

24
678



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Derecho

**Obsolescencia de las Normas Jurídicas
Relativas al Enfermo Mental**



FACULTAD DE DERECHO
SECRETARIA AUXILIAR EN
EXAMENES PROFESIONALES

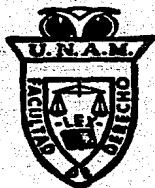
T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN DERECHO

P r e s e n t a :

GUADALUPE RIOS PEREZ



México, D. F.

Mayo de 1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE SOCIOLOGIA
GENERAL Y JURIDICA

No. 49/86

19 de mayo de 1986.

C. COORDINADOR GENERAL DE LOS
SERVICIOS ESCOLARES DE LA U.N.A.M.,
P R E S E N T E .

La alumna GUADALUPE RIOS PEREZ, pasante de la carrera de Licenciado en Derecho, estuvo inscrita en este Seminario a mi cargo elaborando la tesis titulada "OBSELENCIA DE LAS NORMAS JURIDICAS RELATIVAS AL ENFERMO MENTAL", que fue dirigida por la Lic. Elsie Núñez Carpizo.

Habiendo llegado a su fin el mencionado trabajo, la alumna Ríos Pérez, lo presenta a mi consideración como director de este Seminario y después de haberlo leído considero que reúne todos los requisitos que marca el Reglamento de Exámenes Profesionales y de Grado, por lo que tengo a bien autorizar que dicha monografía se IMPRIMA y sea presentada en el examen profesional correspondiente.

En otro particular le reitero las seguridades de mi más alta consideración.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPANOL"
Cd. Universitaria
EL DIRECTOR DEL SEMINARIO



[Firma]
LIC. SALVADOR LOPEZ
FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE
SOCIOLOGIA GENERAL Y JURIDICA
CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F.

SLM'egr.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
Enfermedad Mental y Enfermo Mental	3
Factores que influyen en las Enfermedades Mentales	11
- Factores Individuales	11
- Factores Familiares y Socioculturales	14
Clasificación de Enfermedades Mentales	26
CAPITULO II	
Factores Socioculturales que influyen en la frecuencia de los Trastornos Mentales	34
1. Alcoholismo	37
2. Drogadicción	46
3. Maltrato al Niño	66
CAPITULO III	
Correlación entre Delito y Enfermedad Mental	82
Ley General de Salud	98
Plan Nacional de Salud	106

	Pág.
Reglamento para Hospitales, Maternidades y Centros Materno Infantiles para el Distrito Federal y Zonas Federales	121
Disposiciones Jurídicas en otros países para el ingreso de pacientes a hospitales psiquiátricos	127
 CAPITULO IV	
Recursos de la Comunidad para la Atención de la Salud Mental	146
Situación Hospitalaria del Enfermo Mental en México	161
Aspectos Jurídicos:	185
- Aspecto Civil	185
- Aspectos Penales	202
- Aspecto Penitenciario	213
 PROPUESTAS	218
 CONCLUSIONES	221
 ANEXOS	225
 BIBLIOGRAFIAS	231

INTRODUCCION

El ser humano se diferencia de otras especies por la capacidad de razonar y comunicarse con sus semejantes por medio del lenguaje; cuando sufre alguna enfermedad mental, estas facultades se alteran y se modifica la parte esencial de la personalidad del sujeto.

La actitud de la sociedad ante el enfermo mental ha variado, de acuerdo a la época, se le ha reverenciado como el nexo entre la divinidad y el mundo, se le consideró poseído por demonios o espíritus malignos, como castigado por Dios y por lo tanto merecedor de piedad, como objeto de estudios o experimentación. Todas estas actitudes son diversos enfoques para lograr el mismo objetivo, tratarlo como un ser distinto que debe segregarse de la comunidad.

En la actualidad la sociedad considera la enfermedad mental como un estigma que perdura para toda la vida.

Al salir del hospital la familia modifica su actitud hacia él, lo mantiene al margen de problemas familiares por el temor de que vuelva a enfermar. En el trabajo se le encomienda labores rutinarias y se evita que participe en la toma de decisiones.

La situación hospitalaria es análoga a la que imperaba hace tres siglos en el Hospital de Bethlehem (Inglaterra) donde se cobraba la entrada por ver a los enfermos encadenados en

los calabozos.

La mayoría de hospitales psiquiátricos todavía utilizan sistemas represivos, la persona que ingresa pierde todo derecho legal, se le exhibe e interroga ante los estudiantes de medicina, psicología, enfermería, etc. Su tratamiento está a cargo de algunos profesionales que escogen esta ocupación para satisfacer necesidades personales y económicas y la ejercen fuera de los cánones éticos que deben sustentarla y coaccionan al enfermo a obedecer por medio de psicofármacos, cuartos de aislamiento o aparatos de electrochoque.

Cuando comete alguna conducta delictuosa la ley lo considera ininputable y por lo tanto no culpable del hecho, pero lo confina a sitios especiales para enfermos en hospitales o reclusorios en condiciones deprimentes que carecen de recursos para proporcionarles tratamiento y rehabilitación.

El derecho como única ciencia del saber humano que busca la justicia y la equidad para el individuo y sociedad, no puede seguir soslayando estas injusticias debidas a causas explicables pero no justificables.

Las normas legales actuales relacionadas con la protección del enfermo mental, la atención hospitalaria psiquiátrica, riesgos del trabajo que repercuten en la salud mental requieren modificaciones y el establecimiento de mecanismos que aseguren el cumplimiento de las disposiciones legales al respecto.

CAPITULO I

ENFERMEDAD MENTAL Y ENFERMO MENTAL

Las enfermedades mentales son tan antiguas como el hombre. El hombre primitivo creía que los enfermos mentales estaban poseídos por espíritus malignos, sentía ante ellos horror y les temía (en la actualidad muchas personas les siguen temiendo). Puesto que había tanto espíritus buenos, como espíritus malos, se les practicaban a los enfermos trepanaciones o agujeros en el cráneo, pensando que por ahí saldrían los malos espíritus y la persona sanaría.

Posteriormente surgieron magos y sacerdotes que realizaban rituales en templos primitivos, como el de Esculapio (Grecia) y el de Saturno (Roma), aprovechaban recursos naturales como el aire de las montañas y aguas termales de los manantiales cercanos, para tranquilizar a los alienados que mejoraban notablemente con el esparcimiento.

Fue en la esplendorosa Grecia Antigua, donde surgieron en el Siglo IV antes de la Era Cristiana, pensadores como Hipócrates, que descartó el origen divino de la epilepsia, y consideró que la enfermedad mental, no era obra de los espíritus, sino mal funcionamiento del organismo.

Los conocimientos de la Medicina Griega, pasaron a Roma, donde continuó el estudio de los enfermos y el trato humanitario, característico de esa época.

En el Siglo V.D.C., declinó la civilización grecoromana, -- volviendo a aparecer el obscurantismo, la demonología, la magia y el exorcismo.

Algunos pacientes cuyos síntomas de enfermedad eran ver demonios ó sentirse poseídos por ellos, cuando no sanaban con -- los exorcismos, eran torturados o quemados cruelmente en la hoguera.

En el Siglo XVIII en Francia, el Dr. Phillipie Pinel - - (1745-1826), estuvo a cargo de los reclusos de Bicetre; cam - bio los métodos de tratamiento tradicionales, por limpieza, - libertad y trato más humanitario a los pacientes a quienes libero de las cadenas. Se interesó por las bases científicas de la terapéutica y al hacerse cargo del hospital de Salpêtrière implantó su nuevo método con excelentes resultados.

En 1862 Jean Charcot, establece en Salpêtrière, la clínica -- neurológica más grande de esa época, extendiendo su fama por toda Europa. En 1885-1886 llegó a ella Sigmund Freud, él estudio y observó los avances de Charcot y sus colaboradores, de - sarrollando su teoría psicoanalítica que puso de manifiesto - la importancia de la dinámica de la vida humana.

En el Siglo XX se realizan investigaciones científicas que logran el avance de la Psiquiatría, pero aún sigue a la zaga de otras ramas de la Medicina. Esto es entendible por que toda -- vía la mayoría de las personas tienen un concepto distorsiona

do de lo que es la enfermedad mental y el enfermo mental.

Las enfermedades mentales no se pueden conceptuar, en los mismos términos que las enfermedades orgánicas, en las que pueden localizarse un grupo de células o tejidos que funcionan - desordenadamente. En los trastornos mentales hay una desorganización de la personalidad que se manifiesta por impulsos -- primitivos, las experiencias y necesidades del enfermo, son - expresadas por medio de conductas anormales incomprensibles - para la mayoría de las personas.

Las teorías de la comunicación proporcionan un esquema que -- permite considerar la relación estructural del hombre, su ambiente y la influencia de experiencias pasadas, que permiten al individuo reconocer, seleccionar y establecer un patrón de respuesta que determina su conducta posterior. El cerebro funciona como sistema central que integra y comunica sistemas orgánicos internos del sujeto con el mundo exterior.

Todas las formas de conducta son una reacción ante aspectos - del vivir, no siempre es fácil delinear un criterio para diagnosticar la existencia de enfermedad mental. Hay una línea -- ininterrumpida de continuidad entre lo que es conducta normal y anormal.

La persona sana mentalmente muestra en su conducta, que percibe su propia identidad, tiene un propósito en la vida, es - autónoma, percibe la realidad y da soluciones realistas a sus

problemas personales.⁽¹⁾

El adulto sano tiene capacidad de dar afecto a otras personas, entender sus necesidades, lograr una relación heterosexual satisfactoria, ser activo y productivo, tolerar las frustraciones, realizar sus tareas hasta obtener éxito y manejar el stress, obtener placer de diversas fuentes y aceptar sus limitaciones en forma realista.

El concepto de salud mental perfila varias características deseables en todo individuo, pero seria muy aventurado marcar un límite fijo para decir hasta que grado se es sano o enfermo. El criterio más aceptado es el grado en el cual la conducta se vuelve nocivamente sustitutiva al extremo que la persona maneja los problemas en forma irreal y no con decisiones racionales.

En los trastornos de la personalidad los síntomas representan el esfuerzo del individuo por equilibrar sus respuestas a las presiones que ejercen sobre él factores sociales, psíquicos y físicos.

Cuando el individuo no logra manejar las presiones y no resuelve satisfactoriamente sus conflictos se presenta la enfermedad mental.

Cualquier falta de continuidad entre la personalidad y las características psíquicas del individuo antes de estar enfermo y cuando lo esta, es solo aparente. La enfermedad mental re-

⁽¹⁾ Kolb C. Laurence, Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. La Prensa Médica, 4a. ed., México 1975, págs. 94-96

presenta el resultado progresivo de características previas a su enfermedad, de manera que solo veríamos un esbozo de la -- personalidad del individuo, cuando sufre de esta enfermedad.

El concepto actual de la psicopatología incluye todas las variaciones en las pautas totales de las reacciones del individuo ante la vida, como trastorno global de la personalidad⁽²⁾

Lo anormal solo es expresión exagerada o desequilibrada de lo normal. Lo más acertado es considerar que la mayoría de las -- manifestaciones de psicopatología no son resultado o expre -- sión de alguna enfermedad, sino una forma de conducta producto de la dotación orgánica del individuo, las influencias de su hogar, los cambios traumáticos que modificaron el desarrollo de la personalidad, el tipo de reacciones de autodefensa y cualquier problema corporal que altere la integridad o la -- eficiencia de la persona.

Los trastornos mentales deben considerarse como pautas de -- reacción humana, cuyo desencadenamiento se inicia ante una si tuación de tensión emocional. Es erróneo pensar que los individuos que manifiestan síntomas nerviosos o mentales son dife rentes a los normales.

Los conceptos expresados anteriormente guían la mayoría de -- corrientes psiquiátricas actuales. Aunque hay cuestiones inte resantes que plantean otros autores, que opinan en forma distinta, como Thomas S. Szasz.⁽³⁾

⁽²⁾ Kolb, opus Cit., pág. 93

⁽³⁾ Szasz S. Thomas. The problem of psychiatric nosology. --- American Journal of Psychiatric. 114, 1957, págs. 405-413.

Este autor opina que el término enfermedad mental, se usa en forma genérica para describir algo distinto a otras enfermedades, que se pueden localizar en forma precisa en alguna área anatómica del organismo. Es importante conceptuar la trascendencia de lo que puede considerarse como enfermedad mental. En todas las sociedades actuales, el diario vivir implica un proceso difícil de adaptación. Las dificultades para el hombre moderno no provienen de luchar por la supervivencia biológica, sino de tolerar tensiones y presiones inherentes a la convivencia social con personalidades humanas más complejas cada día.

El concepto de enfermedad, ya sea física o mental, implica -- una desviación con respecto a una norma definida. En el caso de enfermedades físicas la norma para marcar la desviación es la integridad estructural y funcional del cuerpo humano.

¿Cuál sería la norma para juzgar la desviación en la enfermedad mental ?

Todas las respuestas estarían basadas en conceptos psicosociales, éticos y legales.

Los psiquiatras hablan de represiones excesivas, o de las actuaciones de las personas por impulso inconsciente, lo que -- ilustra el empleo de conceptos psicológicos para juzgar si -- existe o no enfermedad mental.

La idea de que la hostilidad, el deseo de venganza y el divor

cio son indicativas de alteraciones mentales, evidencia el -- uso de una norma ética, ya que la sociedad prefiere para su -- buen funcionamiento las actitudes contrarias.

Se piensa que solo una persona trastornada mentalmente podría matar a alguien, en este caso se usa una norma legal, para -- conceptuar un hecho como anormalidad mental.

Por lo que se ejemplificó, se observa que para calificar las desviaciones de lo normal se usan normas psicosociales, éticas y legales, haciendo necesario dilucidar quien define las normas y marca el grado de desviación que cae en el terreno -- de la enfermedad.

Las definiciones del término normal se basan en el perfil característico que tienen las personas consideradas como sanas, los que difieren de dicho perfil son anormales porque no pertenecen al grupo mayoritario.

La desviación hacia los extremos de esa curva de normalidad -- se considera anormal. Esta connotación además tiene el marco cultural del grupo, lo que se considera normal en una sociedad o grupo, puede ser considerado una franca anormalidad en otra cultura.

Szasz⁽⁴⁾ considera que las enfermedades mentales funcionan como un mito cómodo, que sirve para disimular el hecho cotidiano de que la vida diaria es una lucha continua por los valores humanos, no solo por el alimento para el cuerpo. El indi-

(4) Szasz, opus cit. pág. 410.

viduo cree en la salud mental (conceptuada como ausencia de enfermedad) y acepta las pautas que le marca la sociedad como válidas, porque son respaldadas por el grupo mayoritario de los normales.

El mito de las enfermedades mentales, hace creer que la convivencia social sería armoniosa, sino fuera por la influencia desdichada de estos padecimientos. Los adversarios en la lucha del hombre no son los demonios, ni el destino, ni los trastornos mentales, con lo que hay que luchar es con los problemas del vivir ya sean biológicos, económicos, políticos o sociopsicológicos. El argumento que propone es que las enfermedades mentales son un mito que disfraza y hace más aceptables los conflictos en las relaciones humanas.

Como se ha expuesto la divergencia entre los autores principia desde si existen o no las enfermedades mentales o solo son una forma de vida que adopta una minoría de personas, como reacción a las presiones que ejerce la sociedad para que acepten y se adecuen a las normas que ella marca y si no lo hacen serán reclusos en una institución psiquiátrica.

La otra corriente afirma que las enfermedades mentales existen como cuadros patológicos definidos; es necesario emplear el método científico para buscar sus causas y definir métodos de tratamiento y rehabilitación.

Para los propósitos de este trabajo se acepta que:

- Existe la enfermedad mental.
 - Varios factores condicionan su aparición.
 - Los enfermos mentales, requieren protección social y legal.
- Para el desarrollo del tema se usarán las siguientes definiciones:

Enfermedad Mental.- Son variaciones en las pautas totales de reacciones del individuo ante la vida, que le impiden usar -- adecuadamente sus procesos de adaptación, desajustando el -- equilibrio de su funcionamiento interno y la apreciación obje tiva de la realidad. (5)

Enfermo Mental.- Es la persona con conducta anormal por trastornos de la personalidad o del carácter, que le impiden el -- ajuste en sus esferas biopsicosociales y resolver los problemas en el vivir. (6)

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS ENFERMEDADES MENTALES

Uno de los aspectos de la psiquiatría en que hay más discrepancias, es la causalidad de las enfermedades mentales.

Se han efectuado investigaciones para analizar diversos factores en relación con las enfermedades mentales, los principales son:

CONSTITUCION

Se conceptúa como la dotación orgánica del individuo derivada de su genotipo y las influencias prenatales. Estos caracteres

(5) Kolb, Ibidem, pág. 64.

(6) Gregory Ian, Psiquiatría Clínica, Ed. Interamericana, 2a ed., México 1970, pág. 49.

se asocian con la inmunidad o la predisposición a enfermedad. (7)

Como representa la potencialidad de reacción de la persona, la constitución es importante para determinar los tipos de conducta que se consideran básicos de la personalidad.

HERENCIA

Cada etapa del desarrollo humano se determina por la interrelación entre el organismo y las fuerzas del medio ambiente, que se entrelazan más a medida que se crece, hasta que es imposible separarlos.

Antes de atribuir a la herencia un trastorno mental, hay que precisar que los rasgos o trastornos en una familia no siempre se transmiten por genes; muchos padres pueden transmitir a sus hijos sus problemas emocionales por medio de la convivencia. En una familia cuando una generación no satisface sus necesidades, lo refleja de alguna manera en la generación siguiente que convive con ellos, surgiendo dificultades en los jóvenes para adaptarse y así los problemas se pueden acrecentar de generación en generación, como ocurre con los modelos de conducta neurótica que se transmiten, no se heredan.

Se ha observado que varios trastornos psicóticos son más frecuentes en individuos de la misma familia, que en el resto de la población.

Kalman (8) realizó estudios sobre la frecuencia de la esquizo

(7) Gregory Ian, idem, pág. 79

(8) Kalman F.J. The genetic theory of schizophrenia en analyses of 691 schizophrenic twin inde families. American Journal of Psychiatry 1946, págs. 309-322. Citado por Kolb, opus cit. pág. 137.

frenia, encontrando que el hijo de un esquizofrénico tiene 19 veces más posibilidades de padecerla que el resto de la población que solo tiene 0.85 de probabilidades.

Opina que la salud y la adaptación son propiedades biológicas fundamentales, cuyo común denominador es la potencialidad hereditaria para ser sano o enfermo.

EDAD

La edad es importante para la frecuencia de las enfermedades mentales.

Las psicosis son raras en niños, empiezan a aparecer en la -- adolescencia, aumentan su frecuencia conforme aumenta la -- edad, las etapas más críticas son la adolescencia, involución y senectud, no solo por los cambios físicos que se sufren, si no por los problemas psicológicos que plantean.

En la adolescencia hay muchos trastornos debido a la incon -- gruencia entre demandas ambientales y la madurez del indivi -- duo. Hay problemas de integración del sexo al modelo de perso -- nalidad, deseo de emancipación de los padres, selección de -- profesión u ocupación futura e identificación del rol social que se desea tener en la vida.

En el período de involución los problemas principales son: -- disminución de la actividad de glándulas endocrinas y repro -- ductivas, confrontación con los conflictos y frustraciones no resueltas en etapas anteriores del desarrollo.

Los cambios de la personalidad son más aparentes al inicio de la senectud, debido a procesos degenerativos del cerebro, pero más por el desplazamiento social, cesación de la vida laboral y segregación familiar que sufre el anciano, provocándole sentimientos de inutilidad e ineptitud.

SEXO

En los hospitales ingresan más hombres que mujeres, la proporción es de 6 hombres por 5 mujeres.

Hay varios tipos de enfermedades que son más frecuentes en los hombres, como neurosífilis, psicosis alcohólica, traumática y las asociadas a epilepsia y arteriosclerosis cerebral.

En las mujeres son más frecuentes las psicosis maniaco depresivas, la melancolía involutiva, la paranoia y otros tipos de psicosis. (9)

ASPECTOS FAMILIARES Y SOCIOCULTURALES

Familia

La familia es la unidad social primaria en todas las sociedades. Todo grupo humano ha concebido prescripciones y proscripciones tradicionales para asegurar que la familia cumpla con las tareas que le define su cultura, a la vez es el vínculo entre una y otra generación que garantiza la estabilidad de la cultura, también es el elemento básico para el cambio cultural.

Los problemas en la integración y organización de la familia

(9) Kolb. ibid., pág. 140.

causan al niño dificultad en la identificación del papel que le corresponde en la vida, produciéndole ansiedad crónica que aumenta la predisposición a sufrir mayores trastornos y desajuste cuando llega a la adolescencia. Además cuando se convierte en adulto tiende a repetir con sus hijos los patrones de comportamiento que aprendió en su hogar.

La manera en que se acoplan las parejas para formar una familia futura es importante para la aparición de las enfermedades mentales.

Los hombres y mujeres con alteraciones psiquiátricas se casan con mayor frecuencia entre sí, lo que aumenta la posibilidad de que sus hijos enfermen mentalmente, por incremento en la predisposición hereditaria y la convivencia dentro de un núcleo familiar donde hay transacciones que conducen hacia el desarrollo de aberraciones en la personalidad.

Ya no se puede ver al individuo sin ubicarlo dentro de la familia, ya que hay lazos de interdependencia entre sus miembros.

De acuerdo a diversas teorías psicodinámicas, se deduce de la historia del desarrollo de los pacientes, la importancia determinante que tuvo su infancia y entorno familiar para crear una personalidad predispuesta a tener trastornos mentales.

EL MATRIMONIO

Entre los humanos y en algunas otras especies, existe la necesidad

sidad de auto-realizarse a través de la convivencia con la pa
reja. Dos personas pueden contraer matrimonio con finalidades
distintas a la de fundar una familia y procrear hijos, como -
pueden ser: convivencia, intereses económicos o presiones so-
ciales. Entre las menos conscientes se encuentra la de querer
independizarse de la familia de origen.

Las personalidades y valores socioculturales que aporta cada
cónyuge al matrimonio determina la relación que habrá entre -
ellos, resultando pautas de interacción que van a influir en
sus hijos. Una función importante de la familia es la repre-
sentación de masculinidad y femineidad de acuerdo a su grupo
cultural, que sirven como pauta de identificación sexual para
sus hijos, de modelo de relaciones maritales y ejemplo de divi-
sión de responsabilidades y actividades dentro del matrimo --
nio.

Las necesidades del modo de vida actual han propiciado que la
familia nuclear se aisle de las familias de origen y parien--
tes próximos, ya sea por distancia geográfica o actividades -
de cada familia, esto hace que sea más importante el papel de
los padres como única fuente de identificación para sus hi --
jos.

Hay diversos problemas a los que se enfrenta el matrimonio. -
Las relaciones prematrimoniales y extramatrimoniales, no de -
ben juzgarse con criterio moral, hay sociedades que las permi

ten en forma más libre y eso no impide que los matrimonios -- funcionen en forma estable como en las sociedades donde se -- les restringe esta actividad.

El divorcio se ha considerado como medida de estabilidad y -- ajuste de los miembros de una sociedad. Pero es un fenómeno -- social que se modifica de acuerdo a costumbres, códigos religiosos y variaciones en las leyes que los facilitan o dificultan, cuando los divorcios son muy difíciles de realizar legalmente se tendría que comparar la cifra de divorcios con la de matrimonios que viven separados. (10)

ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIARES

Desde el punto de vista psicodinámico, en la familia los pa -- dres son los que funcionan como líderes. Tienen obligación de satisfacción sexual entre sí y en la mayoría de los grupos sociales las relaciones sexuales de los padres con otros miem -- bros de la familia está conceptualizado como tabú.

Las generaciones dentro de la familia se dividen en dos, ha -- ciendo que la relación de cada hijo sea triangular con sus padres, el hijo se relaciona con sus dos padres y la afectivi -- dad y actitudes de los padres convergen hacia él; todos constituyen una unidad estructural y funcional, sus tareas más importantes son la superación de situaciones de crisis y la -- adaptación evolutiva de la familia. Estas fases incluyen, nacimiento de los hijos, etapa escolar, pubertad, la adolescen-

(10) Freedman M. Alfred. Compendio de Psiquiatria. Ed. Salvat, 1a. ed., México 1975, pág. 75.

cia y separación; las enfermedades, problemas económicos y separaciones temporales o permanentes, son situaciones que ponen a prueba su cohesión.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

El desarrollo de la personalidad de los niños depende de la conducta individual y conjunta de la pareja. Cuando el niño empieza a relacionarse con los demás, la tarea de los padres es ayudarlo a sentirse seguro para que pueda desplazarse más allá de la familia sin tener inquietud excesiva. Todas las actividades de crianza de los hijos deben estar matizadas por confianza y protección, el hecho de hablar con el niño acerca de sus experiencias internas y externas es esencial. Solo a través de la comunicación y confianza con sus padres el niño aprende a relacionarse con personas extrañas a la familia.

Una de las metas primordiales de la familia, es que los niños al crecer ocupen su lugar como miembros de la sociedad, cada paso hacia la emancipación está basado en etapas que tienen que sobrepasarse, como son la asistencia a la escuela, vacaciones fuera del hogar, etc., dependiendo del ajuste y ayuda que tengan en ellas será la madurez que adquieran para vivir como personas adultas.

La ampliación de las expectativas de vida, ha hecho que generalmente todos los miembros de la familia vivan reunidos por varios años y la muerte de familiares mayores se ve a distan-

cia y no se experimenta como pérdida real; cuando uno de los hijos se va a estudiar fuera o se casa, es cuando la familia experimenta una reacción de duelo que altera su dinámica y -- equilibrio.

La familia debe tener relaciones afectivas que permitan la comodidad de sus miembros, atmósfera de tranquilidad y sin formulismos, que permita expresar libremente necesidades de afecto e interdependencia. Las actividades creativas y de esparcimiento alivian la rutina, permitiendo que la familia como grupo subordine las necesidades individuales a los fines y actividades de grupo.

DESORDENES FAMILIARES

La desintegración familiar se suscita por muerte o ausencia - de los padres o porque uno de ellos no asuma sus funciones, - la persona que queda al frente de la familia se sobrecarga de actividades y responsabilidades que aumentan su tensión emo-cional lo que le impide funcionar en forma adecuada.

La familia desorganizada cuenta con todos sus miembros, pero estos no asumen las funciones correspondientes despertando inquietud y resentimiento en el resto de la familia.

Cuando alguno de los padres padecen algún trastorno mental se establecen ligas afectivas inadecuadas entre la pareja con repercusión negativa en la formación de los hijos.

La subnormalidad mental no siempre se debe a causas genéti --

cas, puede deberse a deprivación educativa, afectiva o limitaciones propias de nivel socioeconómico y cultural bajo.⁽¹¹⁾

La incapacidad o el fracaso de uno de los padres puede constituir un modelo que predispone al hijo del mismo sexo a la confusión e ineptitud para las relaciones en la vida social.

En un sistema de familia extensa donde conviven varias generaciones y hay parientes consanguíneos y por afinidad, los adultos pueden permanecer vinculados a sus padres y depender emocionalmente de ellos, causando que la toma de decisiones sea fuera de la familia y condicionada a otras personas. La inmadurez de alguno de los cónyuges puede llevarlo a buscar dentro de la familia una posición de dependencia similar a la de un hijo, ambas situaciones trastornan la estructura familiar.

FAMILIAS CISMATICAS

Para la génesis de los trastornos mentales es más importante el cisma familiar, que la separación real de los padres. En este tipo de problema, la familia en forma disimulada o abierta se divide en bandos debido a rivalidades y competencia entre los padres; los niños son forzados a tomar partido, lo que les crea una situación conflictiva. Se ha observado esta situación en los antecedentes familiares de un porcentaje muy alto de pacientes esquizofrénicos.⁽¹¹⁾

FACTORES SOCIOCULTURALES

La sociedad cubre varias necesidades de sus integrantes, como

⁽¹¹⁾ Kolb ibid pág. 142.

⁽¹²⁾ Freedman opus cit., pág. 78

son protección y pertenencia a un grupo; varias actividades - que no pueden realizarse en forma individual tienen éxito -- cuando se emprenden en grupo.

Analizando la evolución del hombre en sociedad, vemos que se ha logrado a base de conflictos entre dos o más grupos o dentro de un solo grupo. El problema para la sociedad ha sido -- llevar al mínimo los conflictos peligrosos entre individuos y grupos, canalizando las energías agresivas del hombre al servicio de la comunidad. Para llevar a cabo esto, se han establecido metas comunes que permiten ciertas satisfacciones a los miembros del grupo. (13)

Sherif realizó una serie de experimentos sobre conflictos entre grupos, demostró que cuando dos grupos tienen metas conflictivas y solo uno puede lograrlas a expensas del otro, sus miembros se tornan más hostiles entre sí, cuando se trabaja para metas comunes se logra la participación recíproca y se alienta el desarrollo armonioso de los dos grupos. (14)

Las sociedades exigen cierto grado de colaboración y aceptación de ideales o normas sociales, expresados informalmente en costumbres, reglas morales y formalmente en leyes.

La posición o estado que ocupa un individuo en una estructura social, trae consigo derechos y obligaciones. La forma en que se desenvuelve el individuo en esa posición se denomina papel o rol.

(13) Freedman opus cit., pág. 74.

(14) Sherif M. Experiments in group conflict. Scientific American November 1956. Citado por Gregory -- Ian, Ibid, pág. 158.

La aprobación y desaprobación social están determinadas de -- acuerdo al rol, a las recompensas que trae consigo su desempeño se les llama prestigio. El estado que ocupa un individuo -- en la sociedad, se llama conferido cuando lo ocupa por haber nacido en determinada clase social independientemente de sus cualidades o méritos, se llama logrado cuando el individuo lo adquiere por méritos propios.

La movilidad social permite que los individuos asciendan o -- desciendan en los estratos o capas sociales; hay sociedades -- cerradas en las que es muy difícil el cambio, en las socieda-- des abiertas hay mayor oportunidad para que el individuo lo -- gre ascender a clases sociales altas y ocupe lugares prominentes, ambos sistemas tienen ventajas y desventajas para la so-- ciedad y para el individuo. El estatus social conferido pro-- porciona seguridad personal, la sociedad cerrada obtiene su -- estabilidad a costa de la ineficacia y frustración de muchos individuos que se sienten mejor dotados para desempeñar el -- puesto que ocupa otro sujeto solo por haber nacido en determinada clase social.

Por otra parte el rango obtenido permite a individuos que tienen cualidades contribuir con su máximo esfuerzo al logro de objetivos y estimulando la competencia. La competencia individual cuando es ilimitada conduce a la desorganización e imposibilidad de alcanzar metas, además da sensación de inutilidad personal.

El estudio de factores sociales y culturales que participan - en forma importante en la psicopatología es muy complejo.

Hay varias formas en que la sociedad influye en la adaptación de los individuos:

1. Define las obligaciones por medio de normas y conductas es peradas.
2. Demanda aceptación de estatus social y rol, pidiéndoles -- que se adapten a las metas globales de la comunidad.
3. Disciplina por medio de logros y sanciones.

En un período de tiempo, una sociedad se desarrolla de acuerdo a la complejidad de su organización y las expectativas al futuro que tienen sus miembros. Se ha observado que la sociedad puede influir en la presentación de trastornos mentales, cuando prevalecen en ella situaciones de incertidumbre, frustración, conflicto, tensión y privación. Cuando las obligaciones de los individuos no están concebidas con claridad y las demandas de la sociedad exceden la capacidad de adaptación, - la disciplina puede ser excesiva causando inseguridad y desajuste emocional en sus integrantes.

En las sociedades modernas hay varios factores ambientales no civos para el hombre, como son: ruido, contaminación atmosférica y del agua, escasez y baja calidad de alimentos, congestión del tráfico, etc.

Estos factores crean en el individuo un estado de stress.

El stress consiste en respuestas involuntarias y repetitivas del organismo ante factores externos de apremio, como defensa ante la pérdida de la homeostasis o equilibrio orgánico. (15)

Cada uno de los factores tiene efecto específico y diferente a los demás, su común denominador es obligar al organismo a defenderse.

El stress es un síndrome de adaptación, consta de tres etapas:

- 1º Reacción de alarma ante el estímulo.
- 2º Etapa de resistencia, con adaptación satisfactoria al agente específico de apremio.
- 3º Etapa de agotamiento, después de la exposición más allá del límite de resistencia del organismo.

En estas etapas va disminuyendo la resistencia del organismo a los demás factores que le causan apremio.

Este estado actúa como factor precipitante en algunas personas con predisposición a trastornos mentales, sometidas además a la acción de otros agentes nocivos como carencia de elementos biológicos esenciales (descanso, alimentos nutritivos, etc.) y exposición a cambios súbitos y repetitivos. Las lesiones del stress son más graves cuando actúan en individuos jóvenes.

Las reacciones de stress se presentan por el alto grado de --

(15) Gregory Ian opus Cit., págs. 108 y 109.

competitividad que marca la sociedad, exigiendo adaptación -- diaria a nuevos factores nocivos. Actualmente se piensa que -- la dedicación desmedida al trabajo es un síntoma y no causa -- de trastorno mental. La persona con rasgos neuróticos trabaja con intensidad, porque el trabajo le sirve para disminuir la angustia, a la persona retraída le sirve como medio de relación con los demás. El trabajo es una actividad importante -- porque proporciona sensación de éxito, da oportunidad de expresar actitudes creadoras y favorece el compañerismo. Es conocido el gran índice de depresiones que sufren las personas recién jubiladas; al abandonar su ocupación, pierden la sensación de utilidad y el contacto con su grupo de compañeros.⁽¹⁶⁾

Existen factores en el ambiente social como, diversos grados de competencia, represiones sexuales, conflictos que causan -- frustración y códigos contradictorios que van alterando la capacidad de adaptación del individuo.

Los factores sociales que se estudien siempre deberán estar -- vistos dentro del marco cultural del grupo, hay diversas actitudes conceptuadas como patológicas para un grupo y en otra -- forman parte de sus costumbres y son plenamente aceptadas. Al afirmar esto en sus investigaciones, Arieti y Meth subrayaron que las concepciones son distintas en varias culturas; ejemplos: En occidente el suicidio siempre se conceptúa como trastorno mental grave y en oriente es una obligación para conservar el honor familiar. Afirman también "entre los isleños de

⁽¹⁶⁾ Kolb, Ibidem págs., 144-145.

