

1

MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LOS DELITOS EN LOS DELIRANTES

Tesis de
doctorado
de

JORGE JOSE ROSA

Padrino de Tesis
Prof. Dr. Julio R. Obiglio

A Ñ O 1 9 5 2

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR:

Prof. Dr. Luis Irigoyen

VICERRECTOR:

Dr. Pedro G. Paternosto

SECRETARIO GENERAL INTERINO:

Don Victoriano F. Luaces

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Don Rafael G. Rosa

CONTADOR GENERAL:

Horacio J. Blake

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

" " Rodolfo Rossi

" " José F. Molfino

" " Pedro G. Paternosto

" " Carlos María Harispe

" " Horis del Prete

" " Benito Perez

" " Eugenio Ordeglio

" " Silvio Manganiello

" " Arturo Cambours Ocampo

" " Obdulio F. Ferrari

Ingeniero Carlos Pascoli

Ing. Ag. René R. E. Thiery

" " José María Castiglioni

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO:

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

VICEDECANO:

Prof. Dr. Rodolfo Rossi

SECRETARIO:

Prof. Dr. Flavio J. Briasco

Oficial mayor a cargo de Prosecretaría:

Sr. Rafael Lafuente

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. Diego M. Argüello

- " " Inocencio F. Canestri
- " " Roberto Gandolfo Herrera
- " " Hernan D. González
- " " Rómulo R. Lambre
- " " Víctor A. E. Bach
- " Victorio Nacif
- " " Enrique A. Votta
- " " Herminio L. M. Zetti
- " " Julio R. A. Obiglio

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M. - Cl. Oftalmológica

" Baldassarre Enrique C. - F. F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés E. - Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A. - Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F. - Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio F. - Toxicología

" Carroño Carlos V. - Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R. - Cl. Pediatría y Puericult.

" Corezzi Eduardo S. - Patología Médica Ia.

" Chritsmann Federico E. B. - Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R. E. - P. y Cl. de la Tuberc.

" Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica

" Echeve Dionisio - Física Biológica

" Floriani Carlos - Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto I. - Cl. Ginecológica

Gascón Alberto - Fisiología y Psicología

" Girardi Valentín C. - Ortopedia y Traumatología

" Gonzalez Hernan D. - Cl. de Enf. Inf. y P. T.

" Izigoien Luis - Embriología e H. Normal

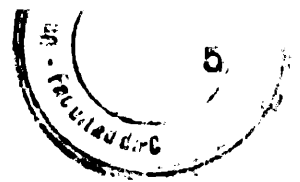
" Lambre Rómulo R. - Anatomía Ia.

" Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica

" Lyonnet Julio H. - Anatomía IIa.

" Maciel Crespo Fidel A. - Semiología y Cl. Prop.

X



Dr. Martinez Diego J. J. - Patología Médica 11a.

" Mazzei Nidia S. - Cl. Médica 11a.

" Montenegro Antonio - Cl. Genitorrológica

" Manso Soto Alberto R. - Microbiología

" Monteverde Victorio - Cl..Obstétrica

" Obiglio Julio R. A. - Medicina Legal

" Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica

" Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica 1a.

" Rossi Rodolfo - Cl..Médica 1a.

" Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica

" Uslenghi José - Radiología y Fisioterapia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J. - Cl. Pediatría y Puericult.
- " Acevedo Benigno S. - Química Biológica
- " Andrieu Luciano M. - Cl. Médica Ia.
- " Bach Víctor Eduardo A. - Cl. Quirúrgica I
- " Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria
- Baila Mario Raúl - Cl. Médica Ila.
- Barani Luis T. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Bellingi José - Patología y Cl. de la Tuberculosis
- " Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica
- " Briosco Flavio J. - Cl. Pediatría y Puericultura
- " Caino Héctor V. - Cl. Médica Ia.
- " Calzetta Raúl V. - Semiología y Cl. Propedéutica
- " Cabarroñ Arturo - Cl. Médica I
- " Carri Enrique L. - Parasitología
- " Cartelli Natalio - Cl. Ginecología
- " Castedo César - Cl. Neurológica
- " Castillo Odón Isidro - Ortopedia y Traumatología
- " Ciferri Roberto - Cl. Psiquiátrica
- " Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica
- " Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica
- " Chescotti Néstor A. - Anatomía Ia.
- Dal Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología
- " De Lencastre Emilio M. A. - Higiene y M. Social
- " Dobric Beltran Leonardo L. - P. y Cl. de la Tuberc.
- " Dragonetti Arturo M. - Higiene y M. Social
- " Dussut Alejandro - Medicina Operatoria

- Dr. Fernández Audicio Julio César - Cl. Ginecológica
- " Fuertes Federico - Cl. de Inf. Inf: y P. Trop.
- " Garibotto Román C. - Patología Médica II.a
- " García Olivera Miguel A. - Medicina Legal
- " Giglio Irma C. de - Cl. Oftalmológica
- " Giroto Rodolfo - Cl. Genitourológica
- " Gorostazu Carlos Mario - Anatomía IIa.
- " Gotusso Guillermo C. - Cl. Neurológica
- " Guixé Héctor Lucio - Cl. Ginecológica
- " Imbriano Aldo Enrique - Fisiología
- " Ingratto Ricardo N. - Cl. Obstétrica
- " Lascano Eduardo Florencio - Anatomía y F. Patológica
- " Logascio Juan - Patología Médica Ia.
- " Loza Julio César - Higiene y M. Social
- " Lozano Federico S. - Cl. Médica Ia.
- " Mainetti José María - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Manguel Mauricio - Cl. Médica IIa.
- " Marini Luis C. - Microbiología
- " Martínez Joaquín D. A. - Semiología y Cl. Prop.
- " Martini Juan Livio - Cl. Obstétrica
- " Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías - P. y Cl. de la Tuberculosis
- " Michelini Raúl T. - Cl. Quirúrgica IIa.
- " Morano Brandi José F. - Cl. Podiátrica y Pueric.
- " Moreda Julio M. - Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo - Patología Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo - Patología Médica
- " Pereira Roberto F. - Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto - Embriología e H. Normal

- Dr. Frini Abel - Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl P. - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Polizza Amleto - Medicina Operatoria
- " Roselli Julio - Cl. Pediatría y Puericult.
- " Ruera Juan - Patología Médica Ia.
- " Sanchez Héctor J. - Patología Quirúrgica
- " Schaposnick Fidel - Cl. Médica Ila.
- " Taylor Gorostiza a Diego J. J. - Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel M. del C. - Cl. Obstétrica
- " Trincea Saúl E. - Cl. Quirúrgica Ila.
- " Tropeano Antonio - Microbiología
- " Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica
- " Tosi Bruno - Cl. Oftalmológica
- " Vanni Edmundo O. F. U. - Semiología y Cl. Prop.
- " Vazquez Pedro C. - Patología Médica Ila.
- " Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica
- " Tau Ramón - Semiología y Cl. Tropedéutica
- " Zabudovich Salomón - Cl. Médica Ila.
- " Zatti Herminio, L. M. - Cl. de Enf. Inf. y P. Trop.

- A mis padres

- A mis profesores

Comenzaremos con el estudio del síndrome delirante, desmenuzando la forma cómo se debe encarar el estudio de estos enfermos, que como sabemos es el más difícil, por tener sus funciones mentales básicas normales, siendo por esto llamados alienados lúcidos.

Después de revisar varios tratados de clínica y semiología psiquiátrica, he encontrado que la manera más sencilla de interpretar estos cuadros, tanto para el especialista como para el práctico, es hacerlo, según se nos ha enseñado en nuestra cátedra de Psiquiatría de La Plata, actualmente a cargo del doctor Roberto Ciafardo.

Ante todo, definiremos el síndrome delirante. Entre las definiciones propuestas tenemos así: Mira y López dice: "El delirio es el desarrollo progresivo de una actividad morbosa del pensamiento, en virtud de la cual el enfermo se aparta cada vez más, en sus creencias y en su conducta, de la verdadera realidad, sin que sea posible convencerle de sus errores fundamentales, aún cuando así lo sea a veces el que rectifique algunos detalles accesorios en sus confesiones y decisiones.

Ruiz Maya dice "Delirio es el conjunto de

ideas delirantes, organizado en sistema, en un psiquismo, por lo demás normal o aparentemente normal".

Como vemos, el delirio es un tejido de ideas delirantes. Estudiaremos a estas, que así nos aclarará el horizonte, para luego pasar de lleno al estudio del síndrome.

Múltiples son las definiciones de idea delirante. El maestro de Munich, Kräepelin asigna como principal distintivo de esta idea, "su procedencia patológica" y su "irreductibilidad" al ser inaccesible a los razonamientos y explicaciones.

Moriselli: "Toda concepción absurda, contraria a la evidencia misma del hecho, y no reconocida como tal por el enfermo."

Levy: "Lo que parece inadecuado al tiempo al individuo y su situación".

De Santis: "Una convicción comprometida con toda la actividad psíquica del paciente, incorregible por argumentación lógica, ausente de todo sentimiento de enfermedad".

Bunke: "Error morbosamente originado e incorregible".

Seglas: Con la escuela francesa adscribe las ideas delirantes un trastorno que reside, en conjunto, más o menos complejo de representaciones morbosas concernientes al Yo o a sus relaciones con el mundo exterior.

† Jaspers: Cree que deben tenerse por ideas de-

lirante, todos los juicios falseados, por una causa patológico caracterizada por tres signos diferentes:

- a) Convicción extraordinaria con que son mantenidos, notable certeza subjetiva.
- b) Impermeabilidad a la experiencia y refutaciones lógicas.
- c) Inverosimilitud de su contenido.

El Doctor Loudet dice: "La idea delirante hay que vincularla al sujeto, al medio, al momento y la situación. Cuando una idea choca contra todas estas condiciones, dice, que es una idea delirante.

Como podemos ver, lo más valioso para su contenido es la subordinación de la conducta, la voluntad puesta al servicio de la idea y por ende, la acción sospechosa que provoca la desarmonía entre el paciente y el medio.

El enfermo no conoce lo patológico de su idea sino que la cree, la vive y la afirma, poniendo en la defensa de la misma todo su calor afectivo, moviendo su voluntad y encaminando sus actos como un autómata, dirigido siempre por su idea.

Sabemos por psicología, que la asociación de ideas necesita de una fuerza directriz que escoja las útiles y deseche las no necesarias, fuerza que está a cargo del pensamiento, gobernado éste por los dos principios rectores, que son el pensamiento lógico y el pensamiento mágico.

El pensamiento lógico es el del individuo psíquicamente desarrollado y que razona de acuerdo a los principios fundamentales de la lógica (Ley de causa a efecto). De acuerdo a esto a un hecho se establecerá primero si es exacto; luego se analizará sus causas, se dará su ubicación en el tiempo conjuntamente con su lugar en el espacio. Vale decir, haremos uso de nuestro razonamiento para explicar el fenómeno.

El pensamiento mágico, fácil de encontrar en algunos psicópatas, en los niños y en el hombre primitivo.

Dirigen su pensamiento en un modo distinto al anterior: Apoyan sus juicios y realizan sus asociaciones según lo que ellos ven como realidad exterior a lo que dan importancia sin profundizar en su esencia que es desconocida, sino en los incidentes de sus existencias.

Así, cualquier hecho que se produce en su derredor, el pensar primitivo tiende a explicarlo, no por un razonamiento lógico, sino en forma intuitiva, objetiva y cómoda, dándole un valor mágico o sea atribuyéndolo a poderes sobrenaturales en los cuales no debe ni puede penetrar. Acomoda la realidad exterior de acuerdo a su realidad interior y los hechos se producen de acuerdo a sus creencias, luego sus conclusiones no concuerdan con las premisas que parten para su razonamiento.

De acuerdo a esto, la idea delirante puede ser de tres tipos:

- Ideas delirantes verosímiles
- ideas delirantes mágicas
- ideas delirantes absurdas.

Verosímiles son las que se desarrollan según según la formalidad lógica de pensar. El paciente llega a sus conclusiones empleando la deducción y la inducción, aunque el resultado obtenido estaba anticipado por su efecto y en un modo u otro concluye, en lo que presentía distando de ajustarse a los hechos.

Absurdas, a estas pertenecen la mayor parte de los delirios. Aquí los testimonios que se valen el conocimiento y la valoración de los hechos se apartan diametralmente de la lógica llegando a conclusiones falsas y sobrevaloradas en desacuerdo con la realidad.

Mágicas: Ellas revelan en suma las tantas maneras del pensar humano imaginativo, intuitivo y fantástico.

