

## Entre la clínica y el derecho: la epilepsia, un desafío

Sandra Yadeum  
Claudia Díaz de León

### Summary

This work attempts to approach criminality and its link with psychopathology, based in epilepsy and homicide. The approach to this factors combination, is a complex issue for the penitentiary system.

This study presents a general panorama of those aspects taken into account by justice, when the subject that commits a crime has no capacity for understanding what he did, nor wanted to violate the law, and later show what some studies have found reference to the relationship between offense and epilepsy.

We worked with only a study case. The information was obtained from the legal and technical records, as well as from a series of interviews to the studied subject.

It was very useful for this study the presentation of a clinical case as it reflects clearly, through the personal history of the patient, how the factors surrounding his life directed his behavior until he committed the crime. Among the most relevant results found in this study, we observed that epileptic patients are occasionally violent; in this case, the patient presented complex syndromes that hindered his pharmacological control, causing convulsive crisis. This subject meets the criteria established for considering that epilepsy was the cause of the illicit act.

**Key words:** Epilepsy, homicide, violence, inimputability.

### Resumen

Este trabajo intenta abordar la temática de la criminalidad y su vinculación con la psicopatología, tomando como línea base la epilepsia y el homicidio. El abordaje de esta combinación de factores resulta compleja para el sistema penitenciario.

Este estudio presenta un panorama general de aspectos que toma en cuenta la justicia cuando el sujeto que cometió un acto ilícito no tenía la capacidad de comprender lo que hacía, ni quería infringir la ley, y después mostrar lo que algunos estudios han encontrado sobre la relación delito-epilepsia.

Se trabajó con un solo estudio de caso. La información se obtuvo de la revisión de los expedientes jurídicos y técnicos; así como de una serie de entrevistas al sujeto estudiado.

Resulta de gran utilidad para este estudio la presentación de un caso clínico ya que éste refleja nitidamente, a través de la historia personal del paciente, cómo fue que los factores que rodeaban su vida dirigieron secuencialmente su comportamiento hasta que cometió el delito.

Entre los resultados más relevantes encontrados en este estudio, se observa que los pacientes epilépticos son ocasionalmente violentos; en el caso expuesto, el paciente presentaba un cuadro complejo que dificultó controlarlo farmacológicamente, ocasionándole crisis convulsivas. Este sujeto cumple con los criterios establecidos que consideran que la epilepsia fue el factor que desencadenó el acto ilícito.

**Palabras clave:** Epilepsia, homicidio, violencia, inimputabilidad.

### Introducción

El Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, encargado de dar atención a personas que además de haber cometido un acto ilícito padecen de algún trastorno mental, considera prioritario examinar aquellas situaciones que permitan ofrecer, además de un campo de conocimiento, la posibilidad de hacer intervenir al sistema penitenciario en quehaceres académicos y de investigación.

En esta ocasión, la División de Docencia, Investigación y Difusión se dio a la tarea de explorar al individuo como sujeto único, tomando como línea de trabajo el caso de un paciente con epilepsia que cometió el delito de homicidio calificado.

Este trabajo pretende mostrar la relación existente entre el delito y la enfermedad mental, y la complejidad que este vínculo representa para las disciplinas del derecho y la psiquiatría legal.

El estudio que a continuación se presenta intentará introducir al lector en el significado y conocimiento del trastorno mental desde el punto de vista legal, para posteriormente, con el apoyo de la presentación de un caso clínico en el que se conjuntan ambos estadios, poder ejemplificar y hacer una serie de reflexiones sobre las dificultades que aún no se han resuelto respecto a la inimputabilidad, término jurídico que se aplica a aquellos sujetos que infringen la ley sin querer y sin tener capacidad para comprender sus actos.

Desde la consideración de la locura como una enfermedad del espíritu y no del cuerpo hasta considerarla como pecado, se ha pasado finalmente a la idea de que la locura es un peligroso estado de anormalidad mental que, manifestándose en las formas de enajenación mental, determina un peligroso trastorno de las ideas y de la conducta, que hace necesario tomar medidas de defensa social.