Dobu (Melanesia), ninguna mujer cuerda deja sin vigilancia -- su marmita en la cocina, por temor de ser envenenada; para no otros esta conducta indicaría paranoia. Entre los habitantes de Pappua es tradicional que el hermano e hijo de una mujer - practiquen relaciones homosexuales. En el Tibet un grupo de - hermanos heredan la segunda esposa de su padre cuando envejece. Un varón de la tribu navojoa puede casarse con una viuda que tenga una hija y más tarde abandonarla y casarse con la - hija. (17)

Las áreas geográficas también tienen relación con la incidencia de trastornos mentales. En las zonas urbanas son mas frecuentes las psicosis por alcohol, drogas, así como las psiconeurosis. En zonas rurales se presentan más las psicosis seniles y la debilidad mental. La esquizofrenia se presenta en cifras iguales en los dos tipos de zonas. En las clases socia - les de altos ingresos hay frecuencia mayor de trastornos compulsivos y en los grupos económicamente bajos más agresión fisica.

Como se ha comentado hay diversos factores que son importan - tes para estudiar el origen de los trastornos mentales y mu - chas las modificaciones sociales que deben efectuarse para -- prevenirlos.

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES MENTALES

En la actualidad se ignora⁷ el origen o causa de la mayoría de

(17) Arieti S. y Meth J.M. 1959. En American Handbook of Psy -
chiatry New York Basic Books Inc. Cap. 7, cit. post --
Gregory Ian, opus cit. pág. 181.

las enfermedades mentales, existen muchos cambios en las clasificaciones de las mismas, así como discrepancia entre las - Escuelas de Psiquiatría y entre los países. Es posible que muchas enfermedades mentales pudieran en el futuro ser cosas -- sencillas de tratar, cuando se conozcan sus causas.

Una de las clasificaciones más aceptadas internacionalmente - es la de la Asociación Psiquiátrica Americana, que las agrupa en la forma siguiente:

- I. Enfermedades Mentales Orgánicas
- II. Psiconeurosis
- III. Psicosis
- IV. Depresiones
- V. Reacciones Psicofisiológicas
- VI. Trastornos de la Personalidad
- VII. Retraso Mental

I. ENFERMEDADES MENTALES ORGANICAS.

En este grupo se engloban todos aquellos padecimientos que tienen sintomatología psiquiátrica, en los que ya se han - hecho estudios anatómicos cerebrales y se observan lesiónes en los tejidos como, enfermedades degenerativas, tumores, procesos inflamatorios, trastornos de la circulación propios de la arteriosclerosis.

Estas enfermedades se caracterizan por alteraciones de la memoria y desorientación del paciente. La mayoría de estos

enfermos no se recuperan en forma total y requieren de -
largos periodos de internamiento hospitalario.

II. PSICONEUROSIS.

El término psiconeurósis es equivalente al de neurosis, -
son enfermedades que aparecen en la juventud o en la vida
adulta, se caracterizan por angustia crónica o depresión.
Casi toda la población tiene alguno o varios rasgos de es
tos síntomas neuróticos y para definir si un paciente su-
fre de neurosis, es necesario escuchar su relato en el --
que prevalece la angustia. La mayoría de los signos y sín-
tomas son subjetivos.

Las neurosis se presentan con mayor frecuencia que las --
psicosis y representan el porcentaje más alto de la con-
sulta médica de los hospitales psiquiátricos y un número
importante en la consulta general.

III. PSICOSIS

En las psicosis el individuo pierde contacto con la reali-
dad, no sabe quién es, ni el lugar y tiempo en el que se
encuentra, no tiene conciencia de estar enfermo. Paralela-
mente a esto se produce grave alteración de su conducta -
en la que puede atentar contra su vida o contra la de los
demás.

Sus grupos diagnósticos son:

3.1 Las esquizofrenias

3.2 La psicosis maniáco-depresiva.

3.3 La psicosis paranoide.

3.4 Las psicosis psicogénicas.

IV. DEPRESIONES

Los síndromes depresivos son muy frecuentes y se encuentran asociados a reacciones de ansiedad. En el período -- posterior al parto, se han descrito depresiones sintomáticas, probablemente debido a cambios hormonales o psicológicos. También después de enfermedades virales severas se presentan estos cuadros; caracterizados por reducción en la actividad física, expresión de tristeza o ansiedad y -- sensación de impotencia para realizar sus actividades propositivas.

Las enfermedades depresivas son graves, ya que en varias ocasiones terminan en suicidio, aunque diagnosticadas a tiempo evolucionan favorablemente con los tratamientos actuales.

V. REACCIONES PSICOFISIOLÓGICAS

Estas enfermedades, se llaman también psicosomáticas y se caracterizan por desplazamiento de la ansiedad hacia el -- funcionamiento del organismo. De esta manera, hay reacciones psicofisiológicas de la piel, del aparato digestivo, etc. Estos pacientes acuden al médico por síntomas muy variados, que dependen del órgano de choque afectado, los --

más comunes son: dolor de cabeza, dolores musculares, --
diarreas y agruras.

VI. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Es un grupo de trastornos que se desarrollan en la infancia y en cuyo origen tienen profunda influencia factores familiares, sociales y antropológicos.

La personalidad se define como la suma de temperamento y carácter, incluye características físicas, intelectuales y afectivas del individuo que le dan individualidad y parecido a sus congeneres.

- Hay trastornos de la personalidad como las psicopatías o reacciones antisociales que además de ser estudiados por la medicina, lo son por la antropología y la sociología; ya que los trastornos que las caracterizan, se manifiestan hacia la sociedad en que viven y contra los códigos éticos que rigen al grupo humano en que se desarrollan.

Los psicópatas o sociópatas desde edades tempranas tienen conflictos serios con la autoridad en el seno de la familia y posteriormente con las autoridades policíacas, no desarrollan sentimientos de culpa por robar, golpear o matar y no tienen conciencia de enfermedad.

- La adicción a drogas y el alcoholismo son enfermedades clasificadas como trastornos de la personalidad, en las

que intervienen factores individuales, socioculturales, tecnológicos y económicos.

- Hay trastornos de la personalidad que se presentan con menos frecuencia, como son las desviaciones sexuales, - que consisten en intereses sexuales dirigidos a personas del mismo sexo o a diferentes objetos. Realizando - su actividad sexual en circunstancias anormales. Las -- más comunes son:

1. Homosexualidad.- Interés sexual por personas del mismo sexo.
2. Pedofilia.- El placer sexual solo se experimenta con niños.
3. Transvestismo.- La necesidad imperiosa de vestir ropas del sexo opuesto.
4. Exhibicionismo.- Se exhiben los órganos genitales en sitios públicos.
5. Sadismo.- Se siente placer en causar dolor a la pareja.
6. Masoquismo.- Solo se obtiene placer sexual por medio de golpes y malos tratos.

Estudios recientes acerca de los trastornos de la personalidad destacan la importancia que tiene para su aparición la infancia del individuo, su dinámica familiar y el medio ambiente que lo rodea.

VII. RETRASO MENTAL

Es un déficit global de las capacidades intelectuales -- del individuo debido a causas genéticas o adquiridas en la infancia como secuelas de enfermedades infecciosas ce rebrales o traumatismos craneoencefálicos.

La Asociación Psiquiátrica Americana, clasifica este -- trastorno en ligero, moderado y grave, basandose en el -- nivel de inteligencia y la conducta adaptativa que pueda desarrollar el sujeto.

El sujeto con coeficiente intelectual* de 85 a 90, tiene inteligencia limitrofe. Solo se puede distinguir de los individuos normales en la edad adulta, cursa sin dificul tad hasta sexto grado y necesita escuelas especiales pa- ra realizar estudios secundarios. Puede ser autosuficien- te económicamente.

Cuando el coeficiente es entre 70 a 85, el individuo -- aprende a comunicarse verbalmente y hábitos de higiene -- personal. No puede adquirir habilidades académicas fun- cionales. Requiere cuidado continuo.

Con coeficiente intelectual menor de 50 el retardo men- tal es obvio, necesita asistencia de otra persona en for ma permanente, no puede desarrollar ninguna actividad en forma independiente. (18)

* Calificación del nivel de inteligencia por aplicación de pruebas psicométricas.

(18) Kolb, opus cit., págs. 356 y 357.

Anteriormente al retraso mental entre 50 y 70 se le llama imbecilidad, e idiota a quien tenía menos de 50.

CAPITULO II

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

En la historia de la humanidad siempre ha existido el consumo de drogas, para conquistar nuevas vivencias, estimular el pensamiento o desterrar los sufrimientos. El hombre sistemáticamente ha buscado recursos artificiales para ser más creativo y sufrir menos.

En el presente siglo el consumo de drogas es indiscriminado y se ha extendido en todo el mundo, afectando principalmente a los adolescentes y jóvenes, obstaculizando el desarrollo y madurez que deberían alcanzar en esas etapas de la vida.

Cada consumidor de drogas tiene motivaciones propias, pero - en su mayoría son: curiosidad, sentimiento de pertenencia a un grupo, compensación de sentimientos de inferioridad o inseguridad; se puede enumerar una gama amplia de motivos, pero la interrogante sería el porque la inclinación a las drogas se manifiesta durante las etapas en las que el individuo debería aspirar al bienestar y la felicidad.

Un factor que ha contribuido al cambio de vida de esta generación, es la mecanización necesaria para el progreso, pero concebida dentro de un aparato burocrático que va en contra de los intereses humanos.

El modelo de la sociedad tecnológica que prevalece en la --

cultura occidental data de fines del siglo pasado, solo cambia en el empleo de nuevas máquinas, pero las estructuras de la sociedad siguen siendo arcaicas y no avanzan al ritmo del progreso tecnológico, causando impacto en el ambiente, las interrelaciones y la mentalidad humana.

La tecnología ha modificado el ambiente de manera abrumadora sustituyendo cada día espacios verdes, por espacios urbanos y destruyendo los recursos naturales. La preocupación por la contaminación ambiental data de los últimos años, cuando ya existía el desequilibrio ecológico, que se produjo libremente desde hace varios años.

En las relaciones interpersonales la comunicación auténtica ha disminuido, proliferan las relaciones superficiales que obedecen a alguna conveniencia, provocando que cada día haya menos acercamiento entre vecinos, amigos y familiares.

Otro cambio en la mentalidad contemporánea es la subordinación de los intereses altruistas a los pecuniarios. Esto crea un contexto psicosocial, en el los adultos se oponen al cambio social, manteniendo tradiciones y formas sociales rígidas, que no evolucionan ni son congruentes con el momento histórico. La juventud se siente imposibilitada para modificar las disfunciones sociales y restringida a seguir solo lo ya marcado o establecido.

El inicio al consumo de drogas suele producirse en grupo. La

psicología de grupo, es distinta a la del individuo en forma aislada. En el grupo hay elementos psicológicos nuevos, distintos a las cualidades psíquicas de los miembros que lo integran. El jefe o líder es el que más influye dentro de él, la distribución de papeles psicológicos se produce en las primeras fases de integración, alguno de los miembros asumen los papeles de animador, adulator, opositor, gracioso, el que se debe sacrificar, etc. La elección del líder está condicionada a diversos factores, en unos grupos se elige a la persona de mayor actividad intelectual, en otros a quien se interrelaciona mejor; en los de farmacodependientes se elige al que tiene personalidad más anómala o psicopatológica o al que tiene más posibilidad de conseguir droga.⁽¹⁾

La evasión de la realidad por medio de las drogas implica una renuncia a participar en la lucha diaria por la vida.

Exigiría un estudio exhaustivo cada uno de los diversos factores socioculturales que actúan como causa predisponente para aumentar el número de personas que sufren trastornos emocionales o enfermedades mentales. En este capítulo solo se tratan:

- El alcoholismo por ser la adicción que afecta a mayor número de personas.
- La farmacodependencia porque daña al grupo de población de adolescentes y adultos, jóvenes con graves consecuencias -

⁽¹⁾ Valenzuela Rogelio H.- Manual de Pediatría, Ed. Interamericana, 9a. Ed. México 1975, Pág. 651.

para la sociedad.

- El problema del niño maltratado trastorna el funcionamiento armónico de la familia que es la base de la sociedad, favoreciendo que proliferen el número de personas hostiles y resentidas que actuarán en forma agresiva con sus hijos, causando alteraciones emocionales que repercutirán en su desarrollo integral físico, emocional y social.

1. ALCOHOLISMO

La historia de la humanidad nos muestra el gusto constante que el hombre ha tenido por el alcohol, ha buscado en el alivio al dolor o sentir placer. Es individual el concepto de lo que cada persona entiende por placer, lo que le causa dolor y aflicción y lo que entiende por medios aceptables para obtener o evitar estos sentimientos.

Cuando los hombres ingieren alcohol o drogas probablemente solo buscan el bullicio o la soledad, la alegría o la tranquilidad, el éxtasis o el olvido, o el escape a su mis sería.

El alcohol se ha usado por su efecto de pasajera alegría, de hacer que el hombre se exalte a sí mismo y se libere de sus represiones. En la mayoría de las culturas siempre se ha asociado a ritos religiosos, costumbres sociales y familiares. El hombre lo usa desde la cuna hasta la tumba en todas las circunstancias, empezando en el brindis por

el bautizo, porque se graduó, se casó, llegada de un hijo, para mitigar la tristeza por la muerte de un ser querido, etc. En la época actual es innegable que el hecho de beber juntos hace cohesión dentro de un grupo, se puede afirmar que son escasas las fiestas que se realizan sin consumir alcohol. El alcohol tiene además valores simbólicos que le concede un grupo determinado, como "levantar el ánimo" al que esté triste, al deprimido lo hace sentir que puede realizar hazañas, el que bebe se siente liberado del control familiar ya sea de los padres o del cónyuge.

Hay otros factores que despiertan la apetencia y atraen al individuo al consumo del alcohol, como son:

- El volumen y la multiplicidad de anuncios publicitarios en favor de su consumo.
- Accesibilidad para adquirirlo.
- Venta indiscriminada de alcohol.

Todos estos elementos están sostenidos por grandes intereses económicos de diversas empresas que se dedican a la producción, transporte y distribución de bebidas alcohólicas.

Los factores culturales influyen en el índice de alcoholismo, por ejemplo este hábito es menos frecuente entre chinos y judíos. Esta influencia está demostrada por la

variación en la proporción de alcoholómanos según los grupos profesionales, sociales, las civilizaciones y el sexo. (2)

Analizando en base a las ocupaciones se distinguen empleos que predisponen al individuo al consumo excesivo de alcohol, como las ocupaciones que requieren grandes esfuerzos físicos, labores agrícolas, actividades políticas y las relacionadas con producción y distribución de bebidas alcohólicas. Los empleos de chofer foráneo, agente viajero o marinerio que imponen frecuentes períodos de separación del hogar son elegidos por el alcohólico potencial que muestra preferencia particular por estas tareas que le permiten satisfacer su deseo de cambio y huir de una realidad monótona y rutinaria.

Es importante para la evolución del alcoholismo, la relación estrecha con otros alcohólicos, sobre todo en épocas tempranas de la vida cuando la imitación inconsciente y la identificación son fáciles; con frecuencia se encuentra en la historia del alcohólico que en su infancia convivio con otro en el hogar. Tiene un papel importante la apreciación que el grupo cultural tiene del acto de beber y la actitud que la sociedad tiene hacia el bebedor o el estado de embriaguez; la tolerancia hacia este estado es variable y a veces excesiva, es más aceptado en el hombre que en la mujer.

(2) Kolb opus. Cit. Pág. 227.

Madeddu (3) estudio grupos primarios de alcohólicos y de mostró que es determinante la presión que ejerce el grupo en cada uno de sus integrantes. En ellos se pone de mani- fiesto la necesidad de dependencia, demanda de ayuda y ne- cesidad de comunicación, también son importantes las rela- ciones entre el papel asumido por el sujeto en el grupo - de bebedores y la actitud asumida por la familia. El bar o la cantina cumple para muchos alcohólicos, la función de su hogar, es el sitio de convivencia donde hay compa- ñeros con los que estructura un grupo desprovisto de toda - exigencia, que sustituye la atmósfera familiar que le exi- ge el cumplimiento de sus obligaciones y lo hostiliza por su adicción.

El alcohólico tiene problemas para adaptarse a situacio - nes que implican responsabilidad o estrecha relación in - terpersonal que exija comportamiento de adulto maduro emo- cionalmente, está actitud con frecuencia desajusta su vi - da matrimonial y tiende a resolver los conflictos con la separación o divorcio.

Hasta principios de este siglo el alcohólico era conside - rado como vicioso. El concepto de vicio se aplica a diver- sas actividades que realiza el ser humano como el tabaquis- mo o uso de fármacos, indica que los individuos pierden - el control sobre sí mismos y realizan estas conductas, sa-

(3) Madeddu Antoin. Considerations sur le groupe primaire et sur la formation spontanée de groupes parmi les sujets - alcooliques. Rev. Alcool 11, 3, Paris 1965. Págs.161-172

biendo que dañan su salud.

El alcoholismo actualmente se considera como una enfermedad cuya base es un trastorno previo de la personalidad, que se desarrolla cuando hay factores socioculturales que facilitan su aparición.

Los psiquiatras han mostrado tendencia a considerar el alcoholismo y otras toxicomanías, como trastornos de la personalidad, pero hay alcohólicos que pueden ser neuróticos o psicóticos. El alcohol produce reacciones tóxicas en el adicto, la respuesta es individual y depende de la tolerancia y personalidad previa. En general la sociedad tiene más aceptación hacia el consumo del alcohol que hacia otras drogas.

"El alcoholismo es un trastorno de conducta crónico manifestado por una preocupación desmedida por el alcohol y su utilización, en detrimento de la salud física y mental, con pérdida del control cuando se empieza a beber y por una actitud autodestructiva en las relaciones personales y situaciones vitales."(4)

El alcoholismo está basado en motivos inconscientes y sirve como medio para mantener el equilibrio emocional. Las personas no alcohólicas pueden beber unos cuantos tragos de vez en cuando, pero controlan la cantidad y periodicidad con que beben. El alcohólico ya no tiene este control

(4) Freedman, ibidem, pág. 427.

y bebe en grandes cantidades y por períodos más o menos largos. El alcohol cumple para estos sujetos las siguientes funciones: (5)

1. Crear confianza y superar sentimientos de inferioridad o inseguridad.
2. Alivio de la ansiedad; el individuo alcoholizado se enfrenta a situaciones que evade en otras circunstancias.
3. Esquivar responsabilidades, suprimiendo los sentimientos de culpa.
4. Substituto de la hostilidad el estado de embriaguez puede sustituirse o disfrazar la hostilidad hacia la familia.
5. Regresión, el alcoholismo hace que el enfermo reviva vivencias de su niñez, en las que su comportamiento despertaba atención y cuidado maternal.

El alcoholismo propicia conductas antisociales y trastornos en el juicio moral. Cada día aumenta la frecuencia mundial y es alto el costo que pagan los individuos y la sociedad por el aumento de accidentes con pérdidas materiales y de vidas humanas.

La posibilidad de que el alcoholismo se herede es una pregunta que aún no se contesta. Se han realizado estudios en jóvenes adoptados para discriminar los factores genéti

(5) Solomon Philip. Manual de Psiquiatría. Ed. El Manual Moderno, 2a. Ed. México 1976. Págs. 183-184.

cos de los ambientales. En esta investigación se buscó el componente genético del alcoholismo y las alteraciones de conducta observadas en la infancia y adolescencia de sujetos adoptados que fueron posteriormente diagnosticados como alcohólicos. Los resultados obtenidos fueron:

- Mayor incidencia de alcoholismo en jóvenes adoptados -- provenientes de familias biológicas con antecedentes de alcoholismo.
- No hubo correlación directa entre trastornos de conducta de la infancia y antecedentes de alcoholismo en la familia biológica.
- Las personas que desarrollaron alcoholismo, tuvieron en sus antecedentes alteraciones conductuales en la infancia y adolescencia.

Concluyeron que existe un factor genético importante en la aparición del alcoholismo.⁽⁶⁾

Otra afirmación discutida es la responsabilidad de alcohólicos en la comisión de la mayor parte de los crímenes. - En la actualidad se considera que tanto el alcoholismo como la criminalidad son provocados por factores sociales y culturales muy similares. La inestabilidad emocional y la personalidad mal integrada caracterizan tanto al criminal como el alcohólico, la relación entre alcoholismo y crimen es que se deben a causas comunes, no que una sea ante

⁽⁶⁾ Cadoret R. Gath. Aspecto hereditario del alcoholismo estudiado en jóvenes adoptados. Salud Mental V. 2, Año 2, Nº 1, Marzo 1979, Págs. 3 y 4.

cedente necesario de la otra.⁽⁷⁾

El alcoholismo tiene diversas clasificaciones, la más -
usual es la siguiente:

1. Alcoholismo Social.- Se presenta en personas inseguras que asisten a reuniones sociales con objeto de beber, lo que les permite exteriorizar sentimientos y relacionarse con los demás.
2. Dipsomanía.- Es una forma de beber episódica que puede durar varios días o semanas, en la que el individuo bebe hasta la embriaguez y pueden pasar varios meses, -- hasta que el episodio vuelve a repetirse.
3. Alcoholismo Patológico.- Hay personas en las que el alcohol causa efectos anormales, cuando se ingiere aún - cantidades mínimas (a veces una sola copa) se presentan crisis de agresividad en las que es posible cometer diversos actos antisociales sin recordar lo sucedido.
4. Alcoholismo Crónico.- Siempre tiene inicio insidioso y evoluciona hacia el alcoholismo crónico consuetudinario.

El alcoholismo crónico generalmente causa problemas -- en la interrelación familiar, baja productividad en el trabajo; problemas legales por: infracciones, accidentes de tránsito, agresividad o riñas frecuentes. El or

⁽⁷⁾ Kolb opus cit. Pág. 230.

ganismo empieza a resentir los efectos del alcohol; - la desnutrición y la dependencia física se desarrollan al acostumbrarse a dosis altas de alcohol.

En cualquiera de los tipos de alcoholismo la persona puede presentar diversos cuadros psiquiátricos, los más frecuentes son: delirium tremens, alucinosis alcohólica y crisis de agresividad, para su tratamiento o requieren internamiento en una institución especializada.

El alcoholismo es un problema de salud muy serio que se -- acentúa más cada día. Un factor decisivo para el aumento -- de consumo de bebidas alcohólicas es la publicidad. Sobre esta cuestión son interesantes las opiniones externadas -- por Jean Trillet*, en la entrevista sobre el tema "La Publicidad y el Alcohol", (8) expuso lo siguiente.

- La publicidad al elogiar la alegría que produce el alcohol, nulifica la acción informativa que las organizaciones encargadas de la salud pública proporcionan al público, dirigida a alertarlo sobre los peligros que causa el abuso del alcohol. Sin tratar de ser moralizantes, solo informan a la ciudadanía adulta que puede seleccionar -- sus propias acciones y no inciden los mensajes en la conducta de los grupos en riesgo.

- Es incomprensible la actitud del gobierno que hace un --

* Vicepresidente del Comité Nacional de Estudios e Información y Director del Comité Nacional de Defensa contra el Alcoholismo de Francia.

(8) Trillet Jean.- La Publicidad y el Alcohol. Salud Mental Vol. 3, Nº 3, Otoño 1980, págs. 44-46.

esfuerzo considerable y emplea recursos económicos en la lucha contra el alcoholismo y al mismo tiempo permite la publicidad masiva en favor del alcohol.

- En la publicidad de bebidas alcohólicas se invierten cantidades exorbitantes, por lo que se deduce que el margen de ganancia por la venta es muy alto. En Francia se invierte en la publicidad de alcohol, diez veces más de lo que el Estado y organismos privados gastan en la lucha contra el alcoholismo.

Las opiniones de este autor pueden ser aplicables al problema del alcoholismo en México, donde la publicidad juega un papel semejante, al fomentar el consumo de bebidas alcohólicas.

2. DROGADICCION

En los últimos años se ha extendido enormemente el problema del uso, abuso e intoxicación con drogas. La toxicomanía - que antes era aislada, ha llegado a aceptarse entre la gente joven como prueba de valor, de desafío y modo aceptable de romper canones tradicionales. La práctica de intoxicarse se ha extendido a escuelas preparatorias, secundarias y aún a las primarias a pesar de los esfuerzos y empeño de organismos oficiales y privados para prevenirla.

La adicción a drogas es resultado de la interacción de diversas fuerzas culturales que propician adquirirlas con fa

ilidad, oportunidad para iniciar su uso y ejercen presiones sociales para continuar empleandolas. En China y otros países asiáticos es fácil conseguir el tóxico, la frecuencia de adicción a narcóticos es mayor debido a que el tráfico de drogas permite obtener grandes ganancias. En los países de Europa Occidental, (Inglaterra) la adicción a -- narcóticos se maneja como problema médico, el tráfico de -- drogas proporciona bajas ganancias y su uso carece del incentivo de algo prohibido, dando como resultado menor número de adictos.

El inicio de las adicciones esta motivado por el deseo de conocer un estado de satisfacción personal distinto o la creencia de que aumentan las percepciones y la creatividad. Otros individuos llegan a ser adictos porque los fármacos -- reducen la angustia y tensión emocional. Cualquiera que -- sea la motivación inicial, la adicción revela desequilibrio en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad.

El individuo para iniciarse necesita del contacto previo -- con otros adictos, que hacen proselitismo vendiendo la droga para obtener fondos para comprar la propia.

Otro grupo de adictos adquieren el hábito en el transcurso de alguna enfermedad, en la que por prescripción médica empezaron a usar la droga sin prever los resultados.

En las familias de adictos, la figura paterna carece de --

firmeza y no inculca al niño controles internos para en --
frentarse a situaciones de frustración, los conflictos le
producen ansiedad excesiva que maneja en forma inmadura, -
por lo que fracasa al tratar de resolver sus problemas vi-
venciales y recurre a la droga para evadir la realidad que
no puede enfrentar.

Cualquier caso de fármacodependencia tiene tres aspectos:

- La droga y sus efectos.
- La persona fármacodependiente, con todas sus caracterís-
ticas.
- El medio ambiente y la sociedad donde se produce la fár-
macodependencia.

La fármacodependencia afecta lo mismo a jóvenes que adul -
tos, a pobres como a ricos, cada grupo de edad y cada cla-
se social consumen preferentemente ciertas drogas. El gru-
po de jóvenes es el más afectado y donde los resultados --
son más dramáticos. Hay muchos seres humanos que necesitan
consumir drogas para dormir, para despertar, para traba --
jar, para descansar o para hacer frente a exigencias de la
vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que el tér-
mino fármacodependencia sustituya a los anteriores como to-
xicomanía, drogadicción o hábito. La define de la siguien-
te manera:

"Fármacodependencia es el estado psíquico y a veces físico

causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continúa ó periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación⁽⁹⁾

Existe gran número de drogas o fármacos que pueden originar farmacodependencia. Se clasifican de acuerdo al efecto que producen sobre el estado psíquico y la actividad mental del sujeto. El efecto puede ser de dos tipos:

- Las que aceleran la actividad mental y producen excitación, se llaman estimulantes.
- Las que retardan se llaman depresoras.⁽¹⁰⁾

	Estimulantes	Anfetaminas	
		Cocaínas	
			Marihuana
			L.S.D.
- Drogas o fármacos capaces de provocar dependencia		Alucinógenos	Mezcalina
			Psilocibina
	Depresores	Alcohol	
		Barbitúricos	
		Tranquilizantes	
		Morfina, heroína y codeína	
		Inhalantes	

⁽⁹⁾ Kolb, ibidem. Pág. 603.

⁽¹⁰⁾ Freeman, ibid. Pág. 703.

Cada droga produce manifestaciones particulares en el individuo que las consume. Sin embargo existen varios datos generales que identifican al fármacodependiente; hay que tener en cuenta que lo más común es que la persona sea adicta a varias drogas.

La conducta es lo primero que cambia en el sujeto que empieza a intoxicarse, el cambio es súbito hay trastornos de la atención, modifica su rutina de vida, baja el rendimiento laboral o escolar. Empieza a ser irresponsable, hay - ausentismo del trabajo o escuelas, su estado de ánimo es - inestable, va de la alegría a la tristeza exagerada, del enojo a la cordialidad, del interés a la apatía y de la actividad aumentada a la indiferencia.

Con el uso frecuente aumenta la tolerancia, por lo que se eleva la dosis y frecuencia de la intoxicación, la persona necesita más ingresos para comprarla, se vuelve descuidado en sus hábitos higiénicos y en la manera de vestir. Cuando se intoxica con dosis altas puede tener alteraciones graves como alucinaciones, delirios en los que piensa que lo persiguen, se puede volver muy agresivo o eufórico; en este período necesita internarse en un hospital especializado para control médico.

Actualmente para el tratamiento se prefiere que la estancia hospitalaria sea corta y el paciente se trate sin separarse de la familia y sin dejar de hacer sus actividades.-

El tratamiento se basa en fortalecer los mecanismos mentales del sujeto para que se enfrente a sus problemas en forma realista y objetiva.

La fármacodependencia es un problema mundial, varios países coordinados por la Organización de las Naciones Unidas, han empleado posibles soluciones y las han difundido con intención de crear medidas internacionales para controlar el tráfico de drogas. Los aportes importantes en este campo son:

- Lo que se denomina: "El Triangulo de Oro" de los estupefacientes, (opio, morfina, heroína y codeína), está formado por Birmania, Laos y Tailandia, que tienen configuración geológica, clima y suelo similares, sus colinas cubiertas de bosques están situadas entre 400 y 2,000 mts. de altura, son inaccesibles por falta de carreteras e inundaciones en época de lluvias. Estas tierras están pobladas por tribus pobrísimas, para las que la amapola es el monocultivo que les proporciona los únicos ingresos que les permiten subsistir. Emplean todo su trabajo y esfuerzo para producir el opio, que venden a bajísimos precios a los traficantes, que al distribuirlo por toda Asia, obtienen ganancias incalculables.

Para abocarse a la solución de este problema los tres países han unido sus esfuerzos. Su estrategia principal es el desarrollo rural integrado de cada subregión, coo-

perando para esto las Naciones Unidas y Noruega. Se están buscando otras fuentes de ingreso para los agricultores del opio, estableciendo un plan quinquenal específico para sustituir el cultivo de amapola con otros cultivos y la cría de ganado. Este plan ya está dando sus frutos, en Thailandia se cosecharon en 1978 450 mil toneladas de alubias que se vendieron a buen precio.

En Laos se sigue la misma táctica, se hacen grandes esfuerzos para la rehabilitación de toxicómanos, cabe mencionar la labor realizada en un poblado llamado "Kilometro 62" en el que los extoxicómanos junto con sus familias han recibido adiestramiento especial, para trabajos de agricultura, cría de ganado, sistemas de riego, producción de seda, artesanías y pequeñas industrias familiares. (11)

- En España se expenden sin necesidad de receta un sinnúmero de medicamentos que pueden causar adicción como son las anfetaminas. Se ha visto que la publicidad aumenta la demanda y ya se ha vuelto común su uso entre estudiantes.

España no es país productor de estupefacientes, pero por su situación geográfica ocupa un lugar preponderante para el tráfico de drogas, ya que es un país de entrada al continente europeo, los puntos principales para el tráfico

(11) Naciones Unidas, Carta de Información, División de Estupefacientes, 1-2, Enero-Febrero 1978, Págs. 5-6.

co nacional son Madrid y Barcelona.

En Madrid se hizo un estudio de personas detenidas por consumo y tráfico de drogas, el 90% eran varones y de ellos el 25% menores de veinticinco años, el 90% solteros, el 44% solo tenía educación primaria, había 5% con educación universitaria. La mayoría usaba varias drogas simultáneamente e iniciaron su uso por influencia de varios "amigos". Las drogas que más se trafican son las derivadas del cáñamo indio.

En este país la necesidad más imperiosa es contener el tráfico de drogas.⁽¹²⁾

- En Canadá como en todo el mundo, el problema del abuso de drogas ha alcanzado proporciones alarmantes.

Los datos de las encuestas realizadas en Quebec son:

El 80% de la población consume alcohol y calculan que en 1981 el número de alcohólicos será de 573,000 personas.

El uso excesivo de tranquilizantes expedidos con o sin receta ha alcanzado proporciones altas entre los jóvenes, además se consumen marihuana y alucinógenos. En toda la provincia de Quebec se ha establecido un programa de acción, que comprende información preventiva, pronta intervención para la desintoxicación y rehabilitación, formando además grupos de ayuda mutua.

El programa incluye organizaciones que aseguran servi--

⁽¹²⁾ Castillon L. Miguel. La problemática de las drogas en España. Salud Mental, Vol. 1, Año 1, Nº 4. Oct. 78. Pág.9

cios sociales y de salud, centros de servicio comunitario local, centros médicos y centros de recepción para programas de rehabilitación. (13)

- En Estados Unidos, se han hecho varias investigaciones para conocer mejor el problema de la farmacodependencia, se han ensayado varias formas para abatir los índices de frecuencia.

Uno de sus principales logros ha sido liberar del sistema carcelario a los adictos que portan para uso personal pequeñas cantidades de marihuana, en tanto que se han dictado medidas carcelarias más severas para proveedores y traficantes de drogas. La propuesta es introducir en el sistema jurídico una citación no criminal para el delito de posesión de marihuana, que propicie que la persona se ponga en tratamiento, evitando su ingreso a un reclusorio.

El Dr. Robert L. Dupont* considera que la toxicomanía es "un problema humano de larga duración y para valorarlo hay que cuantificar lo que le ha costado a la sociedad en pérdida de mano de obra, salud, accidentes y crímenes. El pensar que la sociedad debe convivir con ella es erróneo y basta ver los resultados que se han tenido con el alcohol y el tabaco, por los que se paga un alto precio social por el privilegio de que cada ciudadano es

* Director del Instituto Nacional de la Farmacodependencia en Estados Unidos.

(13) Paranteau F. Drug Abuse Epidemiology and Government Policies Adopted in Quebec, Ref. en Salud Mental Vol. I, Año 1, Nº 4, 1978. Pág. 6

tablezca su propio nivel de consumo de estas sustancias que representan un costo de cuarenta billones* anuales - de dólares en tabaco y diecisiete en alcohol. Si se les diera la misma tolerancia a las drogas, los costos sociales equivaldrían a lo que se gasta ahora en alcohol"(14)

Los Estados Unidos tienen como objetivo controlar y reducir el ámbito del abuso de drogas y su impacto en la sociedad. Para lograrlos, utilizarán técnicas y recursos -- disponibles y medidas más efectivas para reducir el consumo ilícito de drogas.