Clasificación de las ideas delirantes: Muchas son las intentadas pero la más adaptada a la clínica es aquella que tome como base su contenido o fábula delirante.

Ideas a matiz depresivo

Ideas a matiz expansivo



Ideas a matiz defensivo

Su estudio lo realizaremos conjuntamente con el contenido de los delirios.

Descubrimiento y exploración de las ideas delirantes

Como ya vimos en las definiciones, para catalogar una idea de delirante es preciso tener en cuenta las circunstancias individuales del caso; pues la idea más disparatada puede ser verosímil y corresponder a la realidad de los hechos. Podríamos repetir lo que dice Leuret: Hé buscado en Chareton, en Bicetre, en la Salpêtrière, la idea que me parecía más inverosímil; luego cuando la he comparado con buen número de las que corren por el mundo me he sorprendido y casi me he avergonzado de no ver ninguna diferencia.

La exploración de la idea delirante, a veces no trae dificultad, ya que casi inmediatamente de entablar conversación exhibe el sujeto sus absurdas representaciones, en particular cuando se trata de ideas expansivas, denunciadas rápidamente por la euforia que muestra el paciente.

No es así frente a una idea de persecución dado el característico recelo del paranoico; pero su actitud altanera y despectiva tiene tanto valor como la euforia del megalómano.

Las ideas de autoacusación o nihilistas que se presentan son un estado de ánimo deprimido, indi-

can de por sí el estado de ánimo que atormenta a su espíritu.

Estudiando bien estos estados afectivos patológicos nos indican muchas veces representaciones delirantes, que siguiendo al interrogatorio llegaremos en un momento a chocar contra la idea que nos dará el hilo del delirio. A veces nos pone en la pista de la trama un fenómeno secundario, al parecer insignificante: Por ejemplo, la protesta de un sujeto de haber sido hipocondríaco, descubriendo de allí una serie de ideas relacionadas con alucinaciones conestésicas.

Lo primero que hay que hacer es recolectar el material delirante, es decir, todas las vivencias alucinaciones y engramas que encuentra aplicación en el delirio y que por constituir el punto de partida de todos los fenómenos delirantes nos permite indagar la causa y naturaleza de la enfermedad causal.

Trasemos a colación un cuestionario para la exploración de la idea delirante tomado de Valle - jos Nájera

Ideas de alusión:

Ha observado si en su casa o en la calle lo espía alguien?

Ha observado si alguien ríe o vuelve la cabeza al pasar usted por la calle?

Hacen gestos o señas cuando pasa ?

La gente se refiere a Ud. cuando habla?

Ha leído en los periódicos algo que se refie
re a Ud.?

Conoce alguien que se ocupa de Ud.?

Desde cuando le pasa esas cosas?

Ideas depresivas

Tiene pensamientos tristes?

Tiene preocupaciones?

Ha hecho daño a alguna persona?

Le culpan de algún crimen?

Le reprochan algo la gente?

Tiene miedo de ir a la cárcel?

Teme arruinarse?

Le preocupa su salud?

Le falta algún órgano?

Ideas de persecución

Tiene motivos para desconfiar de alguien?

Han intentado perjudicarlo?

Le han robado?

Tiene enemigos?

Le insultan o amenazan? Por qué motivo?

Quién tiene interés en perjudicarlo o perse-
guirlo?

Porqué le persiguen?

Hay algún complot contra Ud.?

Le es fiel su esposa?

Tiene motivos para sospechar su fidelidad?

Tiene pruebas de engaño?

Dígase cuanto haya notado

Cuando comenzó su persecución? Qué motivos hay?

Cómo piensa defenderse.

Ideas de grandeza

Qué proyectos tiene ahora?

Piensa continuar en su profesión o tiene mejores perspectivas?

No le convendría otro trabajo?

Se siente con fuerzas para grandes empresas?

Su capacidad de trabajo ha aumentado últimamente?

A cuanto asciende su capital?

Entonces. Tiene usted grandes riquezas.

Tiene títulos de nobleza?

Quizá procede usted de estirpe real?

Tiene influencia con altos personajes?

Le han hablado de Dios alguna vez?

Qué ha notado?

Diagnóstico diferencial de la idea delirante

Como sabemos la idea delirante es un trastorno en el contenido del pensamiento y junto a este encontramos otros que merecen ser citados por ser mal comprendidos, especialmente si no se tiene cuidado

de realizar un interrogatorio completo y bien valorado.

Lo haremos con la idea obsesiva y la idea fija.

Idea obsesiva: es un fenómeno subjetivamente activo. Se caracteriza por la reaparición constante e inoportuna de determinados pensamientos, que se acompaña por lo general de una clara conciencia de su falsedad o por lo menos de su absoluta inutilidad.

El que la tiene se esfuerza para rechazarla dándose cuenta de su carácter extraño, pero sin conseguirlo, el paciente la considera desde un principio como patológica y solo paroxísticamente puede aceptar su contenido como reales. Esto lo lleva a una sensación de enfermedad, de guerra psíquica, si se puede decir, entre su lógica y la obsesión.

Estos atributos hacen de la idea obsesiva la verdadera parásita, que irrumpe y surge con energía en el curso del pensamiento, aunque éste no tenga nada que ver y carezca de toda relación lógica con el tema que se trata. Esta manera de aparecer, la falta de relación con lo que el sujeto pensaba, es su mayor diferencia con la idea fija, su carácter de extraña y su conocimiento como patológica la diferencia de la idea delirante.

Idea fija. Una idea es fija o prevalente cuando por su significación efectiva tiende a persistir

dominando en la conciencia y reaparece ante diversos estímulos de una manera lógica e implícitamente aceptada por quien la sustenta.

La idea fija no es discutida en su contenido ni valoración, a diferencia de la obsesiva. Esta se filtra en nuestra conciencia, como un conocer de nuestra propia experiencia, quedando en el reducto de lo íntimo, forma parte de nuestro acervo, llegando incluso a condicionar nuestros actos, pero no tiende a imponerse como lo hace la idea delirante.

- -

Vista la esencia del síndrome delirante: la idea, pasaremos a estudiar a este con mayor facilidad.

Supongamos estar frente a un cuadro delirante como realizaremos su estudio, partiendo de la orientación dicha, tendremos presente el siguiente cuadro.

En todo delirio estudiaremos:

- 1º - Su evolución
- 2º - Su tipo de asociación
- 3º - Su patogenia
- 4º - Su expresión o tendencia
- 5º - Su contenido.

Por su evolución, los delirios pueden ser agudos o crónicos.

I - El delirio agudo: llamado Bouffé delirante, delirio d'amblesé. Su característica es el aparecer brusco de una cantidad de ideas delirantes que no se agrupan entre sí, formando varios núcleos. Su contenido es variado ~~que~~ **unido** a la agudeza de su sintomatología, se presenta con una exteriorización clínica ruidosa. Estos síntomas son apoyados por una gran variedad de alucinaciones que aparecen y desaparecen desordenadamente.

Casi siempre se presentan en individuos de constitución psíquica lábil. Son de pronóstico relativamente benigno pasando en una semana o mes a la normalidad.

En el servicio de Admisión del Hospital Melchor Romero - Sección Hombres, he puesto en práctica para el tratamiento de estos cuadros agudos, siguiendo indicación vista en un trabajo de la cátedra de Buenos Aires, de realizar a más de la incomparable terapia eléctrica, la autorraquiterapia. Ensayé este procedimiento en diez casos diagnosticado como Bouffé delirante, obteniendo el resultado siguiente: En estos enfermos con menos número de electroshock se ha obtenido la remisión de sus síntomas que los anteriores tratados únicamente con el método convulsivante (Nº de H. Clin.).

El método es el siguiente: realizado el electroshock, hacemos una punción lumbar donde extraemos cuatro cc de L.C.R. que inyectamos luego intramuscular. De los diez casos, en seis tuvimos la re-

misión sintomatológica en cinco días y en los restantes en ocho.

Delirio crónico: Aquí su comienzo no es como el anterior, sino insidioso, máxime si no hay alucinaciones y su núcleo delirante interpretativo. Puede pasar tiempo hasta exteriorizarse y es muy común que en los primeros períodos el delirante sea apoyado, y aceptado sus ideas por quien lo rodea, evolucionando a veces en varios períodos como lo vemos en enfermedades de Magnan. En su curso aparecen neologismos, es decir, que el sujeto acaba por crear palabras, que hacen las veces de símbolos. Yendo algunos a la delencia.

su II Por asociación: Los delirios pueden ser: Sistematizados o polimorfos.

Su importancia semiológica, surge de los atributos, las características, los factores etiológicos y el terreno en que se desarrollan unos y otros.

siguiendo al Dr. Carlos Pereyra en su libro Parafrenia, tenemos que el polimorfismo puede entenderse por la simultaneidad y coexistencia de factores acompañando al delirio, excitación, depresión, confusión, etc. También dentro del delirio, y esto es lo que nos interesa, por la falta de ideas acordadas, concurrentes, que marchando en una misma dirección acrecientan el delirio en sentido de su núcleo central sin jamás contrariarle ni desviarle. Es de-

cir, por oposición a lo que se denomina un delirio sistematizado, es polimorfo un delirio cuando al lado de un sistema principal, desarrollan otros divergentes o paralelos cuya importancia puede reemplazar a la anterior, cuyo contenido ideológico puede ser, incluso, contradictorio y cuya fuente de origen no parece clara y determinada como siendo constantemente la misma.

A la verosimilitud y constancia de la temática sistematizada se opone, de entrada, el carácter absurdo y móvil de los temas delirantes polimorfos. A la característica pero silogística y deductiva del razonamiento sistematizado, se opone la afirmación caprichosa, la improvisación o el discurso meramente descriptivo no demostrativo. A la elaboración lenta largamente meditada de las ideas de un sistematizado se opone la improvisación fraguada en el curso de un diálogo y surgida en instante como una ocurrencia o una inspiración, sin perder por ello la fuerza de convicción.

Un delirio sistematizado se nos presenta con características propias por el carácter paranoico que necesariamente arraiga. Reúne los atributos de antiguo conocido, de tenacidad, exaltación de la personalidad, abuso de la lógica y longevidad intelectual. Se caracteriza por el dominio imperante del tema al que pueden aportar elementos las alucinaciones, es verosímil, coherente, engendrado en el

medio y circunstancias reales. Las ideas dotadas de una honda resonancia afectiva, subordinan de un modo especial la conducta de quien lo padece favoreciendo reacciones agresivas comprensibles y semejantes a las normales pues sus razones se mueven dentro del mundo real y accesible.

III Por su patogenia. El delirio puede ser alucinatorio o no alucinatorio.

Aunque la patogenia de los delirios no sea conocida, tenemos que hacer una diferencia capital entre la psicosis alucinatoria y las no alucinatorias. Ya Magnan, oponía la psicosis alucinatoria crónica a los delirios alucinatorios de los degenerados hereditarios. Hoy podemos decir que los delirios no alucinatorios son psicosis constitucionales, mientras que los alucinatorios son psicosis adquiridas debidas verosimilmente a agentes tóxico-infecciosos indeterminados.

Siguiendo a Sérieux y Capgras, Capítulo X, Patología de Sargent, dividiremos su estudio separadamente.

Delirios no alucinatorios. El delirio de interpretación es la exageración de una personalidad psicopática innata; se desarrolla bajo la influencia de la educación, de los conflictos con el medio social y de los choques emotivos que de ellos resultan. Esta constitución mental propia del interpretador se llame paranoia, y esté formada por la

íntima combinación de anomalías intelectuales y de anomalías afectivas. Desde el punto de vista intelectual hay en estos sujetos una perversión del juicio y razonamiento, una disminución de la auto-crítica, una paralógica circumscripta que contrasta con la conservación de la lógica formal.

Tienen una predisposición especial a sacar deducciones a propósito de menores hechos, a buscar explicación de coincidencias fortuitas y descubrir un sentido misterioso a los acontecimientos más sencillos, sacando de los hechos conclusiones falsas. Esta tendencia se exagera tanto más cuanto que el enfermo se glorifica de ello, admira su clarividencia, él sabe mejor que nadie desentrañar la verdad y las relaciones secretas de las cosas.

A esta desviación del sentido crítico se une una hiperestesia afectiva notable. La excitación emocional que acompaña a sus procesos psíquicos es en el interpretador de una intensidad anormal, subordinando enteramente sus juicios a su sensibilidad. A su desconfianza natural se suma un desmesurado orgullo, que conduce desde larga fecha al perseguido a juicios inexactos, a apreciaciones mal fundadas sobre si mismo, sobre su valor personal, sobre sus relaciones con otros.