Las leyes establecen que la responsabilidad del sujeto cuyo estado mental es anormal y delinque debe considerarse desde el punto de vista social y de su peligrosidad, sin aplicarle una pena al término del proceso sino una medida de seguridad, reclusión en un manicomio o en alguna institución especial durante todo el tiempo necesario para su curación (Vela, 1987).

En el capítulo V del Código Penal del Distrito Federal, se da el tratamiento de inimputables a quienes tienen el hábito y la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, ya sea estando internados o en libertad. En este apartado se estipula que el juez indicará la medida de seguridad conveniente o que el interno podrá permanecer con su familia siempre y cuando ésta se haga responsable de cuidarlo. La medida de seguridad no deberá ser mayor que la correspondiente al máximo aplicable al delito, y en el caso de terminar la condena, el interno deberá ser enviado a una institución de salud (2).

La ley también considera que la enfermedad mental transitoria es cualquier alteración mental de poca duración y de gran intensidad, cualquiera que sea la causa que la produzca, en la que el sujeto tenga pérdida temporal de las facultades intelectuales necesarias para comprender lo que es ilegal y para actuar normalmente.

En el presente trabajo se hablará del delito de homicidio por ser el que corresponde al caso estudiado. El Código Penal del Distrito Federal afirma que comete el delito de homicidio el que priva de la vida a otro. Este delito se clasifica de acuerdo con su gravedad e intencionalidad, existiendo los siguientes tipos: *simple intencional* (cuando no hubo voluntad o deseo de cometer el acto), *en razón de parentesco* (cuando se comete en contra de algún familiar consanguíneo) y *calificado*, cuando se comete con premeditación, alevosía y ventaja o a traición.

En el caso que se presentará más adelante nos encontraremos con un individuo sentenciado por homicidio calificado cometido con ventaja, misma que es considerada cuando existe alguna de las siguientes circunstancias:

- Cuando el delincuente es superior en fuerza física al ofendido y éste no se encuentra armado.
- Cuando es superior por las armas que emplea, tiene mayor destreza en su manejo o es mayor el número de sus acompañantes.
- Cuando se vale de un medio que debilita la defensa del otro.
- Cuando la víctima se halle inerte en el suelo y el atacante esté armado o de pie.

Sólo se considera ventaja cuando el delincuente no corra riesgo de ser muerto ni herido por el ofendido y no obre en legítima defensa (2).

La ventaja en cualquiera de las circunstancias específicas anteriores, sólo puede ser sancionada como calificativa del delito, si el sujeto activo se da cuenta cabal de su superioridad sobre su víctima.

En el Código Penal del Distrito Federal se establece que al autor del homicidio calificado se le impondrán de 20 a 50 años de prisión. Esta sentencia puede variar de acuerdo con los elementos que intervengan en el acto ilícito y que a consideración del juez merezcan una mayor o menor pena.

Un factor importante que menciona el derecho es la asociación entre la responsabilidad y el grado de conciencia, es decir: la culpabilidad por tener una conciencia íntegra, o estar obnubilado o en estado crepuscular de la conciencia, que atenúa la pena; o la inconsciencia o el automatismo cerebral, que significa irresponsabilidad absoluta.

Antes de cerrar este apartado, se estima necesario puntualizar los conceptos: *responsabilidad*, *culpabilidad* y *peligrosidad*, ya que éstos representan una gran dificultad cuando se entra en el terreno del Derecho.

En primer término hay que hacer una distinción entre responsabilidad y culpabilidad, entendiendo a la primera como la consecuencia jurídica del delito, no de la culpa; y la segunda como la reprochabilidad al sujeto activo del delito, por haberse conducido en forma contraria a lo establecido por la norma jurídica penal o el nexo intelectual y emocional que liga al sujeto con su acto (10).