La farmacodependencia no se puede resolver solo con medidas legales, en los Estados Unidos el 60% del presupuesto se utiliza para combatir la drogadicción, reduciendo la demanda mediante programas de salud y el otro 40% para disminuir el tráfico de drogas.

El tratamiento no es solo médico, debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario que atienda al paciente dentro de la institución y el hogar.

Las investigaciones han incrementado los conocimientos - sobre farmacodependencia, en el campo de la prevención - las ciencias de la conducta humana, han comprobado que - factores negativos como aburrimiento, sentimiento de fracaso o falta de autoestima, aumentan la posibilidad de - desencadenar actitudes personales destructivas que incli

* En los países anglosajones un billón equivale a mil millones.

(14) Dupont L. Robert. Exitos y fracasos de Estados Unidos en sus experiencias con la farmacodependencia. Salud Mental Vol. 1, Año 1, Nº 3. 1978, Págs. 19-23.

nan al sujeto a iniciar la adicción.

Se estima que en Estados Unidos hay cinco millones de -- personas adictas a la heroína, con un costo anual de -- seis billones de dólares y otros quince millones de adictos a la marihuana.

La necesidad principal en el área de prevención, es la -- realización de estudios valorativos adicionales, encaminados a medir el éxito de los programas para reducir el uso de drogas. Los nuevos programas de prevención incluyen educación para la salud y estrategias orientadas a -- utilizar el núcleo familiar y amigos del adicto, como -- factores principales para su curación y rehabilitación.

También es importante la colaboración entre los países -- para buscar soluciones conjuntas, que resuelvan el problema del tráfico de drogas. Un ejemplo es la colaboración entre México y Estados Unidos. La producción de heroína y marihuana es alta en México por la demanda que -- estos estupefacientes tienen para su consumo en Estados Unidos, las grandes ganancias que se obtienen en el tráfico ilícito estimulan en México el aumento de estos cultivos. Solo el esfuerzo conjunto ha logrado la disminución del tráfico de drogas. (15)

Otra interrogante sobre la farmacodependencia, es el por qué se usan las drogas. Los investigadores enuncian las

(15) Dupont L.R. Opus Cit. Pág. 23.

siguientes teorías:

1. Teoría Biofisiológica.- Hace hincapié en la predisposición biológica y la interacción entre el cuerpo y la sustancia activa de las drogas. En estos estudios se han buscado predisposiciones heredadas, constitución morfológica y factores genéticos, como causa del uso inmoderado de drogas sin hallar una respuesta contundente.
2. Teoría del Aprendizaje y del Condicionamiento.- Enfatizan el efecto que las drogas tienen en una persona "normal", la gente aprende a buscar los efectos de algunas drogas en particular y a menudo continúan tomando esa droga, por desconocer otra manera de canalizar su ansiedad.
3. Hay otro grupo de teorías que buscan el origen de la personalidad fármacodependiente en la infancia del sujeto, pero a pesar de las investigaciones realizadas, hay pocos datos que aumenten nuestra comprensión de las razones que impelen a una persona al consumo de drogas.

También se han realizado diversos estudios para analizar los efectos de la fármacodependencia, con los resultados siguientes:

1. Se ha demostrado que los consumidores de drogas (dos

o más simultánea) sufren daño neuropsicológico importante sobre todo, cuando asocian el uso de sedantes - con hipnóticos o opiáceos. No se ha establecido todavía relación clara entre el efecto y la dosis para es clarecer esto, se revisaron 151 pacientes que habían consumido depresores, estimulantes, alcohol, opiáceos o marihuana, con anterioridad mínima de diez años; se les aplicaron pruebas psicológicas para valorar daño cerebral y se les practicó examen médico riguroso para detectar lesiones físicas. Los resultados fueron: el 62% de las personas estudiadas no tenían lesión -- aparente, el 38% presentaban lesiones neuropsíquicas de diverso grado. Para la aparición del daño fue más relevante el tipo de droga y de vida del sujeto que - la cantidad de droga consumida. Se concluyó que los - pacientes que consumían drogas múltiples, presentaron mayor grado de lesión y tenían menos información so-- bre los efectos nocivos del uso de drogas. (16)

2. La marihuana es una de las drogas más usadas en Méxi- co, su uso se asocia con reacciones de alegría y tran- quilidad. En el simposio realizado en Helsinki, (Fin- landia) en 1978, se dieron a conocer otros efectos se- cundarios a su uso como: depresión de los niveles de testosterona (hormona masculina), anomalías en los es permatozoides y disminución de los anticuerpos que de

(16) Carlin A. Predicción de Daño Neurológico en Consumidores de Múltiples Drogas. Salud Mental. Vol. 2, Nº 2 (1) Marzo 1979; Pág. 14 y 15

fienden al organismo de las enfermedades.(17)

3. En Estados Unidos (Illinois) se realizó un estudio, -
utilizando una muestra de 150 personas que tenían más
de dos años consumiendo marihuana, se encontró modifi
cada su habilidad para manejar vehículos o maquinaria
por lentificación de los reflejos y alteración de la
percepción del tiempo y distancia. Para ellos consti-
tufa un gran riesgo realizar estas actividades.(18)

En nuestro país, una de las dependencias que en la actua-
lidad causa mayores estragos entre la infancia y la ju-
ventud, es la adicción a sustancias volátiles, se pre-
senta en todos los estratos sociales, es más frecuente -
en niños de siete a catorce años. Por las dimensiones --
del problema se han buscado con urgencia las causas de -
su aparición.

Hay dos tipos principales de usuarios de inhalantes:

1. Los experimentadores eventuales, que después usan - -
otro tipo de drogas.
2. Los abusadores crónicos.

En los sitios donde se populariza el uso de inhalantes -
se desarrolla un sistema de distribución; que tiene como
mayor incentivo para el consumo, la convivencia en grupo
y no la ganancia económica en la distribución. Los abusa

(17) Kubler N.E. Consumir marihuana y manejar es una combina-
ción peligrosa. Salud Mental Vol. 1 Año 1, Nº 4 1978. --
Pág. 11.

(18) Allg. H. La Cannabis puede producir infertilidad y dis-
minuir la fertilidad. Salud Mental. Vol. VI, Nº 4, Oct.
1978. Pág. 8

dores crónicos proceden de familias inestables, desorganizadas y problemáticas. El inicio al uso de inhalantes está en estrecha relación con el alcoholismo, desatención y maltrato de los padres hacia el menor. La intoxicación está aumentando entre adolescentes mujeres que son más discretas en su uso, por lo que se les descubre con más dificultad que a los varones. Los inhaladores empiezan a hacerlo en compañía de amigos o hermanos, no tienen ningún ritual específico para el consumo ni usos lingüísticos peculiares. Pasan generalmente desapercibidos en los centros educativos, pero con la cronicidad empiezan a tener conductas antisociales y problemas con la justicia. (19)

Numerosos investigadores han alertado a los profesionales del Sector Salud sobre los efectos del uso crónico de inhalantes, se ha encontrado en que los usuarios sufren trastornos de la memoria y confusión, dificultades en el aprendizaje, labilidad emocional y pobre control de impulsos.

Los datos obtenidos en investigaciones en población mexicana, permiten afirmar que el uso de inhalantes debe figurar como problema prioritario en los planes de salud. (20)

A partir de 1972 el Centro Mexicano de Estudios en Sa -

(19) Valenzuela, Ibidem, pág. 654.

(20) Medina Mora Ma. Elena. El uso de inhalantes en México. - Salud Mental, Vol. 7, Nº 1, Primavera 1984, Págs. 15-17

lud Mental (CEMESAM) efectuó varias investigaciones para buscar estrategias que ayuden a resolver el problema de la fármacodependencia. Se han hecho estudios en hogares, población estudiantil y población de reclusorios. Se han realizado encuestas locales y nacionales, para determinar: extensión del problema, drogas de uso más frecuente, grupos de población que las consumen con mayor frecuencia y los factores que puedan disminuir su consumo. Antes de 1972 todas las investigaciones se habían realizado en el ámbito hospitalario.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría ha estructurado un programa nacional para luchar contra la fármacodependencia, que consta de cinco subprogramas: ⁽²¹⁾

1. Tratamiento y rehabilitación
2. Investigación
3. Capacidad de personal
4. Prevención
5. Apoyo a otros programas o actividades en contra de la fármacodependencia.

1. TRATAMIENTO Y REHABILITACION

De acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, se han creado servicios intermedios para tratamiento y rehabilitación, integrados a los servicios de salud ya existentes. Estos servi --

(21) Pucheu Regis Carlos. Estado actual y perspectivas de la fármacodependencia en México. Trabajo presentado en el Simposio Internacional sobre Actualización en Fármacodependencia, Alcoholismo y Salud Mental. México, D.F. -- Sept. 1979.

cios se han instalado en varios centros de salud y - hospitales generales de la Secretaría de Salud. En - la actualidad se cuenta con una red de 31 servicios, 20 en la zona metropolitana de la Ciudad de México y 11 en los Estados de la República. Para los casos que requieren internamiento se han dispuesto medidas especiales dentro de los hospitales psiquiátricos oficiales.

2. INVESTIGACION

Los programas de investigaciones clínicas y psicosociales comprenden la investigación evaluativa de los servicios que se prestan a las comunidades y el análisis de los resultados de los tratamientos, buscando las mejores posibilidades de costo-beneficio para emplearlos en gran escala. Se colabora también con - la Organización Mundial de la Salud en los proyectos "Búsqueda intensiva de casos" y "Respuestas de la -- comunidad a los problemas relacionados con el alcoh -- ol".

El primero tiene como objetivos, penetrar en las comunidades de alto riesgo para el consumo y abuso de las drogas, localizar usuarios, estudiar sus hábitos de consumo e involucrarlos en programas de prevención y tratamiento.

El segundo aplica una nueva metodología para identi-

ficar patrones de consumo de alcohol, respuestas de la comunidad al problema y los daños e incapacidades que produce el consumo de drogas.

3. CAPACITACION DE PERSONAL

Para la formación y perfeccionamiento del personal profesional se han diseñado varios cursos a distintos niveles, que se imparten no solo a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos sino a personas que en alguna forma están cerca del problema como maestros, policías, personas de la comunidad que pueden actuar como auxiliares.

4. PREVENCIÓN

Las actividades educativas van dirigidas a sectores de la población con alto riesgo de farmacodependencia, de acuerdo a estudios previos realizados en las comunidades. Se busca alertar a la población y detectar oportunamente los casos para tratamiento, para esto se produce material audiovisual y folletos de fácil comprensión que evalúan posteriormente la eficacia de los mensajes para la protección de la salud.

5. APOYO A OTROS PROGRAMAS O ACTIVIDADES CONTRA LA FARMACODEPENDENCIA

Se da apoyo a los programas contra la producción y tráfico de drogas que lleva a cabo La Procuraduría

General de la República, mediante la implantación y mantenimiento de laboratorios dedicados a dictámenes periciales químicos. Se proporciona asesoría técnica que contribuye a la adecuación y perfeccionamiento de la legislación sobre fármacodependencia y cumplimiento de los acuerdos internacionales en materia de fiscalización de drogas.

De las investigaciones realizadas recientemente por este Instituto Mexicano de Psiquiatría, sobresalen - varios aspectos estadísticos de los estudios sobre - fármacodependencia.

- De las drogas de uso no médico, la de mayor consumo es la marihuana, le siguen los inhalantes. Las cifras de adicción a la heroína, cocaína y alucinógenos no es significativa en nuestra población.
- De las drogas de uso médico las más empleadas son las anfetaminas y los barbitúricos.
- En la frecuencia de uso por edades:
 - La marihuana se consume más entre personas de 18 a 24 años.
 - Los inhalantes entre sujetos de 14 a 17 años.
 - El uso de anfetaminas se incrementa entre los 35 y 49 años.
 - Los tranquilizantes en personas de más de 25 - -

años.

- El consumo de barbitúricos tiene dos polos, los utilizan sujetos entre 14 y 17 años y población mayor de 50. (22)

Las investigaciones sobre fármacodependencia señalan como problemas graves:

1. El alcoholismo como adicción más frecuente en los grupos etarios más productivos económicamente.
2. Los inhalantes como sustancia de mayor consumo entre niños y jóvenes.

Estos problemas son complejos y no hay forma específica para solucionarlos, para disminuir su gravedad, hay que realizar acciones socioeconómicas que resuelvan la subalimentación, la falta de medios para la educación, el subempleo y la desocupación, el hacinamiento, la pobreza y faciliten el acceso a servicios de salud y seguridad social.

Es necesario coordinar los esfuerzos de organismos oficiales privados para mejorar el nivel de vida de la población.

Los programas de rehabilitación realizados hasta ahora, tienen porcentaje insatisfactorio de adic -

(22) Medina Mora Ma. Elena. Reporte Interno del CEMEF. Enseñanza e Investigación. Vol. IV N° 1 (7) 1978. Cuadernos científicos.

• tos rehabilitados, altos índices de deserción, recaídas y prolongación de tratamientos, lo que eleva los presupuestos y aumenta la demanda de recursos físicos, humanos y financieros.

Es necesario implementar programas de educación para la salud, que promuevan los valores positivos de la juventud, empleando su energía en actividades recreativas y culturales.

La Ley General de Salud y el Programa contra las adicciones estatuyen las acciones que realizará el Sector Salud para la solución de este problema de salud que tiene gran repercusión social.

3. EL NIÑO MALTRATADO

En la actualidad hay gran promoción de los métodos de planning familiar, para permitir a cada pareja decidir el número de hijos que puede criar y educar. Algunas parejas tienen sentimientos ambivalentes sobre la paternidad, les produce ansiedad la responsabilidad y les atrae las gratificaciones que proporciona.

El niño desde antes de nacer tiene derechos, de los cuales, el ser deseado y amado es el más importante; no puede desarrollarse adecuadamente sin una base afectiva firme, que brinde oportunidad de lograr la supervivencia, el aprendizaje para adaptarse a las situaciones, seleccionar

pareja y ser un adulto que pueda resolver sus problemas.

Para algunas personas es difícil amar a sus hijos; generalmente como resultado de experiencias infantiles, en -- que fue víctima de la agresión, aunadas con vivencias como hambre, pobreza y desempleo. La desnutrición y pobreza son variables que van unidas, el niño sufre carencias des de el seno materno que se acentúan después del nacimiento, abarcando no solo el aspecto orgánico sino también el afectivo.

Cuando los padres tuvieron oportunidad para alimentarse bien, educarse, desempeñar trabajos bien remunerados y re crearse sanamente, pueden proyectar sentimientos positivos hacia sus hijos. Si afirmamos esto, tendremos que -- aceptar que la sociedad es responsable también del futuro de los niños

El niño tiene características especiales que lo diferencian de los adultos, es alegre, inquieto, busca el "por -- que" de todas las cosas, no mide el peligro y confía en -- todas las personas.

La infancia es la etapa más importante en la vida del individuo. De las satisfacciones y privaciones que tenga en este período, dependerá la conformación de su carácter y la estructura básica de la personalidad; en etapas posteriores como pubertad, adolescencia y edad adulta, el indi

viduo puede modificarse pero no cambiar en forma radical.

En la formación de la personalidad y el carácter del niño, intervienen varios factores:

- Genéticos.- Por medio de la herencia se transmiten características físicas, nivel de inteligencia y la predisposición a determinadas enfermedades.
- Prenatales y neonatales.- En la etapa de gestación; la madre debe tener todos los cuidados que aseguren al niño la dotación orgánica óptima. Durante el nacimiento se deben evitar traumatismos físicos que dejarían secuelas irreversibles al infante.
- Alimentarias.- Cuando la alimentación es deficiente, el menor puede tener alteraciones en el desarrollo intelectual y físico, que de prolongarse durante toda la infancia lo convertirían en una persona con capacidades subnormales. Los niños deben ingerir una dieta equilibrada, acorde a su edad.
- Factor Ambiental.- El niño aprende de su medio ambiente - valores sociales, costumbres y tradiciones que determinan el comportamiento que tendrá como adulto.
- Familia.- Los adultos actúan en sociedad como lo aprendieron en la convivencia familiar y se comportarán con sus hijos como sus padres lo hicieron con ellos, por esta razón el niño necesita una familia bien integrada y armónica.

ca que se preocupe de educarlo con cariño y afecto. (23)

- Educación.- El sistema educativo formal debe basarse en las características de la población a la que se dirige, - proporcionará a los niños la oportunidad de desarrollar - sus capacidades, encauzándolas al trabajo en grupo sin me-
noscabo de su individualidad.
- Nivel de vida.- Son las condiciones reales en que viven - los habitantes de una región o país, es la base para juz-
gar el desarrollo de una comunidad. Los indicadores para
valorarlo son:

1. Salud
2. Consumo de alimentos y nutrición
3. Educación
4. Economía, empleo y condiciones de trabajo
5. Vivienda
6. Seguridad Social
7. Esparcimiento y libertades humanas

La Organización de las Naciones Unidas ha utilizado esta-
dísticas confiables para estandarizar los indicadores, es
to permite conocer el nivel de vida de un país y hacer --
comparaciones entre un estado y otro. De estas condicio-
nes dependerán la calidad de los servicios que ofrezcan -
a la población las instituciones educativas, de salud y -
de protección al menor. (24)

(23) Souza y Machorro Mario. Controversias en torno a la Pri-
vación Afectiva en la Infancia. Sus causas, efectos y pre-
vención. Salud Mental, Vol. 8, Nº 1, Marzo 1985. Pág. 44

(24) San Martín Hernán. Ecología Humana y Salud. Ed. Pren-
sa Médica Mexicana, 1a. ed. México 1979, Págs. 105-107

El estudio del maltrato físico y psíquico debe tener en cuenta las características del grupo social al que pertenecen los padres, que descargan su ansiedad y stress sobre el menor.

Desde tiempos inmemoriales el hombre ha utilizado la agresión para poder sobrevivir y dominar el medio ambiente. Las actitudes agresivas no siempre son abiertas y fácilmente observables, llegan a veces a ser incongruentes; como cita Ardrey⁽²⁵⁾ "El hecho es que disfrutamos con la violencia la acción y la destrucción son divertidas. El observador interesado en estos asuntos que no admite este hecho se da el lujo de una hipocresía que no podemos permitirnos".

Es cierto que nuestros impulsos agresivos son fuertes por eso debemos reconocerlos para canalizar y regular su energía.

Existen antecedentes de varios estudios sobre agresión al niño, pero fué hasta 1962 cuando se integró como "Síndrome del Niño Maltratado", destacando la gravedad del problema, se compone de cuatro elementos:

1. Comportamiento del niño
2. Manifestaciones somáticas, como fracturas, contusiones quemaduras, etc.
3. Fallas en el crecimiento, desarrollo y estado nutricional

(25) Ardrey, Robert. Is man naturally violent. In the social contract, New York, 1970, Atheneum Publishers. Pág. 7.

nal del niño.

4. Signos radiológicos de lesiones.

Estos niños tienen un patrón de conducta característico, siempre se les ve tristes, indiferentes, decaídos, rechazan la comunicación con los adultos, tienen poca tendencia al llanto, manifiestan rechazo o temor al padre agresor, al llegar a la adolescencia tienden a evadirse del hogar.

Los castigos físicos los lesionan, la privación de alimento altera su crecimiento, la limitación para que se relacione con chicos de su edad, altera su personalidad, estos factores en conjunto propician mayor labilidad a trastornos emocionales y mentales.

Es difícil determinar la frecuencia con la que un niño es agredido, ya que se le agrede dentro del hogar y las lesiones son cubiertas por las ropas. Las personas que se enteran de los hechos callan para no tener problemas, esto da por resultado que sea insignificante la cifra de casos que reciben atención médica, protección social y legal.

El maltrato físico era catalogado como situación excepcional, producto de circunstancias poco comunes y de mentes criminales o enfermas. Se pensó que era una práctica que cada día estaba en mayor desuso.

En encuestas realizadas en países europeos (Inglaterra) - han puesto de manifiesto que sigue siendo tan usual como en el pasado, sin que exista conciencia de que el derecho y aún la obligación de corregir a los hijos sea ejercida con ferocidad, hasta causarle al niño la inválidez o la muerte. (26)

Se han hecho varias investigaciones para conocer las causas de la agresión hacia el niño. Los aportes al respecto son: (27)

Teorías psicoanalíticas.- En 1949, Anna Freud resumió su teoría de la formación de la agresión, enfatiza que el desarrollo emocional del niño se detiene cuando faltan objetos amorosos o se rompen lazos emocionales con personas - significativas; esto impide que las tendencias agresivas se neutralicen, lo que propiciara que en el futuro sea patológicamente agresivo. Este fenómeno sucede frecuentemente con huerfános, hijos de familias desintegradas y entre pequeños que viven su infancia en el período inmediato a la postguerra.

Para poder aplicar esta teoría a los padres que maltratan o abandonan a sus hijos, es necesario investigar si en todas las circunstancias son siempre más agresivos con sus hijos y si también lo son en relación a las demás personas. En Inglaterra se realizó un estudio de padres que --

(26) Gillies de la Tourrette H. Homicide in West Scotland. - - British Journal of Psychiatry 128. London. 1976. Pág. -- 105-107.

(27) Garralda Hualde Ma. Elena. El abuso hacia los niños. Salud Mental. Vol. 3, Nº 3, otoño 1980. Págs. 13-16.

maltratan a sus hijos, se encontro que el 32% de los padres y el 13% de las madres eran psicópatas agresivos, -- además algunos tenían otras condenas por crímenes violentos. Algunos autores afirman que la violencia parental se presenta aproximadamente en un tercio de todas las familias.

Se ha comprobado que los padres golpeadores sufrieron privación parental durante su infancia. Al investigar a personas que estaban recluidas por actos de crueldad hacia los niños, se demostró que frecuentemente eran hijos fuera de matrimonio, de padres separados o que los habían -- abandonado. El 26% de los padres que abusaron del castigo físico a su vez fueron castigados con crueldad o abandonados por sus padres.

Se han realizado estudios de seguimiento a niños que crecieron en orfanatos, para determinar la importancia de la privación de un hogar y su repercusión en el ajuste a la vida adulta; se encontro que los jóvenes de ambos sexos tenían conducta más retraída que los que crecieron -- con su familia, se relacionaban poco con jóvenes de su -- edad, los hombres eran más agresivos que las mujeres y éstas se casaban o eran madres antes de los veinte años. Estas conductas manifiestan inadaptación a las exigencias -- de la vida adulta.

La infancia del padre agresor es factor determinante de --

su conducta, hay otros aspectos que influyen en su comportamiento, como son: falta de control emocional; sentimientos de agresión hacia si mismo que desplaza hacia alguno de sus hijos. En otras ocasiones la agresión que siente - hacia el cónyuge la canaliza hacia el niño que tiene parecido físico con él, llegando a veces hasta el crimen.

En resumen estos padres tienen personalidades inadecuadas y síntomas de stress, que combinados, impulsan al sujeto a mecanismos de defensa primitivos para reducir su ansiedad y depresión.

Teorías conductistas o del aprendizaje social.

Estas teorías explican el comportamiento del padre agresor, señalando que la agresividad e intensidad de la conducta agresiva dependen de:

- El tipo de recompensa o castigo que recibió en la niñez.
- Presencia e influencia de modelos agresivos.
- Si la agresión fué útil para aliviar su enojo o alcanzar el fin que perseguía.

En estudios realizados a padres que mataron a sus hijos, se demostró que dos terceras partes provenían de familias que abusaban del castigo corporal. Los estudios de seguimiento a niños maltratados evidencian que presenciar y experimentar constantemente la agresión conlleva a su uso.

Los niños maltratados son más agresivos e impulsivos que los estudiados como grupo control en la investigación, lo que sugiere que la presencia de modelos agresivos contribuye a que el niño cuando sea adulto se convierta a su vez en padre agresor. (28)

Los autores sugieren investigaciones complementarias para profundizar estos aspectos.

Teorías somáticas.

Aportan datos interesantes sobre la génesis de la agresión anormal de los padres hacia los hijos. Está ampliamente demostrado que existe un sustrato anatómico en el cerebro que es el centro de la agresión, por medio de descargas eléctricas se puede disminuir, aumentar o eliminar su actividad. En estudios de la actividad cerebral eléctrica de los psicópatas se han encontrado anomalías electroencefalográficas.*

Los efectos de la ingestión de drogas y alcohol son conocidos desde hace varios años. La intoxicación aguda, crónica y la abstinencia producen crisis de agresividad, asociadas generalmente a confusión mental.

También hay pruebas de que los tranquilizantes (benzodiazepinas) tienen efecto paradójico, puede inducir a la realización de conductas agresivas, sobre todo personas con antecedentes de impulsividad y tendencias destructivas. -

(28) Montagu Ashley. Agresión humana. Salud Mental. Vol. 1, - Año 1, N° 3, Junio 1978, Pág. 46.

* Ver página.

Cuando la madre usa drogas, se altera su conducta y la --
formación del vínculo madre-hijo es defectuosa, lo que --
aumenta la posibilidad de agresión.

Otro aspecto a considerar es la relación existente entre
cambios hormonales y agresión, durante la menstruación --
las mujeres tienen menos tolerancia al stress y actúan --
más impulsivamente. Los padres que golpean a sus hijos --
tienen en su historia un porcentaje más alto de daño cerebr
bral y anormalidades en el trazo de la actividad cerebral.

Teorías socioculturales.

Varios factores sociales influyen en el maltrato a niños,
ellos son:

1. Condición sociocultural baja.
2. Padres demasiado jóvenes.
3. Familias desintegradas o que funcionan sin armonía.
4. Ingresos económicos insuficientes para satisfacer las
necesidades de la familia.
5. Desempleo y subempleo.

El carecer de empleo, provoca inseguridad para el presen-
te y hacia el futuro, la ansiedad aumenta ante la dificul-
tad de satisfacer las necesidades básicas de la familia.
El padre o la madre en esta situación son menos toleran-
tes con la conducta inquieta propia del niño y lo agreden
con más frecuencia.

Se han estudiado a familias pobres que no abusan de los niños; tenían como características: edad mediana de los padres, cónyuges sin problemas de personalidad que formaban parejas bien avenidas y conocían instituciones sociales en las que podían recibir orientación y ayuda para la solución de problemas en el manejo de los niños. Esto sugiere que la edad, la personalidad previa y la capacidad de confiar en otros en los momentos de necesidad, son rasgos determinantes para actuar como padre adecuado.

La enfermedad mental y el maltrato a niños.

Se ha destacado el hecho de que la mayoría de los padres que maltratan a sus hijos tienen trastornos de personalidad. Las enfermedades mentales como la esquizofrenia y -- psicosis maníacodepresivas en las que el individuo pierde el contacto con la realidad, no condicionan el maltrato -- al niño, pero son causa directa de infanticidios.

Se realizó un estudio en madres que estaban en prisión -- por haber dado muerte a sus hijos, el 20% de ellas padecían enfermedades mentales graves, esta cifra solo da -- idea de la realidad, en la mayoría de los casos la enferma se suicida cuando se percata de la acción que ha cometido.

Estas mujeres tenían como características, edad mediana, casadas y sin problemas financieros serios; las madres que maltratan a sus hijos desean agredir y castigar, el deseo

del grupo estudiado era matar. (29)

Para tratar de conocer la cifra aproximada de niños mal tratados, el equipo del Departamento de Higiene del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, hizo una revisión de casos publicados por la prensa de 1965 a 1968. Los resultados fueron: Casos registrados 293; niños afectados 322; niños -- con lesiones que ameritaron hospitalizarse 136, niños que fallecieron 85. En el 80% de los casos, la agresión fue -- infringida por alguno de los padres y en el otro 20% por otros familiares. (30)

PREVENCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO AL NIÑO.

En nuestro país tienen especial importancia los problemas de la niñez, de acuerdo a los datos del censo general, la población total es de 67,395,826 habitantes, el grupo de menores de 15 años es el 42% de la cifra total, o sea -- 28,718,853 habitantes divididos en grupos de edad por quienes, en la forma siguiente: (31)

EDAD	TOTAL DE PERSONAS
0 a 4 años	9,357,221
5 a 9 años	10,262,515
10 a 14 años	9,099,127
	28,718,853

(29) D. Urban P. L.: Women who kill their children. The British Journal of Psychiatry 134. 1979. 560-571. Cit. Pos. -- Garralda Hualde Ibidem. Pág. 16.

(30) Foncerrada Martínez Miguel. El Niño Maltratado. Rev. Facultad de Medicina, Vol. XXIII, Año 23, N° 3. México, -- 1980. Págs. 6 a 17.

(31) X Censo General de Población y Vivienda. Resultados Preliminares. Secretaría de Programación y Presupuesto. -- Enero de 1981.

Como casi la mitad de la población es de niños y jóvenes, es necesario que los servicios de educación y protección social, se multipliquen en número suficiente para garantizar las condiciones sociales que favorezcan su desarrollo y crecimiento armónicos.

La prestación de estos servicios se lleva a cabo por métodos y sistemas organizados de salud pública, entendiendo por Asistencia Social la obligación del estado y de la sociedad de auxiliar a los habitantes que por diversos factores tienen problemas económicos o sociales transitorios o definitivos. La atención al niño debe de abarcar, al niño sano, enfermo, abandonado o desamparado, para prodigarle educación, asistencia médica y protección social.

La Organización de las Naciones Unidas ha procurado que - la atención al niño sea uno de los intereses primordiales de cada país. En 1959 promulgó la Declaración de los Derechos del Niño, donde estipula: (32)

Principio VI.- "El niño para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la -- responsabilidad de sus padres y en todo caso, en un am -- biente de afecto y de seguridad moral y material; salvo - circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a

(32) Declaración de los Derechos del Niño, Asamblea de las -- Naciones Unidas. Ginebra, 20 de Noviembre 1959.

los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familia numerosa conviene conceder subsidios estatales o de otra índole".

Principio IX.- "El niño debe de ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación".

Estos son algunos ejemplos de los veinte principios, con los que esta declaración trata de proteger a los niños -- de todas las naciones.

La sociedad es responsable de ciertos males que aquejan a la niñez y a la familia y lo es más cuando permanece indiferente o falla en la creación de instrumentos preventivos o protectores que eviten sus causas y consecuencias. Contribuye a la desprotección del niño, la indiferencia -- por insensibilidad u omisión, en legislaciones que no se actualizan para cumplir los fines para los que fueron -- creados o por incumplimiento de las leyes que protegen -- al menor; y además se carece de instituciones educativas, hogares substitutos, servicios sociales y de rehabilitación para los niños que los requieran.

Se han analizado cuales son las dificultades más frecuentes en nuestro país en relación al problema del maltrato de los niños, y las principales son:

1. Las instituciones donde se deposita a los niños para --

su protección, como la Casa Cuna, la Casa Hogar y los Albergues Infantiles, solo los albergan por un periodo de tiempo muy corto (tres meses) en el cual no es posible en la mayoría de los casos, resolver un problema de dinámica familiar más profundo.

2. Las autoridades castigan al culpable con la reclusión, afectando con ello a toda la familia y en particular - al cónyuge que queda al frente de ella, aumentando para él la carga económica y la del cuidado de los hijos.

Las medidas no solo deben encaminarse a castigar al padre agresor, lo más importante es la protección temporal del niño y realizar conjuntamente el tratamiento del padre agresor y brindar a la familia la ayuda social que requiera. Para que se logre esto, deberán -- crearse instituciones específicas en las que los niños puedan permanecer el tiempo necesario, hasta que la familia se rehabilite y se reintegre para funcionar armónicamente, apoyándolos con visitas domiciliarias de -- orientación. Esto sería posible con la coordinación de las diversas instituciones que se encargan aisladamente de la atención de estos problemas.

CAPITULO III

CORRELACION ENTRE DELITO Y ENFERMEDAD MENTAL

Conducta es la manifestación observable del comportamiento, -
aparece como respuesta a estímulos internos o externos cuyos
contenidos específicos están relacionados con la experiencia
previa y la situación que vive el sujeto. Algunas formas de -
comportamiento transgreden normas establecidas por la socie -
dad; en ese momento surge la conducta delictiva que en todas
las épocas ha interesado a estudiosos del comportamiento huma
no y las normas que lo rigen, para conocer la motivación y me
canismos que lo desencadenan; con la finalidad de establecer
medidas preventivas que disminuyan su frecuencia o eviten su
aparición, con el beneficio social consecuente.

Varias ciencias se han interesado en la misma problemática, -
una de ellas es la Criminología, que surgió con César - - -
Lombroso, quien correlacionó el biotipo del transgresor con -
el delito que tenía tendencia a cometer.

Consideraba que los violadores eran de cráneo ensanchado, - -
ojos oblicuos, extremidades largas y pómulos salientes; el ro
bo lo cometían los que tenían gran movilidad en manos y ros -
tro, y su pelo era escaso; los homicidas eran de cráneo estre
cho, mandíbula larga y pómulos salientes. Estas afirmaciones
fueron los primeros antecedentes de la teoría que señala al -
factor biológico como causa de la delincuencia. (1)

A fines del Siglo XIX, Enrico Ferri orientó la Criminología -

(1) Ruiz Harrell Rafael.- Actualidad de Lombroso. Conferencia
dictada el 22 de abril de 1976. Facultad de Derecho. UNAM.
Sociedad Mexicana de Criminología.

hacia el estudio de factores antropológicos y físicos, dió -- importancia al medio ambiente, la cultura, el entorno social, etc. Partiendo de sus observaciones consideró fundamental estudiar la psique del reo y recomendó cambiar la pena infamante por sustitutos o equivalentes penales que modificarán al -- sujeto.

Varios autores enunciaron otras proposiciones sobre la conducta delictiva como B. de Tullio que consideró como factor causal a la herencia que a su vez es la resultante de procesos -- endocrinos y la buena o mala nutrición de la persona. (2)

Las teorías que surgieron posteriormente pueden agruparse en: biológicas, psicodinámicas y socioculturales.

TEORIAS BIOLOGICAS

Afirman que la conducta criminal se debe a alteraciones orgánicas, ya sean anatómicas, fisiológicas o metabólicas y la -- anormalidad en el comportamiento es solo el resultado de -- ellas.

