

Ref. 426



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

EL DERECHO TUTELADOR DEL
ENFERMO MENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A :

MARIA YOLANDA ORTEGA LOPEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

EL DERECHO TUTELADOR DEL ENFERMO MENTAL

INTRODUCCION

CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL	PAG.
- El Enfermo Mental y la Medicina	6
- El Enfermo Mental y el Derecho	7
- Clasificación de la Enfermedad Mental	8

ANTECEDENTES HISTORICOS

- Derecho Romano	24
- Reglas comunes a las diversas curatelas	26
- Clasificación de los diversos tipos de curatela	27
- La Edad Media	30
- Epoca Prehispánica	34
- Epoca Colonial	42
- Epoca Actual	46

AUTORIDADES E INSTITUCIONES QUE INTERVIENEN EN LA SALUD MENTAL

- Secretaría de Salubridad y Asistencia	49
- Departamento del Distrito Federal	64
- Organismos Descentralizados que tienen por objeto la atención de la salud mental de la población	68
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	71

- Instituto Mexicano de Psiquiatría	75
- Instituto Mexicano del Seguro Social	77
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado	78
- Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Ar- madas Mexicanas	80
- Asistencia Social Pública Local para Enfermos Men- tales	82
- Instituciones de Asistencia Privada que prostan -- atención a Enfermos Mentales	86
- Instituciones Particulares	88
- Organizaciones Internacionales	89

ACCIONES QUE DESARROLLA EL ESTADO PARA LA PROTECCION Y ATENCION DEL
ENFERMO MENTAL

- Incapacidad	92
- Inimputabilidad	95
- Tutela	103
- Naturaleza jurídica de la tutela	105
- Sistemas tutelares en el derecho moderno, tutela de familia	107
- Organización de la tutela	108

- Organos de la tutela	110
- Especies de la tutela	111
- Ejercicio de la tutela	113
- Terminación de la tutela	115
- El Estado de Interdicción	116
- Investigación en el Campo de la Salud Mental	117
- Tratamiento y Hospitalización	122
- Preparación del Personal en el Campo de la Salud Mental	128
- Educación para la Salud Mental	131

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

Mayo 15 de 1976, como a las ocho de la noche llegó un vehículo procedente de la Penitenciaría de Lecumberri trasladando a los internos que habrían de ocupar las nuevas instalaciones del flamante Centro Médico para los Reclusos del Distrito Federal. Todo dentro de la Institución era movimiento, el personal de todas las áreas deambulaba de arriba a abajo, sin encontrar el procedimiento a seguir para recibir a los nuevos moradores de este hospital.

Recuerdo que me encontraba comisionada en una área denominada "Puerta Principal", cuando alguno de mis compañeros me informó que estuviera muy alerta, ya que había llegado la primera remesa de internos. Lógicamente esto despertaba en mí como en la mayoría de los empleados inquietud y gran curiosidad, pero a la vez temor a lo desconocido, pues si bien se nos había preparado técnicamente para tratar con este tipo de gente, casi ninguno de nosotros había tenido relación con enfermos mentales de los cuales estaba compuesta la población mayor de este Centro.

Se buscaba tomar todas las medidas preventivas posibles con el objeto de evitar penosos incidentes a la llegada de los interno-pacientes, más aún así se suscitaban detalles que ahora nos resultan graciosos pero que en el momento lejos de ello nos causaron temor, este fue mi primer encuentro temeroso con el enfermo mental, posteriormente al constatar las deplorables condiciones en que se encontraban, al comprobar que tanto la sociedad como sus propios familiares, los abandonan a su suerte y que demasiado poco reciben, que la ciencia médica aunque ha tenido adelanto en este campo le resta mucho por hacer, y que en el campo jurídico ésta rama está muy abandonada, surgió en

mi el deseo de realizar algo por pequeño que fuere para ayudar al enfermo mental.

Por este motivo dedico mi tesis a este tema, esperando que surja algún eco, para mejorar las condiciones de vida y de salud de los enfermos mentales, que es un grupo de seres humanos en extremo desvalidos.

El objeto del presente trabajo es plantear primordialmente las condiciones jurídicas en las que se encuentra el enfermo mental y en general la Salud Mental en nuestro país, aunque es indiscutible que de ninguna manera abarcará todas las ramas del derecho y ni siquiera entre las que tratará, agotará todo lo existente, pues esto es una tarea que requeriría una mayor dedicación y tiempo. Lo que pretende esta tesis es plantear problemas concretos y desarrollar posibles soluciones a los mismos.

Entre las tareas que tiene que desarrollar el Estado, las cuales abarcan una variedad indefinida, algunas es grato realizarlas, mientras que otras son cargas que el Estado soporta por necesidad. Este es el caso de la labor que se desarrolla dentro del campo de la Salud Mental, en el cual es difícil obtener óptimos frutos, ya que hay gran variedad de enfermedades mentales que no son curables, aunque sí controlables, pero esto requiere de tratamientos sumamente largos en algunos casos de por vida y son sumamente costosos.

El primer capítulo está encaminado a analizar el concepto y la clasificación de las enfermedades mentales, para conocer la gran variedad de las mismas y las diferentes opiniones respecto a qué es una enfermedad mental.

El segundo pretende dar un bosquejo histórico de lo que ha sido la vida del enfermo mental a través de la historia.

El tercer capítulo trata de encuadrar a todas las autoridades o instituciones que de alguna manera contribuyen a la salud mental de la población y en base a qué ordenamiento realizan sus funciones.

El cuarto capítulo analiza las principales acciones que realiza el Estado para la protección del enfermo mental y para la conservación de la salud -- mental de la población.

Por último están las conclusiones respecto al tema.

CAPITULO I

CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

La historia del trastorno mental se remonta a los tiempos más lejanos de la historia de la humanidad, se sabe que ha existido algo a lo que se ha llamado locura, enajenación. El modo de vivir y de comportarse de una forma diferente a la común, ha nacido con la humanidad misma.

La historia de la evolución de la actitud del ser humano frente a esta realidad demuestra que ha sido muy variada e influida su concepción, por creencias religiosas, filosóficas, supersticiones o conceptos mágicos elementales de la vida.

La medicina ha pasado por diversas etapas respecto a la inclusión de la enfermedad mental en el catálogo de enfermedades en general. Los autores clásicos la describen junto a otras enfermedades del ser humano. Y la concepción Hipocrática puede presentarse como paradigma de la concepción somática de enajenación. A través de la Edad Media, predominan concepciones mágico-religiosas que alejan al trastorno mental del concepto de enfermedad y le atribuyen otros orígenes. En el Renacimiento emplean ya a manifestarse opiniones que acercan a la locura al concepto global de enfermedad y conciben al enajenado como un enfermo más. Este modelo médico del trastorno mental se fué afianzando a lo largo del siglo XVIII para integrarse en el Siglo XIX.

Existe entre los autores gran desconcierto y no existe una definición clara por lo que respecta a los conceptos de salud y enfermedad. Por principio

se dice que salud engloba una serie de concepciones tanto físicas y psíquicas como sociales.