En el Código Penal del Distrito Federal, Fracción II art. 15, se hace referencia de las circunstancias que excluyen la responsabilidad penal, estas son:

Hallarse el acusado, al cometer la infracción, en un estado de inconsciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes o enervantes; o estar en un estado tox infeccioso agudo o tener un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio. Siendo en todo caso inimputable quien transitoriamente está privado de sus facultades no haciéndose acreedor a una pena a causa del hecho que realiza, por el contrario, quien está permanentemente privado de las facultades superiores y tiene una conducta típica y antijurídica, es considerado como no delincuente por inimputabilidad, pero queda sujeto a la aplicación de una medida de seguridad consistente en su reclusión en lugares especiales por todo el tiempo necesario para su curación.

Los positivistas hablan de la responsabilidad social por razón de peligrosidad. El problema surge, entonces, cuando los términos de culpabilidad y responsabilidad se hacen presentes, y aún más, al involucrar el concepto de peligrosidad, entendida como el riesgo de que una persona pueda causar daño o cometer actos violentos. Este último concepto, resulta un tanto delicado y en ciertas ocasiones aventurado cuando se trata de sujetos con algún trastorno mental o neurológico, puesto que en los padecimientos psiquiátricos no hay certeza total de lo que va a ocurrir.

Para algunos autores, sería ideal que existiera un sistema normativo adecuado para que pudieran aplicarse las medidas de seguridad necesarias para eliminar la manifiesta peligrosidad de ciertos enfermos men-

tales, sin necesidad de esperar a que cometan hechos dañinos para la sociedad.

### La asociación epilepsia-crimen

La epilepsia se ha relacionado con la violencia afirmando que este padecimiento es más común en las personas violentas; sin embargo, aún no hay pruebas contundentes. Cuando se ha comprobado que hay una mayor criminalidad en los epilépticos, se debe a que existe otra patología asociada con la epilepsia. En un estudio de pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, se encontró que hay relación entre las conductas agresivas y el ser varón, haberse iniciado los ataques precozmente, tener antecedentes de trastornos conductuales de larga evolución, un bajo C.I. y un bajo nivel educativo y laboral (4).

Las conductas agresivas generalmente ocurren al final de la crisis, en el periodo confusional post-ictal. La aparición de conductas violentas de forma precoz durante el ataque son raras y más estereotipadas. Se trata de una violencia que aparece repentinamente, sin intencionalidad, mal dirigida, breve, fácilmente contenida, relacionada con la amnesia. El paciente puede destruir objetos, tener ataques de ira o defenderse con agresividad, pero son poco frecuentes los ataques violentos dirigidos a otras personas y es casi imposible que cometa un asesinato. La excepción estaría representada por la denominada referencia refleja en la que el ataque ocurre en respuesta a un estímulo específico, como la música o la televisión. Si el estímulo está mediado por una persona determinada, el paciente puede agredirla.

Respecto a los delitos cometidos por los epilépticos, estos cometen robos, incendios y delitos relacionados con la ingestión compulsiva de alcohol. El delito contra las personas, aunque infrecuente, es súbito, estereotipado, con amnesia posterior, nunca premeditado y sin que tomen medidas para ocultar el hecho.

En una serie de investigaciones se ha observado que no hay pruebas de que la violencia sea más común entre los epilépticos que entre los no epilépticos; tampoco hay pruebas de que la violencia sea más común entre los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal.

En varios estudios sobre epilepsia del lóbulo temporal (9) se encontró que sólo la tercera parte de la población presenta conductas agresivas, y que estos pacientes comparten las siguientes características comunes:

Suelen ser agresivos cuando la epilepsia se origina en la infancia o en la adolescencia, más frecuentemente en los hombres y en los pacientes poco inteligentes.

La violencia interictal suele ocurrir entre los hombres jóvenes, de bajo C.I. y con una historia temprana y severa de epilepsia, que también se relaciona con trastornos neurológicos.