- Se han relaizado estudios como los de Kallman, que investigó la frecuencia de la delincuencia en hermanos gemelos. -- Sus hallazgos en gemelos idénticos fueron: En el 71% de los casos, cuando un mellizo era delincuente, el otro cometía -- el mismo tipo de delito; en gemelos fraternos esta frecuencia descendía al 34%. (3)

- Otros investigadores enfocaron su trabajo al análisis de la

(2) Tullio P. Bean.- Principies de Criminologie Clinique. Presses Universitaires de France. Paris 1967. Pág.483.Cit.Pos. Ey. Ibidem. Pág. 1063

(3) Kallman Franz.Hereditiy in Health and mental disorder.W.Norton New York 1953.Cit.Pos.Freeman. Pág. 28

correlación entre alteraciones electroencefalográficas y conducta delictiva . Estudiaron un grupo de personas en reclusión penitenciaria y encontraron lo siguiente:

- . Todos los sujetos con carácter impulsivo tenían trazo electroencefalográfico que correspondía a inmadurez cerebral.
 - . En un grupo de delincuentes que habían cometido delitos de diversa índole, el 50% de ellos presentaba anomalías en el electroencefalograma.
 - . Otro grupo tenía actividad eléctrica normal durante el reposo, pero al ser colocado en las mismas circunstancias en las que había cometido el delito, aparecían ondas eléctricas anormales. (4)
- Desde 1941 se iniciaron investigaciones para corroborar, si la conducta delictuosa era más frecuente en personas con alteraciones cromosómicas.

El estudio más reciente sobre el tema data de 1971, se estudiaron los cariotipos de 2,538 delincuentes recluidos en prisiones y se encontraron en ellos más anomalías cromosómicas que en la población general.

Una de las anomalías más graves, fué la presencia de un cromosoma supernumerario*, la variedad más frecuente fue la XXY y la XYY, que se presenta en el 1% de la población co -

(4) Schneider K. Die.- Psycopatischen personalichkeiten 1923. Cit. Pos. Ey Ibid. Pág. 340.

* La especie humana tiene 46 cromosomas hay un par XX en la mujer y un par XY en el hombre. En esta anomalía hay 47 genes,

mún y se elevó al 5% en la de las prisiones. Los individuos que presentaron esta anomalía, tenían conducta sociopática grave, o habían cometido delitos violentos.

Se comprobó también que estos trastornos repercuten en la fisiología del organismo, por secreción excesiva de cromatina sexual, lo que condiciona que el individuo sea muy sensible a estímulos ambientales y reaccione con mayor violencia en situaciones comunes. (5)

- El ciclo menstrual es otro factor endocrino que se ha investigado en relación al delito. En el Centro de Observación para mujeres en el D.F. se analizó esta correlación y se encontró que el 58.2% de las mujeres homicidas habían cometido la infracción durante la menstruación o la gestación. La autora considera que las alteraciones hormonales no fueron el único factor desencadenante, pero sí determinante para los cambios anímicos que sufre la mujer y condiciona una respuesta diferente a la que tendría en otras circunstancias. (6)
- La esquizofrenia es la psicosis en la que más se ha estudiado la transmisión hereditaria de las enfermedades mentales. Los estudios se realizaron en niños adoptados desde el nacimiento; esta característica eliminaba la probabilidad de que la conducta propia de esta enfermedad fuera un modelo aprendido de los padres biológicos; los adoptantes pertene-

(5) Moor L. Aspects psychopathologiques des aberrations chromosomiques des gonosomes concuovis med.1972,87-102.Cit.Pos. Freeman.Pág. 24

(6) Vargas Otero Silvia.- Menstruación y delito. La Mujer Delincuente. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. México. 1a. Ed. 1983. Págs. 223-232.

cían a distintas clases sociales y sus caracteres eran diferentes. Sin embargo citan los autores que entre el 16 y - el 29% de estos sujetos presentaron la enfermedad antes de los treinta años. Este porcentaje es mucho mayor que el de la población general.

Estos datos apoyan la teoría de que la esquizofrenia se debe a una alteración biológica transmitida genéticamente.

Por el método estadístico se han obtenido cifras de probabilidad de padecer estas enfermedades para la población general.* (7)

Esquizofrenia	1%
Psicosis maniaco depresiva	0.4%
Retraso mental profundo	0.3%
Retraso mental medio	0.6%
Epilepsia	0.5%
Demencia	2.5%
Neurosis graves	5%

TEORIAS SOCIOCULTURALES

Los autores con esta tendencia, consideran que las fallas de la sociedad son el factor primordial que motiva la conducta criminal. Los problemas sociales que actualmente afectan a todos los países, alteran el proceso de adaptación que sirve al sujeto para equilibrar sus demandas internas con las del grupo social.

* Estas tasas no se refiere a la población como conjunto universal. Sino al riesgo que tiene cada individuo de padecer esa enfermedad, por la edad en que es más frecuente su aparición.

(7) Ey Henri, Ibidem. Pág. 667

- La delincuencia puede considerarse como una subcultura surgida de una estructura social que establece pautas de éxito inalcanzables para la mayoría de los sujetos, lo que crea un clima de inconformidad que los impulsa a buscar otras formas de satisfacción, como la agresión a los que considera privilegiados. Facilmente se asocian con individuos de las mismas características, para formar un grupo antisocial en el que encuentran apoyo recíproco, valores contrarios a la sociedad y parámetros de éxito propios. Estas agrupaciones tendrán mayor número de adeptos en una sociedad que propicie grandes diferencias entre sus integrantes.⁽⁸⁾
- Otros autores afirman que la criminalidad se relaciona directamente con el nivel socioeconómico.

El índice de delincuencia es menor cuando el individuo tiene la oportunidad de satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. La conducta antisocial aumenta en un medio denominado "desintegrador", cuyas características son: Número elevado de hogares disfuncionales, comunicación nula o restringida entre los miembros de la comunidad, comportamiento francamente hostil entre el grupo, patrones de diversión y esparcimientos escasos, nulos o inadecuados.*⁽⁹⁾

⁽⁸⁾ Srole L. Langner. Mental health in the metropolis: The Midtown Manhattan study. New York, Mc Graw-Hill. 1962 -- Cit. Pos. Sarason. Irwing. Ed. Trillas Psicología Anormal 1a. Ed. México 1975. Pág. 108-109.

*El esparcimiento y la diversión son importantes porque permiten al individuo liberar energía emocional por medio del juego y experimentar emociones placenteras.

⁽⁹⁾ Sarason, opus. cit. 108-109

- También influye en el el tipo de trastorno que presenta con mayor frecuencia la población.

Las neurosis predominan en clases acomodadas y las psicosis en las de bajos ingresos. Esto se explica por el mayor número de hogares desorganizados o desintegrados entre personas de escasos recursos, lo que propicia que niños abandonados por uno o ambos padres crezcan carentes de afecto y modelos parentales de comportamiento. En su infancia son privados - de vivencias emotivas y sociales que actuarían como reforzadoras de mecanismos mentales que le permitirían en la etapa adulta enfrentarse con éxito a los conflictos y ansiedad.

- Las desigualdades en el nivel de vida entre los habitantes de este país, ha propiciado que aumenten grupos con características de marginalidad como son:

- . Alimentación insuficiente
- . Vivienda antihigiénica
- . Insalubridad general
- . Bajo nivel de vida
- . Mínima capacidad productiva
- . Nula o escasa oportunidad de esparcimiento

Estas condiciones negativas impiden el desarrollo armónico -- de la personalidad y la adquisición de mecanismos mentales -- elaborados para controlar impulsos; que se expresen a nivel - primitivo utilizando la violencia como solución a los problemas del sujeto.

Respecto a la pobreza se ha dicho: "La pobreza no es nada nuevo, la opulencia si lo es. Pero la relación entre la satisfacción subjetiva y la indigencia objetiva es más complicada de lo que se piensa. La pobreza no puede causar el crimen, pero el resentimiento por la pobreza si y este tiene más posibilidades de surgir entre los relativamente pobres de una sociedad rica que entre los indigentes de una sociedad pobre". (10)

TEORIAS PSICODINAMICAS

Estos autores aseveran que las alteraciones en el desarrollo psicológico del individuo, repercuten en la estructura de su personalidad de tal manera que lo impulsaran a cometer conductas delictuosas.

Estas técnicas surgieron después de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, que enfatizó la importancia de las vivencias infantiles para el comportamiento posterior y la influencia que ejerce el inconsciente en todos los actos del sujeto. Consideró que la mente está formada por tres estructuras:

1. El Id o Ello, son impulsos inconscientes que se expresan más abiertamente en la infancia. En condiciones normales permanecen fuera de la conciencia del sujeto, sin embargo ejercen presión continua y aparecen en forma de pensamientos, deseos y sensaciones que se advierten concientemente.
2. El Yo o Ego pone al sujeto en contacto con la realidad. --

(10) Toby John. Affluence and adolescent crime. President's Commission on Law Enforcement and Administration of Justice. Task Force Report. Washington, D.C.: U.S. government printing office 1969. Cit. Pcs. Sarason. Pág. 449.

controla las demandas del inconsciente, dirige la atención hacia los objetos y puede en caso necesario reprimir la satisfacción de impulsos.

3. El Superyo o Superego se forma cuando el niño incorpora a su conducta, normas éticas y sociales que rigen a la familia o grupo social en que vive y cuando no las cumple experimenta angustia, vergüenza o culpa.

Todos los conflictos entre el Id y el Ego, ocurren bajo el umbral de la conciencia. El individuo solo percibe los efectos de esa lucha y no se percata de lo que sucede en su interior.

Los autores con orientación psicoanalítica consideran como -- neurosis, todas las acciones impulsivas que pretenden evitar o controlar la ansiedad intolerable para el yo del sujeto. -- Las fugas, el robo compulsivo, la tendencia a provocar incendios, la adicción a drogas y el alcoholismo son actitudes im-

(11)

impulsivas incontrolables.

- Posteriormente Erick Fromm aduce que la conducta del hombre es motivada por necesidades biológicas. Sostiene que la motivación y la conducta son determinadas culturalmente, la sociedad origina nuevas necesidades y problemas que impulsan al sujeto a buscar otras formas de satisfacción, como la destructividad con que intenta destruir o eliminar a la persona u objeto que representan una amenaza potencial. Este comportamiento irracional puede plasmarse en actos délic

(11) Kolb; Ibid. Págs. 9-10.

tivos. (12)

- Otro autor más reciente es Abraham Maslow, afirma que cuando se satisfacen las necesidades prioritarias, surge el siguiente estrato de necesidades para que se satisfagan. Considera que el hombre es esencialmente bueno. La sociedad -- puede fomentar la conducta antisocial negando al individuo la oportunidad de satisfacer sus necesidades innatas.
- O. Hobart Mowrer modifica el modelo de la estructura mental. Considera que la conducta obedece a impulsos, que son controlados por los procesos del aprendizaje.

Marca como estadios principales del desarrollo.

- Complacencia infantil
- Inicio de la socialización con el aprendizaje de normas sociales.
- Conflicto con la sociedad durante la adolescencia, que puede solucionarse en dos formas:
 1. Integración eficaz a la vida adulta.
 2. Comportamiento neurótico o delictivo.

El neurótico trata de enmascarar sus sentimientos de culpa en el alcoholismo, la drogadicción o las neurosis graves.

El delincuente vierte su agresividad hacia la sociedad, en la realización de los delitos. (13)

(12) Freeman; Ibidem. Pág. 145.

(13) Freeman. Ibidem. Págs. 170-171.

TIPOS DE CONDUCTA DE INTERES JURIDICO

Los trastornos de la personalidad tienen amplia gama de matices, que son enjuiciados en forma diferente por la sociedad y la psiquiatría. Un ejemplo es: el trabajo compulsivo que es compatible con las pautas de éxito social y no se percibe como desajuste de la personalidad del sujeto que puede conducir lo a la enfermedad y a la muerte.

Otras formas de conducta lesionan los intereses del grupo social, son catalogadas como inaceptables y el grupo establece normas para controlar a los individuos que las realizan.

La autoridad encargada de cumplirlas, tiene que conocer si el sujeto es plenamente responsable de su conducta.

Esta tarea se dificulta, cuando la alteración de trastornos psiquiátricos en fases iniciales, en los que es imposible afirmar con seguridad si fueron realizadas por una persona en pleno uso de sus facultades mentales.

Las alteraciones más frecuentes que requieren peritaje médico psiquiátrico son:

- Fugas.- Son episodios en los que el sujeto vaga sin ningún objetivo. Realiza actos automáticos que no recuerda más tarde, son de carácter incontrolable y la persona no puede entender la necesidad de realizarlos, generalmente se presentan en epilepsias del lóbulo temporal y esquizofrenias incipientes.

- Suicidio.- Es la reacción antisocial más grave y frecuente, en la que se conjuntan un trastorno afectivo, profundo y la angustia que produce al sujeto una situación que no puede enfrentar.

El suicidio colectivo o altruista se presenta durante crisis de melancolía que la persona soluciona decidiendo su autodestrucción. Es común que primero asesine a los hijos o familiares que dependen física o emocionalmente de él.

Otro tipo de suicidio es el que se acompaña de automutilación, sucede la mayoría de las veces en personas esquizofrénicas o con delirios y tendencias homosexuales.

- Los trastornos de la sexualidad como el exhibicionismo y la paldofilia se presentan en sujetos con alteraciones corticales cerebrales debidos a procesos insidiosos de enfermedad como la demencia senil o la parálisis general progresiva, que se caracterizan por la pérdida de autocritica.
- Robo.- Cuando es una conducta reiterativa muestra un fondo de psicopatología; mediante este acto el autor satisface la necesidad de resarcirse de carencias infantiles reales o simbólicas, agrediendo a la sociedad.
- La piromanía o necesidad compulsiva de provocar incendios es ejecutada en la mayoría de los casos por alcohólicos o psicópatas. Tiene el simbolismo de purificar el sitio o las personas quemadas. (14)

(14) Ey Henri. Idem. Pág. 648

CONDUCTA SOCIOPATICA O ANTISOCIAL

Este tipo de conducta representa un reto para los estudiosos de las ciencias biológicas, jurídicas y criminológicas. Se -- han hecho investigaciones para encontrar su origen, estable -- cer criterios para su tratamiento y medidas para su preven -- ción.

Bajo este término se agrupan una serie de alteraciones de la personalidad y el comportamiento, que dificultan establecer -- si su origen es o no puramente psiquiátrico. Desde el Siglo -- XIX se le conocía con el nombre de "locura moral", actualmen -- te se conceptúa como ausencia de sentido moral, capacidad mí -- nima de experimentar angustia, dificultad para integrar expe -- riencias al comportamiento posterior y superficialidad de re -- laciones afectivas que no son significativas ni duraderas.(15)

Se consideran como causas posibles:

- El abandono o rechazo materno a edad temprana.
- Provenir de núcleos familiares desintegrados o de hogares -- que no brinden la oportunidad psicosocial de aprender mode -- los de comportamiento socialmente aceptados.
- Padres con alteraciones severas conductuales, como alcoho -- lismo y drogadicción.
- Condiciones de inestabilidad que privan al niño de cuidados y afecto indispensables para el desarrollo de una personali -- dad sana.

(15) Lima Malvido María L. La Personalidad Psicopática. Ed. -- Avelar Hnos. 1a. Ed. México 1976. Págs. 97-98.

- Ser educado por personas extrañas, que no dan afecto al niño.

Estos factores propician la aparición de fallas afectivas importantes, el sujeto avanza en edad cronológica, pero emocionalmente no está capacitado para prever las consecuencias de su conducta. En los últimos años de la infancia y los primeros de la pubertad aparecen los primeros rasgos de conducta anormal; el rendimiento escolar es pobre, la inteligencia normal o superior al promedio, realiza pequeños hurtos, es impulsivo y agrede innecesariamente.

Posteriormente aparece incapacidad mayor de enjuiciar y cumplir las normas establecidas, se acentúa su inestabilidad emocional, se asocia en pandillas, participa encubierto en actos de violencia social y tiene conducta sexual desinhibida. (16)

Las teorías sobre la causalidad son las siguientes:

- Hasta el momento actual la herencia no puede eliminarse como factor causal. Las investigaciones sobre este aspecto no han sido categóricas por falta del rigor experimental necesario, porque se realizan en el ámbito social donde no pueden controlarse todas las variables. Se afirma que este tipo de conducta se debe a alteraciones cromosómicas que sufre el individuo.*
- Otra evidencia que apoya la existencia de un factor orgánico, es la correlación de la conducta con alteraciones elec-

(16) Ey Henri Idem. Pág. 86-87

*Ver pág. 82

troencefalográficas. *

- Otros autores apoyan la idea de que esta conducta es el resultado de respuestas aprendidas, ** encaminadas a evadir la culpa, la responsabilidad y el consecuente castigo, lo que lo inhabilita para tener una conducta responsable. Hipotéticamente, un niño aprende a emitir respuestas socialmente aceptadas que le permiten evadir las consecuencias desagradables y obtener aprobación y apoyo del medio exterior. De esta manera el psicópata aprende a evitar las consecuencias negativas de su conducta, muchas veces cumpliendo con la demanda social de justificarse o de ofrecer disculpas. - El psicópata ha aprendido a ofrecer disculpas, pero no a -- evitar las acciones que lo llevan a la necesidad de disculparse.

La evolución de este trastorno es difícilmente predecible. es frecuente que el individuo modifique su conducta antisocial al llegar a la madurez cronológica, esto sucede cuando la alteración conductual o la comisión del delito se reduce al rompimiento de normas sociales sin involucrar acciones de violencia. Cuando esto último se presenta, lo más factible es que los sujetos se organicen alrededor de un grupo cohesivo que los apoya, como es el caso de la "pandilla" o la "banda".

La psiquiatría y la psicología en el momento actual no tienen nada que ofrecer para la curación de estos individuos -

* Ver pág. 81-82

** Ver pág. 89

como no sea intentar establecer técnicas de modificación --
conductual. La respuesta de la sociedad hacia estos suje --
tos, ha sido el internamiento en prisiones, lo que no ha si
do de utilidad para el tratamiento, rehabilitación o readap
tación del sujeto al medio social.

LEY GENERAL DE SALUD

Esta ley norma los servicios de salud que se proporcionan en el país, independientemente del carácter de los prestadores y sin perjuicio de otros ordenamientos legales existentes sobre instituciones de salud. Para delimitar y concretar el derecho de protección a la salud, considera como servicios básicos: - atención médica, salud pública y asistencia social. Señala como áreas que deben recibir atención especial, la salud materno-infantil, la planificación familiar y la salud mental, fomentando en la población actitudes y conductas que eviten enfermedades y motiven al individuo a mantenerse sano.

Establece como finalidades el bienestar físico y mental del - hombre para que ejerza plenamente sus capacidades; propiciand - o actitudes solidarias de la comunidad en la preservación, - conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

Señala que deben coordinarse los esfuerzos de la Secretaría - de Salud con los de la Secretaría de Educación Pública (res - ponsable de organizar y regular la enseñanza), para desarro - llar con más efectividad los programas de educación para la - salud. En el mejoramiento de la nutrición, todas las entida - des federativas deben desarrollar acciones conjuntas con orga - nismos federales afines, para obtener mejores resultados.

Enuncia también la necesidad de crear un cuadro básico único de medicamentos para todo el sector salud.

NORMAS DE LA LEY GENERAL DE SALUD RELATIVAS A LA SALUD MENTAL

El capítulo VII determina que son prioritarios los Programas de Prevención de Enfermedades Mentales, que serán diseñados en base a los conocimientos existentes sobre las causas. Se dirigirán principalmente a niños y adultos considerados como los grupos más vulnerables. Para mejorar los índices de salud, se fomentará la participación de la población en actividades recreativas socioculturales y educativas.

La atención médica que se proporcione a enfermos mentales, incluirá tratamiento y medidas preventivas para limitar el daño a la salud, así como la rehabilitación que facilite su reincorporación a la vida normal.

El artículo 75 precisa que el internamiento de estos pacientes debe llenar todos los requisitos médicos y legales que determina la Secretaría de Salubridad y Asistencia, además de ajustarse a los principios que marcan la ética y la sociedad. Se enfatiza la responsabilidad de los padres de procurar atención médica oportuna a sus hijos que presentan problemas de conducta, acudiendo a dependencias oficiales para orientación y asesoría en el tratamiento adecuado para cada caso.

El artículo 100 enuncia las bases que deben sustentar la investigación en seres humanos. Solo se realizará cuando el conocimiento no pueda obtenerse por otro medio y se evitará exponer al sujeto que participa en la investigación a riesgos -

innecesarios. Se recabará el consentimiento por escrito y si la persona es considerada incapaz puede firmarlo su representante legal.

La disposición de este artículo implica riesgo grave para personas internadas en el hospital psiquiátrico, ya que por este hecho son consideradas incapaces (sin que medie ningún procedimiento legal) y consideran representante a la persona que - lo interno y quedó como responsable de él ante el nosocomio, basta con la autorización por escrito, que le hacen firmar en el momento de la admisión, para que realicen al paciente todo tipo de tratamientos que juzguen convenientes. En las instituciones, no se explica al paciente o al familiar los riesgos y beneficios de cada tratamiento "nuevo" cuando se investigan - medicamentos que van a salir al mercado.

Las investigaciones deben registrarse ante la Secretaría de - Salubridad y Asistencia.

El título noveno, expresa el concepto de asistencia social, - que menciona la necesidad de proteger física, mental y social mente a la persona que lo necesite.

El artículo 171 señala la obligación de las instituciones de salud de dar atención inmediata a niños y ancianos que sufren maltrato y a personas víctimas de delitos violentos que pueden sufrir alteraciones físicas o mentales como consecuencia del hecho.

La invalidéz es definida como incapacidad parcial o total para realizar todas las funciones propias del individuo, debido a daño orgánico o psíquico.

Para prevenirla, la comunidad deberá ser participe en el control de factores causales y en la identificación temprana y oportuna de procesos físicos, mentales y sociales que la provocan a fin de corregirlos oportunamente.

El título decimotercero enuncia las acciones principales que se realizarán para combatir las adicciones. Las más destacadas son:

Preventivas.- Educación para la salud, dirigida a niños, adolescentes, obreros y campesinos; por medio de charlas a pequeños grupos y la utilización de medios masivos de comunicación para grandes grupos.

Atención médica.- Se proporcionará tratamiento y rehabilitación a pacientes y orientación a la familia, en todas las instituciones de salud oficiales.

Se promoverá el fomento de actividades deportivas y culturales, con especial atención a zonas rurales, urbanas y semiurbanas que se consideren de alto riesgo.

Se creará un Consejo Nacional Antialcohólico, integrado por el Secretario de Salubridad, los titulares de las dependencias gubernamentales y de organizaciones privadas interesadas en encontrar soluciones a problemas individuales y sociales -

causados por el alcoholismo.

En los artículos 191, 192 y 193 se plantean las bases del programa contra las adicciones. Las acciones que enuncia son semejantes a las del Programa contra el Alcoholismo, tanto en los aspectos de prevención como de atención médica.

El capítulo III trata de las bebidas alcohólicas. Dispone que los fabricantes incluyan la leyenda "el abuso en el consumo - de este producto es nocivo para la salud" en todos los envases de bebidas alcohólicas. Otra norma importante es la prohibición de este producto a menores de edad.

El capítulo V y VI norma el uso médico de estupefacientes y sustancias psicotrópicas respectivamente. Su prescripción en caso de uso necesario, se hará en recetarios especializados y solo podrán surtirse en establecimientos especialmente autorizados para su venta. Se destinan cantidades específicas de ellos a centros de investigación.

En el artículo 300 con el fin de proteger la Salud Pública, - da competencia a la Secretaría de Salubridad y Asistencia para autorizar la publicidad referente a:

- Tratamientos de enfermedades
- Rehabilitación de inválidos
- Ejercicio de profesiones referentes a la salud
- Productos o servicios a los que se refiere la Ley General - Salud

Sin perjuicio de las atribuciones surgidas de las disposiciones de otros organismos.

La publicidad de bebidas alcohólicas debe llenar los siguientes requisitos:

- La información se limitará solo a características, calidad y técnicas de elaboración de los productos.
- No se les presentará como productores de bienestar o sa -- lud, ni relacionados con celebraciones cívicas o religio - sas.
- No se les puede asociar con ideas imágenes de mayor éxito - en la vida afectiva y la sexualidad de las personas o hacer exaltación de prestigio social, virilidad o femeneidad relacionados con su ingestión.
- No podrán incluirse sonidos o imágenes de niños o adolescentes, ni dirigir la publicidad hacia ellos.

Por lo que concierne al control sanitario de la publicidad de productos, servicios o actividades vinculadas con la salud, - regulado por el título decimotercero de esta ley, no hay nor - mas de nueva creación, son las mismas que dictaba el Código - Sanitario anterior.

Actualmente no existe un ordenamiento que integre las disposiciones relativas a la publicidad, están dispersas en varios - ordenamientos como, la Ley Federal de Radio y Televisión, Ley de Protección al Consumidor y el Reglamento de Publicidad pa-

ra Alimentos, Bebidas y Medicamentos.

El título decimocuarto se refiere a la disposición de órga -- nos, tejidos y cadáveres de seres humanos; con fines de trata -- miento, investigación y docencia.

En el artículo 315 declara que cada persona es el dispo -- nente originario de su cuerpo y los productos que genere. Los dispo -- nentes secundarios son el cónyuge, la concubina, ascendien -- tes, descendientes y parientes colaterales hasta el segundo -- grado. A falta de ellos lo serán las autoridades sanitarias.

Los trasplantes de órganos y tejidos de seres vivos solo de -- ben tener finalidades terapéuticas justificadas y el riesgo -- debe ser aceptable para el receptor y el donador.

Se prohíbe el trasplante de un órgano único esencial de una -- persona viva a otra.

" Para la toma de órganos y tejidos se requiere el consenti -- miento expreso y por escrito del disponente originario, libre de coacción física o moral, otorgado ante notario o en docu -- mento expedido ante dos testigos idóneos".

Este documento puede ser revocado por el otorgante en cual -- quier momento que decida hacerlo.

No es válido el consentimiento otorgado por menores de edad, por incapaces o por quienes no puedan expresarlo libremente.

La Ley General de Salud presenta pocos cambios en relación al

Código Sanitario que tenía vigencia anteriormente. En la redacción de la Ley, se usa indistintamente Secretaría de Salud o Secretaría de Salubridad y Asistencia, da la impresión de - que se sustituyeron algunos títulos del Código Sanitario sin revisar los restantes.

PLAN NACIONAL DE SALUD 1984 - 1988

El Plan Nacional de Salud surgió de la necesidad de utilizar - en forma racional los recursos destinados a atender la salud - de la población. Marca a las instituciones del sector salud, - cuales son los problemas a resolver prioritariamente y cual es el ámbito en que cada una debe realizar sus acciones. En la -- primera parte señala que fué necesario realizar un diagnóstico de salud para sustentar sobre bases reales la planeación y -- plantear soluciones más eficaces. Este diagnóstico tiene datos generales, que son trascendentes para la salud mental, los más destacados son:

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

El crecimiento de la población ha sido desmesurado, en 1900 en la República había doce millones de habitantes. 80 años des -- pués se multiplicó al 558% y eran sesenta y siete millones. Pa -- ra el año dos mil la cifra calculada con cien millones, siem -- pre y cuando se sigan obteniendo buenos resultados de los pro -- gramas de Planificación Familiar, que han logrado abatir la ta -- sa de crecimiento demográfico que en 1960 - 1970 era de 3.1 a 2.3 para 1983.* A pesar de estos logros falta mucho por hacer, nuestra tasa de crecimiento sigue siendo de las más altas del mundo.

Otro factor que contribuye al aumento de la población, son los adelantos científicos y de tecnología médica, que han permiti-

* Las tasas están calculadas por 100,000 habitantes.

do curar enfermedades que antes eran mortales y ampliar el -- promedio de vida. La tasa de mortalidad que en 1950 era de -- 16.1 disminuyó en 1981 a 5.9 y se espera que en el futuro siga descendiendo, con esto aumenta el número de personas que -- requieren atención médica, para atenderlos el país necesitará duplicar en los próximos quince años, los servicios con los -- que cuenta actualmente, implementando los que proporciona a -- la infancia y la juventud que representan el grupo más amplio de la población.**

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL

La mortalidad por tipo de enfermedad es el indicador que correlaciona el nivel de vida con la salud de la población. El cambio de actividad económica ha propiciado la aparición en zonas industrializadas de mayor número de enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales y accidentes. En el decenio 1960-1970 la primera causa de mortalidad eran las neumonías e influenzas y en segundo lugar las enfermedades gastrointestinales; en 1980 ocuparon el tercer y cuarto lugar respectivamente. Para 1981 la primera causa de mortalidad fueron accidentes, envenenamientos y muertes por violencia y la segunda las enfermedades cardiovasculares, lo que evidencia la influencia del medio ambiente en que imperan el estrés y la violencia, en una sociedad en la que la vida humana ya no es el valor primordial.

A consecuencia de las disfunciones sociales, se ha elevado el número de casos de enfermedades mentales, como las psicosis --

** Se espera que para el año 2,000 descienda al 37% de la población total.

orgánicas y el número de muertes por esta causa, este padecimiento se presenta como complicación médica del alcoholismo y drogadicción o como secuela de traumatismos craneoencefálicos, dato que concuerda con el aumento del número de accidentes. La tasa de muertes por accidentes se ha modificado, en 1970 era de 22.6 y aumentó en 1980 a 76.2.

FACTORES ECONOMICOS

La actividad económica del país, se modificó a partir de 1940 y el cambio fué más notorio en el último decenio.

El sector primario que comprende actividades agropecuarias, silvicultura, pesca y minería, disminuyó su participación en relación a otros sectores de la producción; en términos del valor agregado se redujo del 14.7% a 12.2% en el período 1970 - 1980, favoreciendo esta pérdida al sector comercial e industrial.

Las tasas de crecimiento promedio anual en términos reales de producción manufacturera y el sector terciario, alcanzaron 7.8 y 7.6 respectivamente, siendo superiores a las correspondientes al producto interno bruto que fué de 6.6 en ese período.

Sin embargo el avance económico en la producción nacional no ha repercutido sensiblemente en el ingreso individual, ni ha generado el número de empleos necesarios para satisfacer la demanda de la población siempre creciente del país.

El empleo seguro determina la participación del individuo en

la economía; al obtener ingresos suficientes satisface necesidades básicas y tiene mayor posibilidad de acceso a instituciones de salud y educativas, con el consiguiente mejoramiento de las condiciones generales de vida.

Es deseable que todos los habitantes tuvieran una actividad -- bien remunerada; pero la distribución de los beneficios del desarrollo económico difieren de un estado a otro. Hay regiones del país cuyas características topográficas dificultan las labores agropecuarias además carecen de tecnología adecuada, lo que propicia la migración de áreas rurales a las ciudades que no cuentan con la infraestructura que les permita absorber nuevos habitantes y proporcionarles servicios urbanos y sociales. Como resultado de este fenómeno, cada día los grupos que viven en condiciones de marginalidad en la periferia de las urbes.

El sector rural ha sustentado en parte el desarrollo industrial, sin recibir los beneficios transformados en servicios a la comunidad. Es imprescindible buscar estrategias que permitan una distribución más justa de la riqueza.

CONTAMINACION AMBIENTAL

La contaminación ambiental no había sido valorada como problema de salud, durante varios años no se tomó ninguna medida para su control, lo que provocó la degradación del ambiente. El problema se hizo más complejo por crecimiento desmesurado de zonas industriales y falta de planeación en los asentamientos

humanos.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia realizó varias investigaciones para precisar las causas, determinar los problemas que requerían atención inmediata y proponer acciones que los solucionaran.

Los hallazgos fueron:

- La contaminación del agua y suelo aumenta cada día, lo que favorece mayor frecuencia de enfermedades transmisibles.
- Mayor concentración de gases tóxicos, como bióxido de azufre, monóxido de carbono, óxido nítrico, hidrocarburos y metales pesados (plomo y cadmio), que causan intoxicaciones leves y graves en trabajadores de industrias o construcciones donde se usa pintura, se desmantelan estructuras metálicas, se manejan bronce, soldadura o vidrio.

Los trastornos por intoxicación inician con insomnio, confusión, inquietud, miedo, violencia, alucinaciones visuales e ideas delirantes de persecución. (17)

La contaminación atmosférica es alarmante, sus efectos se detectan aún en personas que viven fuera de zonas industriales. Se ha encontrado plomo en sangre de maestros de escuela primaria, cuya actividad se realiza lejos de zonas industriales.

- El crecimiento de la población y el cambio de actividad económica hacia actividades industriales, ha propiciado que el

(17) Kolb, Ibid, pág. 222

ruido en zonas céntricas e industriales sea superior a la tolerancia normal del oído humano. Las mediciones del ruido en estos lugares a llegado a 85 decibeles, a esta intensidad provoca alteraciones psíquicas como angustia e irritabilidad y lesiones orgánicas como sordera.*

NUTRICION

Las deficiencias nutricionales del mexicano datan de varios siglos, motivados por una dieta de monoconsumo de hidratos de -- carbono y escasas proteínas. Esta dieta desequilibrada no llena los requerimientos de una persona sana, que de acuerdo a -- las normas del Instituto Nacional de la Nutrición debe ser de 2300 calorías y 60 gramos de proteínas diarios.

La buena nutrición es deseable para todos, pero en los niños -- es determinante para su futuro. Las deficiencias vitamínicas y nutricionales por períodos prolongados en la lactancia y primeros años de la niñez, pueden producir cambios irreversibles en la corteza cerebral que se manifiestan en grados variables de retraso mental.

El Programa Nacional de la Alimentación (PRONAL) señala que el 40% de la población general no se alimenta bien, esto es más -- notorio, en las clases de bajos ingresos, donde se calcula que de dos millones de niños que nacen al año, el 50% muere antes de los cinco años por enfermedades infecciosas propias de la --

*"El umbral de contaminación de intensidad sonora que no conviene exceder, se sitúa a noventa decibelios, sobrepasando ese -- límite; las lesiones transitorias serán en el oído interno. -- Por encima de 100 decibelios las perturbaciones serán permanentes. A título de comparación, la intensidad de una plática es de 20 decibelios y el despegue de un avión de 140".(18)

(18) Enciclopedia Universal Promexa. Vol. IX. Pág. 95.

infancia que se complican gravemente por la desnutrición severa de los menores.

El problema de la mala nutrición infantil se acentúa por la publicidad en medios masivos de comunicación para aumentar el -- consumo de golosinas y alimentos industrializados de alto precio y escaso o nulo valor nutritivo, en cuya compra la familia emplea recursos que mejorarían su alimentación si tuvieran la orientación adecuada para incluir en su dieta proteínas vegetales que son de buena calidad y bajo costo.