Cualquier definición sobre lo que es normalidad o anormalidad, sobre lo que es salud o enfermedad, tendrá que incluir el marco valorativo de la cultura a la que determinado individuo pertenece.

Si las cosas fueran tan sencillas como en los tiempos prefreudianos, nos dicen Melvin Zax y Emory L. Cowen, la mayoría aceptaríamos la definición de la anormalidad de Foley (1935) como una desviación simplemente, con respecto a las normas estadísticas de un determinado grupo cultural. (1) Este concepto es el que siguen aceptando muchos autores y, de hecho, el término anormal mismo implica "desviación con respecto a la norma". Algunos le oponen objeciones con fundamento en que algunas desviaciones son deseables (una gran inteligencia, una gran fortuna) y modifican la posición para concluir que el término "desviada" debería aplicarse únicamente a la conducta que parece ser inapropiada o incapacitante para el propio individuo (Mayer, 1966).

Otros, en cambio, formulan objeciones mucho más fundamentales a la idea de que la anormalidad se vea únicamente en términos de desviación. Wegrocki (1939), por ejemplo, se interesa por el propósito de la conducta que parece desviación. Si la conducta, por desviada que esté representa el intento por parte de una persona de enfrentarse a un problema intrapsíquico. Wegrocki no la considera anormal. Por otra parte si la desviación represen-

=====

(1) Melvin Zax. Emory L. Cowen. Psicopatología. Segunda Edición. Editorial Interamericana. p.7.

ta un intento de huir de un conflicto entonces es anormal, la implicación es aquí que la conducta de enfrentamiento es un ideal que define la normalidad, en tanto que su ausencia refleja la anormalidad. Shoben (1957) afirma que - la normalidad consiste en la relación de las potencialidades del individuo como ser humano. Describe lo que considera que deberían ser los objetivos esenciales del individuo. Este enfoque tiene un sentido filosófico que muchos objetan, por que es lo cierto que los ideales adoptados por un autor individual son necesariamente subjetivos. (2)

Después de analizar las opiniones de estos autores acerca de lo que encuadra el concepto de normalidad y anormalidad, diremos que sucede exactamente lo mismo al tratar de encontrar un concepto respecto a lo que podría definir un término tan difícil como lo es enfermedad mental, por tanto cualquier definición elaborada acerca de lo que es enfermedad mental, debe ser tomada con precaución si no se tienen antecedentes adecuados acerca de a -- qué tipo de sociedad se aplica, puesto que lo que para un núcleo social puede ser lo más lógico y normal, la misma conducta para otro tipo de sociedad podría ser considerada como violación a la norma y en cierto momento como - enfermedad. En conclusión trataremos de dar algún concepto respecto a la enfermedad mental pero este debe ser tomado con cautela.

Antes de dar este concepto considero importante señalar que se han utilizado indistintamente los términos enfermedad mental, enajenación, locura,

=====

(2) Melvin Zax. Emory L. Cowen, op. cit. p. 7.

demencia, alienación, insanía, etc. claro que algunas de estas acepciones - que han denominado a la enfermedad mental no son de ninguna manera adecuadas, y que los términos utilizados en nuestra actual legislación, adolecen de gran falta de técnica.

Pasaremos ahora si al concepto de enfermedad mental dado por algunos autores:

Encontramos en el diccionario de psicología editado por el Fondo de Cultura Económica, la siguiente definición respecto al termino enfermedad, la cual es entendida como el estado anormal del cuerpo o de la psique, con desequilibrio de una o más funciones.

En el mismo libro encontramos la siguiente definición de lo que se entiende por enfermedad mental la cual se define como cualquier trastorno en la organización mental (utilizado como sinónimo de desequilibrio mental.) el termino ha sido sustituido en gran parte por el de psicosis mayor o menor. (3).

El Dr. I. F. Sluchevski médico ruso de gran renombre nos da la siguiente definición de lo que él entiende por enfermedad psíquica y nos dice "la psicosis es una enfermedad de todo el organismo, y sobre todo del cerebro; se manifiesta en trastornos de la conciencia, o sea en la alteración de la capacidad del individuo para reflejar exactamente el mundo que le rodea e influir

=====

(3) Diccionario de Psicología. Editor, Howard C. Warren . Trad. y revisión de E. Imaz, A. Alatorre y L. Alanico. Fondo de Cultura Económica. México 1979.

sobre él con un fin determinado. La base de la psicosis son los cambios fisiopatológicos de los procesos de la actividad nerviosa superior que conducen a la alteración de las relaciones mutuas, en todas las instancias del cerebro, con una manifestación más acusada en los trastornos del segundo sistema de señales.

Todas las formas de conciencia del individuo son reflejo de los objetos y fenómenos del mundo circundante. Por esto, en cada enfermedad psíquica es necesario descubrir cuál de estas formas de reflexión está alterada.

En la etapa actual de nuestros conocimientos también es obligado descubrir las leyes fisiopatológicas que sirven de base a cada síntoma psicopatológico aislado y las que son base de la enfermedad en conjunto, el descubrimiento de estas leyes nos permite comprender la esencia de los trastornos patológicos, lo cual era casi imposible para los psiquiatras antes de ser conocidos los estudios sobre la actividad nerviosa superior y su patología. (4)

De estas dos definiciones lamentablemente no podemos concluir en claro lo que es la enfermedad mental ya que mientras una adolece de ambigüedad, la otra es demasiado técnica y parcial por estar vista desde un punto socialista. Por lo que hemos sacado una definición más sencilla aunque ampliamente criticable y ésta es la siguiente: entendemos por Enfermedad Mental: la perturbación general o parcial, definitiva o temporal de las funciones psicológicas.

(4) I.F. Sluchevski. Psiquiatría. Tratados y Manuales Grijalvo. Segunda Edición. Editorial Grijalvo. p. 16.

quicas.

EL ENFERMO MENTAL Y LA MEDICINA

Después de analizar el concepto de enfermedad mental pasaremos a ver lo que es un enfermo mental para el médico, para esto lo primero que diremos es que lo que se concibe como enfermo mental para un médico es en base a la época en la que se encuentre y en base a la sociedad en la que se desenvuelva, esto, tomando como punto de partida, los antecedentes históricos de que si la locura en un determinado tiempo ha sido o no considerada como una enfermedad mental, y en base al tipo de ideas imperantes dentro de la misma sociedad porque esto es determinante como pudimos analizar de la definición que nos dá un médico ruso y de los análisis que hacen los médicos encuadrados dentro de una sociedad capitalista.

Para los médicos socialistas en general, la enfermedad mental va en función de una alteración fisiológica en base a la teoría materialista, que no admite la división entre cuerpo y alma o psique, por lo que ellos analizan a la enfermedad mental desde este punto puramente material y desprenden de ahí las causas que originan la enfermedad mental sin admitir alteraciones de tipo psicológico, pues consideran que éstas son consecuencia de una alteración física necesariamente.

Por el contrario los médicos que si admiten la división entre cuerpo y alma descartan vera la enfermedad mental solo desde un punto de vista somático sino que se analizan circunstancias sociales, fisiológicas, psicológicas, etc. para encontrar las causas de la enfermedad mental, por ello es difícil

definir en forma general lo que representaría para los médicos un enfermo mental.