Hay estudios que aseguran que la epilepsia no puede considerarse por sí sola como precipitantes de la conducta violenta, pues hay una serie de factores concomitantes como el daño cerebral, el aumento de la morbilidad perinatal y el consumo de alcohol o psicotrópicos.

Hay estudios contradictorios sobre la prevalencia de la epilepsia entre los prisioneros, con mucha y poca

prevalencia de epilepsia (1.8 a 1.9%) (4)(9). Cabe mencionar que varios estudios han indicado el incremento de la prevalencia de las conductas agresivas y violentas en los pacientes con epilepsia, pero la mayoría de estos estudios se concentran en poblaciones selectas y pequeñas de pacientes con tipos graves e intratables de epilepsia, que no reflejan la prevalencia de violencia en la población general de epilépticos.

También se ha establecido que los factores que se encuentran con mayor frecuencia en los epilépticos son un bajo nivel socioeconómico, daño cerebral e infeccioso, cuidados perinatales inadecuados y una alta incidencia de traumas craneales (4,9).

Según Perrine (1992), la mayoría de los epilépticos bien controlados no muestran evidencias significativas de psicopatología, pues los factores de riesgo para desarrollarla son los ataques mal controlados, la larga duración de los ataques durante la infancia, alguna lesión detectada en el lóbulo temporal, que sea bilateral o que ocurran múltiples descargas en el EEG, así como lesiones estructurales. Todos estos factores ponen en riesgo al paciente de presentar una disfunción cerebral.

A partir de que en los últimos años se ha utilizado la epilepsia como un argumento legal para disminuir o atenuar las penas de los delincuentes, tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra, se ha hecho necesario el establecimiento de criterios (1,9) con bases objetivas, para poder atribuir el delito al ataque epiléptico. Estos son:

- Una historia de ataques anteriores.
- Que el delito no esté justificado por la personalidad previa.
- Que el crimen esta inmotivado y no premeditado.
- Estudios compatibles de EEG.
- Alteración del estado de conciencia durante el acontecimiento.
- Amnesia total o parcial sobre el crimen.

La imputabilidad de un delito a un paciente epiléptico, dependerá de su nivel de conciencia y de su voluntad de cometerlo. Tanto la crisis epiléptica como el estado confusional post-ictal pueden considerarse como un trastorno mental transitorio.

### Procedimiento

En este trabajo se presenta un caso clínico que fue seleccionado intencionalmente por considerar que refleja claramente la complejidad que surge cuando se unen las disciplinas del Derecho y la Medicina.

Para integrar el caso se hizo una revisión exhaustiva de los expedientes jurídicos y técnicos, así como una serie de entrevistas con el sujeto estudiado.

A continuación se presenta el caso clínico de un paciente que permanece en un centro de reclusión dedicado exclusivamente a tratar a los sujetos con algún trastorno mental. Antes de empezar es importante mencionar que del total de la población que se encuentra en esta institución, sólo 2.17% padece epilepsia, mientras que 59.4% cometió un homicidio.

## Estudio de caso

### *Fuente de información:*

*Directa (proporcionada por el interno)*

*Indirecta (expediente técnico y jurídico)*

U.J.V., de 31 años de edad, originario de Zim�jobel, Chiapas, soltero que cursó hasta 3º de primaria, de ocupación portero y ayudante de limpieza, fue acusado del delito de homicidio calificado.

La madre del paciente falleció cuando éste era un niño no sabe de qué edad. El padre los abandonó (se ignoran sus antecedentes heredofamiliares). Fue acogido por dos familias sustitutas de clase social baja: primero su madrina, y al morir ésta, una familia amiga de la occisa.

U.J.V. nació el 28 de septiembre de 1966; desconoce las circunstancias perinatales. Desde pequeño fue trasladado a la Ciudad de México; niega haber padecido las enfermedades propias de la niñez.