PROBLEMAS BASICOS DEL SECTOR SALUD

De acuerdo al Plan Nacional de Salud son:

1. Varias áreas de población no reciben atención médica. Las causas son las siguientes:

- Carencia de vías de comunicación, lo que dificulta el -- transporte de personal de salud a comunidades aisladas.
- Existencia de grupos étnicos no integrados, que hablan - dialectos y necesitan promotores de salud bilingües.
- Poblaciones con valores culturales distintos al resto de la población que condicionan mayor resistencia a' modifi- car actitudes y hábitos referentes a la salud.
- Densidad de población y actividad económica diferente de un lugar a otro, lo que obstaculiza la planeación gene - ral de actividades del sector salud y eleva los costos -

de atención médica.

- El presupuesto destinado al sector salud se ha incrementado; en 1984 fué de 425,536 millones de pesos, que represento un incremento del 39% al presupuesto de 1983, - pero es todavía insuficiente para cubrir las necesidades de atención médica de la población, que crece a ritmo - más acelerado que los recursos económicos.
- La falta de recursos humanos y la mala distribución de - los existentes, impide resolver problemas de salud; que son diferentes en áreas rurales industriales ó margina - das y demandan soluciones estratégicas adecuadas a cada uno de ellos.
- En años anteriores no se realizó la planeación general - de actividades del sector salud. Esto motivó duplicidad de funciones, coberturas y dispendio de recursos.

PROBLEMAS EN MATERIA DE SALUD PUBLICA

La Salud Pública comprende cinco áreas: Medicina Preventiva, - Salud Ambiental, Vigilancia Epidemiológica, Planificación Fami - liar y Control Sanitario.

Las acciones de prevención no se realizan en la medida que re - quiere la población; por falta de recursos financieros destina - dos específicamente a este fin y por incoordinación interinsti - tucional que permitiría aprovechar optimamente los recursos -- existentes.

La vigilancia y control sanitario no se efectúan en todo el país por falta de infraestructura; dependemos de otros países para el abastecimiento de productos biológicos para inmunizaciones, lo que limita la frecuencia de campañas de vacunación. Las fuentes de contaminación ambiental están identificadas, pero no se han investigado sus repercusiones en problemas de salud causados por insuficiente saneamiento ambiental y ocupacional.

Los programas de Planificación Familiar no tienen éxito completo por deserción de un significativo número de mujeres y la falta de aceptación del programa en ciudades de provincia y zonas rurales donde son más altas las tasas de nacimientos.

Las acciones que se realizan en el campo de la salud son de tres tipos: preventivas, curativas y de rehabilitación.

La mayoría de los habitantes no están sensibilizados a participar en programas de detección oportuna de enfermedades como cáncer, diabetes, hipertensión, etc., lo que da por resultado que el 70% del presupuesto del sector salud se destine a las acciones curativas, disminuyendo los recursos que deberían emplearse en la prevención de las enfermedades, incluyendo las mentales.

La investigación en áreas biomédica, clínica y sociomédica, es necesaria para mejorar la calidad de los servicios médicos. Las investigaciones que se realizan en el país no corresponden

a los problemas prioritarios que urge resolver. Un ejemplo es el desconocimiento de los efectos de varias sustancias naturales y sintéticas en las mutaciones genéticas.

PROBLEMAS EN MATERIA DE ASISTENCIA SOCIAL

La asistencia social antiguamente llamada asistencia pública, desarrolla la función colectiva de asegurar apoyo y ayuda económica a individuos transitoria o permanentemente incapacitados para procurarsela.

La tendencia actual es promover el bienestar social mediante programas dirigidos a menores, ancianos, indigentes y minusválidos, considerados como grupos de mayor riesgo; así como al desarrollo integral de la familia y comunidad para disminuir la marginación social y colectiva.

Los problemas principales a resolver en este campo son:

- El desamparo de niños, parcial o totalmente abandonados que viven en condiciones de marginalidad y por ello son más propensos a enfermedades y muerte.

El avance de la ciencia médica y el acceso de mayor número de habitantes a servicios de salud ha ampliado la expectativa de vida; en 1970 era de 60 años, de 64 en 1978 y de 67 años para 1988. Como consecuencia de esto, el grupo de personas mayores de 60 años se ha ampliado y la sociedad no cuenta con recursos para proporcionarles actividades laborales y recreativas estructuradas, ni estrategias para aprovechar su

experiencia y potencial de trabajo.

- Un segmento significativo de población tiene problemas del sistema músculo esquelético causados por enfermedades congénitas o secuelas post-traumáticas. Los datos estadísticos señalan que hay cinco millones de personas que sufren algún tipo de invalidez, lo que hace necesario crear centros de trabajo protegidos, donde los minusválidos generen recursos que les permitan sostenerse económicamente y convivir con su familia.

MINIMOS DE ATENCION PARA LA SALUD

Las actividades preventivas dan prioridad a las campañas de vacunación que disminuyan los índices de morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunación como tosferina, sarampión, difteria, etc. y el diagnóstico oportuno, para limitar el daño, padecimientos como diabetes y fiebre reumática.

Los programas de Atención Materno Infantil garantizarán:

- Atención médica institucional al 50% de embarazadas para control prenatal y atención del parto en medio hospitalario.
- Protección con toxoide antitetánico a embarazadas, especialmente las que residen en áreas rurales y marginadas.
- Valoración de la capacidad física y mental de escolares entre 5 y 14 años.
- Ampliación de la cobertura del Programa de Planificación Familiar.

- Prevención y control de enfermedades bucodentales, con prioridad a la población infantil.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Se planea que los servicios de salud mental incrementen las actividades curativas, preventivas y de rehabilitación, mediante la capacitación específica del personal y con la misma infraestrutura existente.

La prestación de servicios de salud mental se proporcionará en tres niveles de atención:

- En el primer nivel de atención las actividades principales son: promoción de la salud, protección específica y diagnós-tico precoz, empleando recursos sencillos y atención a pa --cientes ambulatorios.
- El segundo nivel de atención se encarga de restaurar la sa -lud y superar los daños a través de atención a enfermos que requieren estancias hospitalarias cortas y recursos técnicos de mediana complejidad.
- El tercer nivel tiene como enfoque principal restaurar la salud y superar las limitaciones del individuo debidas a su enfermedad; utilizando recursos tecnológicos de alta compleji--dad y profesionistas especializados.

El primer nivel de atención será cubierto por módulos de Medi--cina General y Familiar y Servicios de Psiquiatría y Salud --

Mental de los centros de salud.

Los de segundo y tercer nivel se proporcionarán en hospitales generales y de especialidad para tratamiento de pacientes agudos y crónicos.

Se considera que los problemas mentales en México han aumentado en función de:

- La industrialización y crecimiento urbano que multiplican -- las fuentes de tensión a las que se somete el sujeto.
- Las migraciones hacia la ciudad, provocan aumento de grupos marginados, en los que son más frecuentes los trastornos mentales.
- Los problemas económicos del país. Las estadísticas demuestran el aumento de psicosis y suicidios durante depresiones económicas que causan desequilibrio emocional en desempleados y sus familias.

En el año 1977 se valoraron los motivos de consulta en servicios de primer nivel, los resultados fueron: el 35% de consultas eran por trastornos emocionales infantiles, el 9% por farmacodependencia y el 6% por retraso mental, corroborando con esos datos que estos padecimientos son más frecuentes en la población menor de veinte años, que es el grupo etario más amplio de la pirámide poblacional.

El plan se propone desarrollar las acciones siguientes:

- Formular normas para la atención médica de enfermos mentales

en los tres niveles de atención.

- Investigar cuales son los factores que condicionan la aparición de trastornos mentales en la población de nuestro país.
- Ampliar la cobertura de acciones preventivas.
- Promover la capacitación y formación de recursos humanos.

PROGRAMA CONTRA LAS ADICCIONES

El alcoholismo es un problema de salud preocupante, hay 1.7 -- millones de alcohólicos, que padecen esta enfermedad, que se -- presenta más frecuentemente en los hombres de 30 a 50 años, -- que es la etapa de mayor productividad económica en nuestro me --
dio.

Los trastornos orgánicos secundarios al alcoholismo crónico -- son: desnutrición, cirrósisis hepática, miocarditis y neuropa --
tías, lo que aumenta la morbilidad y mortalidad por estas cau-
sas. Los trastornos mentales más comunes asociados con esta en-
fermedad, son: incoordinación muscular, pérdida de la memoria,
delirium tremens, psicosis alcohólica y síndromes del alcho- --
lismo crónico.

La farmacodependencia ha aumentado su frecuencia en los últi --
mos años, las sustancias más usadas para intoxicarse, son: ma-
riguana, inhalantes, anfetaminas y psicotrópicos, la población
más afectada son los jóvenes, lo que crea un problema social --
grave para el país.

El programa se propone:

- Investigar la causalidad del incremento de las adicciones.
- Realizar programas de educación para la salud, con enfoque - específico para su prevención.
- Desarrollar programas de orientación a nivel masivo.
- Establecer sistemas de control sobre la difusión de produc--tos que pueden causar adicción.
- Aumentar el número de centros de salud para prevención y tratamiento.
- Orientar a padres de familia y maestros para que colaboren - en la prevención de las adicciones y la detección oportuna - de usuarios incipientes para procurarles tratamiento médico oportuno.

REGLAMENTO PARA HOSPITALES, MATERNIDADES Y CENTROS MATERNO
INFANTILES EN EL DISTRITO FEDERAL, TERRITORIOS Y ZONAS FEDERA
LES

Este reglamento data de 1945, contiene disposiciones genera--
les y específicas para normar la atención médica que propor -
cionan los hospitales.

En la fracción I del Art. 1º conceptúa como hospital, todo es
tablecimiento oficial, descentralizado o particular, que ten-
ga como objetivo principal la atención de enfermos ambulato -
rios o internados. Otras funciones a realizar son adiestra --
miento de personal e investigación.

Por el servicio que proporcionan, se clasifican en generales
y de especialidad.

Son hospitales generales los que atienden enfermos de varias
especialidad. Son de especialidad los que sólo atienden enfer
mos con un solo tipo de padecimiento.

En el capítulo II se dan disposiciones generales de Ingenie -
ría Sanitaria.

Los hospitales se construirán en terrenos salubres, en sitios
accesibles a las vías de comunicación con que cuente la pobla
ción, para facilitar el traslado de pacientes y surtido de ví
veres.

Deberán estar alejados de vías férreas o centros de reunión -

como mercados, escuelas o carreteras muy transitadas.

- La dotación de agua potable será a razón de 250 litros de agua diarios por persona, contando la capacidad máxima del hospital para pacientes y personal.
- Las salas colectivas o individuales para pacientes, tendrán como capacidad mínima 18 mts. cúbicos por persona.
- Para la iluminación y ventilación naturales se tendrán ventanas al exterior, con superficie de un tercio o un cuarto del área destinada al piso.
- Cuando haya aire acondicionado o ventilación artificial, se instalarán filtros para el aire. La renovación del aire será de 6 a 8 veces por hora, tendrá una temperatura de 17 a 22° y humedad del 50 al 60%.
- Para proteger al personal y pacientes existirá un extinguidor de incendios cada cincuenta metros cuando menos.

El artículo 18 indica los servicios que debe tener un hospital general:

1. Hospitalización
2. Auxiliares de diagnóstico y tratamiento
3. Servicios generales
4. Médico-administrativos
5. Para el personal
6. El servicio de consulta externa se considera opcional

El capítulo IV y VI contienen disposiciones específicas para hospitales de enfermedades infectocontagiosas y centros materno infantiles respectivamente.

El capítulo V norma la atención médica para hospitales neuropsiquiátricos.

En el Art. 47 indica que además de los servicios que tendrá - similares a los de los hospitales generales, contará con:

1. Servicios de electrodiagnóstico y fisioterapia con equipo adecuado.
2. Servicio de electrochoque, de insulino terapia o de cualquier otro procedimiento específico.
3. Servicio de terapia ocupacional.
4. Servicios de especialidades médicas de acuerdo a las necesidades de los pacientes. Los cuales pueden ser contratados con otra institución.

Art. 48.- El hospital deberá tener espacios abiertos como jardines, terrazas o patios debidamente acondicionados y protegidos para recreo, descanso y terapéutica ocupacional al aire libre. La superficie será de cinco metros cuadrados por cada interno.

En el Art. 49 se encuentran las disposiciones para proteger a los pacientes de accidentes y fugas.

- La protección de la ventana se hará con alambre de cuadrícu

la del N° 14.

- Instalaciones eléctricas ocultas, focos y lámparas empotradas en la pared.
- Estarán fuera del alcance de los pacientes los contactos y los apagadores dispuestos en tableros que solo manejarán los empleados.
- Las salas colectivas y habitaciones individuales, tendrán -- una sola entrada con puerta y mirilla debidamente asegurados por fuera.
- Los cuartos para enfermos agresivos, estarán especialmente acondicionados para su protección, con mirilla especial en la puerta y paredes forradas de material suave.
- Las regaderas de los baños estarán empotradas en la pared y los controles del agua sólo al alcance de los empleados.
- Los accesos a las escaleras estarán cerrados por puertas con chapa.

El Art. 50 dispone las reglas para el ingreso de pacientes a la institución.

- Cuando el ingreso sea voluntario, el paciente lo solicitará por escrito firmando ante dos testigos.
- Cuando el ingreso sea involuntario, la solicitud será hecha y firmada por el representante legal del enfermo, los miembros más cercanos de su familia o una autoridad competente.

- A toda solicitud de ingreso se anexará certificado firmado por dos médicos y por lo menos uno de ellos será alineista. En el certificado estarán los siguientes datos:

1. Nombre y señas personales del paciente.
2. Padecimiento y síntomas más importantes, que prueben la existencia de perturbaciones mentales.
3. Los hechos que justifiquen su internamiento, como peligro sidad del paciente en el medio social.
4. Justificación de la necesidad de que sea sometido a obser vación, aislamiento o tratamiento especial.

En el Art. 51 se indica que es obligatorio hacer a cada enfermo su historia clínica dentro de los primeros cinco días de su ingreso y anotación diaria de la evolución y tratamiento del mismo.

El expediente servirá para formar el informe que se enviará a la Dirección de Asistencia Médica, en que se dará a conocer el censo de pacientes.

En el Art. 52 se prohíbe el empleo de camisas de fuerza y coer citivos semejantes. Los cuartos de aislamiento sólo se emplearán con pacientes agresivos.

Este reglamento cuenta con disposiciones que están en contra de los postulados de la psiquiatría moderna, como son las rejas y las ventanas con malla de alambre, ahora se prefiere que el medio ambiente hospitalario sea lo más parecido al hogareño.

Pero la mayoría de sus disposiciones tienen plena vigencia y - si fueran aplicadas en la construcción de los hospitales, se - hubieran evitado un sinnúmero de accidentes ocurridos en los - baños o con las instalaciones eléctricas.

Otras disposiciones administrativas son desobedecidas sistemáticamente por instituciones privadas y oficiales, como son los requisitos de ingreso y el control del enfermo agresivo.

Sería recomendable que el cuerpo de gobierno de los hospitales psiquiátricos conocieran el reglamento, aplicarán sus disposiciones y se supervisara su funcionamiento para proteger efectivamente a estos enfermos.

Este reglamento se sustituirá por el reglamento para la Prestación de Atención Médica*, elaborado por el Departamento de Normas de Servicios de Apoyo Hospitalario de la Secretaría de Salud. Se había previsto concluirlo a fines de 1985, los terremotos de septiembre de ese año, retardarán su revisión por reubicación de estas oficinas de la Secretaría de Salud.

* Datos proporcionado por el Teniente Coronel José Cabrero -- Maza. Jefe del Departamento de Normas de Servicios de Apoyo Hospitalario de la Secretaría de Salud. Junio de 1985.

DISPOSICIONES JURIDICAS EN OTROS PAISES PARA EL INGRESO DE PACIENTES A HOSPITALES PSIQUIATRICOS

Las leyes primitivas se preocuparon de proteger a los enfermos mentales, mediante normas legales que concedían a la familia los beneficios económicos derivados del patrimonio del alienado, presuponiendo que los emplearían en atenderlo y procurar su curación.

El enfermo que no tenía familiares o personas que se hicieran cargo de él, vagaba libremente por las calles, hasta que surgían las protestas de la comunidad para que sin más trámite se le recluyera en hospitales de rejas altas y puertas con gruesas cadenas para tranquilidad de los quejosos.

La terapéutica (empírica) consistía en ayuno prolongado, baños helados, cuarto oscuro, dieta de pan y agua. Estas medidas terminaban con la energía del paciente, contribuyendo a su deterioro físico y mental y a separarlo de la familia y comunidad. El ingreso al hospital era sinónimo de reclusión perpetua.

Para internar a una persona en el hospital, era suficiente que lo solicitaran a la institución los familiares o algún integrante de la comunidad.

Fué hasta el Siglo XIX, cuando surgió interés público sobre la legalidad de detener a las personas privándolas de todos sus derechos, sin hacer distinciones entre los padecimientos

mentales que presentaban, ni valorar la necesidad de reclusión y su temporalidad. Se promulgaron varias leyes relacionadas con los autos de formal prisión que constituyan la base legal para detener a estas personas. El empleo del término confinamiento que también era usado para delincuentes, se sustituyó por el término hospitalización.

En la actualidad se pugna por no cometer las injusticias del pasado, poniendo en vigor varias leyes que protejan los derechos de las personas que sufren trastornos o enfermedades mentales.

SITUACION DEL ENFERMO EN PAISES ANGLOSAJONES

En estos países, antes de tomar cualquier medida legal respecto al sujeto, se debe determinar:

1º Si es o fué capaz de llevar a cabo las acciones que se le imputan.

Si no las realizó, se valora si es posible que las realice en el futuro y si las ejecutó, si puede ser considerado responsable o no de ellas de acuerdo a su estado mental.

El psiquiatra forense tiene que seguir un procedimiento especial para emitir su dictámen pericial sobre la salud mental de una persona.

- Antes de examinar al paciente busca información sobre el caso en fuentes indirectas, los pormenores sobre el sujeto

to y sus antecedentes, consulta el expediente y las opi niones de expertos en otras áreas. Debe entender claramente cuál es el motivo por el que se pide su dictámen, qué clase de informe debe dar y con qué fin será usado.

EXAMENES

Cuando se plantea la posibilidad de retraso mental, se hace una evaluación breve de la inteligencia del sujeto, por medio de entrevista y pruebas psicométricas.

En casos que implican impulsividad, pérdida del control, conciencia alterada, amnesia, estados de fuga, sonambulismo, epi sodios extravagantes o disociativos o cuando existen antecedentes de epilepsia, convulsiones, ataques o pérdida de la conciencia de cualquier clase, migraña o daño cerebral graves, se entrevista al paciente para investigar sobre trastornos disrrítmicos cerebrales y epilepsias, realizando exámenes de laboratorio y gabinete.

Las entrevistas con el paciente, deben ser resumidas para con cluir sobre el aspecto que requiere la autoridad. El reporte debe ser breve, con toda la información importante; emitiendo una opinión concreta. Por lo general no interesa en estos casos la etiología del padecimiento y son importantes el diagnóstico y el pronóstico. Se redacta utilizando el mínimo de lenguaje técnico.

Cuando el médico ha sido el tratante de una persona con un --

trastorno emocional o mental, se deben de ver otras implicaciones legales de la relación médico paciente.

El médico debe conocer sus obligaciones con el paciente y derechos que tiene éste para contar con la reserva de la información que da al médico y conocer su diagnóstico y tratamiento. (19)

Cuando el médico es llamado por un tercero para emitir su opinión, antes de examinar al presunto enfermo, el médico debe explicarle que tiene derecho a rechazar el examen y que si lo acepta, los resultados se darán a conocer a otra tercera persona. En estos casos se recaba antes del examen, la firma del sujeto aceptando el examen y el uso que hara el médico de los datos que obtenga; de lo contrario el médico puede ser acusado de negligencia.

Después de concluido el examen se entrega a la autoridad que lo solicito y ésta determina si la persona debe o no ser enviada a una institución para su tratamiento.

El internamiento tiene como lineamientos generales:

1. Se debe internar en el hospital al enfermo mental con propensión a agredir a los demás o a si mismo.
2. Cuando el enfermo mental ha cometido un delito, se le interna en hospitales con salas especiales para enfermos mentales delincuentes.

(19) Solomon P. Idem. Págs. 380-383

3. Cuando por su padecimiento solo requiere cuidado personal, se envía a un albergue o escuela especial.
4. El paciente puede egresar por:
 - Alta voluntaria
 - Criterio de médico de mejoría o curación
 - Orden judicial
5. El paciente hospitalizado conserva como derechos, aceptar o rechazar el tratamiento recomendado, disponer sobre sus bienes, capacidad para contratar, comunicarse con su familia y abogado, iniciar los trámites para salir del hospital.

También existe el internamiento voluntario cuando el paciente piensa que por sus síntomas requiere hospitalización.

Lo deseable sería que el mayor porcentaje de internamientos fueran voluntarios pero a pesar de su conveniencia desde el punto de vista médico, las estadísticas citadas por la Organización Mundial de la Salud, demuestran que solo fueron voluntarios el 10% de ingresos en hospitales gubernamentales de E.U.; el 70% de los de Inglaterra y el 31% en hospitales franceses. (20)

A pesar del porcentaje bajo de ingresos voluntarios en E.U., los médicos y los legisladores han propugnado por actualizar la legislación. Elaboraron el acta que publicó el Servicio de Sanidad que incluye:

(20) Gregory Ian Opus Cit. Pág. 325

1. Definición de términos empleados en ella.
2. Reglamento para ingreso y egreso relativos a la hospitalización voluntaria.
3. Reglamentos para ingreso, postingreso y salida en casos de internamiento involuntario.
4. Medidas aplicables en términos generales a todo tipo de pacientes.

Para estimular y extender la práctica de hospitalización voluntaria, el acta estipula que se debe permitir la salida del paciente inmediatamente que lo solicite, con las excepciones siguientes:

- 1º El paciente menor de dieciseis años, debe contar con la --
anuencia del padre o tutor que se hará cargo de su aten --
ción.
- 2º Cuando la dirección del hospital reciba constancia del tri
bunal o juez competente en la que se considere que la sali
da del paciente sería peligrosa para terceros o para si --
mismo.

Para la hospitalización contra la voluntad del paciente, por iniciativa de otra persona, se establecen tres procedimientos generales. (21)

1. Con certificado médico.

1. Caso no urgente

(21) Kolb. Ibid. Pág. 712.

Se requiere:

- 1.1 La solicitud de la persona que desea que el paciente sea internado.
- 1.2 Certificado médico extendido por dos médicos psiquiatras indicando el internamiento, por alguna de las razones siguientes:
 - Peligro de que se lesione a si mismo o a otra -- persona.
 - Incapacidad para decidir por si mismo que requiere atención médica especializada.

El certificado médico autoriza a los oficiales de sanidad a trasladar al paciente al hospital para - iniciar el procedimiento judicial de internamiento - to.

2. Caso de urgencia

Requiere:

- 2.1 Que una persona allegada acuda al médico con el paciente.
- 2.2 Que el médico certifique que el paciente tiene - - trastorno mental que requiere internamiento.
- 2.3 Solicitar que un oficial de sanidad o un policía - traslade al paciente al hospital para su atención.
- 2.4 La dirección del hospital tiene obligación de notificar a la autoridad el ingreso del paciente.

II. Sin certificado médico (atención de urgencia).

El oficial de sanidad o la policía pueden llevar al paciente directamente al hospital, para que sea examinado por el médico.

Este caso se presenta cuando la persona subitamente sufre trastornos mentales graves que le impiden darse cuenta de la realidad y no hay nadie que lo acompañe o se haga cargo de él.

III. Por orden del juez (procedimiento judicial).

Este es el único procedimiento en el que el individuo puede ser retenido en el hospital por más de cinco días sin posibilidad de alta voluntaria.

Se requiere:

1. Que la persona responsable del enfermo solicite el internamiento ante el tribunal.
2. El tribunal señala dos médicos examinadores.
3. En audiencia privada que se efectúa entre el quinto y décimo quinto día posterior a la solicitud, se interroga al paciente y testigos, a quienes previamente se solicitó su asistencia.

Si el tribunal encuentra evidencia de enfermedad mental - puede ordenar:

1. Internamiento por tiempo indefinido. Después de trans-

currir un año el paciente puede solicitar una nueva -- audiencia para revisión de su caso.

2. Internamiento para observación, que no puede exceder -- de seis meses. Si en las audiencias semestral o anual se encuentra, que ya no requiere hospitalización se dá por terminado el proceso y el paciente egresa del hospital.

El internamiento es diferente de la adjudicación por -- incompetencia. Una persona internada en un hospital -- psiquiátrico, puede ejercer sus derechos civiles, in -- cluyendo el manejo de sus propiedades y el derecho de voto. Derechos que no puede ejercer si se le declara -- incompetente.

La Declaración de Incompetencia es otro procedimiento legal.

Los pacientes deben recibir trato humanitario. Las medidas de sometimiento físico solo se usarán con permiso escrito del pa -- ciente o en caso de urgencia, en forma temporal y bajo super -- visión médica.

La sala de tratamientos físicos debe estar en un lugar separa -- do, para mantener a los pacientes en una atmósfera de tranqui -- lidad. Nunca se usarán los tratamientos como medidas coerciti -- vas para el paciente. Se le permite comunicarse por correo, -- respetando su correspondencia, puede recibir a sus visitantes

en horas razonables.

Los registros del hospital y la información sobre el paciente se manejan como información confidencial.

ALTA DEL PACIENTE

1. El personal del hospital debe estar capacitado para dar de alta al paciente, independientemente de la orden judicial.
2. El paciente tiene derecho de solicitar su alta. el personal debe notificarle este derecho. Si el paciente inicia el trámite de egreso, se requerirá orden judicial y un examen psiquiátrico para mantenerlo dentro del hospital por más de cinco días.
3. El paciente internado por orden del tribunal para observación, no deberá ser retenido en contra de su voluntad por más de seis meses, sin que se examine y certifique nuevamente sobre su estado de salud.
4. Un paciente internado por tiempo indefinido por una orden del tribunal podrá apelar esta decisión después de doce meses de internamiento, solicitando nueva revisión de su caso.
5. La negligencia del personal en los procedimientos de internamiento se castiga como responsabilidad médica.

INCAPACIDAD; CONFINAMIENTO Y EJERCICIO DE DERECHOS DEL PACIENTE

Las audiencias para determinar la capacidad en relación con -

alguna responsabilidad específica (generalmente asuntos financieros) pueden celebrarse aunque el paciente esté en tratamiento externo. En este caso no basta demostrar que existe alteración psiquiátrica, el trastorno del intelecto debe ser -- causa suficiente para alterar su raciocinio de tal manera que dé por resultado, despilfarro, acumulación de bienes o credulidad que pueda dañarlo.

Cuando se declara al enfermo incapaz o incompetente, es necesario que el tribunal le señale tutor, o una comisión que administre sus bienes y proteja sus intereses.

La capacidad testamentaria del paciente va a depender de que tenga mente y memoria lúcidas, que impliquen capacidad para:

1. Saber sin intervención de terceros, el carácter y extensión de la propiedad que está dispuesto a ceder.
2. Saber la naturaleza del acto que va a realizar.
3. Saber nombre e identidad de las personas que serán depositarios de la cesión.
4. Saber su relación con respecto a ellos.
5. Comprender todos los hechos y poderlos recordar.
6. Advertir con claridad, las relaciones de estos factores entre sí.
7. Poder recordar la decisión que tomo.

El testamento puede anularse cuando el sujeto por su trastor

no no comprenda alguno de los puntos anteriores. La persona con retraso mental puede testar si tiene la capacidad de entenderlos.

Matrimonio.- Se juzga que un individuo tiene capacidad legal para casarse si entiende la naturaleza del contrato matrimonial y los deberes y obligaciones que implica. En la mayoría de los estados hay leyes que prohíben que se casen dos enfermos mentales por motivos de eugenesia y para evitar que aumente la carga de la comunidad en caso de que ellos no puedan hacerse cargo de sus hijos.

Divorcio.- La demencia no constituye base legal para conceder el divorcio, solo se considera como causal cuando el cónyuge ha sufrido una enfermedad mental que lo obligue a permanecer hospitalizado por varios años. En algunas entidades además se requiere que el pronóstico sea de incurable, lo que la mayoría de los médicos se resiste a afirmar, recordando que las enfermedades mentales que hace dos décadas eran incurables -- ahora no lo son⁽²²⁾

SITUACION DEL ENFERMO MENTAL EN FRANCIA

El internamiento como tal, cada vez esta más en desuso; ahora lo más frecuente es la admisión llamada "en servicio libre" -- que es similar al ingreso del paciente a un hospital de otra especialidad. Este tipo de admisión supone que el enfermo -- acepta el internamiento y su estado no representa peligro pa-

⁽²²⁾ Kolb. Opus. Cit. Pág. 715

ra él o para otra persona.

El internamiento tiene dos modalidades: (23)

1. Ingreso voluntario

Requiere de:

1.1 Solicitud del paciente en la que pide su ingreso al --
hospital.

1.2 Certificado médico de internamiento

- Expedido en papel sellado.
- Por un médico, que no sea pariente o allegado del so
licitante o del director del establecimiento y que -
no este vinculado con la institución
- No debe de tener más de quince días de expedido.
- El director podrá pedir la legalización de la firma
del médico cuando no es conocido en la institución.
- Un documento que establezca plenamente la identidad
del enfermo.

2. Ingreso de oficio o involuntario

El expediente de ingreso de oficio comprende:

- Orden del prefecto de policía, mandando el ingreso (es -
trámite esencial). Esta orden debe estar basada en certi
ficado médico o testimonios que acrediten que la persona
sufré algún trastorno mental.
- Informe sobre la situación económica personal y familiar
del presunto enfermo y la determinación de su domicilio.

(23) Ey Henri. Ibid. Págs. 1052-1055.

- Documentos de identidad del enfermo.

El traslado del enfermo de su domicilio al hospital, es a cargo de la alcaldía y debe ser directo.

Alta del paciente

- Cuando el paciente ingresó voluntariamente al hospital, puede egresar por orden médica o solicitud personal o familiar.
- Cuando el ingreso fué de oficio, solo podrá salir cuando -- el médico certifique que está curado o que su mejoría le --
" permite convivir con la familia.

Se han dictado otras garantías generales para proteger a las personas de internamientos arbitrarios.

- Las formalidades para la admisión deben ser observadas rigurosamente por las instituciones.
- En las 24 hs. siguientes al ingreso, los médicos deben certificar si procede o nó el internamiento.
- En los quince días siguientes a la admisión del paciente, - se debe expedir un nuevo certificado médico en el que conste que amerita seguir hospitalizado.
- Cada hospital debe llevar registros actualizados, en el que estén inscritos todos los pacientes hospitalizados, recopilados los certificados médicos antes citados y concentrados en forma mensual todos los cambios que haya tenido cada paciente. Estos registros son revisados cada mes por alcalde

o el procurador.

- Los establecimientos psiquiátricos deben ser visitados por lo menos una vez cada seis meses por el Procurador de la República, quien recibe directamente las quejas de los enfermos.

El Art. 29 del Código de Salud Pública francés, instituye la posibilidad de impugnación de la legitimidad del internamiento, que puede ser iniciada por el enfermo o cualquier persona que se interese por él. Esta petición se dirige al presidente del tribunal, para que ordena la investigación y en caso pertinente dicte la salida del paciente.

ASPECTOS LEGALES DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN VENEZUELA.

La Ley de Ejercicio de la Medicina data del 29 de junio de 1942. Sus disposiciones tienen la finalidad de proteger al usuario de los servicios de salud y al profesionalista que los presta.

El Art. 1º define el ejercicio de la medicina como la presentación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, dirigida a particulares, instituciones sanitarias o asistenciales de dependencia oficial o privada, con exclusión de trabajos de investigación y actividades docentes.

Para el ejercicio profesional se requiere estar titulado e inscrito en el Colegio de Médicos. Se cataloga como ilegal

toda actividad que se realiza cuando falta alguno de estos - requisitos.

El Colegio de Médicos tiene como funciones, promover el mejoramiento de la calidad de los servicios que prestan sus afiliados y verificar que las realicen dentro de los canones -- que marca la ética.

El Art. 14 señala que "salvo en casos expresamente establecidos en las leyes para resguardo de la seguridad colectiva, - el médico está obligado a guardar secreto sobre aquello que tuviere conocimiento por el ejercicio de su profesión".

El Art. 15 indica la misma obligación para enfermeras, partes, estudiantes de medicina, enfermeras auxiliares, comadronas y personal técnico.

El Art. 16 establece que la citación, de un médico ante un - tribunal como testigo para declarar sobre hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión, no lo obliga a hacerlo, de acuerdo a la disposición del ordinal primero del Art. 168 del Código de Enjuiciamiento Criminal.

El capítulo VII (Art. 20) dice que las sanciones impuestas - en esta ley, son independientes de las que dice el Código Penal si el acto está tipificado como delito en este ordenamiento.

CODIGO DE DEONTOLOGIA MEDICA

Se aprobó en 1949 y se modificó en 1956 y 1959. Es de aceptación

ción obligatoria para todo médico que ejerza legalmente la -
profesión. La contravención a sus disposiciones será sancio-
nada por los Tribunales del Colegio Médico.

Ningún colegio puede expedir normas similares.

En los artículos 1º al 23 se establecen los criterios norma-
tivos para el ejercicio profesional, como son: respeto a las
ideas políticas y religiosas del paciente, la obligación de
comunicar con permiso del paciente un pronóstico grave o de-
senlace fatal a los familiares allegados.

El Art. 9 prohíbe al médico abandonar el tratamiento de en -
fermos crónicos o incurables, el 12 señala que es punible la
expedición de certificaciones médicas sin haber realizado --
previamente el examen correspondiente.

Los artículos siguientes establecen que esta prohibido:

- Indicar tratamientos inútiles
- Aplicar medidas de diagnóstico y tratamiento que estén en
etapa de experimentación.
- Aplicar terapia electroconvulsiva u otro tratamiento neuro
psiquiátrico sin autorización escrita del enfermo o de su
familiar más cercano.
- La realización de operaciones mutilantes, amputaciones o -
esterilización definitiva sin haber agotado antes todas --
las posibilidades médicas existentes y haber obtenido la -
autorización escrita del enfermo o su representante legal.

En caso de urgencia puede autorizarla el familiar que este presente, si no está ninguno de ellos, se consulta la opinión de otros médicos y la decisión a la que lleguen deberá constar en acta escrita.

