por esta actividad.
- Prostitución: es la persona que obtiene un beneficio económico por la realización de actos sexuales.

Ya teniendo claro el marco conceptual de algunos conceptos, se debe tener en cuenta desde el punto de vista victimológico que este tipo de delitos se revelan diferentes vertientes como son la participación y provocación inconsciente de la víctima. Así mismo las tendencias agresivas y masoquistas de la víctima en este tipo de crímenes.

2.2 DENOMINACION Y CLASIFICACION DE LOS DELITOS SEXUALES

Lo importante a considera en los delitos sexuales es la acción que funda su punición así como la objetividad jurídica de la conducta, implicando esto una lesión a un derecho.

Según Francisco González de Vega para denominar a un delito sexual es necesario que reúna las siguientes condiciones³¹:

- La acción típica del delito, realizada positivamente por el delincuente en el cuerpo del ofendido o que a éste se le hace ejecutar, sea directa e inmediatamente de naturaleza sexual, que puede constituir en simples caricias o tocamientos libidinosos, como en el delito de atento al pudor, o en las distintas formas del ayuntamiento sexual que sean normales.
- Que los bienes jurídicos dañados o afectados sean relativos a la vida sexual del ofendido, como son la libertad sexual o la seguridad sexual del paciente.

³¹ REYNOSO DAVILA, Roberto. Delitos sexuales. 3ª ed. Ed. Porrúa. México 2004. Pág. 15.

En lo propio las legislaciones de diversos países han empleado distintas denominaciones y clasificaciones para comprender los delitos que en algo afectan la honestidad sexual³². Dentro de los cuales podemos encontrar la siguiente clasificación del derecho comparado:

- ❖ El código francés: atentados contra las costumbres.
- ❖ El código italiano: delitos contra la moral pública y las buenas costumbres.
- ❖ El código Alemán: crímenes y delitos contra la moralidad.
- ❖ El código de Colombia: delitos contra la libertad y el honor sexual.
- ❖ El código Español: delitos contra la honestidad.

Finalmente en nuestra legislación en el primer Código Penal de 1871 se denominaban, “Delitos contra el orden de las familias, la moral pública o las buenas costumbres”. Pero no fue sino hasta el Código Penal Federal de 1931 distribuyó los delitos bajo los siguientes títulos:

- ❖ Delitos contra la moral pública:
 - Ultrajes a la moral pública o a las buenas costumbres.
 - Corrupción de menores.
 - Lenocinio.
 - Provocación de un delito
- ❖ Delitos sexuales:
 - Atentados al pudor.
 - Estupro.
 - Violación.
 - Rapto.
 - Incesto.

Por decreto publicado en el diario Oficial del 21 de Enero de 1991, se cambió el título de “Delitos sexuales” por el de “Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual”. Por su parte en este marco de ajustes la denominación de “Atentados al pudor” por el de “Abuso sexual”, se adicionó el delito de “Hostigamiento Sexual” y se traslado el delito de rapto a la sección de delitos de “Privación ilegal de

³² Ibidem. Pág. 17-18.

la libertad”; a su vez se deroga el delito de “Adulterio” para el Código Penal del Distrito Federal por decreto publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal de fecha 17 de Septiembre de 1999.

Para fines prácticos de este trabajo y como parte de los objetivos a alcanzar, me permito adherir al texto el título Quinto del Código Penal para el Distrito Federal vigente, referente a “Delitos contra la Libertad y Seguridad Sexuales y el Normal Desarrollo”, en el tenor de poder comprender la clasificación exacta del estudio realizado y el tipo penal en el cual fueron clasificados para el objetivo de esta tesis:

“CAPÍTULO I

Violación

Artículo 174. *Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de seis a dieciséis años.*

Se entiende por cópula, la introducción del pene en el cuerpo humano por la vía vaginal, anal o bucal.

Se sancionará con la misma pena antes señalada, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano, distinto al pene, por medio de la violencia física o moral.

Si entre el activo y el pasivo de la violación existiera un vínculo matrimonial, de concubinato o de pareja, se impondrá la pena prevista en este artículo, en estos casos el delito se perseguirá por querrela.

Artículo 175. *Se equipara a la violencia y se sancionará con la misma pena, al que:*

I. *Realice cópula con persona menor de doce años de edad o con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo; o*

II. *Introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano distinto del pene en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo.*

Si se ejerciera violencia física o moral, la pena prevista se aumentará en una mitad.

CAPÍTULO II

Abuso sexual

Artículo 176. *Al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo, se le impondrá de uno a seis años de prisión.*

Si se hiciera uso de la violencia física o moral, la pena prevista se aumentará en una mitad.

Este delito se seguirá por querrela, salvo que concurra violencia.

Artículo 177. *Al que sin propósito de llegar a la cópula ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue a observar o ejecutar dicho acto, se le impondrán de dos a siete años de prisión.*

Si se hiciera uso de la violencia física o moral, la pena prevista se aumentará en una mitad.

Artículo 178. *Las penas previstas para la violación y el abuso sexual, se aumentarán en dos terceras partes, cuando fueron cometidos:*

I. *Con intención directa o inmediata de dos o más personas;*

II. *Por ascendiente contra su descendiente, éste contra aquél, hermano contra su colateral, su tutor contra su pupilo, el padrastro o madrastra contra su hijastro, este contra cualquiera de ellos, amasio de la madre o del padre contra cualquiera de los hijos de éstos o los hijos contra aquellos. Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, en los caos en que la ejerciere sobre la víctima, así como los derechos sucesorios con respecto al ofendido:*

III. *Por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancia que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión, el sentenciado será destituido del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión;*

IV. *Por persona que tenga al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en ella depositada;*

V. *Fuere cometido al encontrarse la víctima a bordo de un vehículo particular o de servicio público; o*

VI. *fuere cometido en despoblado o lugar solitario.*

CAPÍTULO III

Hostigamiento sexual

Artículo 179. *Al que acose sexualmente con la amenaza de causarle a la víctima un mal relacionado respecto a la actividad que los vincule, se le impondrá de seis meses a tres años de prisión.*

Si el hostigador fuese servidor público y se aprovechara de esa circunstancia, además de la pena prevista en el párrafo anterior, se le impondrá destitución por un lapso igual al de la pena de prisión impuesta.

Este delito se perseguirá por querrela.

CAPÍTULO IV

Estupro

Artículo 180. *Al que tenga cópula con personas mayores de doce y menores de dieciocho años, obteniendo su consentimiento por medio de cualquier tipo de engaño, se le impondrá de seis meses a cuatro años de prisión.*

Este delito se perseguirá por querrela.

CAPÍTULO V

Incesto

Artículo 181. *A los hermanos y a los ascendientes o descendientes consanguíneos en línea recta, que con conocimiento de su parentesco tengan cópula entre sí se les impondrá prisión o tratamiento de uno a seis años.*

CAPÍTULO VI

Disposiciones generales

Artículo 182. *Cuando a consecuencia de la comisión de alguno de los delitos previstos en los artículos anteriores resulten hijos, la reparación del daño comprenderá además, el pago de alimentos para éstos y para la madre, en los términos que fija la legislación civil. Sic.*³³

En este sentido serán estudiados para la presente tesis los diversos tipos de delitos sexuales como del orden común.

2.3 VIOLACION

La cópula, significa atadura, ligamento, nexos, unión, etc., consiste en la introducción del miembro viril por vía vaginal o anal; en este último caso, en pareja heterosexual o en homosexuales masculinos³⁴. En este delito, el autor es el varón, porque debe entenderse como acceso carnal a la penetración del pene en cualquier cavidad del organismo, ya sea vaginal, bucal o anal³⁵. La conducta típica del delito de violación según las legislaciones se denomina “coito”, “cópula” o “conjunción carnal” entendiéndose por todo acto por el cual el órgano genital de una de las personas,

³³ Código Penal del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. México 28 Noviembre 2000.

³⁴ REYNOSO DAVILA, Roberto. Op. Cit. Pág. 63.

³⁵ PATITÓ A. José. Tratado de Medicina Legal y elementos de patología forense. 1ª ed. Ed. Quorum. Argentina 2003. Pág. 832.

sujeto activo es introducido en el cuerpo de la otra, por vía normal o anormal, de modo que haga posible el coito o un equivalente del mismo.

Es de importancia considerar que la equiparación actualmente plasmada en las agravantes de la violación son consideradas debido a que la boca, el ano y la vagina sean consideradas como cavidades receptoras en virtud de que poseen glándulas de evolución y proyección erógena.

El autor Frías Caballero sostiene que el delito se consuma con la simple introducción del órgano genital, aunque sea en grado mínimo sin ningún ulterior resultado³⁶.

El himen es la parte más delicada de la tarea del médico; se señala que en los tribunales siempre se busca en el cuerpo de las ofendidas los signos que comprueben del cuerpo del delito, jamás estudian el medio en el que ha vivido la querellante, su moralidad, sus antecedentes, se contentan con el dictamen de los peritos médicos, y cuando este se manifiesta que la desfloración es reciente, se cree encontrar la posesión de la verdad. Por lo que la desfloración no es el único signo como puede comprobarse la cópula, y además, para la consumación de la misma no es necesaria la desfloración.

En el vigente Código Penal del Distrito Federal el delito de violación es de querrela no sólo cuando la víctima fuera la esposa o la concubina, sino cuando entre el sujeto activo o pasivo exista un vínculo matrimonial, de concubinato o de pareja, de lo que se deduce la posibilidad de figurar como sujeto pasivo el esposo, la concubina o entre homosexuales.

En el delito de violación el concepto de cópula comprende una ampliación mucho mayor que el que se asigna a los demás delitos sexuales en los cuales la cópula constituye un elemento típico.

Los elementos constitutivos del delito de violación son:

- La cópula, que es cualquier forma de ayuntamiento carnal o conjunción sexual, con eyaculación o sin ella y sin importar el sexo.
- El empleo de violencia física que es la fuerza material en el cuerpo del ofendido que anula su resistencia, tales como son golpes, heridas, ataduras o

³⁶ REYNOSO DAVILA, Roberto. Op. Cit. Pág. 67.

sujeciones por terceros u otras acciones de tal ímpetu material que obligan a la víctima, contra su voluntad, a dejar copularse, o bien de violencia moral, que no es otra cosa más que el empleo de amenazas e intimidación.

- Ausencia de voluntad del ofendido es decir la falta de consentimiento del agraviado para el ayuntamiento carnal.

En este delito el bien jurídico tutelado es la libertad sexual, entendida como ese derecho del individuo para disponer de su cuerpo en materia erótica como a bien tenga, con la persona que libremente su voluntad elija y de abstenerse a hacerlo con quién no fuere de su agrado.