En la infancia, el ambiente familiar se caracterizó por hostilidad y agresión física y verbal hacia él.

En la adolescencia es expulsado del hogar acusado de robo, dedicándose a vagar en las calles durante 2 semanas. Posteriormente se integra a una casa hogar para jóvenes, y a los 15 años empieza a beber y a fumar tabaco. A los 20 años bebe dos o tres veces por semana hasta llegar a la embriaguez, desarrollando síntomas de tolerancia y abstinencia. Niega haber consumido psicotrópicos.

Refiere que a los 20 años tuvo una relación heterosexual, con una prostituta, por influencia de un compañero.

Presenta crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas desde la infancia, sin aura, sin relajación de esfínteres, con pérdida del estado de alerta, convulsiones y mordedura de lengua. El cuadro epiléptico lo ha hecho atravesar por lapsos de agitación, desorientación y perplejidad. En la crisis epiléptica disminuye su control de impulsos, llevándolo a la auto y heteroagresión.

Durante las crisis sufre varios traumatismos craneoencefálicos, en algunas ocasiones con pérdida del estado de alerta.

No se conoce con precisión la edad de inicio, sólo se tiene la certeza de que ha estado bajo tratamiento farmacológico con anticonvulsivantes desde la infancia (Definilhidantoinato y Carbamazepina). En la adolescencia recibe tratamiento en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, sin especificar de qué tipo. Actualmente, el control médico es Carbamazepina de 200 mg. 1-0-1, Valproíco de 500 mg. 1-1-0, Diazepam de 5 mg. 0-1/2-0 y Fenobarbital de 10 mg 1-0-1.

Aproximadamente a los 20 años es tan intenso el consumo de bebidas etílicas, que es internado en un anexo de Alcohólicos Anónimos por espacio de tres meses. Estando en dicho anexo sin control farmacológico, presenta crisis convulsivas y en un episodio postictal comete el homicidio.

Sobre el delito, el paciente relata que el día de los hechos se encontraba en el baño del internado de A.A. Que al salir comenzó a tallar su dedo pulgar de la mano derecha en la pared hasta lastimarse; posteriormente,

se dirigió al pasillo cruzando el área de comedor donde algunos pacientes se encontraban viendo televisión. Fijó su atención en uno de ellos (de sexo masculino y paralítico), corrió hacia la ventanilla, tomó un cuchillo y se lo enterró en el pecho.

Después de haber cometido el delito empieza un fenómeno del lóbulο temporal, macropsias y micropsias de menos de un minuto, sube a la azotea del lugar, brinca una barda y sale corriendo dando varias vueltas en el mismo lugar, presenta una amnesia de dos días aproximadamente. El paciente señala que le enterró el cuchillo porque de momento sintió algo que no sabe que fue, pero que lo motivó a dirigirse a dicho señor y enterrarle en el pecho el cuchillo. Que conocía de vista a esa persona y se llevaba bien con ella. Es evidente que cuando relató lo acontecido no había registro mnésico del suceso, y describe que varias horas después no sabía lo que hacía: "me la pasé corriendo en una calle; iba y venía muchas veces, no sabía por qué lo hacía, hasta que me detuvieron los policías".

Antes de cometer el delito, el paciente ya había presentado fenómenos de automatismo caracterizado por autoagresión, picándose el pecho con un cuchillo sin tener conciencia clara de lo que hacía y sin un intento real de suicidarse.

Estando detenido en el sistema penitenciario se comprobó la presencia de crisis convulsivas generalizadas. Durante su estancia en el CEFERPSI, se registraron en el expediente médico 10 crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas (aproximadamente una por mes) por lo que se le han tenido que administrar dosis elevadas y asociaciones de diversos fármacos anticonvulsivantes.