Esta afectividad aumentada, exaltada, hace aparecer las primeras interpretaciones. La psicosis en su principio no es más que una coordinación de

X

juicios afectivos casi imposible de distinguir de los que dicta la pasión.

A este fondo constitucional normal se añaden otros rasgos de carácter diferente en cada individuo. En unos, un estado de duda y de perplejidad, es el que engendra el delirio de interpretación. En otros es una hiperplasticidad de la imaginación y de las tendencias mitomaníacas nos determinará el delirio de fabulación. La conducta del enfermo su resignación o su agresividad derivan también de su fórmula afectiva.

Esta constitución anormal se encuentra, por lo tanto, en sus caracteres ideo-afectivos esenciales preformadas desde el nacimiento del interpretador, pero sufren el curso de desarrollo de influencias diversas que puede rectificarla, agravarla, modificarla, o terminarla.

La educación en la infancia y de la juventud, las lecturas y amistades son los principales. Una mala orientación de un principio, malos hábitos y costumbres no hacen nada en su comienzo pero terminan por engendrar un desorden psíquico, llegando a un desacuerdo progresivo y una incompatibilidad con la vida social.

En general, es un conflicto con la sociedad lo que desencadena una idea delirante: decepciones, disgustos, reveses. Por último, las infecciones, las intoxicaciones, los trastornos endócrinos, el

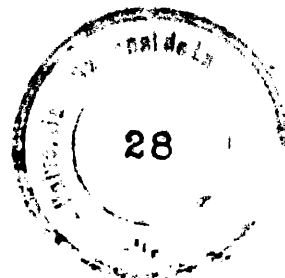
surmenaje físico o intelectual, los excesos sexuales o en las bebidas, traumatismos, pueden modificar profundamente el carácter y preparar así para un delirio. Se ha visto durante la guerra en los soldados el cambio de su humor y transformarse en interpretadores.

El delirio de imaginación revela una constitución diferente, su base es una perversión ideoelectiva, pero la de sospecha y desconfianza son sustituidas aquí por los ensueños y la euforia, sobre todo la mitomanía es la que dirige estas manifestaciones esenciales.

El delirio de reivindicación es un delirio pasional que se desarrolla sobre una constitución más compleja. Aquí intervienen varios factores personales, egocentrismo más marcado que en el interpretador, hiperemotividad, ciclotimia y, con frecuencia, una base de constitución perversa.

Delirios imaginativos. Puros son muy raros y comunmente se encuentran mezclados con interpretaciones; estos tipos de delirios nacen de ideas que no guardan relación con la realidad (Pensamiento mágico)

Delirio onírico. Casi siempre presente en estado de intoxicación o infección; se trata en efecto de un sueño y desde aquí el nombre de delirio onírico, en el cual las imágenes visuales desfi -



lan con una precipitación notable debido a que el correctivo de la conciencia está por así decirlo completamente suprimido. Pasado este estado el enfermo tiene un recuerdo vago de sus alucinaciones que pueden ser punto de comienzo de una trama delirante en un predispuesto.

Delirio alucinatorio. Patogenia ésta, que es objeto de muchas críticas y discusiones. Muchos autores especialmente Binet y Simon, Dide y Durand, subrayan los caracteres superficiales comunes a los delirios sistematizados y concluyen en la identidad de estas psicosis, en la unidad del delirio sistematizado, progresivo alucinatorio o no. Algunos, incluso, afirman que es imposible separar las alucinaciones de las interpretaciones ya que ambas se mezclan, por razonamiento comparable al de la percepción. La alucinación, percepción imaginaria, sólo sería en el fondo un pequeño delirio imaginativo. Un análisis detenido, permite además descubrir según Bertschinger, en su base, ilusiones sensoriales, es decir, percepciones reales mal interpretadas. Esta teoría contiene una parte de verdad pues durante mucho tiempo se exageró el carácter sensorial de muchas ideas delirantes, pero no es posible negar la existencia del delirio alucinatorio y del automatismo sensitivo sensorial, ni tener por falsas las afirmaciones de los enfermos a propósito de sus voces; el alucinado, a pesar de lo que di-

ce Krueger no es un mitomano; objetiva su pensamiento automático y cree oírlo verdaderamente.

Todos los trastornos sensoriales no tienen un origen igual, unos, los más raros, pueden venir en ocasión de una gran emoción, de una espera ansiosa, y con mucha frecuencia, además, gracias a un elemento alcohólico, a un ligero estado hipnagógico, otros tienen un origen tóxico.

Blondel citado por Sergeant, dice: "Ciertas alucinaciones que se encuentran asociadas a un estado definitivo o momentáneo de debilitamiento intelectual, revelan un proceso automático, tienden a una excitación directa de los centros psicosensores; merecían llamarse alucinales pasivas; otras alucinaciones compatibles con la integridad de las funciones psíquicas suponen para su producción la intervención de la actitud mental completa; hay razón para llamarlas activas.

G. de Clerambault dice que las alucinaciones no son ideógenas. La atención no podría crear ni por autosugestión ni por adición sensorial alucinaciones duraderas, una desconfianza en su máximo grado no crea alucinaciones en un delirante interpretativo, aunque por altas que fueran sus dotes auditivas o verbales. Los fenómenos de automatismo verbal sorprenden a los futuros perseguidos en pleno período de indiferencia. Su contenido es inesperado y de aspecto neutro. La ausencia total de

organización temática en los fenómenos iniciales del automatismo mental, parece indicar que tiene por causa un proceso histológico irritativo, que reconoce como causa un agente toxi-infeccioso, ayudado quizá por un trastorno de involución.

Viríamos pues que el delirio alucinatorio crónico, es una psicosis de origen tóxico, G. Dumas apoya con subautoridad esta teoría, partiendo que como base de las alucinaciones visuales caracteriza un estado de intoxicación profundo, cede a las alucinaciones auditivas en el curso de una intoxicación crónica y lenta.

Ahora bien este papel tóxico, patogénico, dado el delirio alucinatorio, no debe hacer olvidar la parte que corresponde a las constituciones psicopáticas en la elaboración del delirio. Los fenómenos iniciales del automatismo mental primitivamente neutros, tienden a adquirir un carácter hostil como consecuencia de su inoportunidad y de la concomitancia de un automatismo sensitivo penoso, pero esto no basta para orientar definitivamente al enfermo a una persecución, pues hay algunos que no se dirigen jamás en este sentido. Esto afirma lo que dicen varios autores al recalcar que cuando se confirma una hostilidad continua en un perseguido alucinado, es que existía en este con anterioridad a la aparición del automatismo mental, una franca constitución paranoica, la cual se habría ma-

nifestado ya por una susceptibilidad morbosa, sospechas, e incluso numerosas interpretaciones.

Contagio de los delirios. Este hecho es perfectamente conocido desde la memoria de las Lasague y Falret sobre la locura a dos o locura comunicada cuyas condiciones son:

1º - En condiciones normales el contagio de la locura no tiene lugar de un alienado a un individuo sano de espíritu. Solo es posible en condiciones especiales que pueden sumirse en esta forma:

a) Uno de los individuos es el elemento activo, más inteligente que el otro, crea el delirio y lo impone progresivamente al segundo el cual constituye el elemento pasivo.

b) Es preciso que estos dos individuos vivan durante largo tiempo en plena intimidad y apartado de toda influencia exterior.

c) Es preciso que el delirio tenga un carácter de verosimilitud, que se mantenga en los límites de lo posible.

3º - La indicación terapéutica primaria será apartar los sujetos.

4º - Puede pasar que el delirio se extienda a un tercero a un grupo más débil.

IV - Por su tendencia, los delirios pueden ser

/ **Expansivos**

Depresivos

Defensivos

Expansivos

Pertenecen a este grupo todos aquellos delirantes que tienden a comunicarse con espontaneidad y se acompañan por lo general con manifestaciones de euforia. La forma expansiva de la P.G.P. constituye el ejemplo típico de ambos fenómenos euforia y megalomanía.

En los delirios sistematizados se ven muchas formas expansivas delirantes. Los reformadores, los profetas, ciertos reivindicadores proclaman con espontaneidad y a todo viento sus ideas. No les basta hacerlo de viva voz, sino que escriben largas páginas, que dirigen a toda autoridad y persona racionalmente escogidos para interpretarlos, su situación es de combatiente, sus ideas las manifiestan con placer y autosatisfacción, mientras esperan algo del público auditor, pero cuando el resultado de sus comunicaciones ven que no toman eco en auditorio, se muestran con reserva y desconfianza. Cuanto mayor contenido megalómano tenga su delirio y mayor sea la vanidosa satisfacción que le procura, más fácil es ver al sujeto en la corriente comunicativa.

X

Depresivos

Su modelo lo da el delirio de los melancólicos. Seglas dice: lo esencial de ellos es el delirio monótono, humilde, se refiere al pasado y al porvenir; es centrífugo, y es secundario.

El paciente está agobiado por un tipo de idea, es incapaz de salir de ella, ni los acontecimientos de la vida, ni siquiera otras ocurrencias de la actividad delirante, le desvían del tema, al que vuelve una y mil veces con tono monocorde. Es por lo general humilde, sostiene la seguridad de sus miserias, ruínas y culpas, ansioso o resignado, su actitud es implorante o desesperada, sin remedio, no se alza contra nada ni contra nadie.

Es centrífugo porque todo el mal viene de él y se extiende a su familia y amigos, la ruína, la venganza y la condena alcanzan a todos sus seres queridos y a veces en casos extremos el mundo entero pagará por sus faltas. En muchos de estos tipos de delirio el enfermo termina por meterse pues solamente así librará a sus seres queridos del mal que el atrae.

Defensivo

En este tipo de delirio es donde el carácter se ve más antisocial. Es el exceso en la defensa que transforma al psicópico en peligroso

agresor. Ofendido, ultrajado en su honor, robados sus inventos o propiedades, el delirante reacciona contra los supuestos causantes de sus males, con la protesta, el pleito, la posesión violenta de lo que cree legítimamente suyo, empleando la venganza criminal. En un principio de justicia alienta sus actos, que la ejerce por su propia cuenta, pues ya no cree en la equidad social. Es el clásico perseguido perseguidor, no hace más que esto, defender su derecho. Es el contenido de la idea que tiene mucho que ver con sus actos; no es lo mismo aquel que defiende una verdad evangélica, un régimen de justicia, que el que lucha por su honor, su bien. Esto conducirá sus actos, no escatimando los medios para ver el triunfo de su doctrina, la reconstrucción de su honor, la implantación de sus teorías. Es así como la historia nos muestra ^{en} sus páginas innumerables actos cometidos por estos psicópatas.

La idea de una defensa legítima en un delirante sistematizado, realizada con conciencia y razonamiento, calculando uno a uno los medios ejecutivos para llegar a una acción deliberada, hacen de estos individuos verdaderos peligros sociales, pues sus actos son difíciles de prevenir. Acompañados de su lucidez engañosa llevan a la convicción y defensa de su trama, por quienes desconocen o



creen sus afirmaciones.

V Por su contenido los delirios pueden ser:

1) Delirio de perjuicio: asiente casi siempre sobre **objetos** con un fondo miedoso, estando siempre en estado de inseguridad y desconfianza, se imaginan recibir del ambiente insultos y hostilidad, que no es tratado como los demás. Es un proceso de interpretación pesimista; se observa en los enfermos seniles y en los débiles mentales y en las personalidades paranoicas. Krestchmer los describe en sujetos esquizoides hipersensibles, llamándolo delirio sensitivo de autoreferencia.

2) Delirio de persecución: es el más frecuente de los delirios y puede considerarse como una fase más avanzada de la anterior, donde ya la hostilidad del ambiente se exagera y se torna en una franca agresión; a la vez se concreta y sistematiza. Dentro de éste, cabe hacer una división en dos variedades: persecución psíquica (en la cual el sujeto dice recibir un grave daño, un desprestigio, de un grupo político o religioso que contra él se levanta) y persecución física (aquí sus enemigos tratan de exterminarlo no solo a él sino a sus familiares, rápida o lentamente con los más diversos sufrimientos). En este último se asocian las pseudo percepciones, que generalmente afectan al oído y cenestésicas.