Para que pueda estimarse que hay delito de violación mediante el empleo de la fuerza física sobre la víctima, es preciso que ésta haya ejercido una resistencia. La magnitud de una fuerza se mide en función de la fuerza de resistencia que es capaz de vencer.

Para el caso de la violencia efectiva física, debe ser suficiente y continuada para poder vencer la resistencia natural de una persona normal. La violencia física debe siempre recaer sobre la persona de la víctima, no bastando que se manifieste sobre terceros o sobre cosas. Sin embargo la víctima refiere Thainot “puede ceder ante lo inesperado del ataque, puede ceder por cansancio físico después de haber resistido largo tiempo y puede ceder, en fin, para evitar que el violador, llegando a la violencia más extrema, atente contra su vida; por lo cual deben apreciarse con cuidado los distintos casos”³⁷.

Por otro lado la violencia moral se integra cuando se actúa con medios tales que se logra anular, vencer o someter la voluntad de la víctima, aunque ésta trate de reaccionar en forma seria constante; el agente en este caso no impide los movimientos de la víctima, sino que emplea medios que actúan sobre la moral, paralizando su resistencia.

³⁷ REYNOSO DAVILA, Roberto. Op. Cit. Pág. 118.

La forma más típica de la violencia moral utilizada en el delito de violación es la amenaza, que puede ser de mal físico o moral y alcanzar directa e inmediatamente a la víctima o a persona que esté próxima y directamente ligada a ella por lazos de sangre, como el padre, la madre, el hijo o el hermano, o por el matrimonio.

Para el caso del matrimonio existen diversas prerrogativas donde se puede inferir y cuestionar la obligación del débito conyugal como son:

- Cuando se pretende realizar sin el consentimiento o con prácticas anticoncepcionales después de de graves ofensas recibidas del marido.
- Cuando se pretende que lo realice con otra persona propuesta por el marido.
- Cuando se pretende realizar en presencia de terceros o en paraje frecuentado o en público.
- Cuando se pretende realizar en estado ebrio, drogado, o enfermo, que pudiera afectar la salud de la esposa o de la progenie.
- Cuando se pretende realizar estando decretada judicialmente la separación conyugal.

Refiere el autor Mariano Jiménez Huerta que “pocos delitos como el de violación se prestan, por ausencia de una prueba directa o histórica, a acusaciones falsas, no sobre el hecho de la cópula sino sobre el de la fuerza empleada”³⁸.

2.4 ABUSO SEXUAL

El Abuso Sexual se define como aquella ejecución de acto sexual que sin el propósito de llegar a la cópula se ejecute en una persona sin su consentimiento, obligando a observarlo o a ejecutarlo; puede hacerse mediante violencia física o moral, lo cual es una agravante del delito; este debe seguirse por querrela, salvo si ocurre violencia.

Por otro lado el abuso significa usar mal, injusta, impropia o indebidamente una cosa y deshonesto es equivalente a impúdico o a lo falto de honestidad, o a lo que no está conforme a la razón, ni a las ideas recibidas por buenas³⁹. Por su parte

³⁸ Ibidem. Pág. 134.

³⁹ Ibidem. Pág. 33.

en México publicado en el Diario Oficial de fecha 21 de Enero de 1991, se cambió la denominación al delito de “atentados al pudor” por la de “abuso sexual”.

Los sujetos activos o pasivos pueden ser de cualquier sexo, y como elementos constitutivos del delito son la ejecución en la víctima de un acto erótico sexual distinto del ayuntamiento, la ausencia de propósito directo e inmediato de llegar a la cópula, por su parte además que dicho acto se efectúe sin el consentimiento y con el ánimo de lubricidad como elemento psicológico específico.

Otra definición implica un acto erótico sexual, como todo aquel comportamiento externo manifestativo de amor carnal, aludiendo al amor de la carne. Respecto al acto ejecutado en la víctima se señalan las acciones obscenas realizadas directamente en el cuerpo de la víctima, las acciones que se hacen realizar por un tercero en el ofendido para gozar su contemplación, las acciones corporales que se hacen realizar la víctima en su ofensor, las que se hacen efectuar en un tercero como modo contemplativo de excitar o satisfacer la libidine y las que se obliga a un púber o se induce a un impúbera a ejecutar en su propio cuerpo. Por su parte para el autor Giuseppe Maggiore “un acto lujurioso distinto del ayuntamiento carnal es toda acción que tienda a desahogar un apetito desordenado de lujuria, excluido del coito, por lo tanto quedan incluidos los tocamientos y manoseos lascivos, los frotamientos, el desnudarse para ser visto, el hacer cosquillas en los genitales, la masturbación, el cunnilingus”⁴⁰.

Con respeto al abuso sexual cabe mencionar que el medio empleado para su utilización es la violencia, en iguales términos que respecto a la violación; a el juicio el elemental material puede constituirlo todos los actos que no sean el coito o sus sustitutivos anormales, con lo que quedan previstos cualesquiera actos de lujuria realizados contra la voluntad de la víctima. Deben perseguirse la realización de los hechos, por lo cual las palabras por muy lujuriosas que sean los sentimientos o propósitos que revelen, no podrán conformar nunca este delito, que el acto puede ejercerse sobre la persona de la víctima, sobre terceros al obligar a la víctima o presenciarlo, o aún sobre el mismo autor cuando obliga a que sobre él ejecute actos libidinosos el sujeto pasivo; de donde resulta que estrictamente no puede decirse que

⁴⁰ Ibídem. Pág. 36.

el acto delictuoso haya sido realizado sobre terceros o sobre el autor, ya que lo que se ha realizado sobre éstos es el acto libidinoso, pero la violencia que obliga a presenciarse, soportarlo o realizarlo, es ejercida siempre sobre el sujeto pasivo.

Para algunos autores lo determinante en la integración típica es la materialidad corporal de la conducta delictiva; lo que la ley en verdad protege es la libertad sexual o corporal contra el ultraje que implica la intromisión indebida de una tercera. Para que haya abuso deshonesto, es necesario que se afecte físicamente el cuerpo de la víctima; esto es que el hecho que se produzca sobre con ésta. Abusa de otra persona el que usa el cuerpo de ella para actos de significado impúdico. El autor usa del cuerpo de la víctima cuando ésta padece el acto del mismo autor, o cuando ella actúa, por obra del agente, sobre el propio cuerpo, o sobre el del autor o de un tercero; siempre que se trate de actos lascivos, inmorales y repugnantes. Por algunos autores el delito únicamente se tipifica cuando el autor se propone, con su acto, desahogar un apetito de lujuria, pero sin ánimo de llegar al coito.

Los actos que integran el delito de abuso sexual, tanto objetiva como psicológicamente, no se enfocan directa o inmediatamente a la realización de la cópula, se agotan totalmente en simples caricias o tocamientos obscenos; cuando el sujeto activo no abriga en su mente el propósito de llevar a cabo la cópula. Por lo tanto diferenciar entre el acto libidinoso del meso abuso y la tentativa de violación no es sencillo determinar.

2.5 HOSTIGAMIENTO SEXUAL

En la descripción delictiva típica de hostigamiento sexual se desprende que la conducta consiste en asediar reiterada con fines lascivos; por su parte, el sujeto pasivo puede ser persona de cualquier sexo estar subordinado jerárquicamente al sujeto activo por sus relaciones laborales, docentes, domésticas o de cualquier otra clase; por otro lado el sujeto activo debe realizar una conducta ilícita valiéndose de su posición jerárquica, así como causar al pasivo un daño o perjuicio.

El bien jurídico protegido es la libertad y específicamente la reserva y respeto a que tiene derecho toda persona, a no ser importunada o perturbada injustamente en su desenvolvimiento social; la acción debe ser reiterada, o sea, habrá de ser

repetida, sistemática, causándose así de alguna manera incomodidad al pasivo, dado su carácter de subalterno en relación con el agente.

Julio J. Martínez señala⁴¹ algunas de tales conductas acosativas, sin pretender agotarlas como son: abuso verbal o comentarios sexistas, frases ofensivas de doble sentido, preguntas indiscretas sobre su vida privada, separarlo de los ámbitos propios del trabajo para que la conversación tenga mayor intimidad, conductas sexistas generalizadas, insinuaciones sexuales inconvenientes y ofensivas, solicitud de relaciones íntimas, exigencia de favores sexuales bajo amenazas, así como exhibición de material pornográfico.

Es útil para la víctima informar directamente al hostigador que la conducta es mal recibida y que debe cesar. La víctima debe quejarse al patrono por medio de cualquier mecanismo de queja o sistema de reclamo disponible. La prevención es la mejor herramienta para eliminar el hostigamiento sexual en el lugar de trabajo. Se recomienda que los patronos tomen las medidas necesarias para impedir que ocurra el hostigamiento sexual. Claramente deben comunicar a los empleados que el hostigamiento sexual no será tolerado. Pueden hacer eso brindando entrenamiento sobre hostigamiento sexual a sus empleados y estableciendo un proceso de queja o reclamo efectivo, e iniciando acciones inmediatas y apropiadas para cuando un empleado se queje.

2.6 ESTUPRO

El estupro es una violencia sexual considerada como un delito en la mayoría de las legislaciones. Generalmente es confundido con el abuso sexual infantil, sin embargo tiene una diferencia sustancial con el abuso sexual infantil en cuanto el estupro se puede cometer en contra de una persona mayor de 14 años y menor de 18 años, mientras que el abuso sexual infantil engloba a menores de 14 años. El estupro se define como la cópula con una persona empleando la seducción o el engaño para alcanzar el consentimiento de la víctima.

⁴¹ Ibídem. Pág. 23.

El estupro es un delito que comete quien tuviere acceso carnal con una mujer honesta (aunque no sea virgen) mayor de 12 años y menor de 15. El requisito es la edad, que varía según las legislaciones y la doctrina, al igual que otros aspectos, y la ausencia de enajenación mental en la víctima y de fuerza o intimidación en el estuprador, diferencian el delito de estupro del de violación.

En el derecho romano, el término estupro proviene del griego *stuprum*, que incluye a todo acto impúdico con hombres o mujeres y por consiguiente, la unión carnal con una virgen o viuda honesta así como la pederastia⁴². Por otro lado, este tipo penal se encuentra consagrado en el Código Penal del Distrito Federal, donde se estipula como toda cópula con personas mayores de 12 años y menores de 18 años, obteniendo su consentimiento por medio de cualquier engaño, por lo que puede englobar cualquier situación como la social, moral o económica, para poder llegar a consumir este acto. Por su parte este delito debe perseguirse por querrela, en virtud de la comprobación del tipo penal.