Se podría decir que desde el punto de vista médico el enfermo mental es la persona que padece cualquier tipo de alteración física o psíquica que tenga relación con las funciones mentales.

EL ENFERMO MENTAL Y EL DERECHO

Veremos ahora lo que puede representar un enfermo mental para el derecho, Desde el momento mismo en que escuchamos el término enfermedad -- mental con la visión de abogado lo ligamos estrechamente con el concepto de capacidad jurídica por lo que es necesario analizar este concepto y tratar de desprender de ahí lo que es un enfermo mental.

Se entiende por capacidad jurídica tanto la aptitud de una persona para - adquirir derechos y asumir obligaciones, como la posibilidad de que dicha - persona puede ejercitar esos derechos y cumplir sus obligaciones por si mismo. Esta definición la tomamos del libro del maestro Galindo Garfias de -- Derecho Civil. (5)

La capacidad jurídica como puede desprenderse de la definición comprende de dos aspectos que son:

A) La capacidad de goce entendida como la aptitud de un sujeto para -

(5) Galindo Garfias Ignacio. Derecho Civil. Primera Edición. Editorial Porrúa. p. 370-374.

ser titular de derechos y obligaciones y la cual se adquiere por el solo hecho de ser persona y en algunos casos se concede al ser concebido.

B) La capacidad de ejercicio, que es la aptitud de hacer valer los derechos y cumplir las obligaciones por sí mismo, y la cual requiere de ciertas circunstancias especiales para adquirirla, como son la edad, el no padecer enfermedades mentales, no ser sordomudo, o ebrio consuetudinario, ni hacer uso de drogas enervantes. Requisitos fijados por nuestro Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia Federal en sus artículos 647 y 450.

De lo anterior podemos desprender que un enfermo mental para el derecho es aquella persona carente de capacidad de ejercicio a causa de una alteración psíquica, claro es que esto lo desprendemos de la interpretación del Código Civil puesto que en nuestra legislación no se da un concepto específico de lo que es una enfermedad mental, o un enfermo mental.

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDA MENTAL

En años recientes se han desarrollado sistemas normalizados para clasificar la conducta anormal del individuo y estos se han ido revisando de cuando en cuando. Dichos sistemas se han considerado como necesarios para evitar el caos debido a la proliferación de esquemas de diagnóstico destinados a ocuparse de problemas específicos. Semejantes asignaciones ideosincráticas se introducen a menudo en medios distintos y se utilizan para describir estados para los que no habían sido concebidas. Esto puede producir una dificultad considerable en el exámen del trastorno mental.

En 1917 fué formulada por el Comité para la estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana una nomenclatura estándar, o manual diagnóstico y estadístico para las enfermedades mentales (DSM). Se han efectuado revisiones periódicas, incluida una expansión importante en 1952, para adaptarla a la experiencia de los accidentes psiquiátricos ocurridos durante la Segunda Guerra Mundial (Comité para Nomenclatura y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana, 1952). La revisión más reciente de esta nomenclatura fué publicada en 1968 (Comité para Nomenclatura y Estadística Asociación Psiquiátrica Americana, 1968), como parte del desarrollo de una clasificación internacional de las enfermedades mentales. Por consiguiente, la nosología de 1968 es una amalgama de la revisión de 1952 y de la clasificación de los trastornos mentales por la Clasificación Internacional de enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1968), publicada por la Organización Mundial de la Salud. Puesto que la nomenclatura estándar de la Asociación Psiquiátrica Americana (las versiones tanto de 1952, como de 1968) es la de uso más general de las nosologías existentes.

Examinamos la clasificación publicada por la OMS la cual por ser demasiado técnica, es poco accesible para las gentes que no conocemos el significado de muchos de los términos médicos, por lo que preferimos buscar una clasificación y definición de las enfermedades más sencillas, la cual encontramos en la enciclopedia jurídica OMEBA y sintetizamos a continuación, en algunos cuadros sinópticos para dar después una breve explicación de, en que consiste cada una de las enfermedades mentales. (*)

=====

(*) Enciclopedia jurídica OMEBA. Tomo X.

Enfermedad
mental

a).- Psicopatías

Actosías

Neurosis de angustia
Neurostenois
Hipocandria

b).- Neurosis

Psiconeurosis

Histeria de conversión
Neurosis fóbica
Neurosis obsesiva

c).- Psicosis

Estados de alienación

- Por desviación psíquica
- Por disgregación psíquica
- Por suspensión psíquica
- Por desecano psíquica
- Por ineficiencia psíquica

Estado de afección por
desviación psíquica.

- a).- Síndrome maniaco
 - b).- Síndrome melancólico
 - c).- Síndrome maniaco depresivo
 - d).- Síndrome delirante
- 1).- Paranoia
 - 2).- Parafrenias
 - a).- Parafrenia sistematizada
 - b).- Parafrenia expansiva
 - c).- Parafrenia confabulatoria
 - d).- Parafrenia fantasmática
 - 3).- Esquizofrenia paranoide

Estados de alienación
por disgregación psi-
quica. (Psicosis Esquizofrénicas)

- a).- Esquizofrenia simple
- b).- Esquizofrenia hebefrénica
- c).- Esquizofrenia catatónica
- d).- Esquizofrenia paranoide

Estados de atención
por suspensión psíquica

a).- Confusión mental simple o tónica

b).- Confusión mental antrica

c).- Confusión mental agitada

d).- Confusión mental estupefacc

Estados de alienación
por descompensación psíquica
demencias primitivas

- a).- Demencia parálisis
- b).- Demencia senil
- c).- Demencias focales u orgánicas
 - I).- Perturbaciones Neurodegenerativas
 - II).- Perturbaciones Psíquicas
- d).- Demencia coreica
- e).- Demencia precoz

Estados de etiología
por insuficiencia
psíquica

a).- Idiotia

b).- Imbecilidad

c).- Debilidad mental

PSICOPATIAS. -

Comprende el grupo de enfermedades mentales que se manifiestan en una predisposición de la personalidad, para derivar, ya sea por la influencia de factores endógenos o exógenos, en una determinada neurósis o en una franca psicósis.

El psicópata se presenta, así, a la investigación como una personalidad aberrante ó desarmónica.

NEUROSIS. -

Complejo grupo de enfermedades mentales que se manifiestan en una más o menos permanente perturbación de la psiquis. Esta perturbación no afecta empero a la integración de la personalidad - lo cual la diferencia - de las psicopatías - ni comporta alteración en el juicio - lo cual la diferencia de la psicósis - Es decir que el sujeto neurótico tiene siempre conciencia de la presencia de su enfermedad, aún cuando ésta influya en las posibilidades concretas de su conducta social.

NEUROSIS DE ANGUSTIA. -

En las cuales el paciente se manifiesta dentro de un marco de constante zozobra.

LA NEURASTENIA. - Que se manifiesta como consecuencia de un intenso proceso de agotamiento de las energías nerviosas.