3) Delirio de influencia: puede asociarse al anterior y hasta confundirse. A esta forma delirante la caracteriza de que no puede originarse sin que desaparezca la estructura lógica del pensamiento y sea sustituido por ideas mágicas. La presencia de este tipo de ideas es de mal pronóstico, pues supone una regresión de la actividad psíquica a planos inferiores y primitivos. Este tipo de delirio se denomina también delirio mágico. En su fondo consiste en que el yo es influenciado en sus actividades por fuerzas ocultas, y en las fases avanzadas encontramos ya una gran disgregación de su personalidad, conduciendo a una fragmentación más o menos intensa. Bleuler propuso el calificativo de esquizofrenia para designar la psicosis en que con más frecuencia e intensidad se presenta y evoluciona este tipo de delirio.

4) Delirio hipocondríaco: su característica es la presencia de creencias, y preocupaciones injustificadas, pero irreducibles acerca de su estado corporal. Estos enfermos están en el pleno convencimiento de hallarse afectados de terribles enfermedades, que se revelan por falsos síntomas casi siempre debidos a una sensopercepción catatímica, una cenestopatía. En estos enfermos es donde el interrogatorio es sencillo, contribuyendo ellos con minuciosidad a narrar sus males.

5) Delirio nihilista o de negación en estados de profunda melancolía o intenso delirio hipochondríaco el enfermo llega a negar sus órganos internos diciendo que ya su vida está terminada, o que no ve, no respira, etc. Es el llamado síndrome de cotard.

6) Delirio melancólico negado por muchos autores, sostenido por N. Mir y López, se caracteriza por una serie de ideas delirantes de carácter catastrófico, para él y cuantos lo rodean. Esto no como resultado de una persecución, sino porque el curso de los acontecimientos será tal que lo llevará a estos desastres.

7) Delirio de auto acusación en este tipo de delirio una parte de la personalidad del sujeto se encuentra puesta en enemiga con el resto y así provoca todo género de errores en la valoración de sus actos. Todo cuanto él hace cree que es obra de su maldad. Además se cree responsable de crímenes, de robos, de atrocidades, presentándose a la justicia acusándose, de actos, en tan gran número a veces, que sería imposible ser realizados por un solo sujeto. Su contenido es pobre y mal sistematizado; el enfermo insiste en recibir su castigo más que en explicar sus hechos.

8) Delirio místico y de posesión, delirio más común de encontrar en el sexo femenino; tiene un fondo afectivo que impulsa la actividad del pensa-

miento, de naturaleza erótico y predominantemente masoquista. Conduce al enfermo a un estado de éxtasis de una tonalidad religiosa, acompañado de pseudo percepciones procedentes de la esfera genital. Estos enfermos de delirio místico se nos pueden presentar ya altaneramente impartiendo bendiciones, realizando oraciones curativas, o sumamente humildes postrados con sus brazos en cruz orando. Este cuadro se puede presentar sobre un fondo esquizofrénico o en personalidades psicopáticas istéricas. Es un delirio onírico, pues se nutre principalmente de representaciones fantásticas procedentes del plano psíquico intermedio entre el de la inconciencia vgil y el inconsciente.

9) Delirio de grandezas. Tipo delirio centrífugo, donde hay una expansión anormal de la actividad psíquica, acompañándose de una actitud rebelde. Aquí el enfermo se caracteriza por tener un falso aumento de sus valores subjetivos; se cree rico, bello, poderoso, se muestra generoso y altruista con quienes aceptan sumisión, manifestándose colérico y agresivo con aquellos que le niegan su autoridad. Este tipo de delirio es común de verlo en los paralíticos generales, y en la seuda parálisis alcohólica.

10) Delirio reformador idealista. Entre muchas veces en su constitución el delirio de grandezas y místico; se creen con grandes planes de re -

formas de la humanidad, ser mandados por seres superiores y poseer el más grande poder de orden y mando, creando concepciones que pueden partir de bases reales pero su razonamiento y ulteriores normas chocan contra toda lógica.

11) Delirio de invención. Muy a menudo unido al anterior el sujeto se cree poseedor de fórmulas secretas, de poderosas armas; guiado por un principio más o menos cierto, pero falto de conocimientos para desarrollarlas integralmente, llega a un resultado erróneo que él cree satisfactorio. Aquí comienza su ambulación y querellas para patentar o vender su trabajo.

12) Delirio querellante, litigante, reivindicativo

A partir de un hecho en el cual el sujeto se cree ser atropellado o falto de justicia, se instala en él una actividad intelectual morbosa y muy productiva, absorbiendo por completo su atención tiempo, llevándolo a interpretaciones y creencias cada vez más ilógicas. Es en ésta forma donde el diagnóstico se muestra a veces engorroso, máxime si parten de un hecho normal; llegando en su trama delirante a comprometer y acusar a todas las personas que se encuentren en su delirio.

13) Delirio de celos. Casi siempre parte del

temor a la infidelidad conyugal que trastorna la marcha de su pensamiento, creciendo paulatinamente la fuerza de sus sospechas y desconfianzas, llegando así a hacer falsos razonamientos y conclusiones que los lleva a los más disparatados actos.

DIAGNOSTICO.

Esquemmatizando en un cuadro, frente a un enfermo supuesto delirante, analizaremos:

SU EVOLUCION	aguda
	crónica
SEGUN SU ASOCIACION	coherente sistematizado
	incoherente polimorfo
POR SU PATOGENIA	alucinatorio
	no alucinatorio
POR SU EXPRESION	Expansivo
	Depresivo
	Defensivo
POR SU CONTENIDO	Celos
	Persecución
	Místico
	Megalómano
	Reivindicador
	etc.

Diagnóstico diferencial: Tres cuestiones se

plantean: 1º) Se trata de un estado pasional de concepciones erróneas o por lo contrario de un delirio? 2º) si se está en presencia de un delirio sistematizado crónico o de una psicosis sistematizada sintomática. 3º) De qué especie es el delirio sistematizado.

1º Estados pasionales. Los delirios sistematizados en el especial aquellos no alucinatorios dejan intactos el razonamiento y la lucidez y no tienen el aspecto habitual de un trastorno mental; máxime cuando el tema no choca completamente con el sentido común, puede ser confundido por una pasión más que por un delirio. La distinción de estos dos fenómenos es de capital significación sobre todo en medicina legal.

William James dice, todo estado pasional, tiene una ceguera y una insensibilidad natural para todos los hechos que a él se oponen. Los hombres emotivos, tímidos, susceptibles, vanidosos, desconfiados, ven todas las cosas desde un ángulo especial y a veces con la ocasión de un fracaso, o de una decepción, encuentran explicaciones casi delirantes.

Bonard dice: el susceptible ve en todas las palabras, y da a cada frase una deplicidad perversa. Cree que todo cuanto se dice va contra él dirigido. Se cree herido sin cesar.

Como dice Menan, son pequeños interpretadores, y es así como la mayor parte de sus pasiones: el amor, los celos, el odio, el miedo, desnaturalizan su objeto y todo lo que con él se relaciona, nutriéndose de errores y rechazando las verdades contrarias.

No es necesario que una pasión sea muy fuerte para que produzca concepciones erróneas, una emoción ligera, yemor, vanidad, para que predispongan a errores de juicios.

En casi todos los estados pasionales quedan contrariamente a los delirios, estrechamente circunscripto a su objeto y sin poder invasor. La pasión con el tiempo se extingue y rectifica sus errores, en tanto que el delirio, incluso adormecido, no abandona jamás lo suyo, y tiende a despertarse si se contradice.

Un estado pasional y un delirio pasional es de difícil diagnóstico, en especial cuando las interpretaciones son escasas, y el punto de partida exacto. Si no, recordemos la frase de Ribot: pasión y locura están cortados de la misma pieza, y que el razonamiento pasional en los celosos es muy parecido a lo que pasa en el delirio de persecución. Podemos decir junto con Clerambaul, que tanto un estado pasional como un delirio, se hacen morbosos por su tenacidad, intensidad, incoherencia y por sus reacciones extravagantes, escandalosas y peligrosas.

Diagnóstico con las psicosis sistematizadas
sintomáticas

Delirios de los degenerados: estudiaremos sus cuatro formas:

1º) Delirios polimorfos o démbloé de Magnan, su carácter esencial es aparecer bruscamente sin preparación alguna en algunas horas o días conduce a los enfermos al seno de las más extrañas concepciones. Puede ser simple, pero lo frecuente es que sea complejo y polimorfo, las ideas se suceden aparecen y desaparecen sin orden alguno, cuando las alucinaciones aparecen los hacen súbitamente. No hay sistematización sino por el contrario, una confusión extrema de ideas. Nacidos así, sin incubación de golpe, también cesan de la misma manera. Repitiéndose con las mismas o diferentes ideas. Realizado un examen preciso, rebela una disminución notable de la atención, que se trasluce por una incapacidad de seguir una conversación o trabajar.

2º) Delirios interpretativos agudos (Serioux y Lebert).

Análogo al anterior pero fundado casi exclusivamente en interpretaciones unos curan con completa rectificación, otros recidivan, y debido a los trastornos sencillos concomitantes, fueron coloca-

dos por ciertos autores en la psicosis maníaco-depresivas.

3-) Delirios imaginativos agudos (Dupré y Logré)

Según Logré estos delirios estallan como manifestaciones paroxísticas de una disposición mitomaniaca, con frecuencia congénita, puesta en actividad por las causas más diversas y a veces más insignificantes.

Se observan de preferencia en los débiles; sus características son: brusquedad de comienzo, extravagancia y absurdo habitual de las concepciones, exploración de la psicosis por un proceso intuitivo de revelación o de inspiración, expresión sintomática por medio de la fabulación. Tema novelesco casi siempre ambicioso con un contenido erótico.

42) Delirios pasionales transitorios. Son estados degenerativos que pueden ser tomados por un delirio de reivindicación, por una erotomanía, o un delirio de celos; el diagnóstico lo establece su evolución.

Hebefrenia. Dentro de las diversas formas de la demencia precoz, se pueden encontrar interpretaciones, relatos imaginarios, alucinaciones, ideas delirantes diversas. En la Hebefrenia se fija un tema preciso a base de alucinaciones e interpretaciones. El diagnóstico debe ser reservado, en tanto no se halle un signo cierto de déficit mental, co-

mo la disgregación rápida, polimorfismo, inmovilidad de las concepciones delirantes, estereotipias, verbigeración trastornos volitivos y sobre todo la pérdida de los sentimientos afectivos.

Demencia paranoide. En esta forma especial de la demencia precoz que se caracteriza por el predominio de las alucinaciones auditivas, de ideas de persecución extravagantes, ideas hipocondríacas, a veces de fácil confusión con un delirio alucinatorio. La continuidad y orden de las ideas, la claridad del lenguaje, la corrección del vestido y persistencia de la sociabilidad, se ven en el delirio; en cambio en esta demencia se ve incoherencia, logorrea neológica, desorden en el vestir, agitación frecuente, pérdida del sentido ético y contacto con la realidad. Muchas veces es un diagnóstico difícil siendo la evolución la que aclara el problema.

Psicosis alcohólicas. En el alcoholismo se encuentra una psicosis interpretativa, el delirio de celos, cuyo cuadro es análogo al delirio de interpretación. Estos dos encuentran pruebas de infidelidad en el menor gesto de su cónyuge. En el alcoholismo se comprueban signos de intoxicación, calambre, temblores, neuritis, pesadillas, delirios profesionales; además sus acusaciones tienen un carácter obsceno que rara vez se ve en el delirante. Su marcha está sujeta a eclipses, es decir, procede por accesos.

Psicosis seniles, formas atenuadas de la demencia senil donde la base de sus interpretaciones está casi siempre en la pérdida de su memoria, diciendo que le cambian los objetos de su lugar, que le roban, que fuerzan sus cerraduras, etc. Frecuentemente acompañadas con ideas hipocondríacas y de infidelidad.

Locura intermitente: Ya sea en estado de depresión o de manía, las interpretaciones delirantes son movibles y fugaces; muchas veces en los estados de manías encontramos ideas de influencia poco coherentes y muy movibles, suscitadas por el estado morbooso más o menos consciente.

Parálisis general. Varios son los tipos de delirios descritos en la Parálisis General Progresiva, interpretativos, imaginativos sensoriales. La sistematización es por lo general efímera. Entre los más comunes tenemos los delirios contenidos megalómano o ambicioso. El diagnóstico puede ser dificultoso antes de aparecer los síntomas neurológicos, disartria, reflejos pupilares y los psíquicos de demencia. Debe sospecharse toda megalomanía que aparece bruscamente; se estereotipa muy de prisa en un individuo no degenerado.