La clasificación más corriente es la de considerar como estupro simple, el yacimiento con una mujer no casada y honesta, mediante seducción o engaño; dentro de esta forma se hizo la subdistinción entre estupro propio, con desfloración, con mujer virgen y estupro impropio, sin desfloración con viuda; opuesto al estupro simple, se hallaba, como segunda forma la figura independiente de la violación, finalmente surge una tercera forma de índole intermedia que, unas veces era equiparada, al estupro violento y otras consideradas como una subforma de estupro simple y en ocasiones una forma independiente. Dicha tercera forma era la del estupro cometido sin engaño o violencia, como por ejemplo, el de una menor que consiste o el de una débil mental.

Anteriormente el estupro podía cometerse en contra de cualquier persona sin que importe su edad, sin embargo a través de los constantes debates jurídicos se consideró al estupro como un acto que únicamente podía ser punible cuando se practicara en contra de personas menores 18 años y mayores de 12, teniendo en cuenta que si fuera el sujeto pasivo menor de 12 años el delito sería el de violación, mas es requisito indispensable que la víctima sea menor de 18 años, puesto que si supera a esa edad, se supone que posee la capacidad para discriminar y evitar ser víctima de engaños o seducciones.

⁴² Ibídem. Pág. 51.

2.7 INCESTO

La cuestión del incesto ha sido un referente universal acerca de la preferencia de las relaciones de parentesco fuera del grupo social de origen.

Culturalmente consiste en la práctica de relaciones sexuales o el establecimiento de vínculos de parentesco entre individuos previamente relacionados entre sí de esta manera, bien sea mediante alianza (parentesco por afinidad, matrimonio) o mediante consanguinidad (parentesco biológico o consanguíneo). A lo largo de la historia y en distintos ámbitos socioculturales ha primado la prohibición del incesto y la búsqueda de nuevos vínculos de parentesco fuera del grupo social de origen (familia de orientación), si bien el grado de relación en el que quedan prohibidas varía según cada contexto. Esta regla se denomina exogamia.

La Antropología del parentesco ha estudiado la organización dual de la sociedad en distintas culturas primitivas para llegar a la conclusión de que los individuos han buscado tradicionalmente el acceso sexual a las mujeres fuera del grupo familiar. El concepto de organización dual de la sociedad hace referencia al agrupamiento de los seres humanos en, como mínimo, dos segmentos tribales rivales. Estos tendrían carácter clánico y sus linajes (en caso de poder establecer el nexo genealógico con un antepasado concreto) buscarían establecer una nueva relación social de amistad y de cooperación mutua mediante lo que llamamos "matrimonio" relación de afinidad o de alianza anteriormente aludida.

El matrimonio existe en muchas culturas como una institución social que tiene como objetivo la legitimación de la unión sexual de la pareja de adultos, así como la tenencia de su progenie.

Sin embargo el matrimonio no es universal, o al menos como lo entendemos en occidente, prestándose éste a numerosas variantes y situaciones sociales distintas en función de la sociedad tomada como referencia. No obstante se encuentran algunas excepciones históricas a la prohibición universal del incesto: Tenemos los casos de las monarquías del Antiguo Egipto. En todos los casos primaba una razón de Estado que se podía resumir en el intento de mantener concentrado el poder en una familia (dinastía); por esto tales incestos solían ser a veces nominales y era frecuente la poligamia de los varones en esas parejas de

incesto legalizado; curiosamente, tales incestos concluían frecuentemente en guerras dinásticas fratricidas. Sin embargo existen ciertas culturas y sociedades en las que las relaciones incestuosas son una práctica social común y aceptada. Este es el caso del Tíbet, donde varios hermanos pueden compartir la misma esposa. En ese sentido podemos hablar de aquel individuo relacionado con otro a través de la relación de filiación (patrifiación en el caso de la relación de un individuo varón o hembra con su padre biológico y matrifiación en el caso de la relación entre un individuo varón o hembra con su madre biológica).

La gran mayoría de las legislaciones del mundo consideran el incesto como delito, aunque sea practicado con "consentimiento mutuo" entre mayores de edad. Las sanciones prescritas en este caso oscilan desde el castigo severo hasta el repudio social sin mayores consecuencias para el individuo.

Por su parte nuestro Código Penal para el Distrito Federal menciona sobre los lazos de consanguinidad como son ascendientes, descendientes o hermanos y que tengan cópula, los cuales, solo entre familiares directos se puede dar el presente tipo penal.

3. ENFERMEDAD MENTAL

3.1 INTRODUCCION A LAS ENFERMEDADES MENTALES

El estudio de la personalidad es un factor importante que debe estudiarse en el criminal, lo mismo será el estudio de personalidad de la víctima, se estudia al mismo tiempo la relación entre uno y otro o de cada uno de los factores predisponentes y necesarios para llegar a ser delincuente o víctima.

El DSM-IV TR de la American Psychiatric Association (APA), funciona mediante criterios y surge como reflejo de la falta diagnóstica, entre las vicisitudes de los diferentes textos clasificables en la patología psiquiátrica; comprende una relación más completa y precisa desarrollada en la experiencia clínica, así como en los avances de la investigación⁴³.

El DSM está realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría.

Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios. Para la presente tesis será necesario conocer únicamente aquella enfermedad mental relacionada con el tipo de ilícito cometido en cada caso particular, ya que, derivado de esto, se podrá llegar a una adecuada conclusión, según el tipo de ataque sexual conjugado con la relación víctima victimario.

3.2 TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA

Los criterios para el diagnóstico de las enfermedades de inicio en la infancia como es el caso del Retraso Mental se puede realizar mediante el estudio del examen mental, así como el mini mental test.

⁴³ DSM-IV tr. Diagnostic and statistical annual of mental disorders, 41 edition, APA, Washington, D.C, 1994.

3.2.1 Retraso Mental

Se refiere a la capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un Coeficiente Intelectual (CI) aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. El inicio es anterior a los 18 años. Este se puede clasificar según el coeficiente intelectual en:

- ❖ Retraso mental leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70.
- ❖ Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55.
- ❖ Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40.
- ❖ Retraso mental profundo: CI inferior a 20-25.
- ❖ Retraso mental de gravedad no especificada: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

3.2.2 Trastornos del aprendizaje

3.2.2.1 Trastorno de la lectura

Los criterios para el diagnóstico del Trastorno de la lectura se pueden clasificar de la siguiente manera:

- ❖ El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa

sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

- ❖ La alteración del criterio anterior interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.
- ❖ Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

3.2.2.2 Trastorno del cálculo

Los criterios por su parte para el diagnóstico del Trastorno del cálculo se podrían clasificar de la siguiente manera:

- ❖ La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- ❖ El trastorno del criterio anterior interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.
- ❖ Si hay un déficit sensorial las dificultades para el rendimiento en cálculo exceden de las habitualmente asociadas a él.

3.2.2.3 Trastorno de la expresión escrita

Los criterios para el diagnóstico del Trastorno de la expresión escrita son:

- ❖ Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.

- ❖ El trastorno del criterio anterior interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p. ej., escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).
- ❖ Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las asociadas habitualmente a él.

3.2.3 Trastornos de las habilidades motoras

3.2.3.1 Trastorno del desarrollo de la coordinación

Los criterios para el diagnóstico del Trastorno del desarrollo de la coordinación son:

- ❖ El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (p. ej., caminar, gatear, sentarse), caérsele los objetos de la mano, "torpeza", mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente.
- ❖ El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.
- ❖ El trastorno no se debe a una enfermedad médica (p. ej., parálisis cerebral, hemiplejia o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- ❖ Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las asociadas habitualmente a él.

3.2.4 Trastornos de la comunicación

3.2.4.1 Trastorno del lenguaje expresivo

Los criterios para el diagnóstico del Trastorno del lenguaje expresivo son:

- ❖ Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. El trastorno puede manifestarse clínicamente a través de unos síntomas que incluyen un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto.
- ❖ Las dificultades del lenguaje expresivo interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.
- ❖ No se cumplen criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo ni de trastorno generalizado del desarrollo.
- ❖ Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales problemas.

3.2.4.2 Trastorno Mixto del lenguaje

Los criterios para el diagnóstico del Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo se clasifican como:

- ❖ Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.
- ❖ Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

- ❖ No se cumplen los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- ❖ Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

3.3 DELIRIUM

3.3.1 Delirium con enfermedad médica

Los criterios para el diagnóstico de Delirium debido a cualquier tipo de enfermedad médica que condicione este padecimiento se diagnostica de la siguiente manera:

- ❖ Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención⁴⁴.
- ❖ Cambio en las funciones cognitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- ❖ La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- ❖ Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

3.3.2 Delirium por intoxicación de sustancias

Los criterios para el diagnóstico de delirium por intoxicación por sustancias se basan de la siguiente manera:

⁴⁴ KAPLAN, H.I y SADICK, B.J: Tratado de psiquiatría. Masson-Salvat, 1992. Pág 87-88.

- ❖ Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- ❖ Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- ❖ La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- ❖ Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio.

3.3.3 Demencia tipo Alzheimer

Los criterios para el diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer son de la siguiente forma:

- ❖ La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
 - ❖ Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)⁴⁵.
 - ❖ Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

⁴⁵ Idem. Pág 102

- ❖ Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- ❖ El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
- ❖ Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
 1. otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
 2. enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
 3. enfermedades inducidas por sustancias
- ❖ Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- ❖ La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

3.3.4 Demencia tipo Alzheimer de inicio temprano

Los datos importantes para poder diagnosticar la demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano depende de su inicio, siendo este a los 65 años o antes. Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia. Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante. Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicado: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

3.3.5 Demencia de tipo Alzheimer de inicio tardío

Este tipo de demencia se presenta el inicio después de los 65 años. Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia. Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante. Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

3.3.6 Demencia Vascular

Los criterios para el diagnóstico de Demencia vascular son los siguientes:

- ❖ La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
 1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
 2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas: (a) afasia (alteración del lenguaje) (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta) (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta) (d) alteración de la actividad constructiva (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- ❖ Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- ❖ Los signos y síntomas neurológicos (p. ej., exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (p. ej., infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).

- ❖ Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium. Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia. Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante. Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

3.4 TRASTORNOS AMNESICOS

3.4.1 Trastorno Amnésico debido a enfermedad médica

Los criterios para el diagnóstico de los Trastornos amnésicos debido a cualquier tipo de enfermedad médica se pueden tomar en cuenta desde sus diferentes perspectivas como son:

- ❖ El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva o por la incapacidad para recordar información aprendida previamente.
- ❖ La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.
- ❖ La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia.
- ❖ Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto directo de la enfermedad médica (incluyendo un traumatismo físico). Por este lado se debe estudiar si el deterioro de la memoria dura menos de 1 mes. O si es de forma crónica que dure más de un mes.