LA HIPOCONDRIA. - Que se caracteriza por manifestaciones sensibles anormales en el cuerpo del paciente, las que, con cierta -

permanencia, lo inducen a suponer que se encuentra enfermo aún cuando no exista ningún proceso físico de tipo patológico.

PSICONEUROSIS. - Como una subespecie de neurorisis, Krapf adicionó el - shock emotivo y la depresión reactiva.

El shock emotivo, que es un estado de agitación psíquico resultante de la súbita percepción, por parte del individuo predispuesto, de acontecimientos graves que afectan centralmente a su esfera emotiva, y la depresión - reactiva, que producida también por las mismas causas, se presentan en el sujeto con manifestaciones de tristeza insuperables, capaz de afectar toda la estructura de la vida de relación.

HISTERIA DE CON VERSION. - Que se presenta en personas de extrema sugestibilidad

y que se manifiesta en ciertos síntomas (parálisis de - miembros, manifestaciones anestésicas, etc.) radica- das en determinadas regiones del cuerpo, como una consecuencia reactiva de deseos insatisfechos o desplaza- dos.

NEUROSIS FOBICA. - Cuyo mecanismo psíquico es análogo al del tipo anterior, con la diferencia de que el desplazamiento referencial - no se proyecta ni se radica hacia regiones del propio - cuerpo del sujeto, sino hacia objetos, lugares o zonas - exteriores del individuo.

NEUROSIS OBSE -
SIVA. -

Se exterioriza en la incesante tendencia de concretar una acción cuya cualidad axiológica aparece siempre como indeterminada en el sujeto.

PSICOSIS. -

El criterio de diferenciación de las psicosis con respecto a las neurosis, básase en la autocrítica del individuo, es decir, en el juicio que el paciente se formula acerca de su propio estado mental: mientras que en el estado neurótico, el individuo mediante una auto-reflexión puede emitir un juicio con pretensiones de verdad, sobre su propia situación psicopatológica, en el estado psicótico el individuo no tiene conciencia alguna de éste. No existe por lo tanto aquí una crítica por auto-reflexión.

ESTADO DE ALIE
NACION POR DES
VIACION PSIQUICA.

En esta forma de alienación, existe un proceso perturbador de la cualidad psíquica sin que haya descenso alguno en el vigor mental. Se manifiesta generalmente como un conjunto de interpretaciones erróneas de la realidad.

La capacidad funcional de juzgar, en el sujeto afectado, permanece intacta, pero los juicios que formulan carecen de coherencia lógica en razón, precisamente, de aquella aberración interpretativa.

SINDROME MANIA
CO. -

Manía es un estado de excitación psicomotriz, que se manifiesta en una inestabilidad emocional y en actos desordenados.

SÍNDROME MELANCOLICCO. -

Es un estado psicopatológico que se caracteriza por manifestaciones afectivas de tonalidad triste y por una depresión física concomitante.

Este estado puede constituir, por sí mismo, una específica enfermedad mental (melancolía esencial) o exteriorizarse como síntoma de otros (melancolía sintomática).

SÍNDROME MANIACO. -

Depresivo. - Se manifiesta intermitentemente en forma de síndrome maníaco y depresivo separados por intervalos lúcidos. Esta forma especial es frecuente en las personalidades de constitución ciclotímica que pasan, en periodos variables de la depresión a la excitación.

SÍNDROME DELIRANTE. -

Esta forma de alienación que constituye una de las regiones más extensas de las psicosis, se presenta como un conjunto de trastornos que afectan a la estructura vivencial del individuo sin perturbar cuantitativamente a las funciones psíquicas.

Tras las investigaciones de Emilio Kraepelin, la Escuela Psiquiátrica Alemana senta el principio de que estos trastornos psíquicos ofrecen como características la presencia de una serie de ideas fijas con mayor o menor sistematización que ejercen influencia relevante sobre la personalidad, permaneciendo en cambio intactas la lucidez y el orden del curso de los pensamientos, la voluntad y la afectividad, salvo en los periodos demenciales.

LA PARANOIA. - Constituida por delirios de rigurosa sistematización -
lógica que se manifiestan en interpretaciones erróneas
de la realidad y que se dan en sujetos predispuestos, -
es decir, de constitución paranoia heredada. Las inter
pretaciones delirantes no afectan en esta forma ni a la
claridad de la conciencia ni al orden del pensamiento,
permaneciendo inalteradas las funciones perceptivas,
comprensivas y anímicas.

DELIRIO DE IN-
TERPRETACION. - Consiste, según Serieux y Capgras, en interpretar la
realidad adaptándola a las tendencias, pensamientos y
temores del individuo, quien en virtud de tales interpre
taciones realiza indiferencias de caracter paralógico -
en las cuales funda su errónea convicción.

DELIRIO DE PER-
SECUCION. - Es una forma específica del anterior, a través del cual
el afectado interpreta las palabras y actos de las perso
nas que le rodean como orientados permanentemente -
hacia su perjuicio.

DELIRIO DE GRAN
DEZA. - Esta entidad nosológica se manifiesta en una exagerada
sobreevaluación del yo. La hipertrofia de la personali
dad conduce al individuo afectado a considerarse dota-
do de excepcionales condiciones o de dones y poderes
extraordinarios.

DELIRIO DE CELOS. - Es también una forma específica del delirio interpretativo, cuyo plexo gira en torno a la infidelidad del cónyuge. Es posible que su instancia se deba en muchos casos a un complejo de ideas de inferioridad del yo o a deseos e impulsos frustrados.

DELIRIO DE CONTENIDO EROTICO. - Tiene su forma de manifestación como una exacerbación de la pasión amorosa del individuo.

LAS PARAFRENIAS. - Constituyen este grupo un conjunto de delirios de escasa sistematización lógica, que se manifiestan con interpretaciones delirantes y además, en modo especial, con alucinaciones. Su contenido, por lo general, es persecutorio al comienzo y megalómano después.

LA PARAFRENESIS SISTEMÁTICA. - Presenta como características la formación de un sistema de ideas, de cierta trabazón lógica en torno a una serie de alucinaciones. Es equiparable al segundo ciclo del delirio alucinatorio progresivo estudiado por Magnan.

LA PARAFRENIA EXPANSIVA. - Menos sistematizada que la anterior, y que consiste en una psicosis alucinatoria de contenido megalómano.

LA PARAFRENIA CONFABULATORIA. - Que se caracteriza por la profusión de elementos imaginativos que son la base de construcciones fabulosas. Corresponde a los delirios de imaginación estudiados por Dupré y Logre.

LA PARAFRENIA
FANTASTICA. -

Donde se mezclan con escasa sistematización alucinaciones y fantasías imaginativas que se aproximan a representaciones propias de los cuadros demenciales.

LA ESQUIZOFRENIA
PARANOIDE. -

Presenta todas las manifestaciones generales de un síndrome delirante, pero ofrece a la vez, como características típicas y dominantes, un proceso de desintegración de la personalidad que conduce al estado de decadencia mental denominada demencia.

ESQUIZOFRENIA
SIMPLE. -

Su característica consiste en una rápida desintegración de la personalidad en sentido destructivo, que deriva en un período demencial.