Diagnóstico diferencial de los delirios sistematizados crónicos. Transcribimos por creer útil y muy claro el cuadro sinótico que trae Emilio Sargent en su tratado de psiquiatría (pag. 338)

Delirio de interpretación

Síntomas

1º - Interpretaciones delirantes exógenas o endógenas, múltiples, proliferantes, fundamentales. Halucinationes, paranoias, falsos reconocimientos.

Ausencia o extrema rareza de las alucinaciones.

2º - Verosimilitud relativa y sistematización de ideas delirantes diversas de persecución de grandeza de celos, de erotismo, de misticismo de hipocondría, de autoacusación.

3º - Conservación de la actividad mental. Propensión a los razonamientos silogísticos, a las deducciones. Reacciones variables, resignación o agresividad, en relación con el carácter y proporcionadas a su móvil.

Evolución

Comienzo insidioso confundido con frecuencia con las manifestaciones anteriores de un carácter paranoico. Fijeza de las ideas directoras pero extensión progresiva de las interpretaciones delirantes; organización frecuente de un delirio retrospectivo. Paroxismos y remisiones. Persistencia de la actividad mental.

Patogenia

Psicosis constitucionales: exageración de un carácter anormal (Paranoico) donde predomina, de una parte, la hiperestesia afectiva, y de otra parte, las tendencias paralógicas.

Delirio de imaginación

Síntomas

- 1º Delirio basado sobre fabulaciones y paramnesias múltiples. Ausencia o rareza de alucinaciones y de interpretaciones.
- 2º Apariencia fantástica. Predominio de las ideas de grandeza, de invención y de reforma.
- 3º Conservación de la actividad mental: papel de la intuición superior al de la deducción. Aspecto narrativo más que dialéctico.

Evolución:

La misma evolución que el delirio de interpretación. Desarrollo por yuxtaposición de los relatos que por coordinación.

Patología

Psicosis constitucional: exageración de un carácter donde predomina las tendencias a los desvaríos y a la mitomanía.

Delirio de reivindicación

Síntomas

- 1º Delirio pasional: idea fija, obsesiva imperiosa. Interpretaciones erróneas, poco numerosas, muy circunscriptas y secundarias. Ausencia de alucinaciones.
- 2º Falta de ideas francamente delirantes. Verosimilitud de las concepciones. Ideas de perjuicios sufridos (procesivos, perseguidores, hipocondríacos). Erotomanía, celos, idealismo apasionado.

3º Sobreactividad mental, exaltación pasional.

Reacciones tenaces, violentas, encarnizadas, desproporcionadas a su móvil (procesivos, fanáticos, magneticidades)

Evolución

Comienzo brusco suscitado por un incidente que despierta idea fija y excitación. Ausencia de sistema novelesco. Posible sucesión de ideas fijas diferentes. Remisiones frecuentes sin deficiencia.

Patogenia

Psicosis constitucional: estado pasional en un paranoico, un hiperemotivo o un ciclotímico.

Delirio alucinatorio crónico

Síntomas

1º Automatismo mental. Trastornos sensoriales múltiples. Predominio de las alucinaciones psíquicas auditivas verbales y cenestésicas. Rareza de las alucinaciones visuales. Interpretaciones delirantes secundarias.

2º Inverosimilitud, aspecto fantástico o absurdo del delirio de persecución de grandeza de posesión etc.

3º Conservación de la actividad mental, pero invasión progresiva del automatismo. Eco del pensamiento. Afirmaciones inmediatas sin razonamiento. Neologismos. Reacciones impulsivas.

Evolución

Comienzo variable: inquietud o automatismo mental

alguna vez alucinosis. Invasión progresiva de las alucinaciones. Evolución posible de las ideas de persecución hacia las ideas de grandeza. Estereotipias y debilitaciones intelectual terminal.

Patogenia

Psicosis accidental: automatismo mental de origen tóxico. Asociación habitual de una constitución paranoica.

CONSIDERACIONES MEDICO - LEGALES

Estudiaremos primero los delitos más comunes entre los delirantes, luego analizaremos su peligrosidad y por último, su valoración penal.

Reacciones o infracciones: El contenido de las ideas delirantes marca las posibles orientaciones delictuosas de estos alienados que son tanto y diversos como variada y distinta es la naturaleza de aquellas.

Todos los tipos de delito que figuran en nuestro Código tendríamos que anotar aquí: asesinatos, homicidios, infanticidios, difamaciones, vagancia, falsas denuncias, falsos testimonios, robos, incendios, violación, golpes, heridas, mutilaciones, fracturas, escándalos, desórdenes públicos, calumnias, usurpación de títulos, atentados a la auto-

ridad, traición a la patria, etc.

Ahora entre todos estos, los más comunes son los atentados a las personas, yendo desde la simple ofensa, al realizar una interpretación, hasta el más complicado de los homicidios.

Impulsados por su idea, por su afectividad, el restablecimiento de un derecho que le es propio, o en el cumplimiento de lo que entiende por un deber aunque el objeto de su idea sea una cosa, la reacción suele ser directa contra la persona.

Como dijimos, su propio delirio condiciona sus reacciones y así tendremos que el celoso atentará contra la vida del supuesto amante de su cónyuge. El místico atentará contra sí o terceros para ofrecer sacrificios a Dios. El megalómano realizará grandes negocios, sin hacer alguno, cometerá robos aduciendo que es de su propiedad. El querellante insultará, injuriará a cuantos no estén con sus ideas. El reivindicador puede llegar al crimen, al incendio, a herir, por venganza. El imaginativo plagiará, robará obras literarias y artísticas.

El delirante es siempre un criminal en potencia; pues mientras sus ideas no le sean contrarias, no vea que ha fracasado, podrá convivir con la sociedad; pero al darse cuenta de esto, comenzará a sentirse perseguido y así nacerá en él la idea de defensa y reivindicación, las cuales

son la potencia delictiva del enfermo.

Con esto no hay que pensar que toda idea de persecución entraña un peligro; pues hay enfermos que su delirio no tiene un poder efectivo tan grande, llegando al verse contrariados, a recluirse, alejarse, dispuestos a sacrificarse como víctima propiciatoria de sus supuestos enemigos.

Sea cual fuere el delito de un delincuente, tiene características propias que lo permiten diferenciar de los demás enfermos, partiendo que el enfermo tiene en su interior una necesidad, un continuo llamado a cumplir con su deber. Es así como un interpretador piensa, medita, estudia el hecho llega a comprender su alcance y consecuencias que para él encierra.

A veces demora su ejecución, la discute. Pero ese torbellino interpretador continua y periste van creando de a poco, pero con fuerza, la necesidad con la cuál se encuentra como con un muro insaltable en el camino, realizando el hecho y aceptando todas sus consecuencias, pero ya convencido de que esa era la única solución.

Cometido el hecho, allí queda; ante el delito mismo espera a ser detenido a veces o acude a declararlo sin cuidar que sus palabras puedan condenarlo pues él ha delinquido, no para él, pues es muy raro que cometa un delito por ser una causa simple o personal, sino que con este hecho ha salvado a la so-

ciudad, siendo el ejecutor de un acto sublime, heroico, lleno de justicia, jamás se arrepiente de sus actos, no porque sea incapaz de remordimiento, sino porque el arrepentimiento sería una ofensa, la anulación de sus altas inspiraciones.

En vez el reivindicador, que por su carácter violento pasional, la meditación y la lucha que reina en el perseguido no es tan grande, sino que aquí, en una explosión de odio, de venganza, se hace él la justicia que la sociedad no le ha hecho; aquí si vemos los atentados por cuestiones personales, él da el castigo que siempre es desproporcionado a los móviles que él persigue. Junto a estos tenemos al paranoide, individuo mal adaptado, o inadaptado, como dice Ruiz Maya; son individuos que pasan por la vida sorteando continuamente las leyes sin quedar nunca sujetos en las redes. Son orgullosos y pléticos de pasión y son muchas veces los autores de llamados crímenes pasionales; viven una vida llena de desconfianza, de falsos juicios, entregándose a la morbosa pasión del odio. Cometen crímenes sobre las personas queridas llevados por los celos, por los intereses o diferencias de trato; vemos así al parricidio y el fratricidio.

Peligrosidad de los delirantes: Como hemos dicho anteriormente, todo delirante encierra un grado de peligrosidad variable en potencia.

X

Al estudiar este tema tan vasto y a la vez, con conclusiones tan diversas de parte de los diferentes autores, lo haremos en dos partes: Primero la peligrosidad en si del delirante, segundo, su peligrosidad con respecto al medio.

En estos alienados su estado delictivo no es igual para todos, varía según el contenido de sus ideas, su personalidad, su potencial afectivo y el período evolutivo de su delirio.

En base a su contenido no es igual el enfermo que tiene un tejido delirante místico, donde se cree él un profeta encaminando sus ideas para que con su ejemplo y palabras el mundo crea en sus revelaciones, que aquel reivindicador que pone todo su odio, astucia, al servicio de su delirio, para conseguir la venganza. Tampoco será igual la peligrosidad del delirio engendrado en un débil, donde sus concepciones serán pobres, llenas de fabulaciones, no haciendo cuerpo en él, no sosteniendo un tema con firmeza, llevando a interpretaciones que no le crean una necesidad de hacer justicia sino que acepta su delirio, lo vive para si, reclusándose, tratando de apartarse de sus perseguidores, con los cuales no lucha, sino que se cree víctima y jamás es agresor de ellos.

En cambio, cuando el delirio se instale en una fuerte personalidad paranoica, donde sus ideas son bien coherentes y sistemizadas, donde toda su psi-

quis hace cuerpo con el delirio, además cargado con una fuerte potencial afectivo. Es donde la trama delirante crea la necesidad y el deber de saltar los obstáculos puestos por la lógica, para ir en pos de sus ideas.

Es en estos enfermos donde el estado de peligrosidad es grande, pues en ellos triunfa su razonamiento delirante sobre el lógico, es en ellos donde la pasión está exaltada y no ven sino en el crimen, en la venganza, en la difamación el manantial de sosiego, donde beber su sed de justicia o de reivindicación.

Dijimos que también varía su peligrosidad según su período evolutivo; siguiendo a Loudet decimos que estos enfermos pasan por tres períodos distintos de peligrosidad.

En su comienzo, en el aura de su delirio, cuando es más difícil de apreciarlo, su estado peligroso no es grande; comienzan con una inadaptabilidad al medio, podríamos decir con un estado de confusión entre la lógica y sus representaciones.

Pero a medida que sus ideas comienzan a elaborar la trama delirante culminando en la sistematización, es decir, en la cristalización de su delirio, también su estado de peligrosidad llega al acmé. Es aquí donde el perseguido encuentra a su enemigo y se transforma en su perseguidor, es donde el reivindicador terminó de planear su venganza y

se lanza a buscar justicia; es donde el celoso personifica al amante de su cónyuge y termina con él.

Luego de esto, pasa a un período donde el enfermo comienza, como anteriormente dijimos, a aceptar su delirio, es también aquí donde su potencial afectivo decae, entrando especialmente los originados en débiles paulatinamente a desorganizarse, cayendo en la demencia y perdiendo su estado de peligrosidad. En cambio en la Paranoia no vemos esto, sino que el delirio hecho cuerpo se mantiene siempre encontrando en su curso algunas remisiones, aunque no hay frecuentes, mejor dicho, estados de calma donde la sintomatología y estado de peligrosidad es menor.

Con respecto al medio, ya en el transcurso de la exposición, hemos visto su grado delictivo hacia las personas. Aquí recalcaremos su peligrosidad no reducida a un núcleo, sino a una totalidad, partiendo de que estos enfermos son lúcidos, y a veces su tema delirante parte de una razón han llevado al convencimiento de su pensar morboso, haciéndose un núcleo de prosélitos, a veces en gran número, vulnerando o minando las normas habituales de vida o preparando callada o astutamente su violenta contravención llegando así a obrar sin ser objeto de prevenciones, sin despertar una alerta en los demás, hasta que el perjuicio o el daño o la violencia haya hecho explosión. La posibilidad de violencia de perjuicio,

que encierra una muy alta peligrosidad, no sólo por sus inmediatos efectos, sino también, porque presentados por una lógica especial, sofística, fácil de comprender con los sentimientos de la gente; llevando así a una aparente finalidad vindictiva, justiciera o altruista, puede arrastrar a un gran número de personas a la realización de actos ilógicos o a compartir sus ideas.

Imputabilidad: La legislación argentina prevée la situación de los enfermos mentales a su efecto de la responsabilidad.