3.4.2 Trastorno Amnésico por sustancias

Los criterios para el diagnóstico de Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias son:

- ❖ El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente.
- ❖ La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.
- ❖ La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.
- ❖ Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de la sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

3.4.3 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados

Los criterios para el diagnóstico de trastorno catatónico debido a cualquier tipo de enfermedad médica son:

- ❖ La presencia de catatonía se manifiesta por inmovilidad motora, actividad motora excesiva (aparentemente sin propósito y que no es influida por estímulos externos), negativismo extremo o mutismo, movimientos voluntarios peculiares, ecolalia o ecopraxia⁴⁶.
- ❖ Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- ❖ La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., episodio maníaco).
- ❖ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

⁴⁶ ⁴⁶ DSM-IV tr. Op. Cit. Pág 117.

3.4.4 Cambio de personalidad por enfermedad médica

Los criterios para el diagnóstico de Cambio de personalidad debido a diversas enfermedades médicas puede radicar en:

- ❖ Alteración duradera de la personalidad que representa un cambio de las características previas del patrón de personalidad del sujeto. (En los niños la alteración se expresa por una acusada desviación del desarrollo normal o por un cambio significativo en el patrón habitual del comportamiento del niño y que se mantiene como mínimo durante 1 año.)
- ❖ Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- ❖ La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (incluyendo otros trastornos mentales debidos a enfermedad médica).
- ❖ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium y no cumple los criterios diagnósticos para la demencia.
- ❖ La alteración causa un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Por su parte existen dos tipos de cambios de personalidad según la persona como son:

- A. Tipo lábil: si el síndrome predominante es la labilidad afectiva.
- B. Tipo desinhibido: si el síntoma predominante es el descontrol de los impulsos, manifestado por indiscreciones sexuales, etc.
- C. Tipo agresivo: si el síntoma predominante es el comportamiento agresivo.
- D. Tipo apático: si el síntoma predominante es la apatía o indiferencias acusadas.
- E. Tipo paranoide: si el síntoma predominante es la suspicacia o ideación paranoide.
- F. Otros tipos: si el síntoma predominante no es uno de los citados, por ejemplo, cambio de personalidad asociado a crisis comiciales.

G. Tipo combinado: si predomina más de un síntoma en el cuadro clínico.

3.5 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO POR SUSTANCIAS

3.5.1 Trastornos relacionados con sustancias

Dentro de los criterios para la dependencia de sustancias un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses encontramos lo siguiente:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
- (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el

consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

3.5.2 Criterios para el abuso de sustancias

- ❖ Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

- ❖ Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

3.5.3 Criterios para la intoxicación por sustancias

- ❖ Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- ❖ Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- ❖ Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.4 Criterios para la abstinencia de sustancias

- ❖ Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- ❖ El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ❖ Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.5 Trastornos relacionados con el alcohol

Los criterios para el diagnóstico de Intoxicación por alcohol son los siguientes:

- ❖ Ingestión reciente de alcohol.
- ❖ Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

- ❖ Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol: 1. lenguaje farfullante 2. Incoordinación 3. marcha inestable 4. Nistagmo 5. deterioro de la atención o de la memoria 6. estupor o coma.
- ❖ Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.6 Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de alcohol

- ❖ Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- ❖ Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A: 1. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones) 2. temblor distal de las manos. 3. Insomnio 4. náuseas o vómitos. 5. alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones. 6. agitación psicomotora. 7. Ansiedad 8. crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)⁴⁷.
- ❖ Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- ❖ Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.7 Trastornos relacionados con alucinógenos

Los criterios para el diagnóstico de Intoxicación por alucinógenos son:

- ❖ Consumo reciente de un alucinógeno.
- ❖ Cambios psicológicos y comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., ansiedad o depresión marcadas, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideaciones paranoides, deterioro del juicio o de la

⁴⁷ ⁴⁷ DSM-IV tr. Op. Cit. Pág 248.

actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo del alucinógeno.

- ❖ Cambios perceptivos que tienen lugar en un estado de alerta y vigilia totales (p. ej., intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestesias) que se aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos.
- ❖ Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos: 1. dilatación pupilar 2. Taquicardia 3. Sudoración 4. Palpitaciones 5. visión borrosa 6. temblores 7. Incoordinación.
- ❖ Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.8 Criterios para el diagnóstico de Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks) son:

- ❖ Reexperimentación, después del cese del consumo de alucinógenos, de uno o más síntomas perceptivos que ya se experimentaron en la intoxicación por el alucinógeno (p. ej., alucinaciones geométricas, percepciones falsas de movimiento en los campos visuales periféricos, flashes de color, intensificación de los colores, estelas en las imágenes de objetos en movimiento, postimágenes positivas, halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia.
- ❖ Los síntomas del Criterio A provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- ❖ Los síntomas no son debidos a enfermedad médica (p. ej., lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, epilepsias visuales) ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., delirium, demencia, esquizofrenia) o por alucinaciones hipnopómpicas.

3.5.9 Trastornos inducidos por alucinógenos

Los criterios para el diagnóstico se presentan en diferentes rubros:

- ❖ Consumo reciente de anfetamina o sustancias afines (p. ej., metilfenidato).
- ❖ Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo; cambios de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o cólera; comportamiento estereotipada; deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetamina o sustancias afines.
- ❖ Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetaminas o sustancias afines.
- ❖ Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.10 Abstinencia por anfetamina

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de anfetamina

- ❖ Interrupción (o disminución) del consumo de anfetamina (o sustancias afines) después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- ❖ Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen horas o días después del criterio anterior.
- ❖ Los síntomas del criterio segundo causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ❖ Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.11 Trastornos relacionados con cafeína

Los criterios para el diagnóstico de Intoxicación por cafeína

- ❖ Consumo reciente de cafeína, normalmente más de 250 mg (p. ej., más de 2-3 tazas de café).
- ❖ Cinco (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cafeína.

- ❖ Los síntomas de criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ❖ Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno de ansiedad).

3.5.12 Trastornos relacionados con Cannabis

Los criterios para el diagnóstico de Intoxicación por Cannabis son:

- ❖ Consumo reciente de Cannabis.
- ❖ Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Cannabis.
- ❖ Dos (o más) de los siguientes síntomas que aparecen a las 2 horas del consumo de Cannabis.
- ❖ Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.13 Trastornos relacionados con cocaína

Los criterios para el diagnóstico de Intoxicación por cocaína son:

- ❖ Consumo reciente de cocaína.
- ❖ Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.

- ❖ Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína: 1. taquicardia o bradicardia.
2. dilatación pupilar
3. aumento o disminución de la tensión arterial. 4. sudoración o escalofríos. 5. náuseas o vómitos. 6. pérdida de peso demostrable. 7. agitación o retraso psicomotores. 8. debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
9. confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.
- ❖ Los síntomas no se deben a enfermedad médica si se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Por otro lado los criterios para el diagnóstico por Abstinencia de cocaína son:

- ❖ Interrupción (o disminución) del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.
- ❖ Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después.
- ❖ Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- ❖ Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.14 Trastornos relacionados con fenciclidina

Los criterios para el diagnóstico de Intoxicación por fenciclidina son:

- ❖ Consumo reciente de fenciclidina (o una sustancia de acción similar).
- ❖ Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, heteroagresividad, impulsividad, comportamiento imprevisible, agitación psicomotora, deterioro de la capacidad de juicio o del rendimiento laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de fenciclidina.

- ❖ Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen en la primera hora después del consumo de la sustancia (o antes si es fumada, aspirada o inyectada por vía intravenosa): 1. nistagmo horizontal o vertical 2. hipertensión o taquicardia 3. obnubilación o disminución de la sensibilidad al dolor 4. Ataxia 5. Disartria 6. rigidez muscular 7. crisis convulsivas o coma 8. hiperacusia
- ❖ Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.15 Trastornos relacionados con inhalantes

Los criterios para el diagnóstico de Intoxicación por inhalantes son los siguientes:

- ❖ Consumo reciente intencionado o breve exposición a dosis altas de inhalantes volátiles (excluyendo los gases anestésicos y los vasodilatadores de acción corta)⁴⁸.
- ❖ Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (beligerancia, violencia, apatía, deterioro del juicio, deterioro de las actividades social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles.
- ❖ Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes: 1. mareo 2. Nistagmo 3. Incoordinación 4. lenguaje farfullante 5. marcha inestable 6. letargia 7. disminución de los reflejos 8. retraso psicomotor 9. Temblores 10. debilidad muscular generalizada 11. visión borrosa o diplopía 12. Estupor o coma 13. Euforia.
- ❖ Estos síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

⁴⁸ Ibidem. Pág 349.

3.5.16 Trastornos relacionados con nicotina

Los criterios para el diagnóstico de Abstinencia de nicotina son:

- ❖ Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.
- ❖ Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos: 1. estado de ánimo disfórico o depresivo 2. Insomnio 3. irritabilidad, frustración o ira 4. Ansiedad 5. dificultades de concentración 6. Inquietud 7. disminución de la frecuencia cardíaca 8. aumento del apetito o del peso.
- ❖ Los síntomas del criterio anterior provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ❖ Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.17 Trastornos relacionados con opiáceos

Los criterios para el diagnóstico de Intoxicación por opiáceos son los siguientes:

- ❖ Consumo reciente de un opiáceo.
- ❖ Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, o deterioro social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.
- ❖ Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos: 1. somnolencia o coma 2. lenguaje farfullante
3. deterioro de la atención o de la memoria.

- ❖ Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.5.18 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Los criterios para el diagnóstico de Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son los siguientes:

- ❖ Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- ❖ Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad del estado de ánimo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- ❖ Uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: 1. lenguaje farfullante 2. Incoordinación 3. marcha inestable 4. Nistagmo 5. deterioro de la atención o de la memoria 6. estupor o coma
- ❖ Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Por otro lado los criterios para el diagnóstico de Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son:

- ❖ Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- ❖ Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen entre algunas horas o días después del criterio anterior: 1. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones) 2. aumento del temblor de manos 3. Insomnio 4. náuseas o vómitos 5. alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones 6. agitación psicomotora 7. Ansiedad 8. Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).