ESQUIZOFRENIA
HEBEFRENICA. -

Se caracteriza por presentarse en la adolescencia (de los 15 a los 20 años). Se exterioriza en forma brusca, siendo precedida por un período de excitación y depresión.

ESQUIZOFRENIA
CATATONIA. -

Su manifestación dominante consiste en que el individuo afectado permanece en un mutismo impenetrable o expresa pensamientos incomprensibles. El catatónico exterioriza también típicas actitudes cinéticas que van desde los denominados movimientos de muñeco (movimientos de tipo mecánico) hasta la inercia total (estupor catatónico). Se dan en la forma catatónica frecuentes impulsos homicidas.

ESQUIZOFRENIA
PARANOIDE. -

Esta forma comienza con una fase inicial delirante cuyo contenido varía en el tiempo y se hace típica en su período

do franco con la despersonalización que se opera en el individuo, proceso que finaliza en un período de decadencia mental.

ESTADOS DE ALIENACION POR SUSPENSION PSIQUICA.

CONFUSION MENTAL SIMPLE O ASTENICA. -

Es la consecuencia del debilitamiento general del organismo y se exterioriza en un estado de torpeza u obnubilación psíquica. Son características de este estado, la lentitud de los procesos psíquicos (dificultad en la percepción atención memoria e Ideación), el automatismo cinético y la desorientación de la actividad voluntaria.

CONFUSION MENTAL ONIRICA. -

Esta psicosis, que ha sido denominada por Regis delirio onírico, es por sus caracteres comparable a un sueño morboso con ausencia más o menos completa de actividad psíquica superior. Existen alucinaciones visuales consistentes en visiones espeluznantes de animales de gran tamaño (macrozoopsias), que desfilan en forma cinematográfica.

En medio de todo esto -dicen Figueroa y Zimman, hay un hecho importante fundamental que lo diferencia del sueño fisiológico: el delirante onírico no es un asistente pasivo al sueño, sino que, por el contrario, lo asiste activamente y así, a las alucinaciones se asocia la actividad onírica influenciada y dirigida por la naturaleza de aquellas.

En los casos denominados onirismo alcohólico el afectado llega a vivenciar, en estado de vigilia, las mismas pesa-

dillas que al comienzo de su afección se presentaban en su sueño.

Estos casos suelen derivar en la denominada demencia postconfusional.

CONFUSION MENTAL AGITADA. -

Es ésta una variante de la confusión mental onírica, que suele presentarse en las condiciones orgánicas de la confusión mental simple. Predomina en el afectado la actividad inconciente y precisamente, su estado de agitación permanente y su carencia casi total de control inhibitorio, lo tornan peligroso en extremo.

CONFUSION MENTAL ESTUPOROSA. -

Esta psicosis se presenta generalmente como consecuencia de un previo proceso confusional simple, onírico o agitado. Se manifiesta bajo la forma de una completa obnubilación o suspensión psíquica, llegando el sujeto afectado a un estado tal en que solo se verifican las funciones vegetativas.

ESTADOS DE ALIENACION POR DESCENSO PSIQUICO.

DEMENCIA PARALITICA. -

Llamada también parálisis progresiva, es de origen sífilítico, aunque su desarrollo ha menester una predisposición orgánica especial. Su manifestación central a partir de su exteriorización consiste en la pérdida ininterrumpida y progresiva de las funciones intelectuales, especialmente la capacidad crítica y el desconocimiento de la situación. Estos trastornos intelectivos, que aparejan la

pérdida de los conceptos éticos y estéticos, se traducen paralelamente en trastornos de conducta.

Dice al respecto Figueras y Zimman: desde el punto de vista clínico la parálisis general progresiva es esencialmente una demencia primitiva progresiva y que conduce a la muerte, si no es detenida en un plazo variable de dos a cinco años.

DEMENCIA SENIL. - Constituye un estado de debilitamiento psíquico derivado de la involución senil. Este proceso es, por lo general lento y su desarrollo se hace perceptible, según Regis, a través de las siguientes manifestaciones fundamentales:

- a) dificultad en el mecanismo de transformación de las percepciones en ideas;
- b) disminución en la facultad de creación intelectual;
- c) predominio del automatismo;
- d) sensibles trastornos de la memoria (amnesia de fijación olvido del vocabulario, etc.) ;
- e) trastornos de la afectividad y del carácter.

Es esta una forma demencial que termina por afectar, en general a todas las funciones psíquicas. Más, según lo señala Vallejo Nájera, resulta sumamente difícil deslindar donde terminan las exteriorizaciones de la involución y donde comienzan las manifestaciones de la psicosis.

DEMENCIAS FOCALES U ORGANICAS. -

Son los estados demenciales consecuencia de lesiones cerebrales circunscriptas.

Difficil es determinar dicen Figueras y Zimman, el comienzo preciso de estos trastornos. En la mayoria - de los casos existe, en un comienzo, un debilitamiento ligero, desigual y lagunar de la inteligencia, en el que los enfermos tienen una conciencia al menos relativa y que se traduce, de una parte, por una disminucion del individuo en lo que era antes en su actividad - psiquica en su trabajo, en la conversacion, y por otro lado, por un empobrecimiento de la memoria. "Hay - una exageracion de la emotividad (sintoma muchas veces dominante), a la cual corresponden los trastornos del caracter, inestabilidad del humor. Los enfermos se tornan irritables, hostiles, ingratos, egoistas, injustos, agresivos. Pero ello se produce en ocasiones de crisis de irritabilidad, que surgen a la menor causa o aun espontaneamente en el curso de un estado habitual de apatia, o aun de depresion".

DEMENCIA COREICA. -

Dentro del cuadro demencial detallado por Figueras y - Zimman es posible reconocer los siguientes caracteres;

- a) Perturbaciones Neurológicas: Lo más ostensible es una serie de movimientos anormales conocidos bajo la denominación de movimientos coreicos. Son movimientos de carácter involuntario, sin finalidad y concientes.

- b) **Perturbaciones Psíquicas:** sus primeras manifestaciones se parentizan en la esfera afectiva del individuo afectado, antes que en la intelectual "El paciente se torna irritable, fácilmente excitable, pierde su control, transforma su carácter; otras veces se inicia con los matices de una psicosis maníaco-depresivo o simulando la forma hebefrénica de la demencia precoz, pero, en general, estas manifestaciones son episódicas; en otras ocasiones se inicia con un cuadro delirante con ideas de autoacusación que llevan al paciente al suicidio.

DEMENCIA PRECOZ. -

(PSICOSIS ESQUIZOFRENICA).

ESTADOS DE ALIENACION POR INSUFICIENCIA PSIQUICA
(Frenastenia u Oligofrenia)

IDIOCIA. -

Constituye éste el estado de mayor tipificación de la insuficiencia psíquica. La fisonomía del idiota "es estúpida inexpressiva y si el grado de insuficiencia es profundo, no habla o lanza gritos roncós, inarticulados, no se moviliza, no mira y hasta carece del instinto de conservación. Es insensible en todas las manifestaciones, no reconoce a sus familiares, ni a los que lo cuidan; hay incontinencia en los esfínteres, la saliva y las secreciones nasales fluyen libremente dando al individuo un aspecto repugnante.