El vocabulario jurídico emplea la palabra imputabilidad que significa el juicio jurídico penal consecutivo a la realización voluntaria de un acto violatorio de la ley. La imputabilidad de un delito puede faltar por varias causas previstas en la ley. Entre otras ellas son: legítima defensa, delito en estado de necesidad, la enfermedad mental.

En el caso de enfermedad mental, la imputabilidad falta por no existir la capacidad de imputación cuya base es la normalidad psíquica. Carrara establecía tres elementos de imputabilidad, que juntos implicaban la condena por responsabilidad. Primero: imputabilidad física; consiste en la realización personal del hecho; segundo: la imputación moral derivada de la voluntad de ejecución y tercero: la imputación legal, que el acto esté previsto en la ley penal.



En un alienado que comete un delito, la segunda forma no existe; por ende, no es imputable. Tal es la situación moderna de la legislación penal.

El derecho penal ha tardado siglos para consagrar este principio de imputabilidad en los alienados. En épocas pasadas estos enfermos eran condenados. Cuestión que posiblemente obedecía al mal conocimiento que se tenía sobre alienación mental. Recordando la historia vemos los suplicios que se aplicaban a estos infelices enfermos, basados en la ignorancia, superstición y muchas veces en el fanatismo religioso, ya que se los consideraba endemoniados o poseedores de malos espíritus. Penaban por sus delitos con la muerte o eran sometidos a horribles sacrificios donde no se escatimaba nada de crueldad.

Pasaron luego siglos donde los criterios civiles y penales fueron hartos contradictorios hasta el advenimiento de la escuela positiva con el pensamiento doctrinario de Ferri, que acepta la responsabilidad social de todos los hombres por el hecho de vivir en una sociedad. En estas condiciones no interesa tanto el elemento subjetivo individual de orden moral; aquí la pena no es un castigo y esta responsabilidad social existe en todos los delinquentes y en virtud de ella la sociedad tiene el derecho de aislar a estos enfermos

que han delinquido, no como castigo sino como defensa. Es desde aquí donde parte la creación de hospitales especiales para el tratado y el cuidado de estos alienados.

Nuestro Código Penal en el Art. 34, dice:

"El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteración morbosa de las mismas, o por estado de inconciencia, error o ignorancia, de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del Ministerio Público, y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dane a si mismo o a los demás. En los demás casos que se absorbiese a un procesado por las causas del presente inciso el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que lo hicieron peligroso.

Los eximentos psíquicos del art. 34 comprenden varios estados patológicos. La imputabilidad ri-
ge cuando se reúnen las tres condiciones requeridas por dicho artículo.

Proceso patológico, tiempo de su acción y consecuencia moral. El estado anormal está definido en sus diferentes formas con palabras ambiguas, in-

suficiencia de las facultades mentales, quiere decir, insuficiencia mental congénita de la primera época de la vida, son los comprendidos en la clasificación italiana de Santis de Sanctis con el nombre de frenastónicos-idiotas, imbecílicos y débiles mentales.

Alteración morbosa de las facultades mentales comprende a todas las formas de alienación mental: Manía, melancolía, confusión mental, psicosis puerperal, epilepsia con psicosis, los delirios sistematizados (alucinatorios, interpretativos, de reivindicación, imaginativos de los degenerados). La demencia en todas sus formas.

Los estados de inconciencia procesos transitorios de disgregación con automatismo psíquico y motor, pérdida momentánea de la actividad psíquica superior con amnesia consecutiva. Epilepsia, ebriedad accidental, sonambulismo, etc.

El segundo elemento eximente: el momento del estado patológico. El código exige que en el momento del delito el sujeto haya estado bajo la influencia de su enfermedad.

El tercer elemento, conciencia moral, es decir que no haya podido comprender la magnitud y consecuencia del acto delictuoso.

Hemos visto como los delirantes entran entre los eximentos de imputabilidad de nuestro Código, analizaremos las causas; partiendo de la defini -



ción propuesta por Nerio Rojas de alienación mental que dice: Es el trastorno general y persistente de las funciones psíquicas cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo, y que impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente sin provecho para sí mismo ni la sociedad. Cuatro conceptos a explicar: Trastorno intelectual. El delirante con su alteración en el juicio que lo lleva a una apreciación imperfecta de la realidad personal o exterior, por medio de interpretaciones o trastornos sensorio-perceptivos, edifica falsas razones carentes de lógica que hacen de él un individuo peligroso para el medio.

Segundo: No tiene conciencia de su enfermedad. El delirante desconoce su estado, obra por su razonamiento morboso, y si en algún momento oculta su tema delirante no es porque lo haya creído ilógico o patológico, sino que por su lucidez cree conveniente callar para poder engañar y así conseguir su libertad si la hubiese perdido.

Tercero: Inadaptabilidad. Sus actos, su conducta, sus reacciones frente a las reglas colectivas lógicas, morales y legales que dirigen la vida normal de la sociedad ponen en evidencia su alteración intelectual que no le permite la discriminación justa y la ductibilidad deliberada frente al ambiente.

Cuarto: Ausencia de utilidad. Sus actos como vimos, tan diversos, su desenfrenada actividad no tienen un fin útil a la sociedad sino solamente el provecho a su actividad delirante. Algunos afirman que los delirantes eran responsables de sus actos por su lucidez y comprensión de lo que hacen. Esto último podemos afirmarlo, pero no que son responsables. Ellos meditan, piensan su delito y como hemos dicho, lo discuten, pero recordemos esa fuerza impulsiva que los domina, que los hace ciegos para comprender el alcance del acto realizado.

Es por esto que estos enfermos no son imputables, pues aunque sepan de su acto, lo hacen creyendo en su idea que no le deja ver las consecuencias.

Completando el trabajo, he realizado una estadística de 30 años, obtenida del Servicio de Medicina Legal, Pabellón Lombroso, con material cedido gentilmente por el Jefe de dicho Servicio Dr. Miguel Maldonado.

Dicha estadística está hecha, año por año, tomada de las historias y archivos de la Sala. Consta del diagnóstico y el delito cometido por los delinquentes allí internados, efectuándose luego y cada 10 años resúmenes generales.

DiagnósticoDelito

1 - Delirio sistem. persecut.	Se ignora delito
2 - Delirio sistem crónico	Se ignora delito
3 - Delirio de persecución	Disparo de armas
4 - Delirio de pers. sistem. sist.	Homicidio
5 - Delirio de pers. prog. sist.	Se ignora delito
6 - Delirio de pers pro. siste.	Se ignora delito
7 - Delirio persec. prog. sist.	Homicidio
8 - Delirio pers. sist. prog.	Lesiones

Total de 61 enfermos ingresados en 1922

- -

1 - Delirio sistem. crónico	Se ignora delito
2 - Delirio sist. persecut.	Homicidio
3 - Delirio persec. sistem.	Homicidio
4 - Delirio persec. sistem.	Homicidio
5 - Delirio alucinatorio cron.	Homicidio
6 - Delirio persec. sistem.	Homicidio

Total de 63 enfermos ingresados en 1923

- -

1 - Delirio sist. persecutorio	Se ignora delito
2 - Delirio sistem. agudo	Abuso de armas y lesiones.
3 - Delirio persec. sistem.	Homicidio
4 - Delirio persecución sistem.	Homicidio
5 - Delirio persec. sistem.	Homicidio
6 - Delirio persec. sist. progre.	Lesiones
7 - Delirio persec. sist. prog.	Homicidio
8 - Delirio persec. sist. prog.	Homicidio

Total de 56 enfermos ingresados en 1924

- -

1 - Delirio agudo	Se ignora delito
2 - Delirio de persecución	Lesiones
3 - Delirio de persecución	Homicidio
4 - Delirio persecución	Homicidio
5 - Delirio alucinatorio crónico	Homicidio
6 - Delirio de persecución	Homicidio
7 - Delirio sist. crónico	Homicidio
8 - Delirio de persec.	Se ignora delito

Total de 47 enfermos ingresados en el año 1925



Diagnóstico

Delito

1 - Delirio polimorfo	Homicidio
2 - Delirio de persecución	Se ignora delito
3 - Delirio sist. persecutorio	Se ignora delito
4 - Delirio sistematizado	Disparo de armas
5 - Delirio alucinatorio	Se ignora delito
6 - Delirio de persecución	Homicidio
7 - Delirio de persecución	Incendio
8 - Delirio de persecución	Homicidio

Total de 77 enfermos ingresados en 1926

- -

1 - Delirio polim. de los degen.	Homicidio
2 - Delirio polimorfo	Lesiones
3 - Delirio de persecución	Lesiones
4 - Delirio polimorfo	Abuso de armas
5 - Delirio persecutorio	Lesiones
6 - Delirio alucinatorio cron.	Homicidio
7 - Delirio de persec.	Se ignora

Total de 79 internados en el año 1927

- -

1 - Delirio de persecución	Se ignora delito
2 - Delirio polimorfo	Se ignora delito
3 - Delirio de persecución	Se ignora delito
4 - Delirio de persecución	Homicidio
5 - Delirio de persecución	Penado
6 - Delirio sistematizado	Homicidio
7 - Delirio polimorfo	Penado
8 - Delirio de persecución	Se ignora delito
9 - Delirio melancólico	Homicidio y lesiones
10 - Delirio alucinatorio	Homicidio
11 - Delirio persecutorio	Se ignota delito

- -

Total de 75 internados en el año 1928



Diagnóstico

Delito

1 - Delirio alucinatorio	Homicidio
2 - Delirio de persecución	Se ignora delito
3 - Delirio alucinatorio	Disparo de armas
4 - Delirio sistematizado interpret.	Homicidio
5 - Delirio polimorfo	Se ignora delito
6 - Delirio alucinatorio	Homicidio
7 - Delirio alucinatorio	Homicidio
8 - Delirio polimorfo	Homicidio
9 - Delirio de interpretación	Ab.y disp.de armas
10 - Delirio persecutorio	Homicidio

Total de 65 internados en el año 1929

- -

1 - Delirio polimorfo	Homicidio
2 - Delirio polimorfo	Se ignora delito
3 - Delirio persecutorio	Homicidio
4 - Delirio persecutorio	Homicidio
5 - Delirio polimorfo	Homicidio
6 - Delirio alucinatorio	Homicidio
7 - Delirio persecutorio	Se ignora delito

Total de 89 internados en el año 1930

- -

1 - Delirio de interpretación	Lesiones
2 - Delirio de interpretación	Se ignora delito
3 - Delirio polimorfo	Homicidio
4 - Delirio polimorfo	Homicidio
5 - Delirio de persecución	Se ignora delito
6 - Delirio de persecución	Homicidio
7 - Delirio de persecución	Homicidio

Total de 93 internados en el año 1931

- -

1 - Delirio persecutorio	Homicidio
2 - Delirio persecutorio	Homicidio
3 - Delirio persecutorio	Disp ¹ de armas
4 - Delirio polimorfo	lesiones
5 - Delirio persecutorio	lesiones
6 - Delirio persecutorio	Homicidio
7 - Delirio polimorfo	Hurto

Diagnóstico

Delito

8 - Delirio polimorfo	Se ignora delito
9 - Delirio persecutorio	Disparo de armas
10 - Delirio persecutorio	Se ignora delito
11 - Delirio persecutorio	Abuso de armas
12 - Delirio persecutorio	Se ignora delito
13 - Delirio persecutorio	Se ignora delito
14 - Delirio polimorfo	Se ignora delito

Total 93 internados en el año 1932

- -

1 - Delirio polimorfo	Tentativa de lesiones
2 - Delirio polimorfo	Homicidio
3 - Delirio polimorfo	Se ignora delito
4c-	

Total de 36 internados en el año 1933

1 - Delirio polimorfo	Lesiones
2 - Delirio persecutorio	Homicidio
3 - Delirio persecutorio	Homicidio
4 - Delirio polimorfo	Homicidio
5 - Delirio polimorfo	Lesiones
6 - Delirio polimorfo	Lesiones

Total de 67 internados en el año 1934

1 - Delirio interpretativo	Homicidio
2 - Delirio persecutorio	Se ignora delito
3 - Delirio persecutorio	Lesiones graves
4 - Delirio interpretativo	Lesiones calific.