El Art. 25 del capítulo II, señala que es contrario a la honradez profesional:

- Invitar a personas extrañas a la profesión a presenciar -- tratamientos, actos quirúrgicos u obstétricos o permitir - que se filmen o fotografien con fines no médicos.
- Expedir certificados en los que se exprese alguna falsedad.

Los artículos 53 al 59 tratan del secreto médico. El médico y todo auxiliar están obligados a guardar en secreto todo lo que vean, oigan o descubran durante el ejercicio de su profesión. La información puede ser explícita o estar implícita - en la relación con el cliente; en ambos casos es inviolable y solo se revelará en los casos siguientes:

- Cuando el médico es consultado en calidad de experto.
- Como parte del peritaje solicitado por la autoridad.
- En caso de que la información deba especificarse en el certificado de defunción.
- Si se trata de declaración de enfermedad infectocontagiosa.
- Cuando lo exijan los padres o el representante legal de -- un paciente menor de edad.

El capítulo VII trata de los honorarios profesionales. Se es tablecen parámetros para su cobro, señalando la tarifa de -- acuerdo al tipo de servicio prestado, se precisa el porcentaje mínimo que deben percibir los ayudantes.

El capítulo XII indica los tipos de medidas disciplinarias; que pueden ser:

- Amonestación verbal
- Amonestación escrita
- Exclusión de honores privados y relativos a cuestiones gremiales.
- Exclusión de honores relacionados con el ejercicio profe--sional.
- Promoción de la suspensión de la práctica de la profesión médica.

Las disposiciones de estos ordenamientos, conforman el marco jurídico que garantiza el cumplimiento de los postulados éticos que deberían guiar siempre el desempeño de esta profe- - sión. Con esto se beneficia a los pacientes en general y es- pecíficamente a los enfermos mentales al evitar que sean so- metidos a tratamientos experimentales o inútiles.

Opino que la población de nuestro país requiere de la formu- lación de ordenamientos similares que frenaran abusos de pro- fesionales que ejecutan actos arbitrarios y contrarios a las normas deontológicas.

CAPITULO IV

RECURSOS DE LA COMUNIDAD PARA LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL

- Instituciones Oficiales

México fué el primer país de América que tuvo un hospital -
psiquiátrico.

El 22 de noviembre de 1566. Bernardino Alvarez fundó el Hospital de San Hipólito para atender a enfermos mentales, que hasta entonces habian deambulado por las calles y vivían de la caridad pública. Quedó a cargo de la orden de los hipólitos, que atendían a los pacientes con sentido de piedad cristiana y les aplicaban tratamientos empíricos, como sangrías y emplastos de hierbas para cambiar los trastornos humorales que se creía eran la causa de las enfermedades mentales.

Como el Hospital San Hipólito solo admitía hombres, las mujeres con problemas mentales seguían en las mismas condiciones de desamparo, razón por la que José Sayago y su esposa empiezan a darles albergue en su propio domicilio. Enterado de su encomiable labor el entonces Arzobispo de México Don - - - Francisco Aguilar y Seijas, donó una casa con cupo para 60 - mujeres, que en 1690 empezó a funcionar como hospital y en - 1700 se hizo cargo de él la Congregación del Divino Salvador y le puso al Hospital el nombre de la orden.

Los dos hospitales funcionaron hasta principios de este si - glo, el único cambio fué que en 1821 el Hospital de San - - Hipólito y en 1843 el del Divino Salvador pasaron a depender

del ayuntamiento.

Fueron sustituidos por el Manicomio General que fué inaugurado en 1910 por Don Porfirio Díaz; era una construcción de estilo francés de pabellones independientes, planeada para atender 1000 pacientes. Como era el único manicomio y aceptaba a pacientes de poblaciones circunvecinas el número de enfermos fue aumentando y en 1966 eran 2800 pacientes a los -- que se les proporcionaba atención deplorable, en una planta física que ya no era funcional.

Para cambiar las condiciones de los enfermos mentales y mejorar la calidad de la atención médica se planeó el sistema de hospitales psiquiátricos integrado por diversas unidades con diferentes funciones.

En 1967 desapareció el Manicomio General y empezó a funcionar el Sistema de Hospitales Psiquiátricos, integrado por:

- El Hospital Fray Bernardino Alvarez, de construcción vertical, con capacidad de 630 camas, diez pisos, planeado para atender a personas con padecimientos psiquiátricos agudos que requieren estancia menor de 90 días. Con programas de Terapia Ocupacional y Recreativa y Servicio de Consulta Externa.
- El Hospital Infantil Dr. Juan N. Navarro con capacidad para doscientas camas fué creado para:
 - . Alojar en forma permanente a niños con retraso mental --

profundo que provenían del Manicomio General.

- . Atender a niños con trastornos mentales agudos que no -
requerían internamiento prolongado.
- . Proporcionar consulta a pacientes externos.
- . Atender a preescolares que necesitan orientación psicope
dagógica.
- Hospitales Campestres.

Se construyeron tres hospitales de 520 camas cada uno.

- . El Hospital Dr. Rafael Serrano, ubicado en el Batán, -
Puebla, que atiende a pacientes de ambos sexos.
- . El Hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno, en Tlahuac, que
cuenta con un pabellón de 100 camas para enfermos men-
tales delincuentes, sólo atiende pacientes de sexo mas
culino.
- . El Hospital Dr. Adolfo M. Nieto que cuenta con una sec
ción de 35 camas para mujeres con problemas legales. -
este hospital sólo atiende pacientes del sexo femenino.
- . El Hospital Fernando Ocaranza tiene la función princi-
pal de atender a pacientes adultos y adolescentes con
muy pocas posibilidades de rehabilitación, cuya estan-
cia es prolongada y la mayoría de las veces definiti-
va. (24)

El objetivo del Sistema de Hospitales era que el Hospi -

(24) Calderón Narváez Guillermo. Salud Mental Comunitaria; Ed.
Trillas. 1a. Ed. México 1981. Págs. 103-124

tal Fray Bernardino Alvarez solo atendiera pacientes con problemas mentales agudos y los hospitales campestres a pacientes crónicos. No ha sido posible lograrlo, por los problemas siguientes:

- Escasez de recursos humanos con preparación profesional que surge por deserción del personal hacia instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado que pagan sueldos más altos.
- Falta de presupuesto destinado al mantenimiento periódico de la planta física que se deteriora por el tiempo y la destructividad de algunos pacientes. Este deterioro propicia que haya áreas que dejan de funcionar - (alberca y canchas deportivas del Hospital de Zoquiapán) y algunas se vuelven peligrosas para el personal y pacientes.
- El aspecto de sus pabellones es carcelario y dificulta la creación de ambiente terapéutico.
- Estancia prolongada de pacientes en el hospital provoca el "hospitalismo", los vínculos del paciente con familia y la comunidad se ven afectados. La familia ya no quiere hacerse cargo del paciente y él ya no desea regresar a su hogar, lo que disminuye las posibilidades de reintegrarlo a la vida útil.

- Falta de sensibilización de las comunidades aledañas a los hospitales campestres, propicia que abusen de la condición mental de los pacientes.
 - Carencia de programas para que los pacientes desarrollen fuera de la institución actividades remuneradas, que les permitan sufragar sus gastos.
 - Inexistencia de hogares sustitutos temporales y definitivos para pacientes que no pueden funcionar en su hogar o carecen de él.
 - En los hospitales para pacientes con problemas agudos aumenta el promedio de estancia y surge la sobrepoblación. Hay pacientes que necesitan ser enviados a hospitales campestres, que no pueden ser admitidos por falta de camas disponibles; esto sucede porque están saturados con personas abandonadas por su familia que permanecen en la institución hospitalaria que funciona como albergue, por falta de instituciones a donde remitirlos.
- Instituciones Privadas

En estas instituciones es difícil obtener información. Solo hablaré de dos de ellas, el Instituto MENDAO y la Clínica -- San Rafael, que cuentan con recursos físicos, humanos y financieros suficientes para dar atención de buena calidad al paciente.

El Instituto Mendoa está ubicado en Vasco de Quiroga 1251, Colonia Santa Fé, se fundó en noviembre de 1979. Se encarga de pacientes con cuadros psicóticos o neuróticos graves, -- que en la valoración previa a su ingreso se consideran con posibilidades de recuperación.

Funciona como comunidad terapéutica y ofrece los servicios siguientes:

- Sección de internamiento con treinta y cinco camas, para pacientes que deben permanecer con atención médica las -- 24 hs.
- En el hospital de día, se da tratamiento parcial al pa -- ciente que asiste al hospital de las 9 de la mañana a las 6 de la tarde y el resto del día lo pasa con su familia.
- Terapias fraccionadas, es un grupo de tratamientos que se le dan al paciente que ya no necesita ir al hospital de -- día y sólo asiste 2 ó 3 horas al hospital.
- El programa de actividades se basa en tratamientos psico- lógicos, principalmente psicoterapia individual, familiar y de grupo. Se complementa con terapia ocupacional y re -- creativa, música y deportes.

Esta institución permite al paciente la comunicación con la familia, el contacto con el exterior se mantiene con sali -- das al cine, teatro, museos y otros espectáculos. El pacien -- te puede visitar estos sitios solo o acompañado, de acuerdo

al criterio del médico tratante. (25)

La Clínica San Rafael está ubicada en Insurgentes 4177, Santa Ursula Xitla Tlalpan. Inició sus labores en el año de -- 1955.

Está a cargo de la orden de San Juan de Dios, que desde los tiempos de la Colonia se dedicaba a la atención de este tipo de enfermos. Su capacidad es de 190 camas, atiende a pacientes de ambos sexos. Tiene una planta física de amplias dimensiones. Los tratamientos más utilizados son farmacológicos, físicos y psicológicos.*

Los permisos para comunicarse al exterior solo pueden hacerse con autorización del médico tratante.

En estas dos instituciones los procedimientos de internamiento son similares a los de los hospitales privados.

CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

La Clínica San Rafael cuenta con un Centro de Salud Mental comunitario original en su funcionamiento y dependencia.

Surgió del análisis de las necesidades que tenía el país de -- atender la salud mental de la población y de la cuantificación de recursos financieros y técnicos que son escasos. Por esta -- razón no podían extrapolarse modelos de atención comunitaria -- de otros países y se creó un tipo de institución en la que se utilizarían recursos del sector privado, instituciones oficia-

(25) Programa del Instituto Mendo. Editado por el propio Instituto. Págs. 1-12.

* Datos proporcionados por el Sr. Benito Biurom. Administrador de la Clínica.

les de salud e instituciones educativas que preparan profesionales de estas disciplinas.

Su dependencia es bilateral; depende de la Clínica San Rafael, donde esta ubicado en un área independiente y de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salud. Se coordina con la Universidad Nacional Autónoma de México, Escuelas de Enfermería y el Instituto Politécnico Nacional para contar con estudiantes de pregrado y postgrado, que participen en el desarrollo de programas operativos y de investigación.

Colabora con organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas, en investigaciones internacionales.

Fué inaugurado el 28 de octubre de 1974. Sus funciones principales son:

- Prevención y tratamiento oportuno.
- Trabajo directo en la comunidad para promoción de la salud mental.
- Consulta Externa para niños y adultos que puedan ser tratados sin necesidad de hospitalización.
- Actividades docentes y de investigación.

Después de que inició sus actividades este centro piloto, se han multiplicado los centros de salud mental, y ya hay en todas las delegaciones del D.F. (26)

(26) Calderón Narváez Guillermo y Elorriaga H. "El Centro Piloto de Salud Mental Comunitaria San Rafael". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LXXVIII, Nº 2, - Feb. México 1975. Pág. 155.

- Instituciones Descentralizadas.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Cuenta con dos centros de atención para la salud mental de sus derechohabientes. La Clínica de Neuropsiquiatría - - - "Juárez", situada en Prolongación de Jalapa s/n. y la Clínica de Salud Mental "Tlalotelolco" en la calle de Guerrero -- 346, son clínicas de concentración en donde se atiende a todos los derechohabientes del Valle de México. Se hacen todos los estudios de diagnóstico y se da tratamiento ambulatorio. Cuando los pacientes requieren hospitalización, los envían al Hospital Fray Bernardino Alvarez, donde se subroga todo el 2º piso que tiene 50 camas para hombres y cincuenta camas para mujeres.

La subrogación es un sistema mediante el que el hospital -- subrogado proporciona al paciente la cama, atención médica y de enfermería y el uso de los demás servicios con los que cuenta el hospital; el subrogante realiza estudios de laboratorio y gabinete, proporciona medicamentos y paga una cuota diaria al subrogado por cama estén o no ocupadas.

Este sistema de subrogación que utilizan las instituciones descentralizadas (hasta 1981 el IMSS subrogaba 100 camas en el mismo hospital), disminuye la capacidad de los hospitales oficiales, que no cumplan la función para la que fueron creada

dos, y dejan de atender a la población de escasos recursos - que no está protegida por la seguridad social; ni cuenta con los ingresos suficientes para pagar su atención en instituciones privadas.

Las instituciones descentralizadas utilizan este sistema, -- porque así evitan crear un hospital de dependencia directa -- con personal al que pagaría sueldos más elevados y tendrá -- que mantener instalaciones; lo que les saldría más caro que la cuota que pagan a hospitales subrogados.*

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

En mayo de 1983, esta institución realizó una valoración de las necesidades de atención psiquiátrica de su población de-rechahabiente. Los resultados fueron:

- La atención médica psiquiátrica no estaba sistematizada. -- Se atendía a los pacientes en unidades de Medicina Fami -- liar, cuando acudían con trastornos como ansiedad, cambios en el ciclo, sueño, vigilia, alteraciones del apetito. -- etc. que son manifestaciones de alteraciones emocionales -- más profundas.

El tratamiento no podía ser completo porque estas unidades carecían de instalaciones adecuadas y equipos interdisci-- plinarios que dieran al paciente la atención integral que requerían incluyendo orientación a la familia.

No había indicadores reales que pudieran ser usados para

* Datos obtenidos de la entrevista con el Dr. ACC del Hospi- tal Fray Bernardino Alvarez. Junio 1985.

calcular el número de camas necesarias de acuerdo a la población existente, el indicador que se usaba era de 0.007 camas por cada 1000 derechohabientes. Este dato era erróneo, se había calculado tomando en cuenta sólo cifras estadísticas, sin considerar que sólo ameritan internamiento los casos más graves y que los más leves se trataran en el hospital general o en forma ambulatoria.

Este error sobre la demanda de camas, motivó que en la planeación de nuevas unidades médicas no se considerará necesario incluir camas para atender pacientes psiquiátricos, y cuando algún paciente requería internamiento no se le atendía por no tener las instalaciones necesarias.

- Era difícil dar tratamiento oportuno, el padecimiento evolucionaba hasta que la conducta era incontrolable y necesario internar al enfermo en un hospital psiquiátrico con modelo manicomial, sin programas estructurados de actividades para los pacientes. Esto se traducía en alto número de reingresos y permanencia del paciente por largos períodos de tiempo (1 a 2 años después de los que se volvía a pedir prórroga para la atención), con el hospitalismo subsecuente y la alteración de la dinámica familiar.
- En 1983 en el Valle de México, el cálculo de derechohabientes por psiquiatra era de 165,268 a 299,490. De acuerdo a estos datos lo único que podía hacerse era dar tratamiento

a los enfermos. Era imposible realizar actividades preventivas.

En los demás Estados de la República, la atención psiquiátrica se proporciona por medio de subrogación de camas de instituciones privadas, que buscaban resarcirse de las cuotas bajas reteniendo más tiempo del necesario al paciente, favoreciendo su cronicidad.

- No existían áreas para hospitalizar niños y adolescentes.

Valorando estas necesidades se creó un nuevo sistema de -- atención psiquiátrica en el que se aprovecharían los recursos ya existentes, que son dos hospitales psiquiátricos, -- uno para la zona norte y otro para la zona sur del Valle -- de México. Se crearon Centros de Salud Mental, cuya fun -- ción principal es la atención oportuna de casos incipien -- tes de trastorno mental, se implantará también el funcionamiento de Centros de Bienestar Social, para que promuevan la salud mental en la comunidad. (27)

En los dos hospitales psiquiátricos que ya existían, se hicieron remodelaciones en la planta física, se aumentó el -- número de personal, se han impartido cursos de capacita -- ción para tratar de que funciones como hospitales moder -- nos.

En lo personal considero que el hospital de la zona sur no ha tenido cambio en el trato al paciente, ni se ha logrado

(27) Pucheu Regis Carlos. "Bases para la organización de un modelo de funcionamiento de la Psiquiatría y la Salud Mental en el Instituto Mexicano del Seguro Social". Documento de la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Págs. 1-14.

el funcionamiento del equipo interdisciplinario, el material para terapia ocupacional y recreativa es insuficiente. Pero lo más grave es la continuación de un sistema represivo, en el que el paciente no tiene ningún derecho.

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

Esta Secretaría cuenta con varios tipos de establecimientos para atender la salud mental de la población. Sus actividades más importantes en este campo son:

- Detección oportuna de trastornos del aprendizaje, como -
dislexias (dificultad para la lectura), las disgrafias -
(dificultad para escribir) y los trastornos del lenguaje.
Es importante corregirlos en la infancia porque el pronóstico es mejor y evita que el niño sufra de ansiedad e inadaptación al grupo, así como retraso en su trayectoria escolar. En las escuelas de educación especial, se les da el tratamiento adecuado para corregir su problema y luego se reintegren al sistema escolar común. Para atender los problemas de la población del D.F. se dividió en cuatro zonas de acuerdo a los puntos cardinales que cuentan con los siguientes servicios:
- Clínicas de conducta, donde se detectan y tratan problemas de conducta de niños en etapa escolar.
El procedimiento para la atención es el siguiente:
- El niño que presente problemas de la conducta es en -

viado por la dirección de la escuela a la clínica de conducta.

- Se le hacen estudios de diagnóstico, electroencefalograma y pruebas psicológicas.
- El médico psiquiatra, el psicólogo y la trabajadora social entrevistan a la familia y al niño y valoran las pruebas.
- Se prescribe el tratamiento que requiera el problema del niño y continúa asistiendo a la escuela.

En estas clínicas se hace una labor valiosa, ya que en la mayoría de los casos las alteraciones de conducta infantiles son secundarias a problemas de dinámica o integración familiar, los cuales no sería posible resolver sin ayuda profesional.*

Escuela para padres

El Dr. Norberto Treviño Zapata fundó esta escuela, que inició sus actividades en 1972. Su objetivo primordial es educar y orientar a hombres y mujeres, solteros o casados, sobre la vida familiar y las relaciones con los hijos.

Da servicio gratuito a toda persona que se interese en asistir. Todos los ponentes son personas de reconocido prestigio profesional y colaboran en forma altruista con la escuela. Los temas que más se tratan son:

* Entrevista Dr. R.V.G. Médico Psiquiatra de la Clínica de la Conducta.

- Planificación Familiar
- Paternidad responsable
- Relaciones familiares y conyugales
- Psicología femenina y masculina
- Educación sexual
- Nutrición
- Alcoholismo y drogadicción
- Desarrollo normal del niño

Tiene sus oficinas en Filomeno Mata N° 8, D.F. (28)

Alcohólicos Anónimos

Son grupos de auto-ayuda para el control del alcoholismo, cuando la persona desea dejar de beber recibe ayuda de - - otros alcohólicos ya rehabilitados que le dan apoyo emocional. Es el medio terapéutico que tiene el índice más alto de recuperación y consigue que se controlen personas que - habian estado en tratamiento individual sin ningún resultado.

En 1980 había 311 grupos registrados en el D.F., para el - 83' ya eran 450, no está terminado el registro de 1985. Es tán ubicados en todas las delegaciones de la ciudad.*

Los grupos de neuróticos anónimos funcionan en forma similar.

(28) Folleto de promoción 1980. "Escuela para Padre".

* Datos proporcionados por la Oficina Intergrupar de A.A. - - Santa Ma. La Redonda N° 90, Local 2, D.F. 17 de mayo de - - 1985.

SITUACION HOSPITALARIA DEL ENFERMO MENTAL EN NUESTRO PAIS

Los comentarios sobre el tema seguiran el orden de la estancia del paciente en instituciones privadas y oficiales, desde la admisión hasta el egreso.

I. ADMISION DEL PACIENTE

Los hospitales psiquiátricos oficiales y privados cuentan con un servicio de admisión que funciona las 24 hs. El médico asignado al servicio entrevista al posible enfermo para valorar si amerita atención hospitalaria. El criterio usual es internar al sujeto que tiene trastornos mentales que alteran su conducta en grado suficiente para impedir su convivencia con la familia y la comunidad.

1. INSTITUCIONES OFICIALES.

1.1 Internamiento en contra de la voluntad del individuo.

- La familia conduce al sujeto a la institución y solicita su internamiento.
- El médico entrevista al presunto paciente y al familiar, si las condiciones mentales del sujeto hacen necesario su internamiento, ordena su ingreso.
- Como condición para que sea admitido, el familiar firma un formato en el que autoriza al personal del hospital, para que realice todos los métodos de diagnóstico y tratamiento que considere necesarios.

1.2 Con consentimiento del paciente.

- El paciente acude al hospital acompañado por un fa-

miliar.

- En caso de ameritarlo se interna.
- El familiar firma la hoja de autorización de tratamiento.

1.3 Por orden judicial.

- El sujeto tiene conducta anormal en la vía pública, es recogido por la policía que lo conduce a la Delegación Política correspondiente.
- El médico legista lo examina, si lo considera perturbado de sus facultades mentales, lo envía con -- una orden judicial al hospital psiquiátrico oficial, para su atención.
- Cuando se pueden conocer sus datos personales, se -- localiza a los familiares, si no se conoce ningún -- dato se admite en el hospital como desconocido.

2. INSTITUCIONES PRIVADAS.

2.1 Sin consentimiento del paciente.

- Un familiar del presunto enfermo solicita al hospital privado, el traslado del sujeto del domicilio -- al sanatorio. La institución envía un vehículo y dos o tres vigilantes, que lo someten por la fuerza y le aplican un medicamento sedante para llevarlo al hospital.
- Para el internamiento basta la orden del médico tra

tante que seleccione la familia. No es necesario que preste sus servicios en el hospital.

- No se exige ningún documento médico ni legal. La institución considera al médico como único responsable del internamiento y tratamiento.
- Otro método es que la familia traslade por sus proprios medios al sujeto al hospital y lo interne con la orden del médico que se hará cargo del tratamiento.

2.2 Con consentimiento del paciente.

- El paciente y el familiar acuden al hospital, tramitan el internamiento en el servicio de admisión. El único requisito que les pide la institución es que indiquen quien sera el médico que estará a cargo del enfermo.
- El procedimiento de internamiento en contra de la voluntad del sujeto es anacrónico y violatorio de las siguientes disposiciones legales.
 - Se transgrede la disposición del segundo párrafo del artículo 14 constitucional, ya que se priva de la libertad a una persona sin que exista previamente el mandato de una autoridad, emitido después de seguir el juicio correspondiente.
 - El personal de los hospitales privados que va al domicilio de la persona, transgreden la norma del

Art. 16 Constitucional que dice en su primera parte "Nadie podrá ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente que funde y motive la causa legal del procedimiento".

- En todos los casos de internamiento en contra de la voluntad del sujeto en que no se ha realizado previamente el juicio de interdicción necesario -- para declararlo incapaz, se comete el delito de -- privación de la libertad, previsto en el Art. 364 del C.P.
- Cuando se interna a la persona con el único propósito de obtener beneficios económicos por la administración o disposición de sus bienes; la privación de la libertad adquiere el carácter de plagio o secuestro, de acuerdo a lo dispuesto en la fracción I del Art. 336 del C.P. para el D.F.
- Si cuando el presunto enfermo es la persona que -- puede autorizar la entrada al domicilio, el personal del hospital que se introduce en su casa comete el delito de allanamiento de morada. (Art. 285 del C.P.).
- Se desobedecen las disposiciones del Reglamento para Hospitales que señala en el Art. 51 la necesi -

dad de que la solicitud de internamiento se acompañe de certificado médico que justifique la hospitalización.

II. ESTANCIA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL

Durante este período se pueden presentar varias situaciones que deben comentarse.

1. Tratamientos médicos

Tratamiento es cualquier medida designada o diseñada para aminorar o curar cualquier condición anormal o indeseable en el organismo. (29)

En la atención médica psiquiátrica los tratamientos más frecuentes son:

1. Psicofármacos
2. Terapia ocupacional y recreativa
3. Psicoterapias
4. Tratamientos físicos
 - 4.1 Insulinoterapia
 - 4.2 Electroterapia
 - 4.3 Terapia por inhalantes
5. Tratamiento quirúrgico
 - 5.1 Lobotomía o leucotomía

1. Psicofármacos

Fármaco es una sustancia natural o sintética que modifica el funcionamiento del organismo. Los utilizados en psiquiatría reciben el nombre de psicofármacos.

(29) Campbell J. Robert. Psychiatric Dictionary. Fifth Edition Oxford University Press, 1982. Pág. 646.

cos.

Surgieron en 1952, a partir de ese momento se han -
descubierto un gran número de medicamentos que han
dado nuevas opciones al tratamiento de pacientes --
que en el pasado eran recluidos permanentemente en
el hospital psiquiátrico.

Su aparición también ha propiciado que disminuya el
uso de tratamientos físicos y quirúrgicos que impli-
can para el enfermo alto riesgo de complicaciones y
muerte.

2. Terapia ocupacional y recreativa

En la terapia ocupacional se enseña al sujeto un --
oficio que le permita la autosuficiencia económica.

La terapia recreativa es parte del tratamiento, se
utiliza para mejorar la convivencia en grupos y el
esparcimiento.

3. Psicoterapias

Es la forma de terapia en que se usan medios psico-
lógicos para modificar la conducta, está indicada -
para personas sanas o enfermas mentalmente. Los tra-
tamientos psicoanalíticos duran de 3 a 5 años, son
costosos e inaccesibles a la mayoría de la pobla- --
ción. Otros tipos de psicoterapia han abreviado el
tiempo de tratamiento. Durante este proceso se esta

blece una relación estrecha entre médico y el cliente que le confía datos íntimos sobre los aspectos más reservados de su vida.

4. Tratamientos físicos

Este tipo de manejo médico, se inició en 1933, primero a base de insulina y posteriormente por corriente eléctrica y otras sustancias medicamentosas. Hasta el momento no se ha precisado cuál es el mecanismo de acción, hay varias teorías al respecto, pero ninguna lo explica satisfactoriamente.

4.1 Tratamiento con insulina

Consistía en inyecciones de insulina en dosis suficiente para provocar coma.

A partir de 1970 se dejó de utilizar en hospitales oficiales y privados, por la alta frecuencia con que causaba complicaciones con daño neurológico grave y muerte.

4.2 Electroshock o tratamiento electroconvulsivo.

Para este tratamiento se usa un aparato de corriente alterna, que permite dosificar la cantidad y duración del paso de corriente eléctrica a la cabeza del paciente, hasta provocarle una crisis convulsiva. Durante esta crisis la apnea (cesación de la respiración) aparece en forma normal, cuando se prolonga se produce paro res-

piratorio; dependiendo del tiempo que el cerebro dure sin oxígeno se puede lesionar en forma leve, alterarse las funciones cerebrales superiores o producir la muerte.

Otra complicación que se presenta aproximadamente en el 20% de los pacientes, son fracturas y dislocaciones; la más común es la compresión de vértebras dorsales.

Todas las personas tratadas por este medio sufren pérdida de la memoria, que recuperan paulatinamente después de terminar el tratamiento.

Es la medida terapéutica más útil en depresiones severas con riesgo suicida o en actividad incontrollable, situaciones en las que peligra la vida del paciente.⁽³⁰⁾

4.3 Terapia con inhalantes

Con esta terapia se producen sueños que reviven experiencias traumáticas, liberando conflictos que el sujeto no puede verbalizar cuando está consciente. Este efecto se produce por inhalaciones de varias sustancias, la más usada es el gas carbónico, que es un poderoso vasodilatador cerebral.

Es el tratamiento físico de menor riesgo para -

(30) Kolb, opus cit. Pág. 690-695

la vida del paciente. (31)

5. Tratamiento quirúrgico.

5.1 Lobotomía o leucotomía.

Es un procedimiento quirúrgico en el que se secciona la conexión entre el tálamo y el lóbulo frontal. Fué ideado por Egaz Moniz en 1935.

Es un tratamiento radical que sólo debe utilizarse cuando han fracasado todos los fármacos y el electrochoque. Los mejores resultados se obtienen en enfermos con ansiedad y depresión severa, agresividad incontrolable, conducta de -- excitación psicomotriz grave e impulsividad.

El tejido cerebral no se regenera, los cambios en su estructura son irreversibles, por esta razón la selección de pacientes que van a ser sometidos a esta operación debe ser muy rigurosa.

Cuando los resultados son buenos, el paciente deja de sentir angustia, se vuelve alegre y amistoso, puede trabajar e interesarse por otras personas, no tiene ambición, ni proyección al futuro. No experimenta emociones profundas, su afecto es superficial, no puede hacer juicios críticos sobre su comportamiento.

Cuando son menos favorables, el sujeto es flojo.

(31) Solomon, Ibid. Pág. 282

sugestionable, pueril, no tiene control en sus acciones, es descuidado con su persona, su comportamiento puede ser procaz, sin tomar en cuenta las reglas sociales y no experimenta vergüenza por ello, no tiene interés en sus acciones futuras.

Por la experiencia se concluye que la tercera parte de pacientes logra adaptación aceptable; otra tercera parte muestra mejoría importante que le permite la convivencia familiar y comunitaria, el tercio restante sufre secuelas indeseables y deterioro rápido de la conducta. El cambio principal se opera más en la afectividad que en el intelecto; no es posible predecir cual va a ser el resultado o cambio de personalidad del sujeto. (32)

En el Manicomio General de México que funcionó de 1910 a 1967, se utilizó este tratamiento sin ninguna disposición médica o administrativa que lo normara.

Si el médico tratante consideraba que la operación era el tratamiento de elección para el paciente, realizaba la intervención en cualquier sala de curaciones, que carecía de las condiciones de asepsia indispensables; lo que elevaba -

(32) Kolb. Ibidem. Págs. 704-708.

los casos de infecciones y defunciones.

Otra institución donde se realizó este procedimiento fue el Sanatorio "Dr. Rafael Lavista" -- ubicado en Tlalpan, D.F., que fué subrogado -- del Instituto Mexicano del Seguro Social de -- 1970 a 1981.

El Director consideró necesario establecer normas para realizar esta intervención. Con este fin creó un Comité que revisara los criterios médicos, para garantizar en lo posible buenos resultados para el paciente.

Estaba integrado por:

- El Director de la unidad
- Cuatro médicos psiquiatras
- Un médico neurólogo
- Un psicólogo

El procedimiento era el siguiente:

- El médico tratante proponía ante el Comité la lobotomía como tratamiento indicado para el paciente que estaba tratando.
- El Comité revisaba:
 - Historia clínica
 - Tratamientos prescritos al paciente y sus resultados.

- Motivos por los que se proponía la opera --
ción. Sólo se justificaba por conducta agre-
siva incontrolable que implicara peligro pa-
ra terceros o conducta social peligrosa.
- Se solicitaba un estudio psicológico para pre-
cisar:
 - Presencia de psicosis
 - Impulsividad
 - Grado de control del impulso agresivo.
- Si el Comité consideraba que había otro trata-
miento que se debía intentar, recomendaba al
médico tratante que lo prescribiera y espera-
ba hasta conocer los resultados.
- Cuando se agotaban todos los recursos terapéu-
tics disponibles, se constataba que la apre-
ciación clínica del paciente correspondiera -
con el estudo psicológico.
- Se citaba a la familia para explicarle:
 - En que consistía el tratamiento.
 - Riesgos y posibilidad de resultados indesea-
bles.
 - La necesidad de que participarán en la reha-
bilitación del paciente.
- Si la familia no estaba dispuesta a cooperar,

se les daba terapia familiar hasta que modifi
caran su actitud.

- Cuando estaban convencidos, se hacia la soli-
citud para cirugía.
- Se operaba al paciente en un hospital especia-
lizado y posteriormente regresaba al hospital
psiquiátrico, para programar su alta provisio-
nal.
- Se le valoraba con estudio psicológico al mes
de operado, a los tres, seis y doce meses, -
luego cada año hasta los cinco años, en que
era dado de alta definitiva.

Los cambios fundamentales que se obtuvieron en estos -
pacientes fueron:

- Control de la manifestación del impulso
- Anulación de la violencia
- Aumento en la tendencia a depresiones severas
- Beneficios escasos o nulos para el paciente cuando -
la familia no había cooperado en la etapa posterior
al tratamiento.

En la actualidad se realiza esta intervención en va --
rios hospitales psiquiátricos. Sin más trámite que la
indicación del médico tratante*

* Entrevista Dra. MIMM. Diciembre 1985.

Desde el punto de vista médico los tratamientos se clasifican en dos grupos:

1. Ordinarios.- Son todas las medidas curativas o paliativas de uso común, utilizadas para restaurar la salud, que no requieren autorización expresa del paciente.
2. Extraordinarios.- Son todas las medidas de tratamiento que modifican la anatomía o funciones del organismo y son necesarias para restaurar la salud o prolongar la vida. Requieren de autorización del sujeto o de la persona responsable de él.

De los tratamientos de psiquiatría utilizados en psiquiatría considero que pertenecen al grupo de extraordinarios:

- Los tratamientos físicos en los que siempre existe el riesgo de muerte o complicaciones graves.
- El tratamiento quirúrgico (lobotomía) por la dificultad en valorar previamente los resultados de la intervención y el bajo porcentaje de curación que solo es del 33%.

En un hospital de cualquier especialidad es mínima o nula la posibilidad que tiene el enfermo de decidir sobre los tratamientos que va a recibir. Esta situación es más grave para la persona internada en el hospital psiquiátrico; ilegalmente se

le considera incapaz, no se le informa con claridad y precisión sobre los tratamientos y las posibles complicaciones, mucho menos se le permite decidir si los acepta o no. Cuando se resiste a recibir algún tratamiento, se le obliga por la fuerza a aceptarlo.

Las instituciones consideran que la Hoja de Aceptación de Tratamientos que firma el familiar es la aceptación tácita de toda prescripción que se haga al enfermo y que exime de toda responsabilidad al personal sobre las complicaciones que puedan presentarse. (Anexo 1)

Es necesario modificar esta política institucional para garantizar el derecho del sujeto de decidir sobre su persona.