Es importante mencionar la última crisis presentada por el paciente el día 11 de diciembre de 1997. Su crisis inició a las 18:50 hrs con movimientos tónico clónicos, pérdida de conciencia y sin relajación de esfínteres. Se le aplicaron los medicamentos indicados para disminuir la crisis, que no cedió por espacio de 2 horas. Presentó incoordinación de movimientos, continuó con alteraciones de la conducta, no obedecía las indicaciones. A las 24:00 hrs entró al periodo postictal, respondía con monosílabos, comenzó a coordinar sus movimientos, logró sentarse y caminar. A las 2:00 a.m., logró conciliar el sueño parcialmente, se paró a orinar, pidió agua, pidió su cena y volvió a dormir, aparentemente recuperó la conciencia; al día siguiente no recordaba nada de lo acontecido durante el periodo de la crisis, ni después de ésta.

### *Examen mental actual*

Se trata de un varón de edad aparente a la mencionada como cronológica, de talla baja, tez morena, que acudió a la entrevista vistiendo ropas reglamentarias de la Institución en adecuadas condiciones de higiene y aliño, con actitud de cooperar a la entrevista, con cierta sumisión, postura libremente adoptada, atiende y comprende lo que se le interroga, se comunica mediante lenguaje emitido a velocidad y a volumen normales, su discurso es prolijo, se considera coherente ya que respeta las estructuras gramaticales, plagado de detalles irrelevantes sin separar lo esencial de lo accesorio, reite-

rativo en algunos contenidos en los que no detectamos ideas delirantes, únicamente se observa falta de capital ideativo y un C.I. limitado adecuadamente orientado en tiempo, lugar, persona y circunstancia, conciencia clara, niega haber tenido alteraciones sensorio-perceptivas de cualquier tipo. Respecto al afecto, se le nota ansioso al principio de la entrevista; posteriormente, se torna eutímico, tiene valencias afectivas centradas en sus deseos de libertad, con adecuada resonancia emocional; respecto a la memoria, es evidente que tiene fallas de tipo lacunar que coinciden con los episodios convulsivos, algunos de estos más prolongados de acuerdo con el periodo post-ictal, las otras formas de la memoria, como la de evocación y la de retención se consideran normales. Las funciones mentales de integración superior (cálculo, síntesis, abstracción, deducción, conceptualización, etc.) están globalmente conservadas pero se consideran bajas respecto al promedio. En este momento se encuentra sin alteraciones psicomotrices, el juicio se considera normal bajo, rayando en la insuficiencia por su baja capacidad intelectual.

E.E.G. anormal, en el que se observan ondas agudas y amplias en la región parietotemporal izquierda, así como ondas theta y delta.

U.J.V. está jurídicamente clasificado como primodelincuente e inimputable a partir del 3 de diciembre de 1994. Actualmente cumple una medida de seguridad que no exceda de 35 años.

## Discusión y conclusiones

La presentación del caso clínico expuesto en este trabajo da una idea clara de las manifestaciones propias del padecimiento y de su evidente relación con la comisión del delito. Como se observa, la epilepsia, a pesar de no ser una enfermedad mental (en el término estricto), en el curso de ésta hay periodos en los cuales se afecta la conciencia, dando lugar a conductas atípicas; sin embargo, como lo muestran algunos estudios, éstas rara vez se vinculan a conductas agresivas o violentas (9); de hecho, la mayoría de los estudios sobre este padecimiento indican que hay baja correlación entre la epilepsia y la violencia.

Los delitos de este tipo de pacientes son ocasionalmente graves, pero el homicidio es poco frecuente.

En este estudio se encontró que dentro de la población a la cual pertenece este caso sólo un 2.17 % presenta el diagnóstico de epilepsia. Este dato coincide con lo encontrado por Treiman (1986) quien encontró que sólo 1.9 % de la población prisionera padecía epilepsia.

En relación con el delito cometido, en otros estudios no se han observado referencias que hablen de un alto índice de homicidios en los epilépticos, lo que pudiera indicar que en el caso presentado, el delito fue circunstancial, favorecido por la situación y el estado mental del interno.