IMBECILIDAD. -

Según la opinión más generalizada, la imbecilidad constituye un grado inferior en el orden de la fre-
nastenia. El imbécil presenta como caracterfisti-
ca una rudimentaria inteligencia con lenta memori-
zación y atención inestable.

Esta anormalidad del desarrollo físico se hace ma-
nifiesta en los imbéciles por una errónea interpre-
tación de las sensopercepciones y, también general-
mente, por una falsedad en el razonamiento.

El imbécil dice Vallejo Nájera, "obra maquinalmente, carece de iniciativa razonada, por lo cual su actividad es incoherente y sin finalidad. Observamos - algunas veces que las conversaciones del imbécil es brillante en apariencia, pero en el fondo destinada y carente de sentido y juicio. Infiérese de lo dicho que instintos y sentido moral se hallan a nivel de la inteligencia."

DEBILIDAD MEN-
TAL. -

Conforme lo hace notar Vallejo Nájera, no existen -
fronteras bien delimitadas entre el imbécil y el dé-
bil mental, toda vez que las diferencias entre ambos
estados son más bien cuantitativas que cualitativas.
Los débiles mentales se caracterizan por las siguien-
tes particularidades:

- 1) Un nivel mental entre el correspondiente a los --
seis años y diez años.
- 2) Manifiesta interioridad de las facultades de elabo-

ración dentro de la disminución global de las facultades intelectuales.

- 3) Incapacidad parcial para adaptarse normalmente a la vida mediante el juego de las suplencias, manifestando tendencias a perdurar y fijarse la autonomía de las diversas funciones mentales que se comprueban en un niño menor de diez años.
- 4) A las condiciones dichas se agrega en la mitad de los casos cierto profundo desequilibrio de determinadas funciones mentales, desequilibrio que permite la clasificación de los débiles en grupos específicos.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL

INDICES DE DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y/O DE CONSULTA EXTERNA, EN LIMITES EXTREMOS - ANUALES

REPUBLICA MEXICANA
1976-1978

CÓDIGO	DIAGNOSTICOS	NUMERO DE CASOS		COEF. X 100,000 HABITANTES	
		1976	1978	1976	1978
	TRASTORNOS MENTALES	156,792	223,076	260.9	344.3
290	PSICOSIS (290-299)	10,903	106,666	134.6	166.1
0	Demencia senil y presenil	3,026	2,897	6.5	6.5
1	Demencia senil	2,855	2,634	4.7	4.7
1	Demencia presenil	1,090	263	1.8	0.4
291	Psicosis alcohólica	3,707	2,111	6.1	3.1
0	Delirium tremens	177	2,370	1.5	3.7
1	Psicosis de Korsakov (alcohólica)	1,000	1,843	1.7	3.0
2	Otras alucinosis alcohólicas	1,001	1,864	1.8	3.0
3	Paranoia alcohólica	218	527	0.4	0.9
9	Otras y las no especificadas	436	527	0.7	0.9
292	Psicosis asociadas con infección intracraneal	218		0.4	
1	Con otras formas de sífilis del sistema nervioso -- central	218		0.4	
293	Psicosis asociadas con otras afecciones cerebrales	5,016	9,745	8.3	15.0
0	Con arteriosclerosis cerebral	1,378	1,500	2.3	2.4
1	Con otros trastornos cerebrovasculares		263		0.4
2	Con epilepsia	1,309	2,107	2.2	3.4
4	Con enfermedades degenerativas del sistema nervioso-- central	218		0.4	
5	Con traumatismo cerebral	218	1,161	0.4	1.9
9	Con otras afecciones del cerebro y con las no especificadas	1,964	2,634	3.3	4.3
294	Psicosis asociadas con otras afecciones somáticas	4,361	5,794	7.3	9.0
1	Con trastornos del metabolismo y de la nutrición	218	527	0.4	0.9
2	Con infecciones generalizadas	218	263	0.4	0.4
3	Con intoxicación por drogas o venenos	3,113	3,617	5.2	6.0
4	Con el parto	218	263	0.4	0.4
5	Con otras afecciones somáticas	218		0.4	
9	Con afecciones somáticas sin otra especificación		527		0.9

AÑOS	DIAGNOSTICOS	NUMERO DE CASOS		COEF. X 100,000 HABITANTES	
		1976	1978	1976	1978
195	Esquizofrenia	41,870	54,518	69.7	85.1
	0 Tipo simple	10,033	11,588	16.7	18.1
	1 Tipo hebefrénico	2,399	2,274	4.0	3.6
	2 Tipo catatónico	872	1,054	1.5	1.6
	3 Tipo paranoide	20,717	22,913	34.5	35.8
	4 Episodio esquizofrénico agudo	872	1,580	1.5	2.5
	5 Esquizofrenia latente		780		1.2
	6 Esquizofrenia residual	436	2,631	0.7	4.2
	7 Tipo esquizoafectivo	1,526	1,160	2.5	1.8
	8 Otros	1,308	1,054	2.2	1.6
9 Tipo no especificado	1,707	5,531	6.2	19.7	
196	Psicosis afectivas	7,196	7,374	12.0	11.5
	0 Melancolía involutiva	2,300	1,357	3.6	2.1
	1 Psicosis maniacodepresiva, tipo maniaco	2,936	1,001	4.7	1.6
	2 Psicosis maniacodepresiva, tipo depresivo	872	1,053	1.5	1.7
	3 Psicosis maniacodepresiva, tipo circular	1,090	263	1.8	0.4
	4 Otros		263		0.4
9 No especificada	218	526	0.4	0.9	
197	Estados paranoides	436	527	0.7	0.8
	0 Paranoia	218	264	0.4	0.4
	1 Parafrenia involutiva		263		0.4
	9 Otros	218	5,267	0.4	8.5
198	Otras psicosis	1,707	2,370	6.2	3.7
	0 Psicosis reactivodepresiva	2,181	700	3.6	1.2
	1 Excitación reactiva	218	700	0.4	1.2
	2 Confusión reactiva	436	263	0.7	0.4
	3 Reacción paranoide aguda	436	1,074	0.7	1.8
	9 Psicosis reactiva sin otra especificación	436		0.7	
199	Psicosis no especificada	10,467	13,432	17.4	21.0
	NEUROSIS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS -- TRASTORNOS MENTALES NO PSICOTICOS (300-303)	57,789	90,600	96.2	141.0
200	Neurosis	30,749	10,251	51.2	30.4
	0 Neurosis de ansiedad	8,841	7,111	14.0	11.0
	1 Neurosis histérica	5,000	2,711	8.3	7.0
	2 Neurosis fóbica	218		0.4	
	3 Neurosis obsesivo-compulsiva	1,309	700	2.2	1.1
	4 Neurosis depresiva	4,505	6,057	16.0	16.0
	6 Síndrome de despersonalización				