En los países anglosajones desde 1972, los legisladores se han preocupado por reglamentar el uso de la psicotecnología como medida terapéutica de control conductual o control social.

Definieron como tratamiento forzoso o coercitivo, la imposición de un procedimiento o régimen terapéutico a un individuo en contra de su voluntad.

El tratamiento intrusivo, inusual o peligroso, como las técnicas que alteran la integridad o funcionamiento del organismo, e implican riesgo para la vida.

Ampliaron el derecho del paciente a decidir sobre los tratamientos que va a recibir, señalando que se requiere su con-

sentimiento expreso para aplicarle este tipo de tratamiento --
tos.

Precisaron como derechos del enfermo: (33)

- Recibir información previa.
- Consultar un asesor elegido por él mismo.
- Rehusar el tratamiento.

Nuestra legislación sobre práctica médica debería tener normas similares para proteger adecuadamente al enfermo.

- Otro comentario sobre el tema son las disposiciones de la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, respecto a la obligación del derechohabiente de someterse a todos los tratamientos que se le prescriban.

Cuando una persona enferma consulta un médico particular, puede decidir si se somete o no al tratamiento y está en libertad de:

- Consultar la opinión de otro médico
- Cambiar de médico
- Rehusar el tratamiento

Cuando acude a recibir atención médica en instituciones de seguridad social, no tiene ninguna de las opciones mencionadas. Tiene que aceptar el tratamiento que le prescriba el médico -- que le asignen y en caso de no aceptarlo pierde el derecho a recibir las prestaciones correspondientes y releva de toda --

(33) Campbell. Ibid. Pág. 359.

responsabilidad a la institución.

LEY DEL SEGURO SOCIAL

El Art. 94 dice, que para tener derecho a las prestaciones -- consignadas en ese capítulo, el asegurado, pensionado o beneficiario deberán sujetarse a las prescripciones y tratamientos médicos indicados por el Instituto.

El Art. 107 norma, que en caso de incumplimiento por parte -- del enfermo a la indicación del Instituto de someterse a hospitalización o cuando interrumpa el tratamiento sin estar -- autorizado, se le suspenderá el pago de subsidio a que tenía derecho.

El Art. 135, establece que cuando un pensionado por invalidez se niegue a someterse a exámenes previos y a los tratamientos médicos prescritos o abandone éstos, el Instituto suspenderá el pago de la pensión, y dicha suspensión subsistirá hasta -- que el sujeto se someta a ellos.

LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

El Art. 40 "el incapacitado estará obligado en todo tiempo a someterse a los reconocimientos, tratamientos y exámenes médicos, que determine el Instituto".

El Art. 70, establece que los trabajadores que soliciten pensión por invalidez y los ya pensionados, están obligados a so meterse a los reconocimientos, tratamientos y exámenes médicos -

cos que determine el Instituto. El pago de la pensión o su -- tramitación se reanuda a partir de la fecha en que el pensionado se someta al tratamiento.

Estas disposiciones adjudican a las instituciones respectivas el derecho de privar al individuo de decidir su integridad -- corporal y poner o no en riesgo su vida. Deberían modificarse estos artículos para que estuvieran ACORDES a los avances de la medicina, la deontología y la ética.

- Otro aspecto a comentar en relación a los tratamientos, es la evasión de responsabilidad del personal profesional y no profesional que trabaja en área médica, cuando lesionan al enfermo como resultado de tratamientos inadecuados o erróneos, hecho que debería sancionarse de acuerdo a lo dispuesto por el Art. 228 del Código Penal.

Esta actitud es propiciada por dirigentes de unidades médicas que ocultan los hechos a las autoridades judiciales para proteger el "prestigio" de la institución, que es más importante para ellos que la salud de los usuarios. Generalmente desvirtúan el hecho ante los familiares y el enfermo. El responsable es amonestado verbalmente y rara vez por escrito.

Las lesiones que sufre el paciente varían de leves a graves. Las graves, son comunes cuando se somete por la fuerza al sujeto:

- Para trasladarlo de la Delegación al hospital o de su domicilio al sanatorio.
- En periodos de excitación psicomotriz cuando se le sujeta para controlarlo o para colocarlo en cuartos de aislamiento.
- Como resultado de error o negligencia en la prescripción y ejecución de los tratamientos o por complicaciones y trastornos derivados de los mismos.

El personal responsable debería ser sancionado de acuerdo a las disposiciones de los artículos 289, 290, 291, 292 y 293 del Código Penal.

Los factores causales de que no se sancione al personal son:

- Ignorancia.- El paciente y sus familiares ignoran su derecho a quejarse por las lesiones sufridas durante la estancia hospitalaria.
- Indiferencia de las autoridades sanitarias para supervisar calidad de la atención médica institucional privada y oficial.
- Apatía de las autoridades del hospital, para sancionar al trabajador que lesiona al paciente.

ESTERILIZACION:

Otro hecho que sucede en los hospitales psiquiátricos, son

las formalidades ilegales utilizadas para la esterilización definitiva de los internados.

Para efectuar la operación es suficiente que el familiar -- responsable ante el hospital firme una solicitud impresa. - (Anexo 2).

Esta acción es violatoria de la garantía constitucional contenida en el segundo párrafo del Art. 4º, que dá a toda persona el derecho de decidir de manera libre, responsable e - informada sobre el número y esparcimiento de sus hijos.

El médico que opera y el familiar que solicita la intervención son responsables de lesiones graves. El Art. 292 del - Código Penal sanciona a la persona que infiera una lesión - que perjudique en forma definitiva una función orgánica.

No es posible colocarle el disfraz de tratamiento a esta acción, ya que se somete a una persona a riesgo anestésico y quirúrgico con la finalidad única de suprimir la función de un órgano sano y no para corregir alguna condición anormal del organismo como correspondería a un tratamiento. Este suceso nos hace pensar que en la actualidad existen todavía - Auschwitz y Dahau.

DIFERENCIAS ENTRE HOSPITALES DE OTRA ESPECIALIDAD Y EL HOSPITAL PSIQUIATRICO

En cualquier hospital, cuando un paciente refiere haber sido víctima de lesiones, atentados al pudor o violación durante -

su estancia en el nosocomio, se realiza la investigación pertinente que conduzca a esclarecer si es o no cierto el hecho y en caso afirmativo identificar al responsable.

En el hospital psiquiátrico, cuando un enfermo refiere que el personal cometió con él una agresión semejante, lo que dice, se etiqueta como delirio o alucinación, no se examina al paciente para investigar la certeza del hecho y menos se piensa en manifestar la irregularidad a las autoridades correspondientes.

ACTIVIDAD LABORAL DEL ENFERMO MENTAL

El trabajo es la actividad que proporciona al hombre sentido de utilidad e independencia y medios para satisfacer sus necesidades.

Por esta razón es deseable que el enfermo mental trabaje en actividades que ayuden en su rehabilitación y en condiciones que garanticen que recibirá retribución y trato justos.

En hospitales psiquiátricos privados y dependencias de la seguridad social.

- El enfermo no realiza ninguna actividad laboral.

Hospitales oficiales

- En estos lugares, hay enfermos cuya patología mental les permite desarrollar durante el día un trabajo asalariado en poblados cercanos, y regresar en la tarde al hospital, cobran su sueldo y gastan en lo que creen conveniente. Una --

trabajadora social del hospital visita periódicamente el lugar de trabajo para verificar que las condiciones sean ade-cuadas.

Desgraciadamente son pocos los pacientes en estas condicio-
nes, otras personas más afectadas mentalmente, pero en bue-
nas condiciones físicas, son utilizados en labores de inten-
dencia (lavandería, cocina, limpieza, mensajería y transpor-
te) dentro del hospital. Funcionan como "ayudantes" de algu-
nos empleados, que delegan en el enfermo todas las activida-
des que les corresponde realizar.

La mayoría de las veces no le dan al enfermo ninguna retri-
bución, otras es una cantidad ínfima de dinero al mes (me-
nos de un día de salario mínimo), dulces o cigarros.

El enfermo que realiza estas actividades recibe trato prefe-
rencial en cuanto alimentación, vestido y salidas fuera del
hospital.

Esta situación es violatoria de la disposición del párrafo
tercero del Art. 5 Const. que dice "Nadie podrá ser obliga-
do a prestar trabajos personales sin la justa retribución y
sin su pleno consentimiento, salvo el trabajo impuesto como
pena por la autoridad judicial".

Los enfermos funcionan prácticamente como trabajadores del
hospital, sin gozar de ninguna de las garantías que otorga
el Art. 123 Constitucional a los trabajadores.

Los directivos del hospital y los empleados que utilizan al enfermo como trabajador, cometen una acción ilícita sancionada por el Art. 365 del Código Penal al obligarlo mediante presión emocional a prestar trabajos y servicios personales sin la debida retribución.

Esta situación es propiciada por la escasez de personal y - el exiguo presupuesto destinado a hospitales psiquiátricos para enfermos mentales crónicos.

INFORMACION CONFIDENCIAL

Una actividad común en todos los hospitales generales privados y oficiales es la sesión clínica para exponer el caso - de un paciente ante el personal, estudiantes de medicina y enfermería que asisten a ella.

Se describe la biografía del paciente, su enfermedad, evolución y tratamiento con fines de enseñanza.

Lo mismo se hace en hospitales psiquiátricos; al finalizar la sesión se entrevista al enfermo ante el auditorio, los - asistentes pueden pedirle que amplie la información sobre - el aspecto que les interesa, generalmente son asuntos muy íntimos de su vida, como conducta sexual o relaciones intra familiares. (Anexo 3)

Es común escuchar más tarde comentarios en pasillos y elevadores respecto a la vida del paciente.

La información obtenida en las sesiones clínicas y entrevistas

tas con el paciente debería ser manejada con ética profesional estricta, estableciendo normas para consultar este material que solo debería revelarse por mandato judicial. Su divulgación fuera de estas condiciones debería ser sancionado de acuerdo a la disposición del Art. 211 del Código Penal.

EGRESO DEL PACIENTE

Los pacientes egresan del hospital psiquiátrico por mejoría, curación o defunción.

El alta voluntaria tiene este nombre, pero curiosamente no se toma en cuenta la voluntad del paciente.

El que firma la solicitud y acepta la responsabilidad es el familiar. (Anexo 4)

Es necesario establecer normas que originarán mecanismos para revisar periódicamente los casos de personas internadas, lo que garantizaría los derechos del internado, incluyendo el de egreso del hospital.

ASPECTOS JURIDICOS

Dentro de la sociedad en el ámbito individual y familiar, hay varios aspectos que comentar referentes al enfermo mental:

Capacidad

El hombre o persona física es considerada por el Derecho como persona jurídica individual.

Persona jurídica es el ente capaz de derechos y obligaciones, susceptible de tener facultades y deberes, de intervenir en relaciones jurídicas y ejecutar actos jurídicos.

Acto jurídico es la manifestación de voluntad que se hace con intención de producir consecuencias de derecho, dicha manifestación está prevista por una norma jurídica, como supuesto del que derivan dichas consecuencias.

Los actos jurídicos requieren para su existencia, de los siguientes elementos esenciales:

1. Voluntad que puede ser expresa o tácita.
2. Objeto física y jurídicamente posible.
3. Una norma jurídica que reconozca los efectos deseados por el autor del acto.

Elementos de validez del acto jurídico:

1. Licitud.-El acto debe tener un fin, motivo, objeto y condición lícitos.
2. Formalidad.- La voluntad se debe exteriorizar de acuerdo a las formas legales.

3. Ausencia de vicios de la voluntad.- Se debe exteriorizar - sin ningún vicio.

4. Capacidad.- La voluntad debe provenir de una persona capaz. El Art. 2227 del C.C. establece que la nulidad relativa permite que el acto produzca efectos provisionales.

El Art. 2228 C.C. dice "La falta de forma establecida por la Ley, sino se trata de actos solemnes, así como el error, do - lo, la violencia, la lesión y la capacidad de cualesquiera de los autores del acto, produce la nulidad relativa del mismo". De los elementos de validez el que interesa más en relación - al enfermo mental es la capacidad.

Hay dos tipos de capacidad, la de goce y la del ejercicio.

Toda persona por el hecho de serlo tiene capacidad de goce, - consistente en la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones. Se inicia con el nacimiento y termina con la muer - te. Tiene varios grados:

- El mínimo corresponde al ser concebido pero no nacido.
- El segundo a menores de edad, cuya minoría implica varias - restricciones.
- Es completa para los mayores de edad.

Los mayores de edad sujetos a interdicción, no están impedi - dos para ser titulares de derechos y obligaciones pecunia - rios, sólo esta limitada su capacidad para relaciones familia

res en las que tuvieran que ejercer patria potestad sobre - -
otros.

La capacidad del ejercicio es la aptitud del sujeto para ha--
cer valer sus derechos, cumplir obligaciones, celebrar actos
jurídicos o comparecer a juicio como actor o demandado.

Hay diversos grados de incapacidad de ejercicio:

- El ser concebido pero no nacido, necesita ser representado por sus padres.
- Los menores de edad tienen incapacidad natural y legal, necesitan ser representados para contratar y comparecer a juicio, con excepción de asuntos referentes a bienes adquiridos por su trabajo de los que pueden disponer libremente.
- Los menores emancipados gozan parcialmente de la capacidad de ejercicio.
- Los mayores de edad con perturbaciones mentales, tienen incapacidad total de ejercicio. Necesitan ser representados para celebrar actos jurídicos y hacer valer sus acciones y derechos.

No tienen capacidad de goce para actos jurídicos de tipo familiar (matrimonio, adopción, reconocimiento de hijos, etc.) por lo que es imposible la representación en ellos.

Aunque la persona afectada de sus facultades mentales tenga períodos de lucidez para contratar tienen que hacerlo a través de su representante legal. (34)

(34) Rojina Villegas Rafael. Compendio de Derecho Civil. Tomo III Teoría General de las Obligaciones. Ed. Porrúa. 5a. Ed. México 1974. Pág. 128.

El Art. 635 dice "Son nulos todos los actos de administración ejecutados y los contratos celebrados por los incapacitados sin la autorización del tutor". El tutor tiene la obligación de consultar la opinión del pupilo que sea mayor de dieciseis años y capaz de discernimiento, en asuntos importantes sobre la administración de sus bienes.

En materia testamentaria el criterio es distinto, se acepta - que el incapaz efectúe este tipo de disposiciones en momentos de lucidez.

El Código Civil en los artículos 1305 al 1312 dispone:

- Es válido el testamento hecho por un demente en un intervalo de lucidez. Siempre que reúna los siguientes requisitos:
- La solicitud se hará por escrito ante el juez correspondiente, puede hacerla el tutor o la familia del enfermo.
- El juez nombrará dos médicos de preferencia psiquiatras, para que dictaminen sobre el estado mental del sujeto.
- El juez está obligado a asistir al examen y hacer las preguntas que considere pertinentes, para apreciar la capacidad del testador.
- El resultado del examen constará en acta formal.
- Si tiene la capacidad de testar a juicio de los peritos y del juez, se procederá a firmar el testamento ante Notario Público, con todas las solemnidades propias del testa

mento público abierto.

El acta será firmada por:

El notario

Los testigos

El juez

Los médicos que hicieron el reconocimiento

Constará al pie del testamento que el individuo estuvo en perfecta lucidez durante todo el acto; sin este requisito y la constancia, el testamento se anulará. (35)

El Art. 1307 utiliza el término demente como genérico para -- personas que sufren enfermedades mentales. Demencia es el nom bre técnico médico del trastorno caracterizado por un déficit global e irreversible de las facultades intelectuales, ocurri do después de que el sujeto alcanzó la madurez mental.

El término demencia excluye a sujetos que tengan otros tras - tornos que pueden ser tanto o más graves que esta enfermedad. Debería sustituirse por el de personas sujetas a interdicción o personas con alteraciones mentales graves.

El Art. 450 C.C. señala que son sujetos con incapacidad natu - ral y legal :

I. Los menores de edad.

II. Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad, aún cuando tengan intervalos de lucidez.

(35) Rojina Villegas Rafael. Ibidem. Tomo III. Págs. 364-365

III. Los ebrios consuetudinarios y farmacodependientes.

Los términos utilizados en la Fracción II, son anticuados en la actualidad, el término locura no presupone que el sujeto - este privado de inteligencia, por el contrario hay enfermedades mentales como la paranoia, que se presenta en personas -- con inteligencia superior al promedio. Esta denominación ahora solo correspondería a los trastornos psicóticos en los que se altera el raciocinio y son los menos frecuentes en la población.

El retraso mental es un déficit global e irreversible de todas las funciones intelectuales, que se presenta por varias causas con anterioridad al completo desarrollo intelectual -- del individuo. Antiguamente se le llamaba Oligofrenia, el -- idiotismo y la imbecilidad eran los grados más profundos de esta enfermedad.

Con los medios conocidos hasta ahora, estas personas no pueden llegar a tener inteligencia normal, razón por la que no es posible que tengan periodos de lucidez, entendiendo la lucidez como sinónimo de funcionamiento normal.

Es necesario actualizar esta fracción porque hay personas con retraso mental medio o leve o trastornos mentales psicóticos, que también requieren protección jurídica.

Las distintas formas de incapacidad de ejercicio son consideradas por la Ley como excepciones, se considera que la genera

lidad tiene esta capacidad.

La representación legal es una institución necesaria para que los mayores de edad incapacitados por perturbaciones mentales, -- tengan un representante (en este caso tutor) que haga valer - sus derechos y ejecute sus obligaciones.

La tutela tiene por objeto: (Art. 449 C.C.)

- Proteger la persona y bienes del incapacitado.
- Que sea representado en los casos que marca la ley.

El Art. 464 C.C. dispone que los menores con perturbaciones mentales, idiotismo o imbecilidad se sujetarán a la tutela de menores, mientras llegan a la mayoría de edad.

Si a la mayoría de edad continúa existiendo el impedimento, - se sujetarán a una nueva tutela, previo juicio de interdic -- ción en que serán oídos el tutor y curador anteriores.

El tutor durará en su cargo el tiempo que subsista la inter -- dicción, que solo cesará por muerte del incapacitado o por -- sentencia definitiva pronunciada de acuerdo a las normas esta blecidas para este juicio (Arts. 466 y 467 C.C.).

Los Arts. 537, 546, 547 determinan las obligaciones del tutor hacia el pupilo, ellas son:

- Alimentarlo y educarlo de acuerdo a los recursos que el - - juez asigne para gastos por estos conceptos.
- Utilizar los recursos del incapacitado para procurar su cu-

ración.

- Administrar sus bienes.
- Representarlo en juicio y actos civiles no personales.
- Solicitar autorización judicial oportuna para todo lo que legalmente no pueda hacer sin ella.
- En enero de cada año, presentar al juez de lo familiar, un certificado de dos médicos psiquiatras, en que declaren sobre la condición mental del sujeto a interdicción. Los médicos lo reconocerán en presencia del curador y el juez se cerciorará de su estado para dictar las medidas que crea convenientes.
- Adoptará las medidas necesarias para la seguridad y mejoría del incapaz, previa autorización judicial, otorgada en audiencia a la que asista el curador.

La curatela es otra institución para protección de los incapacitados.

La ley ordena que todo individuo sujeto a tutela, deberá nombrarsele un curador.

Las obligaciones del curador son: (Art. 625 C.C.)

- Defender los derechos del sujeto, en juicio o fuera de él cuando los intereses del incapacitado sean opuestos a los del tutor.
- Vigilar la conducta del tutor y poner en conocimiento del

juez todo lo que considere lesivo para los intereses del -- incapacitado.

- Avisar al juez cuando el tutor abandone la tutela, para que nombre otro tutor.
- Cumplir las obligaciones que marque la ley.

En caso de incumplimiento será responsable de los daños y perjuicios resultantes.

La curatela cesará cuando el sujeto ya no necesite estar sujeto a tutela.

RELACIONES FAMILIARES

El Art. 156 señala los impedimentos para contraer matrimonio. En la fracción VIII están consideradas la embriaguez habitual, la farmacodependencia, la impotencia incurable para la cópula, la sífilis, la locura y las enfermedades crónicas e incurables que además sean contagiosas o hereditarias. En la fracción IX se mencionan el idiotismo y la imbecilidad.*

Todas las perturbaciones graves que alteren el funcionamiento normal del intelecto, constituyen impedimento para contraer matrimonio; la razón es la imposibilidad para cumplir las obligaciones y ejercer los derechos inherentes a este estado (36) señalados en los artículos 164, 165, 168 y 172 del C.C., que indican:

De acuerdo con el otro cónyuge:

* La obsolencia de estos terminos se comenta en la pág.
(36) Rojina Villegas Rafael. Opus. Cit. Tomo I. Pág. 297

- Contribuir económicamente al sostenimiento del hogar.
- Ejercer autoridad y resolver los asuntos referentes a la familia.
- Participar en la formación, educación y ejercicio de la patria potestad sobre los hijos.
- Administrar el patrimonio familiar.

Estará afectado de nulidad el matrimonio que se celebre cuando alguno de los contrayentes tenga un impedimento contenido en las fracciones VIII y IX. Cuando el impedimento corresponde a la octava fracción, la acción de nulidad, solo podrá pedirla el cónyuge sano en el término de sesenta días, contados a partir de la fecha en que se celebró el matrimonio. (Art. - 246 C.C.)

- Respecto a la fracción IX es necesario comentar que la persona afectada de idiotismo o imbecilidad tiene características físicas, que permiten que su trastorno sea identificado por la población general; lo que hace remota la posibilidad de pasar desapercibido para el otro cónyuge o para el médico que lo examine para extender el certificado prenupcial, que es requisito para contraer matrimonio. La celebración del matrimonio en estas circunstancias presupondría mala fe de la persona sana, hecho que deberá tomarse en cuenta para los efectos que se derivarían de la anulación.

Sería conveniente sustituir los términos idiotismo e imbecili

dad por el de retraso mental que incluye todos los grados de esta enfermedad, además sería más acorde con el propósito del legislador de proteger al enfermo, su consorte y la eugenesia de los futuros hijos.

La nulidad por esta causa puede solicitarla el cónyuge o el tutor del incapacitado. El Art. 235 del C.C. no precisa el -- término.

DIVORCIO

El divorcio vincular permite la disolución del vínculo matrimonial y deja a los consortes en posibilidad de volverse a casar. Puede ser voluntario o necesario.

Las causas que permiten solicitar el divorcio necesario, se señalan en las fracciones del Art. 266 C.C. Se refieren a problemas mentales, las fracciones VII y XV.

La fracción VII dice que es causa de divorcio "Padecer enajenación mental incurable, previa declaración de interdicción -- que se haga respecto del cónyuge demente"

Por esta causa, el cónyuge sano puede decidir entre dos posibilidades:

- Solicitar al juez lo exima de la obligación de cohabitar -- con el enfermo; subsistiendo todas las obligaciones derivadas del matrimonio. (Art. 277 C.C.)
- Demandar el divorcio necesario.

Uno de los requisitos que exige la fracción VII, es que se ha ya declarado previamente el estado de interdicción.

El Art. 466 estatuye que el cónyuge sano tendrá la obligación de desempeñar el cargo de tutor mientras conserve el carácter de cónyuge.

Para ejercer la acción de divorcio, tiene que dejar de ser tu tor del enfermo, se nombrará nuevo tutor a quien corresponda de acuerdo con la ley.

Ya que el enfermo no provocó a voluntad su enfermedad, dá por resultado que los dos cónyuges sean inocentes, esto le dá características especiales a este divorcio. (37)

- El sujeto a interdicción no puede ejercer la patria potes - tad, tendrá que ejercerla el cónyuge sano.
- Como el enfermo no dió causa voluntariamente al divorcio, - deberá conservar los bienes que le hubiera dado o prometido su consorte o que le haya dado otra persona en consideración a su unión. (Art. 286 C.C.)

El Art. 288 C.C. señala que el juez tiene facultad necesaria para tomar en cuenta las circunstancias de cada caso y de - acuerdo a la capacidad de cada uno, sentenciar al culpable al pago de alimentos, como no hay culpable, el enfermo debe quedar protegido en cuanto a sus bienes y asegurados sus alimentos y los de los hijos.

(37) Rojina Villegas Rafael Ibid. Tomo 1. Págs. 383-385.

DECLARACION DE INCAPACIDAD POR DEMENCIA

El Código de Procedimientos Civiles, norma la declaración de incapacidad por demencia.

El Art. 902 preceptúa que ninguna tutela se conferirá, sin -- que previamente se declare la incapacidad de la persona que -- va a quedar sujeta a ella.

El estado de incapacidad por demencia se acreditará en juicio ordinario, en el que serán partes:

1º El peticionario que podrá ser:

- El cónyuge
- Los presuntos herederos legítimos
- El albacea
- El Ministerio Público

2º Un tutor interino que designe el juez para este objeto.

El Art. 904 dispone:

Fracción I.- Se recibirá la demanda siempre que se acompañe -- de certificado de un médico alienista o informe fidedigno de la persona que lo auxilia u otro medio de convicción que justifique la necesidad de medidas prejudiciales.

Ya que este juicio implica someter a una persona a tensión -- emocional y largos interrogatorios para calificar sus facultades mentales, lo que implica una situación de estrés para una persona sana y más para quien previamente tuviera condiciones

de salud precarias, considero que deberfa exigirse que la demanda siempre fuera acompa~ada de certificado de un m~dico -- alienista, lo que garantizarfa la base cientifica de la petici6n, independientemente de que se anexara otro medio de convicci6n.

Despu~s de recibida la demanda, el juez ordena:

- Medidas que tiendan a asegurar persona y bienes del posible incapacitado.
- A la persona que auxilie al presunto incapacitado, que lo ponga en un plazo de 72 hs. a disposici6n de los m~dicos -- que lo examinar~n.
- Que el sujeto sea oido personalmente o representado durante el procedimiento.
- "Que la persona bajo cuya guarda se encuentra el indicado -- como incapaz se abstenga de disponer de los bienes del incapacitado."

La redacci6n de esta disposici6n utiliza conceptos contradictorios, el t~rmino "indicado como incapaz", se~ala que todavfa no se le considera como tal; despu~s al referirse a sus bienes lo nombra incapacitado, como si ya fuera un hecho y lo -- reafirma al considerar que debe estar bajo la guarda de otra persona.

Fracci6n II.- El juez designar~ los m~dicos que har~n el examen, de preferencia ser~n alienistas.

El examen se realizará en presencia del juez, que previamente habrá citado al Ministerio Público y al peticionario.

Fracción III.- El examen pericial puede dar por resultado:

- Que existe la incapacidad.
- Que haya duda fundada sobre la capacidad del examinado.
- Que no existe la incapacidad.

En caso de que exista incapacidad o haya duda fundada de la capacidad del sujeto; el juez dictará las medidas siguientes:

1. Nombrará tutor y curador interinos, cargos que recaerán en el padre, la madre, cónyuge, hijos, abuelos y hermanos del incapacitado; sino hay ninguno de ellos o no son aptos para desempeñarlos, se nombrará a persona honorable de preferencia pariente o amiga del incapacitado que no tenga amistad o intereses comunes con el peticionario.
2. Pondrá los bienes del posible incapacitado bajo la administración del tutor interino. Los de la sociedad conyugal -- los administrará el cónyuge.
3. Proveerá legalmente la patria potestad o tutela de las personas que estaban bajo el cuidado del sujeto a interdicción.

En caso de que no exista la incapacidad, se procederá al recurso de apelación en efecto devolutivo, de acuerdo a las reglas que establece el Art. 905.

Fracción IV.- Después de dictar las medidas anteriores, se -- procederá a un segundo examen con peritos distintos y con las mismas características del primero. En caso de discrepancia -- sobre el dictamén, el juez citará a una junta de aveniencia y si no se pusieran de acuerdo los peritos, el juez nombrará pe ritos terceros en discordia.

Por la trascendencia que tiene la declaración de incapacidad del sujeto en el ámbito individual y familiar, no debe quedar ninguna duda sobre el criterio médico que la sustente. Se ju stifica la preocupación del juez sobre la congruencia del peri taje, porque solo a él compete la decisión de dictar o no el estado de interdicción.

Fracción V.- "Hecho lo anterior el juez citará a una audien - cia, en la cual, si estuvieren conformes el tutor y el Ministerio Público con el solicitante de la interdicción dictará - resolución declarando o nó esta".

La redacción de esta fracción dice que si estuvieran confor - mes el tutor y el Ministerio Público con el solicitante, el - juez declarará o nó la interdicción como si lo que dictará el juez estuviera condicionado a la conformidad del tutor y el - Ministerio Público con el peticionario. Es necesario hacer -- más clara esta disposición.

La fracción continua disponiendo, que si en esta audiencia hu biera oposición de parte se sustentará en juicio ordinario --

con intervención del Ministerio Público.

El Art. 905 del C.P.C. norma el juicio ordinario a que se refiere el artículo anterior. (38)

- I. Durante el procedimiento subsistirán las medidas que el -- juez dictó con anterioridad y pueden ser modificadas por -- datos nuevos que afirmen su conveniencia.
- II. El presunto incapacitado será oído en juicio, si lo pide, independientemente de la representación del tutor interi -- no.
- III. El estado de incapacidad puede probarse por cualquier medio idóneo, pero independientemente deberán certificarlo -- tres médicos alienistas, del Servicio Médico Legal o de -- instituciones médicas oficiales. Cada parte puede nombrar un perito médico para que intervenga en la audiencia y rinda su dictamen. El examen se hará ante el juez, con cita -- ción de las partes, el juez puede interrogar a peritos, -- partes y testigos sobre todo lo que juzgue conveniente pa -- ra calificar las pruebas presentadas.
- IV. Mientras no se dicte sentencia definitiva, la tutela interina se limitará a la protección de la persona y conserva -- ción de los bienes del incapacitado. De ser necesarios -- otros actos el tutor interino actuará previa autorización judicial.

(38) Becerra Bautista José, El Proceso Civil en México, Ed. -- Porrúa 5a. Ed. México 1975. Págs. 464-469.

V. Luego que cause ejecutoria la sentencia de interdicción, - se procederá a nombrar, discernir el cargo de tutor definitivo a quien corresponda de acuerdo a la ley.

VI. El tutor interino rendirá cuentas al definitivo.

VII. Las mismas reglas de este juicio se observarán cuando se quiera hacer cesar el estado de interdicción.

Con esta disposición, la ley concede al incapacitado la posibilidad de que cuando recupere la salud mental, el mismo pida que cese el estado de interdicción en que se encuentra. El problema se presenta cuando el sujeto está internado en un hospital psiquiátrico, cuyas políticas son controlar todas las acciones del paciente, impidiéndole ejercer sus derechos más elementales, como sería esta petición.

VIII. El que dolosamente promueva el juicio de incapacidad, - será responsable de los daños y perjuicios que ocasione, - independientemente de la responsabilidad penal que marque la ley.

ASPECTOS PENALES

Derecho Penal es, "el conjunto de normas jurídicas de Derecho Público Interno, que definen los delitos y señalan las penas o medidas de seguridad aplicables para lograr la permanencia del orden social."⁽³⁹⁾ Su objeto es la norma penal y su fin proteger los bienes jurídicos; el titular es el Estado, Único

⁽³⁹⁾ Pavón Vasconcelos Francisco. Manual de Derecho Penal Mexicano. Ed. Porrúa. 7a. Ed. México 1985. Pág. 17.

facultado para determinar los delitos y las penas.

Como ordenamiento jurídico comprende dos partes:

1. General.- Referente a la ley, delito, penas y medidas de seguridad.
2. Especial.- Se ocupa de los delitos en particular y sus sanciones correspondientes.

La valoración jurídica de delito ha evolucionado de acuerdo a los valores de la sociedad en que sucedieron los hechos. En la antigüedad en Persia, Israel y Grecia ya existía la responsabilidad por el resultado antijurídico de la conducta.

En la Edad Media por aspectos religiosos, se consideró que -- las bestias podían actuar en forma intencional, se juzgó y -- castigó a varios animales; solo se tomaba en cuenta el daño -- resultante sin importar los elementos subjetivos.

Las conductas punibles también han variado con la época, en -- el Siglo XVIII los enfermos mentales con alucinaciones de po-- sesión demoníaca eran enviados a la hoguera por el delito de hechicería considerado el más grave en ese tiempo.

Es evidente que el delito siempre ha sido considerado como antijurídico, solo con la evolución histórica del Derecho se empezó a tomar en cuenta la culpabilidad.

El Art. 7 del Código Penal señala "delito es el acto u omi-- sión que sancionan las leyes penales."

Para que una conducta se considere como delito debe haber una ley anterior a su comisión u omisión que la tipifique como -- tal y la sancione.

La concepción dogmática del delito señala que está integrado por los siguientes elementos: Conducta, tipicidad, antijuridicidad, imputabilidad, culpabilidad, condiciones objetivas de punibilidad y punibilidad.(40)

De estos elementos el más interesante en relación con el en--fermo es la imputabilidad.

Imputar es atribuirle un hecho a un individuo, porque es culpable de su acción u omisión; la culpabilidad es una de las - consecuencias directas de la imputabilidad.

La Escuela Clásica basó la imputabilidad en la existencia del libre albedrío y la responsabilidad moral.

Posteriormente el Determinismo consideró que la sociedad era responsable de la delincuencia, ya que el individuo vivía en sociedad y el Derecho debía preservar el bienestar social.

La Escuela Ecléctica sostiene que la responsabilidad penal no está ligada en forma indisoluble al libre albedrío, pero es - condición necesaria para ser responsable; se tomaban en cuenta otros elementos como la identificación del delincuente con -- sigo mismo y con la sociedad y si la víctima y el autor te -- nían los mismos antecedentes sociales.(41)

(40) Porte Petit Candaudap Celestino. Apuntamientos de la parte general del Derecho Penal. Ed. Regina de los Angeles, 3a. Ed. México 1977. Pág. 250.

(41) Jiménez de Asúa Luis. La ley y el delito. Ed. Sudamericana. 6a. Ed. Buenos Aires. Págs. 201-202.

Surgieron otras teorías:

La de la capacidad penal.- Enfatiza que debe ser sujeto de -- penalidad, todo hombre que esté en posibilidad de cooperar -- normalmente con la sociedad. Los incapaces son sujetos inadaptables a la sociedad y la legalidad y las penas se determinaron tomando como parámetros a las personas normales y no son útiles para los inadaptables que deben ser juzgados con criterio distinto.