Total de 42 internados en el año 1935

DiagnósticoDelito

1 - Delirio polimorfo	Homicidio
2 - Delirio crónico	Desacato autoridad
3 - Delirio alucinatorio	Lesiones
4 - Delirio polimorfo	Lesiones y atent. autorid.
5 - Delirio persecutorio	Homicidio

de

Total 84 internados en el año 1936

- - -

1 - Delirio alucinatorio	Lesiones graves
2 - Delirio persecutorio	Homicidio
3 - Delirio polimorfo	Disparo de armas
4 - Delirio alucinatorio	Les. y ab. de armas

Total de 61 internados en el año 1937

- - -

1 - Delirio persecutorio	Disparo de armas
2 - Delirio sistematizado	Disparo de armas
3 - Delirio persecutorio	Homicidio
4 - Delirio persecutorio	Homicidio
5 - Delirio persecutorio	Homicidio
6 - Delirio persecutorio	Homicidio
7 - Delirio persecutorio	Lesiones y disp. de ar- mes
8 - Delirio persecutorio	Violac. de domic.
9 - Delirio persecutorio	Homicidio
10 - Delirio persecutorio	Homicidio

Total de 72 internados en el año 1938

- - -

1 - Delirio persecutorio	Hurto
2 - Delirio alucinatorio	Homicidio
3 - Delirio alucinatorio	Lesiones
4 - Delirio polimorfo	Lesiones
5 - Delirio alucinatorio	Homicidio
6 - Delirio reivindicatorio	Desacato
7 - Delirio persecutorio	Homicidio
8 - Delirio agudo	Lesiones graves
9 - Delirio persecutorio	Violación
10 - Delirio persecutorio	Lesiones graves

Total de 118 internados en el año 1939

Diagnóstico

- 1 Delirio agudo
- 2 Delirio melancólico
- 2 Delirio sist. interp. persec
- 4-Delirio persecutorio
- 5 -Delirio persecutorio celotípico
- 6 -Delirio polimorfo
- 7 -Delirio sistematizado
- 8 -Delirio polimorfo de los degen.
- 9 -Delirio persecutorio
- 10-Delirio persecución
- 11-Delirio persecución

Delito

- Robo
Lesiones leves y graves
Homicidio
Hom. y les. graves
Se ignora delito
Desacato autoridad
Abuso de armas
Lesiones
Atent. autoridad
Homicidio
Lesiones

Total de 108 internados en el año 1940

- - -

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 - Delirio sistematizado | Viol. domicil y lesiones |
| 2 - Delirio alucinatorio | Violac. domicilio |
| 3 - Delirio interpretativo persecutorio | Violac. de dom. |
| 4 - Delirio persecutorio | Lesiones |
| 5 - Delirio persecutorio | Lesiones |
| 6 - Delirio de interpret. | Homicidio |
| 7 - Delirio de interpret. | Homicidio |
| 8 - Delirio de persecución | Lesiones |
| 9 - Delirio polimorfo | Homicidio |
| 10- Delirio polimorfo | Homicidio |
| 11 -Delirio de persecución | Homicidio |
| 12 -Delirio imaginativo | Homicidio |

Total de 101 internados en el año 1941

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1 - Delirio de perjuración | Lesiones graves |
| 2 - Delirio sist. crónico | Robo y atent. autoridad |
| 3 - Delirio sistematizado | Homicidio |
| 4-- Delirio polimorfo agudo | Homicidio |
| 5 - Delirio alucinatorio | Defraudación |
| 6 - Delirio persecutorio | Robo |
| 7 - Delirio alucinatorio | Se ignora delito |
| 8 - Delirio de reivindicación | Abuso de armas |
| 9 - Delirio místico | Viol. domic y lesiones |

Diagnóstico

(cont.)

Delito

10 - Delirio sistematizado	Homicidio
11 - Delirio sistematizado	Homicidio
12 - Delirio sistematizado	Atent. autor. y les.
13 - Delirio sistematizado	Atent. autor. y les.
14 - Delirio sistematizado	Atent. autor. y les.
15 - Delirio agudo en un deg.	Homicidio
16 - Delirio sistematizado	Sin causa
17 - Delirio polimorfo agudo	Homicidio

Total de 89 internados en el año 1942

1 - Delirio alucinatorio	Tent. homicidio
2 - Delirio interpretativo	Tent. homicidio
3 - Delirio sistematizado crón.	Homicidio
4 - Delirio polimorfo agudo	Hurto
5 - Delirio agudo polimorfo	Robo
6 - Delirio agudo polimorfo	Homicidio
7 - Delirio de persecución	Abuso de armas
8 - Delirio de persecución	Homicidio
9 - Delirio de persecución	Lesiones
10 - Delirio sistematizado	Incendio
11 - Delirio persecutorio	Homicidio
12 - Delirio interpretativo pers.	Homicidio
13 - Delirio polimorfo agudo m	Homicidio
14 - Delirio agudo	Homicidio
15 - Delirio sistematizado	Homicidio
16 - Delirio agudo	Homicidio y robo
17 - Delirio persecutorio	Lesiones y Hurto
18 - Delirio polimorfo	Homicidio
19 - Delirio polimorfo	Homicidio

Total de 100 internados en el año 1943

- -

1 - Delirio polimorfo	Homicidio
2 - Delirio polimorfo agudo	Homicidio y robo
3 - Delirio agudo polimorfo	Defraudac. reiterada
4 - Delirio polimorfo agudo	Homicidio
5 - Delirio sistematizado	Homicidio y hurto
6 - Delirio polimorfo	Lesiones graves
7 - Delirio polimorfo	Ultraje al pudor
8 - Delirio celotípico	Homic. y abuso de armas
9 - Delirio polimorfo	Lesiones leves
10 - Delirio sistematizado crón.	Lesiones leves
11 - Delirio polimorfo agudo	Homicidio
12 - Delirio polimorfo	Lesiones
13 - Delirio polimorfo agudo	Homicidio

Total de 111 internados en 1944

Diagnóstico

Delito

1 - Delirio polimorfo	Agresión
2 - Delirio sist. megalómano	Viol. domic. y exhib.
3 - Delirio alucinatorio	Robos y lesiones
4 - Delirio polimorfo crónico	Homicidio
5 - Delirio polimorfo crónico	Hurto
6 - Delirio alucinatorio crónico	Homicidio
7 - Delirio sistemat. crónico	Homicidio
8 - Delirio polimorfo crónico	Agresión y lesiones
9 - Delirio sistematizado de pers.	Homicidio
10 - Delirio sistemat. interp. y pers. - Robo	
11 - Delirio sistemat. interp. persec - Atent. autoridad.	
12 - Delirio polimorfo agudo	Homicidio
13 - Delirio alucinatorio	Atent. autoridad
14 - Delirio sistemat. crónico	Homicidio y robo
15 - Delirio polimorfo	Hurto
16 - Delirio polimorfo agudo	Homicidio
17 - Delirio sistemat. interpret.	Homicidio
18 - Delirio alucinatorio	Lesiones leves
19 - Delirio polimorfo	Agresión
20 - Delirio sistemat. crónico	Abuso deshonesto
21 - Delirio polimorfo agudo	Homicidio
22 - Delirio sistematizado crónico	Hurto
23 - Delirio sistematizado crónico	Agresión
24 - Delirio sistematizado de pers.	Lesiones graves

Total de 94 internados en el año 1945

1 - Delirio de reivindicación	Hurto
2 - Delirio agudo polimorfo	Homicidio y hurto
3 - Delirio agudo polimorfo	Daños
4 - Delirio agudo polimorfo	Homicidio
5 - Delirio polimorfo crónico	Robo
6 - Delirio polimorfo crónico	Homicidio
7 - Delirio alucinatorio crónico	Les. graves y leves
8 - Delirio agudo polimorfo	Homicidio
9 - Delirio alucinatorio crónico	Agresión
10 - Delirio alucinatorio crónico	Lesiones
11 - Delirio sistemat. crónico presenil - Homicidio	
12 - Delirio sist. cronico presenil	Lesiones
13 - Delirio alucinatorio crónico	Violación
14 - Delirio agudo	Lesiones graves
15 - Delirio alucinatorio crónico	Ultraje al pudor
16 - Delirio persecutorio	Resist. y atent. a autoridad
17 - Delirio sistemat. crónico v	Violación
18 - Delirio de persecución	Lesiones
19 - Delirio agudo polimorfo	Homicidio
20 - Delirio agudo polimorfo	Homicidio
21 - Delirio de reivindicación	Violación de domic.

X Total de 117 internados en el año 1946



Diagnóstico

Delito

1 - Delirio melancólico	Homicidio
2 - Delirio polimorfo	Homicidio y Hurto
3 - Delirio alucinatorio crónico	Tent. de suicidio
4 - Delirio polimorfo crónico	Lesiones
5 - Delirio sist. crónico interp.	Lesiones
6 - Delirio sist. crónico	Abuso de armas
7 - Delirio alucinatorio crónico	Lesiones
8 - Delirio alucinatorio crónico	Atent. autoridad
9 - Delirio sistematizado cron.per.	At.al médico y lesio.
10 - Delirio sist.cron.persec.	Homicidio
11 - Delirio alucinatorio crónico	Atent. al médico
12 - Delirio agudo polimorfo o del.	Hurto
13 - Delirio alucinatorio	Desacato autorid.
14 - Delirio sistematizado cr.int.	Lesiones graves
15 - Delirio aluc. crónico	At. al médico
16 - Delirio aluc. crónico	Lesiones
17 - Delirio interpret.	Homicidio
18 - Delirio agudo	Infrac. art. 255

Total de 114 internados en el año 1947

1 - Delirio sistemat. crónico	Incendio
2 - Delirio imaginativo	Usurpación
3 - Delirio sist. crónico	Lesiones leves
4 - Delirio alucinatorio	Homicidio
5 - Delirio agudo polimorfo B. del.	Hurto
6 - Delirio sistem. crónico	Homicidio
7 - Delirio sistem.	Lesiones
8 - Delirio sistem. crónico	Lesiones
9 - Delirio agudo alucinatorio	Agresión
10 - Delirio sistem. de persec.	Homicidio
11 - Delirio sistem. de persec.	Lesiones graves
12 - Delirio de interpretación	Homicidio
13 - Delirio de interpretación	Homicidio
14 - Delirio de interpretación	Lesiones leves
15 - Delirio de interpretación	Lesiones
16 - Delirio celotípico	Se ignora delito
17 - Delirio de interpretación	Lesiones graves
18 - Delirio sistematizado crónico	Defraudación
19 - Delirio agudo B. Delirante	Lesiones
20 - Delirio de interpretación	Lesiones.

Total de 124 internados en el año 1948

1 - Delirio alucinatorio	Hurto
2 - Delirio crónico	Violación y lesiones

Diagnóstico

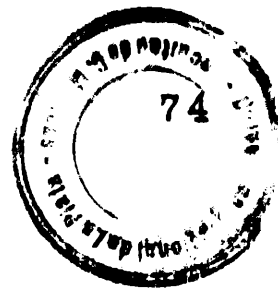
(cont.)

Delito

3 - Delirio sist. crónico	Lesiones calificadas
4 - Delirio sistem. crónico	Lesiones
5 - Delirio alucinatorio crónico	Violacion domic.
6 - Delirio alucinat. crónico	Violac. domicilio
7 - Delirio persecutorio	Atent. autoridad
8 - Delirio agudo polim o B. del.	Lesiones
9 - Delirio agudo " " "	Lesiones graves
10 - Delirio agudo " " "	Atent. autoridad
11 - Delirio crónico sistem.	Lesiones
12 - Delirio alucinat. interp.	Homicidio
13 - Delirio sistem. crónico	Lesiones
14 - Delirio polimorfo	Atentado autoridad
15 - Delirio agudo	Atentado suicidio
16 - Delirio agudo	Les. grav. corrup. men.
17 - Delirio agudo	Agresión
18 - Delirio polimorfo	Hurto.

Total de 138 internados en el año 1949

1 - Delirio alucinatorio crónico	Lesiones
2 - Delirio sistematizado crónico	Robo
3 - Delirio alucinatorio presenil	Abuso de armas
4 - Delirio alucinatorio crónico	Agresión
5 - Delirio alucinatorio crónico	Incendio
6 - Delirio sistematizado crónico	Lesiones
7 - Delirio polimorfo	Hurto
8 - Delirio alucinatorio	Atent. autoridad
9 - Delirio alucinatorio crónico	Atent. autoridad
10 - Delirio sistematizado crónico	Lesiones graves
11 - Delirio de persecución	Hom. y lesiones
12 - Delirio alucinatorio	Desacato autoridad
13 - Delirio sistematizado crónico	Lesiones
14 - Delirio alucinatorio crónico	Agresión
15 - Delirio agudo	Desacato
16 - Delirio polimorfo	Se ignora delito
17 - Delirio alucinatorio	Agresión
18 - Deli. polim. B. delir. agudo	Lesiones graves
19 - Delirio agudo " "	Lesiones
20 - Delirio agudo " "	Hurto
21 - Del. sistem. crónico	Homicidio
22 - Delirio melancólico	Lesiones
23 - Delirio polimorfo	Lesiones graves
24 - Delirio sistem. crónico interp.	Lesiones leves
25 - Delirio alucinatorio	Homicidio
26 - Delirio sistematizado crónico	Lesiones leves
27 - Delirio sistem. crónico	Agresión
28 - Delirio alucinatorio crónico	Agresión y les.
29 - Delirio agudo polim B delirante	Lesionesleves.