CÓDIGOS	DIAGNOSTICOS	NUMERO DE CASOS		COEF. X 100,000 HABITANTES	
		1976	1978	1976	1978
7	Neurosis hipocondríca	1,526	527	2,5	0,8
8	Otras	214	264	0,4	0,4
9	Neurosis no especificada	3,653	263	5,1	0,4
101	Trastornos de la personalidad	1,308	1,814	2,2	2,9
0	Personalidad paranoide	214	264	0,4	0,4
5	Personalidad histérica		263		0,4
7	Personalidad antisocial		264		0,4
8	Otros	872	1,053	1,5	1,6
9	Tipo no especificado	214		0,4	
102	Desviación sexual	214	263	0,4	0,4
0	Homosexualidad	214	263	0,4	0,4
103	Alcoholismo	7,444	13,432	12,3	21,0
0	Exceso alcohólico episódico	214	1,580	0,4	2,5
1	Exceso alcohólico habituales	872	7,854	1,5	11,9
2	Adicción al alcohol	4,467	1,647	6,4	5,9
9	Otras formas de alcoholismo y las no especificadas	2,701	527	3,6	0,8
104	Adicción a las drogas	4,043	14,332	14,4	22,2
0	Opio, alcaloides del opio y sus derivados	872	2,644	1,5	4,4
1	Analgésicos sintéticos de efectos parecidos a los de la morfina		263		0,4
3	Otros hipnóticos y sedantes o tranquilizadores	872		1,5	
5	Cannabis sativa (haschisch, mariguana)	2,647	6,321	4,3	9,9
6	Otros psicoestimulantes	116	790	0,2	1,2
7	Alucinógenos	214	1,580	0,4	2,5
9	Otros	684	1,580	1,1	2,5
9	Drogas no especificadas	1,077	1,864	5,3	2,9
105	Trastornos somáticos de origen psíquico presuntivo	214		0,4	
0	Cuádruplos	214		0,4	
106	Síntomas especiales no clasificables en otra parte	1,745	19,226	2,9	30,0
0	Elbuceo y tartamudez	214	2,107	0,4	4,1
1	Trastornos específicos en el aprendizaje	1,041	12,642	1,8	19,7
3	Otros trastornos psicomotores	214	3,160	0,4	6,2
4	Trastornos específicos del sueño		527		0,8
6	Enuresis		527		0,8
9	Cefalalgia		263		0,4
107	Trastornos transitorios de adaptación a situaciones especiales	872	2,897	1,5	4,6
108	Trastornos de la conducta en la infancia	1,077	4,165	6,4	11,7
109	Trastornos mentales, no especificados como psicóticos, asociados con afecciones somáticas	2,647	10,794	4,3	16,4

CÓDIGOS	DIAGNOSTICOS	NUMERO DE CASOS		CORP. X 100,000 HABITANTES	
		1976	1978	1976	1978
0	Con infecciones intracraneales	218		0.4	
1	Con intoxicación general por toxoinfección o por drogas o venenos	218	263	0.4	0.4
2	Con traumatismo cerebral	1,100	5,267	2.2	10.3
3	Con trastornos circulatorios	218	263	0.4	0.4
4	Con epilepsia	218	1,317	0.4	2.6
8	Con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central		263		0.4
9	Con otras enfermedades senóticas y con las no especificadas	436	1,425	0.7	5.3
	• OLIGOFRENIA (310-315)	18,100	25,810	30.1	40.3
10	Oligofrenia liminar (C.I.:68-65)	2,181	2,634	3.6	4.1
11	Oligofrenia discreta (C.I.:52-67)	1,425	4,477	2.5	7.0
12	Oligofrenia moderada (C.I.:36-51)	1,271	7,374	5.4	32.5
13	Oligofrenia severa (C.I.:20-35)	2,835	1,687	4.7	5.4
14	Oligofrenia grave (C.I.: menor de 20)	1,963	4,477	3.3	7.0
15	Oligofrenia de grado no especificado	6,324	1,161	10.5	5.0
	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	61,277	40,296	102.0	67.0
	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO - CENTRAL (320-324)	654		1.1	
0	Meningitis	436		0.7	
9	Por H. influenzae	218		0.4	
	Sin microorganismos especificados como causa	218		0.4	
2	Abscesos intracraneal e intrarraquídeo	218		0.4	
	ENFERMEDADES HEREDITARIAS Y FAMILIARES DEL SISTEMA NERVIOSO (330-333)	654	263	1.1	0.4
0	Trastornos neuromusculares hereditarios	218		0.4	
0	Acrofia muscular neuropática	218		0.4	
1	Enfermedades hereditarias del sistema esteriopálica	436	263	0.7	0.4
0	Corea hereditaria	436		0.7	
9	Otras		263		0.4
	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - (340-359)	59,650	40,033	99.8	62.5

CEROS	DIAGNOSTICOS	NUMERO DE CASOS		COEF. X 100,000 HABITANTES	
		1976	1978	1976	1978
342	Parálisis agitante	4,579		7.6	
343	Parálisis cerebral espasmódica infantil	218	263	0.4	0.4
344	Otras parálisis cerebrales	218	263	0.4	0.4
345	Epilepsia	33,146	31,078	55.2	49.5
0	No convulsiva generalizada	7,174	5,264	5.2	8.2
1	Convulsiva generalizada	4,207	15,012	13.9	23.4
2	Estado epiléptico	1,575	1,500	2.5	2.5
3	Parcial	14,610	5,267	24.3	6.2
9	Otras y las no especificadas	5,552	3,951	9.1	6.2
346	Jaqueca	5,670	527	0.4	0.8
347	Otras enfermedades del cerebro	8,505	7,902	14.2	12.3
348	Enfermedades de las neuronas motoras	218		0.4	
0	Esclerosis lateral amiotrófica	218		0.4	
350	Parálisis facial	3,053		5.1	
351	Neuralgia del trigémino	2,399		4.0	
354	Polineuritis y polirradiculitis	1,308		2.2	

CAPITULO II

ANTECEDENTES HISTORICOS

DERECHO ROMANO

De todo mundo es bien conocido que el principal pedestal en el que descansa nuestra actual legislación es el Derecho Romano. Sabemos igualmente que gran número de las instituciones con que a la fecha contamos y que constituyen derecho vigente son herencia de este pueblo que se distinguió tanto por sus victorias militares y gran poderío, como por su legislación de un adelanto incomparable en su tiempo. Es lógico pensar que de ninguna manera podría haber pasado desapercibido o haber incurrido en una laguna legislativa, para los romanos la protección de los incapaces y entre estos específicamente la de los enfermos mentales, por lo que ha sido necesario estudiar las instituciones que dentro de este derecho encontramos como antecedente del actual derecho tutelar del enfermo mental.

Siguiendo este orden de ideas encontramos que:

"La ley de las doce tablas organizaba la curatela únicamente para remediar a los incapacitados accidentales: la de los furiosos y la de los pródigos. - Más tarde y a título de protección, fué extendida a los mente capti, a los sordos, a los mudos y a las personas atacadas de enfermedades graves, acabando también por aplicar la curatela a una incapacidad de otro orden: se daban curadores a los menores de veinticinco años, y en ciertos casos a los pupillos".