Teoría de la voluntariedad.- Afirma que la imputabilidad surge cuando el sujeto actúa voluntariamente y con plena libertad ejecuta la acción y en caso que esta libertad no exista -- no se le puede considerar imputable.

Una conducta es típica, cuando se adecua a alguno de los tipos contenidos en el Código Penal, es antijurídica cuando el sujeto no actuó bajo las circunstancias excluyentes de responsabilidad penal señaladas en el Art. 15 del C.P. y que son: -- legítima defensa, estado de necesidad, cumplimiento de un deber, ejercicio de un derecho, obediencia jerárquica y trastorno mental transitorio o permanente.

Solo cuando se comprueba la tipicidad y antijuridicidad de la conducta se tendrán los presupuestos para verificar si es imputable la acción al sujeto y cuando lo es, se configura la responsabilidad.

Será imputable todo aquel, que en el momento de la acción u

omisión delictuosa este en las condiciones psíquicas exigidas por la ley plasmadas en la norma en forma abstracta e indeterminada, pero posibles de observar por todas las personas capaces de ejecutar en forma responsable todas las actividades que implica vivir en sociedad.

El Art. 15 del C.P. estatuye "Son circunstancias excluyentes de responsabilidad penal:

Fracción II.- Padecer el inculpado, al cometer la infracción, trastorno mental o desarrollo intelectual retardado que le impida comprender el carácter ilícito del hecho o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad intencional o imprudencialmente.

La inimputabilidad por falta de desarrollo mental en nuestra legislación está claramente definida, los menores que infringen la ley están protegidos por una legislación especial y a los adultos con retraso mental se les aplicarán las medidas de seguridad que indica el inciso 3 del Art. 24 del C.P.

La inimputabilidad por enfermedad mental, se ha definido con diferentes criterios:

1. El psiquiátrico o biológico puro.

Siguiendo este criterio se enuncian de manera simple, los efectos psicológicos y jurídicos que puede producir la enfermedad mental, sin establecer límites de orden jurídico

ni psicológico.

2. Criterio psicológico

En él, se formula la irresponsabilidad del autor, por la existencia de hechos que demuestren que su estado psicológico, excluyó el dominio de la voluntad al cometer el hecho.

3. Criterio psiquiátrico - psicológico - jurídico

De acuerdo a este criterio, para que la enfermedad mental sea excluyente de responsabilidad penal, debe haber alterado la conciencia del sujeto en grado suficiente para que dejara de percibir que delinquía.

El Código Penal vigente se guía por el criterio psiquiátrico - psicológico - jurídico para valorar la enfermedad mental como eximente de responsabilidad, ya que señala que es necesario "que le impida comprender el carácter ilícito del hecho, o conducirse de acuerdo a esa comprensión".

La farmacodependencia y el alcoholismo crónico no se consideran causas de inimputabilidad, el sujeto que voluntariamente se intoxique, es responsable de los resultados de sus actos.

En la redacción de los artículos referentes a la imputabilidad e inimputabilidad, sería inútil incluir la clasificación de enfermedades mentales que no aclararía nada sobre el psiquismo del sujeto que cometió la acción. Para saber si una persona es imputable o no, es necesario investigar su compor-

tamiento, no solo en los sucesos inmediatos al hecho, sino a lo largo de su existencia para valorar apropiadamente su conducta. Por ejemplo un epiléptico puede tener plena conciencia de sus actos, obrar de acuerdo a la realidad y controlar sus impulsos, por lo que es responsable de su acción y otro individuo con el mismo padecimiento puede realizar actos automáticos en plena inconciencia. Solo frente a un hecho concreto, - realizado por un individuo determinado, se puede valorar si - la conducta se le puede imputar para considerarlo responsable de ella.

La psiquiatría señala al respecto que los trastornos de la -- conciencia constituyen una serie de grados que van del estu -- por y la confusión hasta la obnubilación. La conciencia es -- "la vida psíquica en un momento dado, puesto que a cada momen -- to del tiempo corresponde una experiencia vivenciada en corre -- lación con cierto orden. El campo de la conciencia es la orga -- nización de la experiencia sensible actual, que integra la -- presencia en el mundo, la representación actual del orden ob -- jetivo y subjetivo y la construcción del presente." (42)

Los trastornos de la conciencia se pueden valorar en dos as -- pectos:

La intensidad y la claridad.

Los grados de claridad son: la abolición total cuando el suje -- to está en estado de coma o síncope, el embotamiento, la con --

fusión, los estados crepusculares y la obnubilación; son grados en que la alteración va desde la inconciencia total hasta el estado de vigilia.

La claridad y la lucidez de conciencia solo se pueden apreciar cuando hay la posibilidad de diferenciar los fenómenos psíquicos que aprecia el individuo. Los trastornos de esta función intelectual serían la pobreza o riqueza de los contenidos del pensamiento.

Todas estas alteraciones se encuentran en grados diversos en las psicosis agudas, particularmente en los estados confusionales, ideas delirantes, crisis de manía o melancolía y sobre todo en la inconciencia y los estados crepusculares frecuentes en las epilepsias y afecciones cerebrales tóxicas.

El término inconciencia es muy estrecho para contener toda la gama de alteraciones de la conciencia. Siempre será necesario el criterio del juzgador para la aplicación de la norma penal.

El Derecho reconoce que existen otros casos que necesitan valoración especial, para saber si son situaciones específicas de imputabilidad disminuida o atenuada o si se debe emplear el criterio de estado peligroso. El paso de la salud a la enfermedad mental se lleva a cabo en pasos sucesivos, pero en ocasiones ocurre en breves minutos y otras en años; no existe la posibilidad de prevenir o controlar estas situaciones a las que está expuesto todo ser humano.

Para emplear el criterio de estado peligroso, es preciso separar la responsabilidad subjetiva de la objetiva, valorando -- únicamente la amenaza que las acciones del delincuente implican para la sociedad. (43)

Esta noción exige que el juez tenga la facultad para aplicar medidas de seguridad, aún en aquellos sujetos que no han cometido ningún delito, pero que representan peligro para la sociedad. En nuestra legislación no es aplicable esta noción, ya que estaría en contravención por lo dispuesto en el Art. 16 Constitucional que dice "No podrá librarse ninguna orden de aprehensión o detención a no ser por la autoridad judicial, sin que proceda denuncia, acusación o querrela de un hecho determinado que la ley castigue con pena corporal."

ASPECTOS PROCESALES PENALES RELATIVOS AL ENFERMO MENTAL

El Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, no contiene normas a seguir en el procedimiento penal de los inimputables por lo que es necesario recurrir al Código Federal.

El Título Décimosegundo del Código Federal de Procedimientos Penales, norma el procedimiento relativo a los enfermos mentales, menores y los que tengan hábito o necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos.

El Capítulo I trata lo relativo a los enfermos mentales, en los artículos 495 al 499 dispone:

(43) Carranca Trujillo Raúl. Derecho Penal. Ed. Porrúa. 12a. Ed. México 1977. Pág. 389

- En el momento que se sospeche que el inculpado sufre de --- trastorno mental, el tribunal mandará que sea examinado por peritos médicos.
 - El procedimiento continuará en forma ordinaria.
 - Si es necesario se ordenará su reclusión provisoria en el manicomio o departamento especial.
 - Cuando el dictamen pericial ratifique la existencia de enfermedad mental, cesará el procedimiento ordinario y se establecerá el especial, en el que la ley deja a criterio del tribunal:
 - La forma de investigar la infracción que se imputa al sujeto.
 - La participación que el inculpado haya tenido en ella.
 - Valorar la personalidad del individuo sin que sea necesario un procedimiento similar al judicial.
 - Al comprobar que el inculpado participo en la infracción, - previa solicitud del Ministerio Público y en audiencia de - éste, el defensor y del representante legal del inculpado, el tribunal resolverá el caso de acuerdo a las disposiciones del inciso 3 del Art. 24, 68 y 69 del Código Penal.
- El Art. 24 C.P. estatuye las penas y medidas de seguridad. En el inciso 3 señala como medida de seguridad, el internamiento o tratamiento en libertad de inimputables y de quie-

nes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefa --
cientes o psicotrópicos.

Los artículos 67, 68 y 69 norman esta disposición.

Después del procedimiento correspondiente, el juzgador dic--
tará:

- La medida de tratamiento y forma de aplicación.
 - Si requiere internamiento, ordena su ingreso en la institución correspondiente.
 - El tratamiento puede aplicarse en libertad, se re--
quiere que el inimputable sea entregado a la perso--
na que corresponda de acuerdo con la ley. El res --
ponsable se obligará a :
 - Tomar las medidas adecuadas para su tera--
péutica y vigilancia.
 - Garantizar a satisfacción de la autoridad
el cumplimiento de su responsabilidad.

La autoridad ejecutora, resolverá en forma provisional o de--
finitiva, sobre la modificación o conclusión de las medidas --
de tratamiento, basándose en revisiones periódicas, que se --
realizarán con la frecuencia que requiera cada caso. (44)

La duración de la medida de tratamiento no excederá el máximo
de la pena aplicable al delito. Si al concluir el término, la
autoridad considera que es necesario continuarlo, pondrá al --
sujeto a disposición de la autoridad sanitaria.

(44) Colín Sánchez Guillermo. Derecho Mexicano de Procedimien--
tos Penales. Ed. Porrúa. 3a. Ed. México 1974. Pág. 172-173

El artículo 118 Bis C.P. establece, cuando un inimputable sujeto a medida de seguridad se evada y posteriormente sea detenido, "la ejecución de la medida de tratamiento se considerará extinguida si se acredita que las condiciones personales - del sujeto no corresponden ya a las que hubieran dado origen a su imposición".

ASPECTO PENITENCIARIO

A principios del siglo, las autoridades del penal de Lecumberrí destinaron una crujía para estancia de los enfermos mentales delincuentes.

La planta física correspondía al diseño de la época, adecuado para reos, pero para tratar enfermos mentales.

Los cuidados que se les proporcionaban eran custodiales, no - había un plan terapéutico establecido, los enfermos permanecían inactivos todo el día lo que propiciaba que su deterioro aumentara cada día.

Cuando se reformó el sistema de reclusorios, se valoró la necesidad de atender la salud de los reclusos; con este fin se edificó en Tepepan (Xochimilco) el Centro Médico para Reclusorios.

Este nosocomio, tenía un área destinada a la atención médica psiquiátrica. Sus funciones eran:

- Valorar si una persona sufría algún trastorno mental.

- Emplear los medios necesarios de laboratorio y gabinete, -- para diagnosticar la enfermedad mental del sujeto y emitir el pronóstico.
- Prescribir tratamiento ambulatorio a enfermos que no requieran internamiento.
- Los pacientes hospitalizados eran atendidos por profesionales de varias disciplinas, médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.

Con un plan terapéutico definido que favorecía su recuperación.

Inexplicablemente a fines del sexenio pasado (1982) dejó de funcionar este Centro Médico, se dieron como razones, alto costo de mantenimiento y falta de presupuesto. Esta medida fue una regresión injustificada en los avances del sistema penitenciario.

Los enfermos mentales fueron trasladados a los Reclusorios Sur y Oriente y confinados en un área separada de los demás reclusos, en la que están en las mismas condiciones que a principios de siglo.

El promedio de pacientes, es de 150 a 160 enfermos por reclusorio; algunos son delincuentes que durante el proceso o en el cumplimiento de la sentencia presentaron enfermedad mental; otros son enfermos mentales que cometieron algún delito y por sus características son considerados altamente peligrosos.

sos, lo que imposibilita enviarlos a un hospital psiquiátrico común que no cuenta con las medidas de seguridad de los reclusorios.

Hay enfermos que iniciaron su padecimiento hace veinte o - - treinta años y desde esa fecha han permanecido reclusos. El ambiente del hospital psiquiátrico es nocivo para la conducta del sujeto, el internamiento prolongado (más de seis meses) - produce en el individuo alteraciones específicas que se han - denominado "hospitalismo", se caracteriza por: (45)

- Pérdida de la autoestimación
- Disminución o anulación de la iniciativa
- Estabilización de los síntomas psiquiátricos
- Temor de abandonar la institución

La realización de actividades rutinarias y la falta de contacto con el exterior acentúan el deterioro mental que sufre el paciente. Los enfermos de los reclusorios, además de las consecuencias del hospitalismo están expuestos a otros factores negativos que agravan su situación, como son:

- Separación total del medio social
- Falta de estímulos ambientales
- Ruptura de lazos familiares
- Desinterés de las autoridades en mejorar las condiciones en que están.
- Frecuente escasez de medicamentos indispensables para su re

(45) Ryan Peter, Valencia M. Alternativas para el Hospitalismo. Salud Mental, Vol. 5 Nº 5. 1983. Págs. 11-13

cuperación y control.

- Carencia de recursos humanos para proporcionarles atención médica.
- Inexistencia de ambiente terapéutico y programas de rehabilitación.

Los padecimientos mentales que se presentan en los reclusos -- corresponden al perfil de la población general; ocupa el primer lugar la esquizofrenia, el segundo la psicosis maniaco -- depresiva. En los delincuentes es mayor el porcentaje de retraso mental y personalidad sociopática.

Los delitos que cometieron con mayor frecuencia fueron: robo, daño en propiedad privada y lesiones, conductas que sugieren pérdida del control de impulsos por trastornos incipientes de enfermedad mental. El homicidio es poco frecuente y generalmente realizado por enfermos psicóticos o en estado de agitación psicomotriz.*

Además de los reclusorios, hay dos hospitales psiquiátricos -- campestres que atienden enfermos mentales delincuentes.

1. El Hospital "Dr. Adolfo M. Nieto" en Tepexpan, Edo. de -- México, tiene un pabellón con capacidad de 35 camas para -- enfermas mentales delincuentes.
2. El Hospital "Dr. Samuel Ramírez Moreno" en Tlahuac, Edo. -- de México, tiene capacidad para 100 enfermos mentales de --

*Entrevista al psicólogo G.H.S. del Departamento de Psicología del Reclusorio Sur. Agosto 1985.

lincuentes.*

Estas instituciones tienen problemas similares:

- Inmueble inadecuado y deteriorado que no reúne las condiciones para proporcionar ambiente terapéutico para los pacientes y seguridad al personal.
- Escasez de personal. Hay cinco médicos en total y solo dos o tres enfermeras por turno para atenderlos.
- Con frecuencia faltan medicamentos y material para terapia recreativa y ocupacional.
- Poca o nula cooperación de la familia, que en la mayoría de los casos abandona al enfermo.

El sistema de tratamiento para enfermos mentales delincuentes no cumple los objetivos de tratamiento y rehabilitación que - posibilitarían el regreso del paciente a la vida útil.

Es necesario establecer mecanismos que permitieran al enfermo mental delincuente abandonado por la familia dejar la institución penitenciaria y ser trasladado a albergues con programas de rehabilitación y reintegración a la comunidad.

* Visita al Hospital. Enero 1985.

PROPUESTAS

Sería conveniente que:

- Que los ordenamientos jurídicos en materia de salud establecieran:
 - Normas que disminuyan la facilidad de adquirir bebidas alcohólicas y controlen la publicidad desmedida que reciben estos productos.
 - Estrategias que modifiquen factores socio- culturales que propician el aumento de la farmacodependencia y tráfico de drogas en el país.
 - La creación de centros de atención familiar que prestarán atención médica y asistencia social a familias con problemas de maltrato al menor.
 - Ampliar la protección que otorga la Ley General de Salud al enfermo mental en lo referente a experimentación de nuevos tratamientos farmacológicos.
- Actualizar las disposiciones del reglamento para hospitales en materia de diseño arquitectónico, (Art. 49) para transformar el aspecto manicomial de los hospitales psiquiátricos.- lo que redundaría en beneficio de pacientes y personal.
- Establecer un procedimiento legal que permita a las autoridades sanitarias controlar la calidad de la atención médica -

que proporcionan hospitales psiquiátricos oficiales y privados, con el fin de evitar la impunidad de hechos como negligencia en la aplicación de tratamientos, lesiones intencionales y culposas, (incluyendo la esterilización), el trabajo sin retribución y el manejo inadecuado de información -- confidencial.

- Dictar sanciones severas a establecimientos sanitario asistenciales que transgredan las disposiciones de los artículos 51 y 52 del Reglamento para Hospitales que señalan los requisitos de admisión del paciente.
- Para evitar los problemas frecuentes que sufren las personas por atención médica inadecuada, sería conveniente la -- formulación de una Ley de Ejercicio de la Medicina y de un Código Etico que guiará su ejercicio, con criterios similares a los contenidos en la Ley y Código Venezolanos.
- Debería sustituirse los términos obsoletos que se utilizan en el Código Civil y Procedimental correspondiente por las acepciones modernas, esto facilitaría el logro del propósito del legislador de dar protección real al enfermo y a la sociedad.
- Formular un procedimiento de ingreso voluntario e involuntario a hospitales psiquiátricos que fuera de observancia -- obligatoria en instituciones privadas y oficiales.
- Dictar normas que preserven el derecho del paciente a:

- Negarse a recibir tratamientos extraordinario o de alto riesgo.
- Pedir alta voluntaria.
- Revisión de su caso cuando su ingreso fué por orden judicial.
- Revisión periódica de la justificación de internamiento.
- Modificar el procedimiento para declaración de incapacidad por enfermedad mental, aumentando los requisitos indicados para iniciar el procedimiento, con la finalidad de evitar la promoción dolosa, que provoca situaciones de stress innecesario en el sujeto sometido a examen.
- Modificar los artículos de la Ley del Instituto Mexicano -- del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Ser vi ci os S o c i a l e s para los Trabajadores del Estado, referentes a la obligatoriedad de tratamiento, para dejar al enfermo la posibilidad de decidir la aceptación de la prescripción médica.

CONCLUSIONES

La enfermedad mental existe desde los inicios de la humanidad, se caracteriza por la alteración del raciocinio, de la emotividad y modificación de la conducta. El enfermo mental en todas las épocas ha sido segregado del grupo de los "normales" por el temor inconciente de llegar a ser uno de ellos por juzgar la conducta anormal con parámetros de normalidad.

El cambio de actitud social ante la enfermedad y el enfermo mental, sólo puede darse por medio de la educación y sensibilización a la población sobre este tipo de trastornos. Esto contribuiría a la detección temprana de casos incipientes que se atenderían oportunamente evitando que evolucionaran hacia la cronicidad.

Hay gran diversidad de factores socioculturales que influyen en la prevalencia de trastornos mentales. La elevación de los índices de farmacodependencia y alcoholismo es evidencia de problemas socioeconómicos y culturales profundos, como el cambio de la integridad de la organización familiar, inaccesibilidad a instituciones educativas, deterioro del nivel de vida y aprovechamiento de la riqueza por unos cuantos, que permanecen insensibles ante el aumento de grupos marginados de toda oportunidad social.

Para combatir las adicciones es necesario dictar normas le-

gales que hagan efectiva la reducción del tráfico de drogas.

La incidencia de alcoholismo se eleva por la publicidad exagerada que reciben estos productos. Es necesario controlar la cantidad de mensajes transmitidos por los medios masivos de comunicación y que llegan a todo público.

La frecuencia del maltrato al niño se eleva más cada día, como consecuencia de alteraciones severas de la personalidad de padres que vivieron en condiciones de deprivación -- afectiva, cultural y social. Las lesiones aparentes son físicas, pero no hay posibilidad de medir el impacto que dejará el maltrato en la mente del niño y cual será la repercusión en su conducta futura.

El primer lugar donde se detecta este problema es el hospital que atiende al niño lesionado y por desconocimiento de la conducta a seguir los profesionales que lo atienden en su afán de protegerlo buscan el castigo del padre agresor y agravan el problema de la familia y del mismo infante.

Es necesario crear procedimientos a seguir en las instituciones de salud para ayudar en forma efectiva al niño, a la familia.

LA LEY GENERAL DE SALUD.- En los aspectos referentes a la enfermedad mental y el enfermo mental no tiene cambios substanciales de las disposiciones del Código Sanitario ante --

rior. Hay normas que requieren mayor precisión para proteger efectivamente al enfermo en casos de experimentación, - trasplante de órganos y tejidos y tratamientos de alto riesgo.

- Los programas de alcoholismo y farmacodependencia, tienen - medidas poco factibles para la resolución de un problema -- tan complejo, que para resolverse requiere de la modifica -- ción de los factores socioculturales que condicionan su apa -- rición.
- En hospitales psiquiátricos oficiales y privados, se come -- ten innumerables violaciones sistemáticas a disposiciones -- Constitucionales, del Código Civil y Penal y los procedimenta -- les correspondientes. Se priva al sujeto de la posibilidad de ejercer sus derechos elementales, se les somete a ries -- gos para la vida sin que tengan la posibilidad de resistir -- se, ya que se emplean medidas coercitivas para obligarlo a obedecer, yendo desde la amenaza hasta infringirle le -- siones graves.

No se respetan los derechos humanos, se ignora su individua -- lidad y por su etiqueta de enfermo mental no tiene credibi -- lidad cuando se queja de los abusos cometidos en su contra. El personal siguiendo las directrices de la psiquiatría re -- presiva que imperaba hace dos siglos, es indiferente y rea -- liza sus actividades en forma negligente sabiendo que actúa con toda impunidad.

- La declaración por incapacidad por enfermedad es un procedi
miento largo que debe modificarse para dar protección real
al enfermo mental en su persona y bienes.
- El enfermo mental delincuente, subsiste en condiciones in -
frahumanas, en áreas de reclusorios y hospitales psiquiátri
cos destinados a su estancia. Es necesario dotar a estas --
instituciones de recursos humanos y financieros indispensa
bles para el desarrollo de programas de curación y rehabili
tación que permitan integrar al individuo a la familia y a
la comunidad.

ANEXO 1
CARTA DE RESPONSABILIDAD

Doy plena autorización al personal médico que labora en el

Para que en caso necesario apliquen a _____ número de -
_____, paciente de quién soy responsable, -
el (los) tratamiento (s) que consideren necesarios, estando en conocimiento de los riesgos que éstos implican y libero a médicos e Institución de toda responsabilidad. Acepto también que en caso necesario, el paciente de quien soy responsable sea trasladado a cualquier otra Unidad del

En caso de fuga, pese a medidas de seguridad establecidas, eximo de toda responsabilidad al personal del Hospital Psiquiátrico y al

Autorizo al personal médico para que utilicen el material clínico en actividades docentes y/o de investigación.

México, D. F., a _____ de _____ de 19 ____.

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

FIRMA: _____

México D.F., _____ de _____ de 19 _____.

SOLICITUD DE METODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE

En conocimiento del Programa de Planificación Familiar, promovido por el _____ solicito se autorice la realización del Método Anticonceptivo Permanente que el área médica correspondiente considere conveniente para el (la) paciente:

Que se encuentra internado (a) en este Hospital, por considerarlo necesario y oportuno para el bienestar del grupo familiar, y de acuerdo a las indicaciones de su médico tratante, pues no está, ni estará capacitado (a) para ejercer la debida paternidad.

Agradezco la atención que sirvan dar a ésta solicitud, reiterando mi reconocimiento a los programas que ejerce el

A T E N T A M E N T E

Nombre y parentesco del
familiar responsable.

Firma del Familiar

Nombre del Médico Tratante

Firma del Médico

Nombre y firma del Paciente.

NOMBRE: _____

No. DE EXP.: _____

CLAVE T.S.: _____

EDAD: _____

NOMBRE: _____

SEXO: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE LA CONSULTA: _____

EDO. CIVIL: _____

OCUPACION: _____

RESPONSABLE O TUTOR: _____

PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO (s): _____

1.- MOTIVO DE LA CONSULTA:

Información indirecta -
(delirios, alucinaciones
excitación psicomotriz-
auto y heterodestructi-
vidad, manía, depresión -
confusión, mental, edo., -
de mal epiléptico, situa-
ción legal).

2.- PADECIMIENTO ACTUAL:

(Síntomas principales -
y su descripción, fecha-
de inicio, causas desen-
cadenantes, evolución, re-
misiones, edo. actual).

3.- EXAMEN PSIQUIÁTRICO DI-
RECTO:

(Hábitus exterior, com-
portamiento general, edo.
de conciencia, talento, -
nivel intelectual, dis-
curso, delirios, alucina-
ciones, comprensión, jui-
cio, atención, memoria, -
orientación).

4.- APARATOS Y SISTEMAS:

(Nervioso, digestivo, res-
piratorio, cardiov., geni-
tourinario, músculo es-
quelético, órganos de -
los sentidos).

5.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

(Oligofrénicos, epilépti-
cos, psicóticos, farmaco-
dependientes, suicidas, -
neuróticos).

PRECEDENTES PERSONALES:

Condiciones de embarazo
Corto y desarrollo físico
biológico temprano; hipox-
ia, ictericia, mal forma-
ciones. Edad en que sos-
tuvo la cabeza, se sento,
primeros pasos, primeras
palabras.

Onicofagia, enuresis, te-
rrores nocturnos, mitoma-
nia, robo, crueldad, deso-
bediencia.

Convulsiones, traumatismo
operaciones, infecciones,
toxicomanías.

Habitación, higiene, ali-
mentación).

HISTORIA ESCOLAR:

(Inicio, grado, máximo, ren-
dimento, adaptación, disci-
plina, relaciones interpe-
rsonales, deserciones, me-
tas alcanzadas, relato de
vivencias más significa-
tivas).

HISTORIA OCUPACIONAL:

(Episodios, sueldos, rendi-
miento, ascensos, adapta-
ción, gratificaciones, me-
tas alcanzadas, relato de
vivencias más significa-
tivas).

HISTORIA PSICOSEXUAL:

(Primeras informaciones-
perturbación, relaciones-
pre y extramaritales, his-
toria menstrual, ritmo, pe-
riodicidad, F.U.R. embara-
zos, partos, abortos, méto-
dos anticonceptivos. Meno-
pausa,
Homosexualidad y otras -
desviaciones, fantasías, -
insatisfacción, relato de
vivencias más significa-
tivas).

-CABEZA Y CUELLO:

-ORAX:

AP. RESPIRATORIO

REC. PRECORDIAL

-ABDOMEN:

ORGANOS PELVICOS.

-EXTREMIDADES:

CURS. TUS.

EXPLORACION FISICA

PESO

EST. PULSO.

T.A.

TEMP.

RESP.

CA:
Lenguaje, lectura, escritura.

(Afasias, apraxias, agnosias, esquema corporal)
pares craneales, motilidad, sensibilidad, funciones cerebelo-vestibulares, reflectividad-signos piramidales o extrapiramidales, (estación de pie) y marcha.

- RESUMEN DE DATOS POSITIVOS:

(Del interrogatorio y exploración física).

16.- IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS:

I.-

II.-

III.-

17.- VALORACION GENERAL DE LA PERSONALIDAD Y CONSIDERACIONES PSICODINAMICAS:

(Describir rasgos principales de la personalidad previa: autoritaria, dependiente, perfeccionista, inmadura-conflictiva, vivencias y motivaciones de sus conductas, explicación psicodinámica de algunos síntomas y conductas).

- TRATAMIENTO INMEDIATO Y RECOMENDACIONES:

(Grado de peligrosidad

" " fugabilidad,

prevención de suicidio

Tratamiento inicial -

preferentemente por

via parental).

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO.

ALTA VOLUNTARIA.

 NOMBRE DE LA UNIDAD

C. DIRECTOR.
P R E S E N T E .

Atentamente me dirijo a usted para comunicarle que por convenir así a mis intereses solicito el **ALTA VOLUNTARIA**, de _____, quien se encuentra hospitalizado en el Servicio de _____, cama _____, con número de expediente _____, de este Centro Hospitalario.

Por medio de la presente hago constar que relevo de toda responsabilidad al Cuerpo Médico, Enfermeras y en general a todo el personal de este Hospital, así como a la Institución.

Consciente de mis actos firmo esta solicitud a los _____ días del mes de _____ de 19 _____

Nombre :
Parentesco :
Domicilio :
Colonia :

T E S T I G O :

T E S T I G O :

BIBLIOGRAFIA

- Becerra Bautista José, El Proceso Civil en México. Ed. -- Porrúa. 5a. Ed. México 1975.
- Calderón Narváez Guillermo, Salud Mental Comunitaria. Ed. Trillas. 1a. Ed. México 1981.
- Campbell J. Robert, Pschiatric Dictionary. Fifth Ed. Ox -- ford Press. 1982. Oxford.
- Carranca y Trujillo Raúl, Derecho Penal. Ed. Porrúa. 12a. Ed. México 1977.
- Colín Sánchez Guillermo, Derecho Mexicano de Procedimien-- tos Penales. Ed. Porrúa. 3a. Ed. México 1974.
- Enciclopedia Universal Promexa, Vol. IX. Ed. Promexa. 1a. Ed. México 1983.
- Freedman M. Alfred, Compendio de Psiquiatria. Ed. Salvat. - 1a. Ed. México 1975.
- Gregory Ian, Psiquiatria Clínica. Ed. Interamericana. 2a. Ed. México 1970.
- Jiménez de Asúa Luis, La Ley y el Delito. Ed. Sudamericana. 6a. Ed. Buenos Aires 1973.
- Kolb C. Lawrence, Psiquiatria Clínica Moderna. Ed. La Pren-- sa Médica. 4a. Ed. México 1975.
- Lima Malvido María L. , La Personalidad Psicopática. Ed. - Avelar Hnos. 1a. Ed. México 1976.

- Millon J. Theodore, Psicología y Personalidad. Ed. Inter americana. 2a. Ed. México 1974.
- Pavón Vasconcelos Francisco, Manual de Derecho Penal Mexicano. Ed. Porrúa. 7a. Ed. México 1985.
- Porte Petit Candaup Celestino, Apuntamientos de la Parte General de Derecho Penal. Ed. Regina de los Angeles. 2a. Ed. México 1973.
- Rojina Villegas Rafael, Compendio de Derecho Vicií. Tomos I y III, Ed. Porrúa. 5a. Ed. México 1974.
- San Martín Hernán, Ecología Humana y Salud. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1a. Ed. México 1974.
- Sarason G. Irwing, Psicología Anormal. Ed. Trillas. 1a. -- Ed. México 1975.
- Solomon Philip, Manual de Psiquiatría, Ed. El Manual Moderno. 2a. Ed. México 1975.
- Valenzuela H. Rogelio, Manual de Pediatría. Ed. Interamericana. 9a. Ed. México 1975.
- Vargas Otero Silvia, La Mujer Delincuente. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Nacional Autónoma de México. México 1983.

HEMEROGRAFIA

- Ardrey Robert . Is Man Naturally Violent. In the Social -- Contract. New York 1970. Atheneum Publishers.

- Allg H. La Cannabis Puede Producir Infertilidad y Disminuir la Fertilidad. Salud Mental Vol. 6 Nº 4, Oct. 1978.
- Cadoret R. Gath, Aspecto Hereditario del Alcoholismo Estudiado en Jóvenes Adoptados, Salud Mental. Vol. 2 Año 2, -- Nº 1, Marzo 1979.
- Calderón Narváez Guillermo, El Centro Piloto de Salud Mental Comunitaria San Rafael. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LXXVIII. Nº 2. Feb. 1975.
- Carlin A. Predicción de Daño Neurológico en Consumidores de Múltiples Drogas. Salud Mental, Vol. 2. Año 2. Nº 1. -- Marzo 1979.
- Castellón L. Manuel. La Problemática de las Drogas en España. Salud Mental. Vol. 1. Año 1. Nº 4. 1978.
- Dupont L. Robert. Exitos y fracasos de Estados Unidos en Experiencias con la Fármacodependencia. Salud Mental. Vol. 1. Año 1. Nº 4. 1978.
- Foncerrada Martínez Miguel, El Niño Maltratado. Revista -- Facultad de Medicina. Vol. XXIII. Año 23. Nº 3 1980.
- Garralda Hualde Ma. Elena, El Abuso hacia los Niños. Salud Mental. Vol. 3 Nº 3. Otoño 1980.
- Green A. H. Child Abuse Pathological Syndromes of Family Interaction. American Journal of Psychiatry. 131. Washington. 1978.

- Gillies de la Tourrete. Homicide in West Scotland. Britih Journal of Psychiatric. 128. London 1976.
- Kubler N.E. Consumir Marihuana y Manejar es una Combinación Peligrosa. Salud Mental. Vol. 1 Anol. Nº 4. 1978.
- Madeddu J. Antoin, Considerations Sur le Groupe Primarie et sur la Formation Spontanee de Groupes Paimi les Sujets Alcooliques. Rev. Alcool, Paris 1965.
- Medina Mora Ma. Elena, El Uso de Inhalantes en México; Salud Mental. Vol. 7 Nº 1. Primavera 1984.
- Medina M.M.E. y Cols. Reporte Interno del CEMEF Depto. de Enseñanza e Investigación, Vol. IV. Nº 1. 1978. Cuadernos Científicos.
- Montagu Ashley, Agresión Humana. Salud Mental. Vol. 1, -- Año 1. Nº 3. Junio 1978.
- Paranteau F. Drug in Abuse Epidemiology and Goverment Policies Adapted in Quebec. Salud Mental. Vol. 1. Anol. -- Nº 4. 1978.
- Ryan Peter, Alternativas para el Hospitalismo. Salud Mental. Vol. 5. Nº 5. 1983.
- Ruiz Harell Rafael. Actualidad de Lombroso. Memoria de la Conferencia dictada el 22 de Abril de 1976. Facultad de -- Derechos. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Szasz S. Thomas, The Problem of Psichiatric Nosology, -- American of Psichiatric, 114.1957.

- Souza y Machorro Mario, Controversias en Torno a la Privación Afectiva en la Infancia. Salud Mental, Vol. 8 N° 1, - Marzo 1985.

OTROS DOCUMENTOS

Pucheu Regis Carlos, Bases para la Organización de un Modelo de Funcionamiento de Psiquiatría y Salud Mental en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Documento de la Subdirección General Médica. 1982.

Folleto de Promoción de la Escuela de Padres. 1980.

X Censo General de Población y Vivienda. Resultados Preliminares. Secretaría de Programación y Presupuesto.

LEGISLACION

- Código Civil para el Distrito Federal
- Código de Deontología Médica de Venezuela
- Código Federal de Procedimientos Penales
- Código Penal para el Distrito Federal
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal
- Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal
- Declaración de los Derechos del Niño
- Ley de Ejercicio de la Medicina de Venezuela
- Ley General de Salud

- Ley del Seguro Social y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado.
- Plan Nacional de Salud
- Programa Contra el Alcoholicismo
- Reglamento para Hospitales, Maternidades y Centros Materno Infantiles para el Distrito Federal y Zonas Federales