- ❖ Los síntomas del criterio anterior, provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ❖ Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.6 ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS

3.6.1 Esquizofrenia

Los criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia en las personas y de vital importancia para este trabajo de tesis son los siguientes:

- ❖ Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito): 1. ideas delirantes 2. Alucinaciones 3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente incoherencia) 4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado 5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, logia o abulia.
- ❖ Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- ❖ Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A,

presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

- ❖ Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.
- ❖ Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- ❖ Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Por su parte podemos encontrar una clasificación del curso longitudinal de los diferentes episodios de la esquizofrenia como son:

- A. Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.
- B. Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados.
- C. Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados.
- D. Episodio único en remisión total.
- E. Otro patrón o no especificado.
- F. Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

3.6.2 Esquizofrenia paranoide

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- ❖ Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes⁴⁹.
- ❖ No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

3.6.3 Esquizofrenia Desorganizada

Los criterios para el diagnóstico de Tipo desorganizado son un tipo de esquizofrenia en el que se cumple lo siguiente:

- ❖ Predominan: 1. lenguaje desorganizado. 2. comportamiento desorganizado. 3. afectividad aplanada o inapropiada.
- ❖ No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

3.6.4 Esquizofrenia Tipo catatónico

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérica) o estupor.
2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
4. Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.

3.6.5 Esquizofrenia Tipo indiferenciada

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

⁴⁹ Ibidem. Pág 221-223.

3.6.6 Esquizofrenia Tipo residual

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- ❖ Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- ❖ Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

3.6.7 Trastorno esquizofreniforme

- ❖ Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.
- ❖ Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como "provisional".)

3.6.8 Trastorno esquizoafectivo

- ❖ Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.
- ❖ Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.
- ❖ Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.
- ❖ La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

3.6.9 Trastorno delirante

- ❖ Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.
- ❖ Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.
- ❖ Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
- ❖ Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.
- ❖ La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

A su vez para este tipo de trastorno delirante debe haber una predominancia sobre algún tipo como los que se presentan:

- A. Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.
- B. Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.
- C. Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.
- D. Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.
- E. Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.
- F. Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.
- G. Tipo no especificado

3.6.10 Trastorno psicótico breve

- ❖ Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes: 1. ideas delirantes 2. alucinaciones 3. lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) 4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- ❖ La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.
- ❖ La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

3.6.11 Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

- ❖ Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.
- ❖ A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- ❖ La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- ❖ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

3.6.12 Trastorno psicótico inducido por sustancias

- ❖ Alucinaciones o ideas delirantes. Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.
- ❖ A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio.
- ❖ La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo

(p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

- ❖ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

3.7 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

3.7.1 Episodio Depresivo Mayor

- ❖ Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o

culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

- ❖ Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- ❖ Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ❖ Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- ❖ Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

3.7.2 Trastorno depresivo mayor, recidivante

- ❖ Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
- ❖ Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado⁵⁰.
- ❖ Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

3.7.3 Trastorno distímico

- ❖ Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al

⁵⁰ REHM, L.P: *A self-control model of depression*, Behavior Therapy, 9,pp.787-804, 1997

menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

- ❖ Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas: 1. Pérdida o aumento de apetito 2. Insomnio o hipersomnia 3. Falta de energía o fatiga 4. Baja autoestima 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones 6. Sentimientos de desesperanza.
- ❖ Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- ❖ No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
- ❖ Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- ❖ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- ❖ Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- ❖ Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

3.7.4 Episodio maníaco

- ❖ Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- ❖ Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es

sólo irritable) y ha habido en un grado significativo: 1. Autoestima exagerada o grandiosidad. 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño) 3. Más hablador de lo habitual o verborreico. 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado 5. Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes) 6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora 7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

- ❖ Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.
- ❖ La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- ❖ Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad medica (p. ej., hipertiroidismo).

3.7.5 Episodio mixto

- ❖ Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.
- ❖ La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

- ❖ Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

3.7.6 Episodio hipomaniaco

- ❖ Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
- ❖ Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo.
- ❖ El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.
- ❖ La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.
- ❖ El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.
- ❖ Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

3.8 TRASTORNOS BIPOLARES

3.8.1 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único.

Para los criterios de diagnóstico del Trastorno Bipolar del tipo I se pueden considerar las siguientes condiciones:

- ❖ Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores.
- ❖ El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno

esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

3.8.2 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo.

En el caso mezclado con episodio depresivo se considera:

- ❖ Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor.
- ❖ Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- ❖ Los episodios afectivos en los criterios previos no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

3.8.3 Trastorno bipolar II

Por otro lado existe otra porción del trastorno bipolar que considera:

- ❖ Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.
- ❖ Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaníaco.
- ❖ No ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio.
- ❖ Los síntomas afectivos en los criterios previos no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- ❖ Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se debe especificar el episodio actual o más reciente:

- ❖ Hipomaníaco: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaníaco
- ❖ Depresivo: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor
- ❖ Especificar (para el episodio depresivo mayor actual o el más reciente sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

3.8.4 Trastorno ciclotímico

Para poder diagnosticar este padecimiento se debe cumplir con las siguientes características:

- ❖ Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- ❖ Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del primer criterio durante un tiempo superior a los 2 meses.
- ❖ Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.
- ❖ Los síntomas del primer criterio no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- ❖ Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- ❖ Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

3.9 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

3.9.1 Crisis de pánico o crisis de angustia

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

3.9.2 Agorafobia

Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

- ❖ Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda.

- ❖ Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- ❖ Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

3.9.3 Trastorno obsesivo-compulsivo

- ❖ Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:
 1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
 2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
 3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
 4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).
- ❖ Las compulsiones se definen por:

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

- ❖ En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.
- ❖ Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- ❖ Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
- ❖ El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

3.9.4 Trastorno de ansiedad generalizada

- ❖ Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- ❖ Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- ❖ La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).
- ❖ El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- ❖ La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ❖ Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

3.10 TRASTORNOS SOMATOMORFOS

3.10.1 Trastorno de somatización

- ❖ Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o

provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

❖ Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

1. Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción).

2. Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).

3. Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).

4. Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).

❖ Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

3.11 TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL

3.11.1 Deseo sexual hipoactivo

- ❖ Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.
- ❖ El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
- ❖ El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

3.11.2 Trastorno por aversión al sexo

- ❖ Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.
- ❖ La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- ❖ El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otro trastorno sexual).

3.11.3 Trastorno de la erección en el varón

- ❖ Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.
- ❖ La alteración provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
- ❖ El trastorno eréctil no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (que no sea disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

3.11.4 Trastorno orgásmico masculino

- ❖ Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual normal. El diagnóstico clínico debe efectuarse teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.
- ❖ El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- ❖ El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

3.11.5 Eyaculación precoz

- ❖ Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como son la edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual.
- ❖ La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- ❖ La eyaculación precoz no es debida exclusivamente a los efectos directos de alguna sustancia (p. ej., abstinencia de opiáceos).

3.11.6 Trastorno sexual debido a enfermedad médica

- ❖ Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales como rasgos clínicos predominantes.
- ❖ A partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio la disfunción sexual se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
- ❖ El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor).

3.11.7 Trastorno sexual inducido por sustancias

- ❖ Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- ❖ A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el trastorno sexual se explica en su totalidad por el consumo de sustancias.
- ❖ La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias, como lo demuestra el hecho de que los síntomas preceden al inicio del consumo o la dependencia de la sustancia (o consumo de fármacos); los síntomas persisten durante un tiempo sustancial (p. ej., 1 mes) después de haber finalizado la intoxicación, o son excesivos en relación con lo que cabría esperar, dados el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo o bien hay pruebas de la existencia de un trastorno sexual independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recurrentes no relacionados con sustancias).

3.12 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

En este apartado encontramos diferentes criterios diagnósticos generales para un Trastorno de la personalidad como son:

- ❖ Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
 1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
 2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
 3. Actividad interpersonal.
 4. Control de los impulsos.

- ❖ Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- ❖ Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ❖ El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- ❖ El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- ❖ El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

3.12.1 Trastorno paranoide de la personalidad

- ❖ Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:
 1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
 2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
 3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan 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 rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o 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 a contraatacar.

7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

- ❖ 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.

3.12.2 Trastorno esquizoide de la personalidad

- ❖ Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.

2. Escoge casi siempre actividades solitarias.

3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.

4. Disfruta con pocas o ninguna actividad.

5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.

6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.

7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

- ❖ 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.

3.12.3 Trastorno esquizotípico de la personalidad

❖ 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 edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).
2. Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
4. Pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado).
5. Susplicacia o ideación paranoide.
6. Afectividad inapropiada o restringida.
7. Comportamiento o apariencia raros, excéntricos o peculiares.
8. Falta de amigos íntimos o desconfianza 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.

❖ 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 de un trastorno generalizado del desarrollo.

3.12.4 Trastorno antisocial de la personalidad

- ❖ Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes:
 1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
 2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un 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 de hacerse cargo de obligaciones económicas.
 7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.
- ❖ El sujeto tiene al menos 18 años.
- ❖ Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
- ❖ El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

3.12.5 Trastorno límite de la personalidad

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

3.12.6 Trastorno histriónico de la personalidad

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos⁵¹, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.

⁵¹ BOTELLA, C; BALLESTER, R: Trastorno por pánico. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Siglo XXI. Madrid, 1995. Pág 122.

2. La interacción con los demás suele estar caracterizada 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 mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
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.

3.12.7 Trastorno narcisista de la personalidad

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

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, 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" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. Exige una admiración excesiva.

5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir 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 a él.
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

3.12.8 Trastorno de la personalidad por evitación

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos⁵², como lo indican cuatro (o más) de los siguientes:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el 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 avergonzado o ridiculizado.
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.

⁵² BECK, A.T; FREEMAN, A: Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Ed. Paidós, Madrid, 1995. Pág 132.

5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los de más.
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

JUSTIFICACION

El presente protocolo pretende evidenciar los procesos de selección de las víctimas utilizados en delitos sexuales en pacientes con enfermedad mental para así conocer los riesgos en relación al tipo de ataque que se puede presentar por personas con estas características; por otro lado es necesario conocer los patrones victimógenos, esto con el fin de poder prevenir los delitos de esta naturaleza, y en su caso poder perfilar según los tipos de ataque sexuales y sus patrones presentados.

HIPÓTESIS

Los delincuentes con enfermedad mental concomitante tienen patrones bien establecidos según su padecimiento mental y estos a su vez puedan buscar rasgos y características en las víctimas para ejercer el acto delictivo.

OBJETIVOS

- ❖ **OBJETIVO GENERAL:** Conocer cuál es la relación entre las enfermedades mentales y la selección del tipo de víctimas, así como los lugares y circunstancias alrededor del delito sexual.

- ❖ **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**
 - Establecer tablas de resultados de relación víctima victimario.
 - Comparar gráficas de frecuencia de los delitos sexuales más comunes en delincuentes con enfermedad mental.
 - Determinar los patrones encontrados en común sobre los delitos sexuales en pacientes con enfermedad mental.
 - Conocer cuáles son los lugares más victimógenos en el Distrito Federal por Delegación política, incluyendo horario específico.