Diagnóstico

Delito

30 - Delirio polimorfo agudo	Lesiones calif.
31 - Delirio sistematizado cron.	Homicidio
32 - Delirio alucinat. crónico	Agresión

Total de 142 internados en el año 1950

1 - Delirio interpretativo	Usurpación propied.
2 - Delirio persecutorio	Desacato
3 - Delirio agudo polim. a B. del.	Desorden
4 - Delirio polimorfo	Agresión
5 - Delirio alucinatorio crónico	Homicidio
6 - Delirio alucinatorio crónico	Agresión
7 - Delirio sist. crónico	Hurto
8 - Delirio agudo	Lesiones graves
9 - Delirio int. persecutorio	Atent. autoridad
10 - Delirio interp. persecutorio	Daño
11 - Delirio agudo B. delirante	Violación y lesiones
12 - Delirio polimorfo	Lesiones
13 - Delirio sistematizado crónico	Agresión
14c- Delirio alucinatorio	Desacato
15 - Delirio sistematizado crónico	Daño

Total de 115 internados en el año 1951

Resumen General del año 1951 a 1942

D E L I T O S	1951	1950	1949	1948	1947	1946	1945	1944	1943	1942	Totales
Usurpación propiedad	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Desacato	2	2	-	-	1	-	-	-	-	-	5
Desorden	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Agresión	3	5	1	1	-	1	3	-	-	-	14
Homicidio	1	3	2	5	3	6	8	4	10	6	48
Hurto	1	2	2	1	1	1	3	-	1	-	12
Lesiones graves	1	3	1	2	1	1	1	-	-	1	11
Atentado autoridad	1	2	3	-	1	-	2	-	-	-	9
Daños	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3
Violación y lesiones	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2
Lesiones	1	5	4	5	4	3	-	1	1	-	24
Lesiones leves	-	3	-	2	-	-	1	3	-	-	9
Lesiones calificadas	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2
Agresión y lesiones	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	2
Se ignora delito	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	3
Homicidio y lesiones	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Incendio	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	3
Abuso de armas	-	1	-	-	1	-	-	-	1	1	4
Robos	-	1	-	-	1	1	1	-	1	1	5
Violación domicilio	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	3
Tentativa de suicidio	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2
Lesiones grav. y corrup. men.	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Usurpación	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Defraudación	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Infracción art. 255	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Atentado al médico	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2

(continuación)

[illegible]

Resumen General del año 1951 a 1942

DIAGNOSTICO	1951	1950	1949	1948	1947	1946	1945	1944	1943	1942	Tot.
1-Delirio interpretativo	1	-	-	6	1	2	-	-	1	-	11
2-Delirio persecutorio	1	1	1	-	-	-	-	-	5	1	9
3-Del. agudo polimorfo	3	5	5	2	2	7	3	5	6	2	41
4-Delirio polimorfo	2	3	3	-	1	-	3	5	2	-	18
5-Del. alucinatorio crón.	2	7	7	-	6	5	1	-	-	-	24
6-Del. sistemat. crónico	3	8	8	5	1	1	5	1	1	-	29
7-Del. int. persecut.	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3
8-Delirio alucinatorio	1	5	1	1	1	-	3	-	1	2	15
9-Delirio melancólico	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	2
10-Del. ist. crónico int.	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	3
11-Del. polimorfo agudo	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
12-Del. crónico	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
13-Delirio imaginativo	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
14-Delirio sistematizado	-	-	-	1	-	-	-	1	2	8	12
15-Del. alucinatorio agudo	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
16-Del. sistem. persecutor.	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	4
17-Del. colotípico	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
18-Delirio polim. crónico	-	-	-	-	1	2	2	-	-	-	6
19-Delirio sistem. cron. per.	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2
20-Delirio de reivindicac.	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	3
21-Delirio sist. crón. pre-senil	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
22-Delirio sist. interp.	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
23-Delirio ist. megalóm.	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
24-Del. sist. int. persec.	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
25-Delirio místico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
26-Delirio agudo en un deg.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
27-Delirio de perjuicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
t o t a l e s	15	32	18	20	18	21	24	13	19	17	197

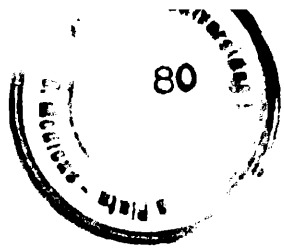
78

Resumen General del año 1941 al 1932

DIAGNOSTICO	1941	1940	1939	1938	1937	1936	1935	1934	1933	1932	Tot.
1-Delirio sistem. et.	1	1	4	1	-	-	-	-	-	-	7
2 Delirio alucinatorio	1	-	3	-	2	1	-	-	-	-	7
3 Delirio intep. persecut	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
4-Delirio persecutorio	4	4	-	9	1	1	2	2	-	10	33
5-Delirio de interp.	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	4
6-Delirio polimorfo	2	1	1	-	1	2	-	4	3	5	19
7-Delirio imaginativo	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
8-Delirio agudo polim.	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2
9-Delirio melancólico	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
10-Del. sist. int.persec	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
11-Delirio persec.celotip	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
12-Delirio polim de los degenerados	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
13-Delirio reivindicat.	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
14-Delirio crónico	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Totales Generales	12	11	10	10	4	5	4	6	3	15	80

Resumen General del año 1941 al 1932

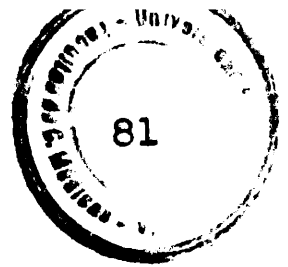
D I A G N O S T I C O	A ñ o s										Tot.
	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	
1-Violación de domic. y lesiones	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
2-Violación de domicilio	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
3-Lesiones	4	2	2	-	-	1	-	3	-	2	14
4-Homicidio	6	2	3	6	1	2	1	3	1	3	28
5-Robo	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
6-Lesiones leves y graves	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
7-Homicidio y lesiones gves	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
8-Se ignora delito	-	1	-	-	-	-	1	-	1	5	8
9-Desacato a la autoridad	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	3
10-Atentado a la autoridad	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
11-Hurto	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	3
12-Violación	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
13-Disparo de armas	-	-	-	2	1	-	-	-	-	3	6
14-Lesiones y disparo de armas	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2
15-Lesiones y at. a la aut.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
16-Lesiones calificadas	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
17-Tentativa de lesiones	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
18-Abuso de armas	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
19-Lesiones graves	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	4
Totales generales	12	11	10	10	4	5	4	6	3	15	80



Resumen General del año 1931 al 1922

D I A G N O S T I C O	A ñ o s										Tot
	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	
1-Delirio de interpret.	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3
2-Delirio polimorfo	2	3	2	2	2	1	-	-	-	-	12
3-Delirio de persec.	3	3	2	6	3	4	5	-	-	1	27
4-Delirio alucinat.	-	1	4	1	-	1	-	-	-	-	7
5-Delirio sist. interp.	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
6-Delirio sistemát.	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
7-Delirio melancólico	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
8-Delirio polimorfo de los degenerados	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1
9-Delirio alucinatorio crónico	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2
10-Delirio sist. persec.	-	-	-	-	-	1	-	4	4	2	11
11- Delirio agudo	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
12-Delirio sist. crónico	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	3
13-Delirio sist.pers.prog	-	-	-	-	-	-	-	3	-	4	7
14-Delirio sistemát.agudo	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
15-Delirio precoz delir.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Totales generales	7	7	10	11	7	8	8	8	6	8	80

606



Resumen General del año 1931 al 1922

D E L I T O S	A ñ o s										Tot.
	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	
1- Lesiones	1	-	-	-	3	-	1	1	-	1	7
2- Se ignora delito	2	2	2	5	1	3	2	1	1	4	23
3- Homicidios	4	5	6	3	2	3	5	5	5	2	40
4- Abuso y disparo de armas	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1
5-Disparo de armas	-	-	1	-	1	1	-	-	-	1	4
6-Homicidio y lesiones	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
7-Perdidos	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
8-Incendio	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
9-Abuso de armas y lesiones	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
TOTALES GENERALES	7	7	10	11	7	8	8	8	6	8	80



CONCLUSIONES

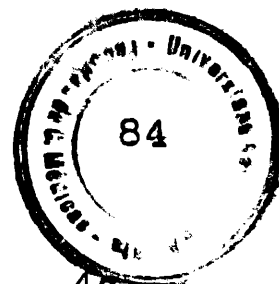
De este trabajo sobre los delitos en los delirantes, podemos sacar las siguientes conclusiones:

- 1) Que los delirantes son enfermos difíciles para estudiar, tanto para el psiquiatra como para el práctico.
- 2) Propongo para su estudio y ordenación diagnóstica, seguir el método de la cátedra de Psiquiatría de La Plata.
- 3) Que la peligrosidad en los delirantes es grande.
- 4) Que los delitos más comunes son, homicidio, abuso de armas, lesiones y hurto.
- 5) Dichos delitos son probados por la vasta estadística que nos muestra el homicidio en un 75%.
- 6) Que como vemos estos enfermos forman un grupo de alienados que son lúcidos, siendo humano, por lo tanto que sean reclusos en hospitales especiales tipo granjas modelos y no en asilos o cárceles como se hace actualmente.



BIBLIOGRAFIA

- 1 - BUNKER OSWALD - Tratado de las enfermedades mentales. Pag. 983
- 2 - CLAUDE HENRY - Psiquiatría médico legal - Pag. 371.
- 3 - CIAFARLO Y BONHOUR - Alienados delincuentes año 1928.
- 4 - FOURSAC ROUGE de - Psiquiatría, año 1921. Pag. 68 - Trastornos del juicio; pag. 238 Psicosis sistematizadas
- 5 - ENRIQUE FILGUEIRAS - LEON LUNMAN - Tratado elemental de psiquiatría. Pag. 199- Cap. XVIII.
- 6 - SERGENT - RIBADEAU - DUMAS - Patología y terapéutica aplicada. Tomo VII -Psiquiatría, parte primera. Cap. I - Semiología mental. Cap. X Pag. 236
- 7 - JASPERS Karl - Psicopatología general. Pensamiento y juicio -- pag. 230.
- 8 - LOURET OSVALDO - Los índices médicos psicológicos y legales de la peligrosidad. Anales Soc. de Criminología - año 1938
- 9 - MIRA Y LOPEZ - Psiquiatría año 1946- Cap. IX Pag. 124- tomo I- Cap. XIX tomo II (Pag. 574)
- 10 - RUIZ MAYA M- Psiquiatría Penal y civil. Defectuosidad del componente pensante Pag. 431
- 11 - PEREYRA CARLOS - Semiología y Psicopatología de los procesos de la esfera intelectual. año 1950. Pag. 196 - Trastornos del contenido del pensamiento.



- 12 - ROJAS NERIO - Medicina Legal año 1950 - 48.
edición. Libro III - Cap. I- Pag. 421 - Cap.
III - Pa. 441- Cap. V - Pag. 462.
- 13 - REGIS EMMANUEL - Tratado de Psiquiatría. Ca-
pitulo VI - Pag. 267 -.
- 14 - VALENSI J LEVY - Manuel Psiquiatría, año 1930-
Pag. 269
- 15 - VALLEJOS NAJERA A. - Propedéutica clínica psi-
quiátrica - año 1936- Cap. XVIII Juicio y Ra-
zonamiento.
- 16 - WERYGANDT W - Psiquiatría forense - año 1928.
Cap. X - Pag. 333 -
- 17 - KRAPPFLIN EMILIO - Introducción a la clínica
psiquiátrica. Año 1900- Cap. XV-Cap XVII
cap. XXX.

San 84/000

ENCIA

San 84/000

PLANO DE SERVICIO

10-5-82