En este caso es difícil determinar la duración de la medida de seguridad pues se establece que no excede

de 35 años, que a criterio del juez es la apropiada para proteger tanto al paciente como a la sociedad de nuevas conductas delictivas; pero si esto lo planteamos desde una perspectiva clínica, se podría sugerir que por las circunstancias que rodean el delito, el paciente no tendría que estar en una prisión por no considerársele peligroso, siempre y cuando contara con supervisión y seguimiento del tratamiento farmacológico.

Además, resulta difícil establecer si el concepto de "ventaja" puede o no ser aplicado en este caso, pues habría que descartar la posibilidad de que el hecho hubiera sido causado por algún automatismo y, de ser así, la "ventaja" quedaría excluida, puesto que al estar alterada la conciencia, el sujeto no tuvo capacidad para observar las desventajas de la víctima.

En este caso se presentan varias incógnitas desde el punto de vista clínico. En el estudio referido, el paciente tiene crisis que no se resuelven a pesar de haber utilizado fármacos a dosis importantes y por un largo periodo, continuando el automatismo. Esto lleva a formular la siguiente interrogante ¿podrá el paciente reintegrarse a la sociedad sin riesgo de volver a delinquir?

Es importante considerar lo difícil que es tratar algunos tipos de epilepsia en los que los patrones eléctricos cambian continuamente ocasionado que el control de las crisis sea difícil de manejar debido a la inestabilidad de los patrones.

En los casos de epilepsia en los que el paciente no mejora es necesario que intervengan expertos en el área que manejen nuevas combinaciones de medicamentos para lograr que mejore.

Por otro lado, la falta de apoyo familiar impide que reciba una atención médica adecuada que le permita permanecer en la sociedad.

También se observó que el sujeto presenta ciertos indicadores que han sido encontrados en este tipo de pacientes en los estudios de Hindler (1989) y Treiman (1986). Estos factores son: un bajo C.I. y un bajo nivel educativo y laboral, que se presentan con mayor frecuencia en los varones.

Finalmente, y siguiendo la historia del caso presentado, encontramos que éste se ajusta a los criterios establecidos tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra, que consideran la epilepsia como un factor precipitante en la comisión del delito, pues el paciente tiene una historia de ataques, el crimen fue injustificado, inmotivado y sin premeditación; el electroencefalograma señala que hay una anomalía, el estado de conciencia estuvo alterado durante el homicidio, y tiene amnesia parcial del acto cometido.

## Agradecimientos

Las autoras quieren hacer patente su agradecimiento a la Maestra Margarita Bravo Campos y al Lic. Tereso de Jesús Consuelo Cruz, por su apoyo, respaldo y comentarios en la realización de este trabajo.

## REFERENCIAS

1. ARIAS F, ARECHEDERRA JJ, PARDIN JJ: Epilepsia y conductas delictivas. *Actas Luso-Españolas. Neurol Psiquiatría*, 23(5):235-240, 1995.
2. Código Penal para el Distrito Federal. Porrúa, México, 1996.
3. ELLIOT A: Violence. *Arch Neurol*, 49, junio, 1992. México, 1987.
4. Hindler CG: Epilepsy and violence. *British Journal of Psychiatry*, 155:246-249, 1989.
5. KOLB CL: *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. México, 1992.
6. OSORIO Y NIETO CA: *El Homicidio*. Porrúa, México, 1991.
7. PERRINE KR: Psychopathology in epilepsy. *Seminars in Neurology*. 11 (2) junio 1991.
8. RUBIO DF: *Epilepsia*. CAMELICA, México, 1981.
9. TREIMAN DM: Epilepsy and Violence: Medical and legal issues. *Epilsia*, 27 (sppl. 2): S77-S104, 1986.
10. VELA TS: *Culpabilidad e Inculpabilidad*. Trillas, México, 1987.