MATERIAL Y MÉTODO

- ❖ Método científico inductivo y deductivo.
- ❖ Entrevista con los pacientes mediante kárdex de entrevistas.
- ❖ Examen mental y expediente médico.
- ❖ Extracción de datos jurídicos del auto de plazo constitucional.
- ❖ Para el correcto desarrollo de la investigación se utilizaron:
 - Casos de pacientes ejecutoriados con sentencia condenatoria relacionados con delitos sexuales en sus diversas formas de comisión.
 - Casos con diagnóstico médico de enfermedad mental debidamente comprobada internados en el CEVAREPSI con población compatible mediante criterios de inclusión de 42 casos.
 - Recursos materiales como los expedientes jurídicos, médicos y expediente del juzgado de los 42 casos.
 - Recursos diversos como cuestionarios aplicables para el modus operandi de los delincuentes con detallada descripción del ilícito cometido.
- ❖ La recolección de datos se realizó en un periodo de 4 meses que comprendió Marzo a Junio de 2010.
- ❖ El trabajo se realizó a internos pacientes del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial CEVAREPSI, dentro del Servicio Médico dependiente de la Secretaría del Salud del Distrito Federal.
- ❖ Se utilizaron permisos para entrevista y toma de datos, autorizado por la Mtra. Clementina Rodríguez García, Directora Ejecutiva de Centros de Readaptación Social dependiente de la Subsecretaría del Sistema Penitenciario, del Gobierno del Distrito Federal.
- ❖ Los criterios de inclusión fueron:
 - Ser interno paciente del CEVAREPSI.
 - Haber cometido algún delito sexual
 - Encontrarse ejecutoriado (sentenciado)

- ❖ El tamaño de la muestra por lo tanto fue del 100%, en virtud de que con dichos criterios de inclusión eliminaba el resto de la población quedando como universo la muestra completa.
- ❖ Las variables que se utilizaron fueron:

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	CANTIDADES DESCRIPTIVAS	TIPO DE VARIABLE
SEXO VICTIMA	Sexo de la Víctima	Masculino, Femenino	Cualitativa
PARENTESCO	Parentesco con el presunto	padre, Madre, Hijo, Hermano, Otro, Ninguno	Cualitativa
EDAD VICTIMA	Edad de la víctima al momento	1 a 100 años	Cuantitativa Discreta
ATUENDO	Atuendo de la víctima	Casual, Formal, Deportiva, Uniforme, otros	Cualitativa
DELEGACION	Delegación donde ocurrió el ilícito	Delegación política del Distrito Federal	Cualitativa
HORARIO	Horario en el que se cometió	Matutino, Vespertino, Nocturno	Cualitativa
LUGAR	Sitio donde se cometió el ilícito	Vía pública, Transporte Público, Desplazamiento	Cualitativa
EDAD VICTIMARIO	Edad del victimario al momento	1 a 100 años	Cuantitativa Discreta
DELITO	Tipo penal cometido	Abuso sexual, hostigamiento, estupro	Cualitativa

Tabla 1. Descripción de las Variables

- ❖ La recolección de los datos se realizó de la siguiente manera:

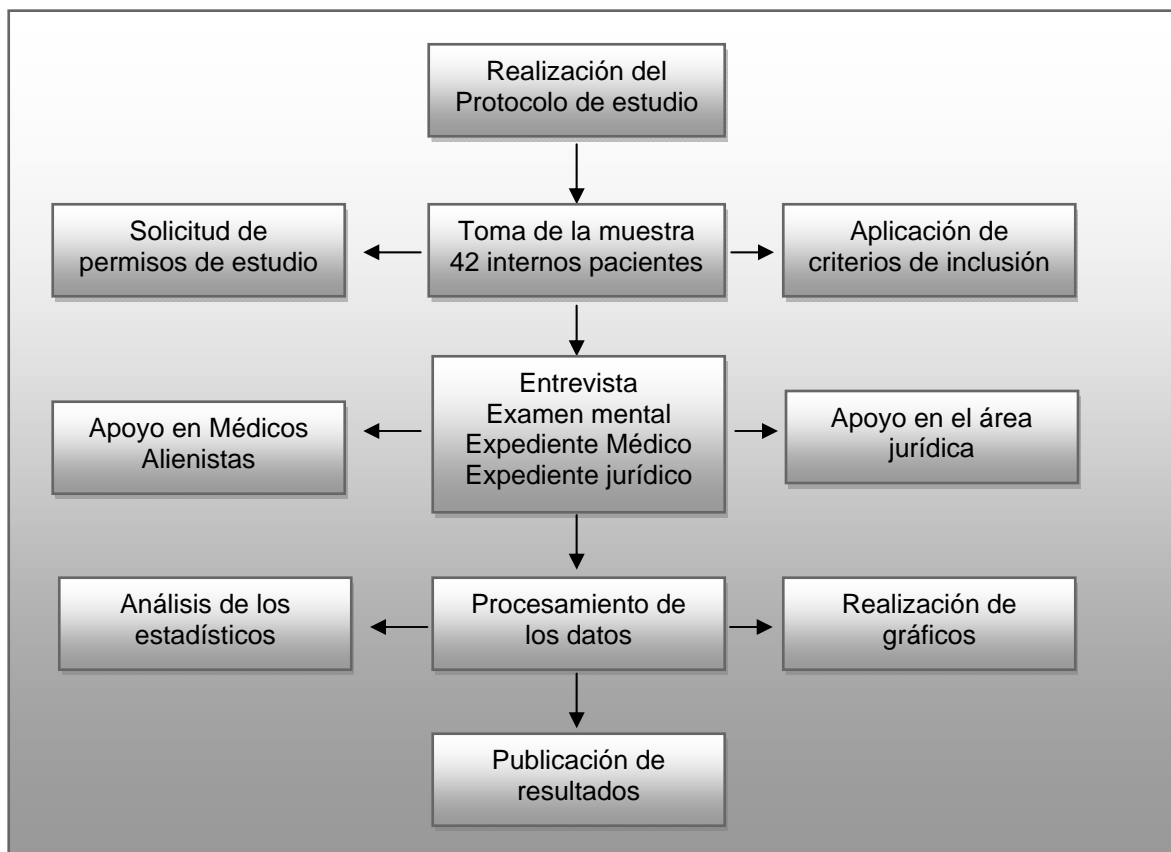


Diagrama 1. Recolección de datos

RESULTADOS

Se estudiaron 42 internos pacientes privados de su libertad, con antecedentes de enfermedad mental y que cometieron un delito sexual; de los cuales se tomaron en cuenta diversas variables cualitativas para conocer las características y rasgos de las víctimas de ilícitos.

Ahora con estos resultados se conoce que la distribución por sexo de la víctima es predominantemente femenino con un 90% y masculino en un 10%, con una proporción de 0.90 femenino y 0.10 masculino.



Gráfico 1. Distribución por sexo

NUMERO DE VICTIMAS POR SEXO

MASCULINO	4
FEMENINO	38
TOTAL	42

Cuadro 1. Casos por sexo de la víctima en relación a la muestra.

En cuanto a la variable de parentesco con la víctima se puede afirmar según los estadísticos analizados que no existe relación alguna en virtud de que la proporción a no tener ningún parentesco fue de 0.86, comparado con algún familiar indirecto que solo obtuvo una proporción del 0.10.



Gráfico 2. Distribución por parentesco con la víctima.

PARENTESCO CON LA VICTIMA

0.00	PADRE DEL VICTIMARIO
0.00	MADRE DEL VICTIMARIO
0.02	HIJO(A) DEL VICTIMARIO
0.02	HERMANO(A) DEL VICTIMARIO
0.10	OTRO FAMILIAR DEL VICTIMARIO
0.86	NINGUN PARENTESCO DEL VICTIMARIO

Cuadro 2. Proporción por parentesco víctima-victimario.

En relación al atuendo de la víctima al momento del ilícito se encontró en porcentaje que tanto el uso de ropa casual 36% así como el uso de uniformes 36%, incitan a este tipo de sujetos en estudio a cometer un ilícito de tipo sexual, como se observa en las tablas, no habiendo un valor significativo predominante de este rasgo.

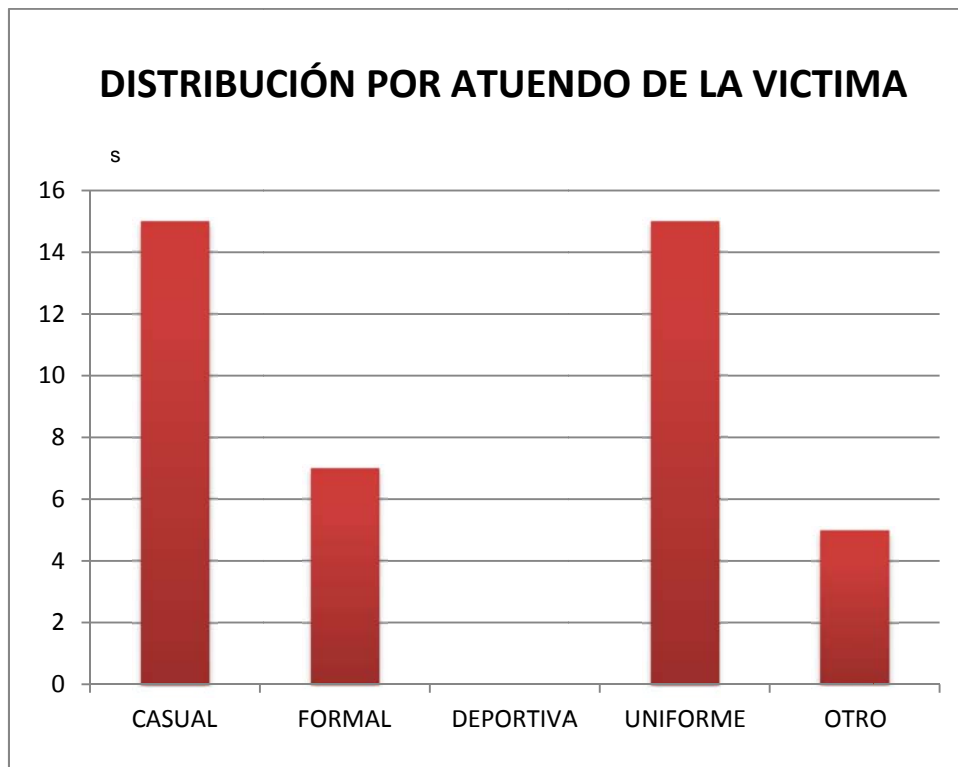


Gráfico 3. Distribución por tipo de ropa utilizada al momento del ilícito.

TIPO DE ROPA

36%	CASUAL
17%	FORMAL
0%	DEPORTIVA
36%	UNIFORME
12%	OTRO

Cuadro 3. Porcentaje de tipo de ropa de la víctima utilizada al momento del ilícito.

En cuanto a la variable delegación donde se cometió el delito, hubo resultados esperados pero interesantes ya que la delegación política Gustavo A. Madero contó con una proporción del 0.35, por otro lado la delegación Iztapalapa la proporción sólo fue de 0.26, siendo las más victimógenas; en cuanto a la tasa resultó que 0.17 de cada 100,000 habitantes* puede ser victimado en la delegación Gustavo A. Madero.



Gráfico 4. Distribución delictiva por Delegación Política del Distrito Federal.
 Total de la población: *FUENTE: INEGI II Censo de Población y vivienda 2005.

7%	ALVARO OBREGON
9%	CUAUHTEMOC
35%	GUSTAVO A MADERO
26%	IZTAPALAPA
2%	MAGDALENA CONTRERAS
2%	MILPA ALTA
4%	TLAHUAC
2%	TLALPAN
7%	VENUSTIANO CARRANZA
2%	XOCHIMILCO

Cuadro 4. Porcentaje de ataques sexuales por enfermos mentales según la Delegación Política.

En cuanto al horario más delictivo el predominio de los ataques fue en el vespertino en un 61%, seguido del horario nocturno con un 22%, y el matutino con un 17%.



Gráfico 5. Predominio de horario victimógeno.

En otro sentido de ideas la tasa* corresponde a lo siguiente:

0.08	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SER ATACADOS EN HORARIO MATUTINO
0.29	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SER ATACADOS EN HORARIO VESPERTINO
0.10	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SER ATACADOS EN HORARIO NOCTURNO

Cuadro 5. Tasa de ataque sexual según predominio de horario.

Total de la población: *FUENTE: INEGI II Censo de Población y vivienda 2005.

Para la variable del lugar del ilícito no se encontró diferencia significativa, presentando un porcentaje y proporción muy semejante entre las cualidades descriptivas.

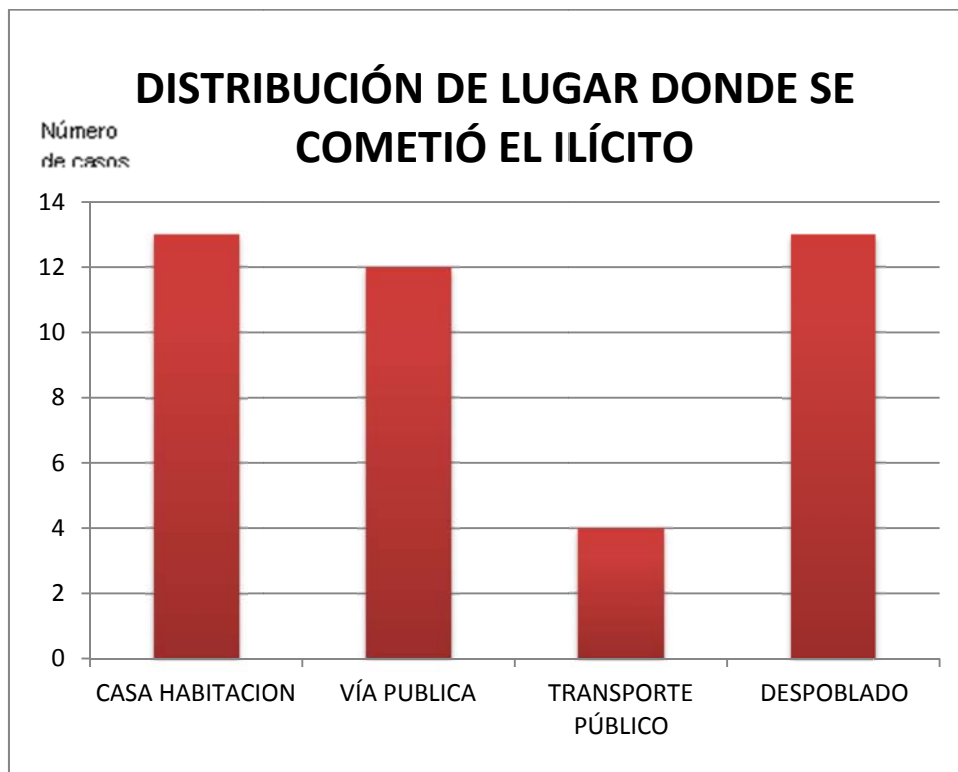


Gráfico 6. Distribución por lugar donde se cometió el delito.

TIPOS DE LUGAR

0.30	CASA HABITACION
0.28	VÍA PUBLICA
0.10	TRANSPORTE PÚBLICO
0.30	DESPOBLADO

Cuadro 6. Diferencia de proporción de los lugares donde se cometieron los delitos.

Una de las variables que tiene vital importancia es la del tipo penal, ya que proporciona un panorama general en las implicaciones sexuales de los sujetos en estudio; se encontró en primer lugar la violación con 32 casos y el abuso con sólo 10 casos, siendo esta menos significativa.

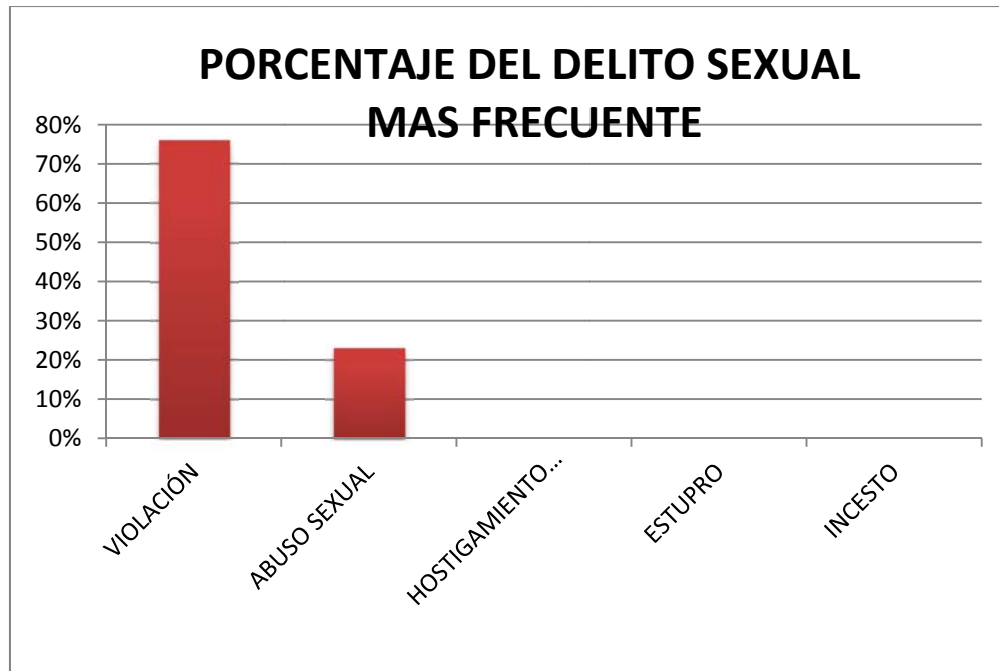


Gráfico 7. Porcentaje de los delitos sexuales cometidos a las víctimas.

Cabe también mencionar las tasas* referentes a la población en el Distrito Federal, siendo que:

0.36	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SUFRIR DE VIOLACION
0.11	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SUFRIR DE ABUSO SEXUAL
0.00	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SUFRIR DE HOSTIGAMIENTO SEXUAL
0.00	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SUFRIR DE ESTUPRO
0.00	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SUFRIR DE INCESTO

Cuadro 7. Tasa de delitos sexuales de los que se puede ser víctima en la población del Distrito Federal.

Total de la población: *FUENTE: INEGI II Censo de Población y vivienda 2005.

Finalmente para la variable Enfermedad Mental más común en este tipo de delincuentes sexuales correspondió a la Esquizofrenia Paranoide a una razón de 3.60 a diferencia del Trastorno Mental y del Comportamiento secundario a fármacos que ocupó una razón de 0.13.

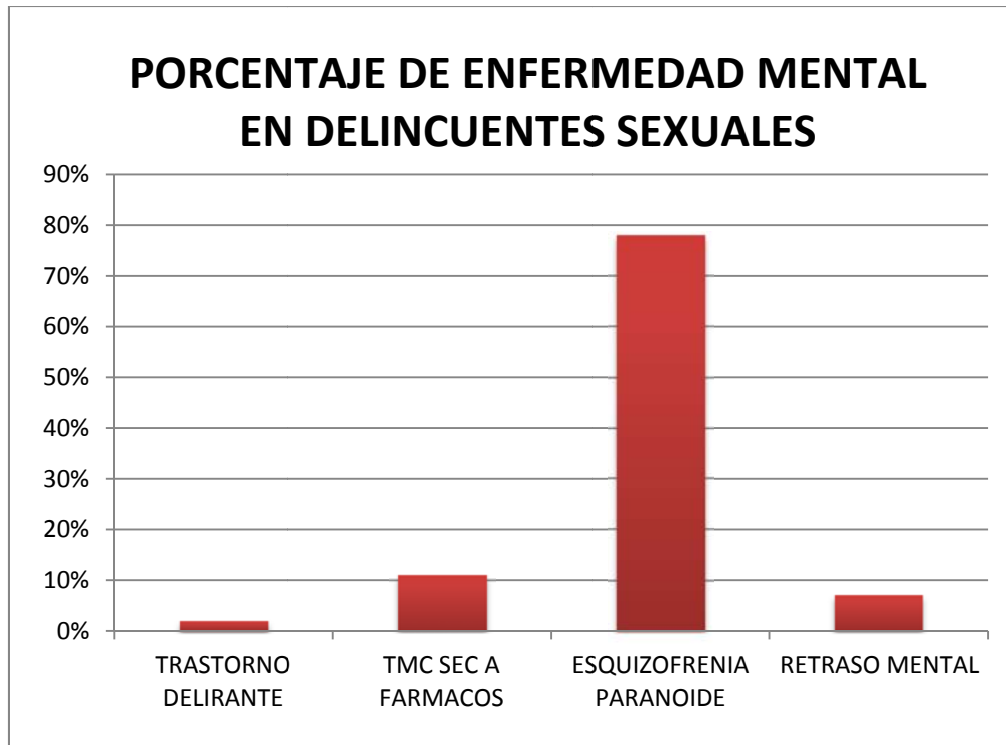


Gráfico 8. Porcentaje del tipo de enfermedad mental que padecen los delincuentes sexuales.

Finalmente se establecen las tasas de población como:

0.01	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SER ATACADOS POR DELIRANTES
0.05	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SER ATACADOS POR FARMACODEPENDIENTES
0.37	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SER ATACADOS POR ESQUIZOFRENICOS
0.03	DE CADA 100,000 HABITANTES PUEDEN SER ATACADOS POR RETRASADOS MENTALES

Cuadro 8. Tasa de habitantes que pueden ser atacados por determinado sujeto con enfermedad mental

Total de la población: *FUENTE: INEGI II Censo de Población y vivienda 2005

DISCUSIÓN

La selección victimal en México, actualmente no se encuentra bien estudiada, debido a que se han realizado programas preventivos de la comisión del delito, según las experiencias previas, sin embargo en este sentido, no ha existido en México un estudio de investigación de esta naturaleza que explique bajo que rasgos o características, se realiza la selección victimal, para a su vez prevenir con bases bien establecidas, convirtiendo a esta tesis de investigación en punta de lanza.

Los motivos humanos y emociones han evolucionado por la selección, y el armazón teórico de psicología evolutiva puede usarse para desarrollar las hipótesis sobre los eslabones psicológicos entre violencia, sexualidad y los motivos posesivos en los hombres. Las inclinaciones violentas no son absolutamente patológicas, pero mismo-interesadas, aunque su expresión es a menudo contraproducente donde las circunstancias sociales y materiales difieren grandemente de aquéllos en que la psique social humana evolucionó⁵³.

En la asociación víctima victimario, es de vital importancia conocer los factores inherentes de la víctima que influyen en su elección, su capacidad de serlo, así como su predisposición a ser objeto de hechos delictivos. Para este trabajo es indiscutible que existieron razones personales, familiares o sociales, que posibilitan hablar de esta predisposición, atracción o destino.

Para que un estudio de criminogénesis sea relevante, se debe tener en cuenta el papel jugado de la víctima y en qué medida ella ha contribuido.

Un estudio realizado en Grecia modela tres indicadores normalmente usados de miedo simultáneamente en el crimen sintiéndose inseguro solo en casa después de la oscuridad, sintiendo el andar insegura exclusivamente, después de la oscuridad y se preocupa por volverse una víctima de crimen-contrario directo (siendo un la víctima) e indirecto (conociendo a una víctima) la represalia, controlando para, las características demográficas y socio-económicas de individuos, es decir las contestaciones múltiples. Se muestran que la asociación de los tres indicadores

⁵³ Wilson Margo, "Sexual Rivalry and Sexual Conflict", *Theoretical Criminology*, núm. 3, vol. II, Canada, agosto, 1998, pp. 291-310.

debilita como importante los factores explicativos de miedo de crimen se consideran para, (b) las experiencias del crimen son relacionados a sólo sentirse inseguro en casa solo después de la oscuridad vía su asociación con el andar insegura sintiéndose exclusivamente después de la oscuridad y se preocupa por volverse una víctima de el crimen y (c) la represalia anterior indirecta y directa y exposición del crimen predominantemente la forma percibió el riesgo futuro⁵⁴.

Los resultados muestran que bajo circunstancias, un enfermo mental, se ve tentado a cometer un delito sexual y sobre todo cuál es el perfil que buscan para concluir en la relación víctima victimario; se pudieron observar diferentes características que se buscan y pueden hacer victimizable a una persona como son ser mujer, no tener parentesco con el sujeto, vestir de ropa casual o de uniforme, encontrarse en la delegación Gustavo A. Madero por la tarde, en casa habitación o en un lugar despoblado(solitario), poder sufrir de violación que a diferencia de las estadísticas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal señalan que solo en el mes Noviembre de 2010 hubo 182 abusos sexuales y 95 violaciones en el Distrito Federal⁵⁵, comparado con este estudio el cual rebeló que es más frecuente la violación que el abuso y esto empero realizado por un esquizofrénico paranoide el cual en la actualidad no hay estadísticas fidedignas, lo cual es de suma importancia, en virtud de que se dan todas y cada una de las características para poder prevenir el delito.

Existen numerosas causas externas o internas que influyen en la acción de delinquir, pero entre estas siempre debemos considerar la conducta de la víctima y si esta conducta es consciente o inconsciente, ya que depende de esto la dirección que ha de seguir el delincuente, por lo que podemos explicar que conociendo estas características podemos establecer la conducta inconsciente de la víctima.

⁵⁴ Tseloni A., "Fear of crime and victimization", *European Journal of Criminology*, núm.4, vol. V, USA, Octubre, 2008, pp. 387-409.

⁵⁵ Estadística Delictiva del Mes de Noviembre de 2010 de la PGJDF.

CONCLUSIONES

La elección o determinación de la víctima dependerá de los mecanismos de interacción que conforman la pareja penal, que es la que suele permitir la visualización de los motivos del acto y las razones directas de la elección. De ahí que sea sumamente importante la investigación para explicar el rol del sujeto pasivo y para saber hasta qué punto éste ha tenido una actitud activa en la génesis delictual. Esto permite aseverar que víctima y victimario constituyen un todo inseparable, que se influye recíprocamente. Esta reciprocidad representa un resultado traducible como la ganancia para uno y la pérdida para el otro.

Los resultados ayudan a poder prevenir según las características ya mencionadas según el actuar de los delincuentes la forma de cómo poder evitar ser víctima de sujetos y así no poder cerrar el círculo de la pareja penal.

Con los resultados se concluye que 0.17 de cada 100,000 habitantes de predominio mujeres, de la Ciudad de México en un horario vespertino, pueda ser sujeto de una violación de un esquizofrénico paranoide; con lo anterior se puede observar y aseverar la idea de que este tipo de delincuentes son elaborados ya que sí buscan patrones específicos para delinquir y no precisamente a sus familiares, si no al resto de la comunidad.

Por lo tanto la asociación víctima victimario se establece en pleno, si es que se cumplen con ciertas características y rasgos, por tal motivo es de aprobarse la hipótesis de que sí es posible que los pacientes con enfermedad mental tengan patrones bien establecidos según su padecimiento mental.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Para trabajos futuros es de recomendarse que se pueda realizar investigaciones de asociación victimal, con el objetivo de poner mayor énfasis en la prevención del delito y atacar estos rasgos, poder capacitar a las personas que son más victimizables para así no cerrar el círculo de la pareja penal.

En otro sentido sería interesante conocer nuevos estudios como es la georeferenciación delictiva, en el que se podría determinar lugar y hora exactos donde se cometen los delitos sexuales para poder aplicar mayor énfasis y vigilancia a los órganos de procuración y administración de justicia.

En este sentido, sería interesante conocer los factores hormonales que hacen que una persona pueda llegar a delinquir con mayor dolor o conocimiento, ya que las hormonas pueden ejercer un cambio del comportamiento en el ser humano y en este tenor asociarlo a pacientes con esquizofrenia paranoide; conociendo estos comportamientos se podría administrar mejor la justicia realizando políticas criminales enfocadas a este tipo de delincuentes, tomando en cuenta factores internos que ellos no pueden controlar e imponer penas más adecuadas a la litis criminal.

BIBLIOGRAFÍA

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22ª ed. Ed. Real Academia de la Lengua Española. España. 2001.
2. MENDOZA BEIVIDE, Patricia. Psiquiatría para criminólogos y criminología para psiquiatras. 1ªed. Ed. Trillas. México 2006.
3. RODRIGUEZ MANZANERA, Luis. Criminología. 14ª. ed. Ed. Porrúa. México 1999.
4. BUSTOS, Juan, et all. Victimología, presente y futuro. 1ª ed. Ed. PPU. Barcelona 1993.
5. NEUMAN, Elías. Victimología. 1ªed. Ed. Cárdenas. México 1992.
6. VON HENTING, Hans. La estafa, en estudios de psicología criminal. 1ª.ed. Ed. Espasa-Calpe. Madrid 1960. Vol. III.
7. ZAMORA GRANT, José. La víctima en el sistema penal mexicano. 1ª.ed. Ed. INACIPE. México 2005.
8. JIMENEZ DE ASUA, Luis. Victimología. Estudios de derecho penal y criminología. 1ª.ed. Ed. Omeba. Buenos Aires 1961.
9. MARCHIORI, Hilda. Criminología. La víctima del delito. 1ª ed. Ed. Porrúa. México 1998.
10. REYNOSO DAVILA, Roberto. Delitos sexuales. 3ª. Ed. Porrúa. México 2004.
11. Código Penal del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. México 28 Noviembre 2000.
12. PATITÓ A. José. Tratado de Medicina Legal y elementos de patología forense. 1ª ed. Ed. Quorum. Argentina 2003.
13. DSM-IV tr. Diagnostic and statistical anual of mental disorders, 41 edition, APA, Washington, D.C, 1994.
14. KAPLAN, H.I y SADICK, B.J: Tratado de psiquiatría. Masson-Salvat, 1992.
15. REHM, L.P: A self-control model f depression, Behavior Therapy.
16. BOTELLA, C; BALLESTER, R: Trastorno por pánico. Manual de psicopatologia y trastornos psiquiátricos. Siglo XXI. Madrid, 1995
17. BECK, A.T; FREEMAN, A: Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Ed. Paidos, Madrid, 1995
18. Wilson Margo, "Sexual Ryvaly and Sexual Conflict", *Theoretical Crimonology*, núm. 3, vol. II, Canada, agosto, 1998, pp. 291-310.
19. Tseloni A., "Fear of crime and victimization", *European Journal of Criminology*, núm.4, vol. V, USA, Octubre, 2008, pp. 387-409.
20. Estadísticas de 2010 de la PGJDF.

ANEXOS

1. Formato único de entrevista y recolección de datos.

NUMERO CONSECUTIVO:	<input type="text"/>	FECHA DE ENTREVISTA:	<input type="text"/>
INICIAL	FECHA	EDAD	EDAD AL
-	NACIMIENTO	-	ILICITO

PREFERENCIA SEXUAL	PS	ETS	PROSTITUCION	ABUSO DE SUSTANCIAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MEDICACION	NO	SEXO VICTIMA	SELECCIÓN	PARENTESCO -
1	1			
2	2			
3	3			
4	4			
5	5			

CARACTERISTICAS DE LA VICTIMA	LUGAR DEL ATAQUE SEXUAL	EDAD
1		
2		
3		
4		
5		

ROPA DE LA VICTIMA	CONDICIONES DELICTUALES
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

OBSERVACIONES
<input type="text"/>

Formato 1

2. Formato de consentimiento informado para ser participante del estudio

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Lugar y fecha	_____
Por medio de la presente autorizo que mi	_____
participe en el protocolo de investigación titulado:	
Registrado ante el Comité Local de Investigación del IPN con número:	_____
El objetivo del estudio es	
Se me ha explicado que mi participación consistirá en	_____
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
<p>El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.</p>	
<p>_____</p> <p>Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal</p>	
<p>_____</p> <p>Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.</p>	
<p>Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:</p>	
Testigos	_____
Formato 2	