Los locos y los pródigos sólo tenían curadores legítimos, según la ley de

las Doce tablas. A falta de curadores legítimos, los curadores son nombrados por los magistrados de la misma manera que los tutores por cuya razón se les llama Honorarii. No existían curadores testamentarios, y, sin embargo, si el jefe de la familia designaba alguno, el pretor confirmaba esta elección (1).

Pasaremos ahora, después de estas breves notas a dar un concepto de lo que es la Curatela, la cual proviene de la palabra "Cura que significa cuidado, solicitud, administración de una persona o de una cosa. Curaduría. - Curatela, esto es institución destinada a la custodia y protección de bienes y patrimonio - necesitado de administración y vigilancia. La Curatela como institución jurídica, pertenece tanto a la esfera del derecho privado, como público, y en uno y otro la cura se presenta en cada caso con características propias nacidas de la situación en que se encuentran los bienes o patrimonios sometidos a ella." (2)

"La Curatela ha sido una institución creada por el derecho civil con el objeto de dar representación a aquellas personas que por causa particular o accidental eran incapaces de administrar su patrimonio, siendo confiada a una persona designada con el nombre de curador (curator), que para ocupar su cargo - debía tener las mismas cualidades personales exigidas al tutor, es decir, ser libre, ciudadano romano, y del sexo masculino. El curador tenía análogos derechos y deberes que el tutor y le eran aplicables las causas de incapacidad y excusa relativos a la tutela, siendo de observar que en el derecho romano, el
=====

(1) Eugene Petit. Tratado Elemental de Derecho Romano.

(2) Gutiérrez Alvarez Faustino; Diccionario de Derecho Romano. Instituto Editorial Reus. Centro de Enseñanza y Publicaciones, S. A., Madrid 1948.

término curator tenía una más amplia significación que el término tutor, por que no solo tuvo aplicación en el campo del Derecho Privado, sino también en el Derecho Público". (3)

REGLAS COMUNES A LAS DIVERSAS CURATELAS.

Antes de comenzar la gestión el curador debía cumplir las mismas formalidades que los tutores. Así, pues debían dar su satisfacción, los curadores legítimos y los que eran nombrados sin información puesto que sus poderes estaban sometidos a las mismas restricciones. El Senado consultó de Séptimo Severo, que prohibía la enajenación de la praedia rústica vel suburbana del pupilo, se extendía a los inmuebles de esta naturaleza pertenecientes a las personas provistas de un curador.

Durante los primeros siglos, es probable que administrar y rendir cuentas de su gestión sólo fueran para los curadores deberes sancionados por las costumbres. El crimen suspecti tutoris vel curatoris, organizado por las Doce tablas, garantizaba suficientemente al incapaz contra la infidelidad del curador, aunque la acción de ratiōibus destrahendis no se aplicaba a la curatela, que era además de aplicación menos frecuente que la tutela.

Más tarde la obligación jurídica de rendir cuentas fué sancionada para los curadores, lo mismo que para los tutores, pero no se creó acción. Dada en -

=====

(3) Peña Guzmán Alberto Arquello Luis Rodolfo.
Derecho Romano, 2a. edición, Buenos Aires Argentina 1960.

ocasión de la gestión de negocios de otro. El curador quedó obligado por la acción negotiorum gestorum directa, y tuvo para reembolsarse de sus anticipos la acción negotiorum gestorum contraria.

En cuanto a las garantías concedidas al loco, al pródigo y al menor contra la insolvencia de sus curadores, eran poco más o menos, las mismas que las del pupilo. Tenían en efecto:

- a) El privilegio exigendi, y bajo Constantino una hipoteca tácita, cuya creación solo es verdadera para los menores.
- b) La acción subsidiaria contra los magistrados encargados de exigir fiadores solventes.
- c) La in-integrum restitutio concedida a los menores como último recurso.

CLASIFICACION DE LOS DIVERSOS TIPOS DE CURATELA.

- A) CURA FURIOSI. - Curatela de las personas que padecían alienación.
- B) CURA PRODIGI. - Curatela de los individuos que tenían la manía de dilapidar sus bienes.
- C) CURA MINORUM. - Para personas menores de 25 años.
- D) CURATELAS ESPECIALES. - Para los mentecatos, los sordos, y los mudos.

Cura furiosi. - El demente ó furioso que era aquel individuo carente de razón y de voluntad propia para realizar negocio jurídico alguno y cuya falta de discernimiento lo elimina hasta de responsabilidad delictual, debía ser so-

metido à curatela cuando no estuviera colocado bajo potestad.

La curatela del loco, que la ley de las Doce Tablas otorga también en base al régimen sucesorio, apareció como legítima porque correspondía diferirla, una vez que se manifestaba la alienación, al agnado más próximo del incapaz o en su defecto a los gentiles siempre que carecieran de la custodia que pudiera dar un pater familias o un tutor.

Siguiendo la evolución que experimentó el derecho sucesorio, al mismo tiempo que se reconoció derecho a los emancipados para concurrir a la sucesión de sus hermanos, el derecho imperial admitió que estos tuvieran la carga de la tutela y por ende la obligación de desempeñar la función de curador.

En el derecho justiniano la curatela legítima del demente corresponde ya a los cognados, conforme al orden sucesorio establecido en las novelas 118 y 117, pero se exige como condición indispensable la confirmación del magistrado, pudiendo igualmente ser diferida por esto en defecto de la curatela, cuando no existieran los parientes llamados a hacerse cargo de ella o bien cuando habiéndolos, no pudieran ejercer sus funciones por razón de incapacidad o aludieran una justa causa de excusación. La Legislación romana en principio, no reconoció la curatela testamentaria, pero en caso de que el de cujus hubiere dispuesto la designación de un curador, ya se señaló que era respetada.

Como el demente tenía incapacidad absoluta de hecho que le impedía realizar válidamente negocio jurídico alguno (FURIOSUS NULLUM NEGOTIORUM GENERE POTEST). La curatela del furioso se caracterizaba porque al cura

dor también le competía el cuidado de la persona del demente debiendo tener especial preocupación de velar por su cuerpo y su salud procurando su restablecimiento por todos los medios necesarios.

La cura furiosi fué regulada por el derecho romano con los mismos principios de la tutela de los impúberes. En este sentido, el curador al hacerse cargo estaba obligado a levantar un inventario, prestar juramento y dar caución, con la correspondiente información. No podía realizar actos de disposición, ni gravar los bienes del incapaz sin autorización del magistrado.

Las personas afectadas de enajenación podían tener intervalos lúcidos, - esto es recuperan momentáneamente el uso de la razón y luego vuelven a caer en demencia. En tal supuesto habiendo cesado la causa determinante de la incapacidad aunque fuera solamente de una manera accidental y momentánea, - el demente recuperaba su plena capacidad de obrar, mientras duraba el intervalo lúcido. Los jurisconsultos discreparon sobre si los intervalos de lucidez dejaban subsistente la curatela o la extinguían sin perjuicio de reanudarse al reaparecer la demencia. Justiniano se decidió por la primera opinión es decir, que el intervalo lúcido no hace cesar a la curatela, lo que significaba que el mismo curador era quien desempeñaba dichas funciones en caso de que se manifestara nuevamente el estado demencial.

La curatela del demente se extinguía por la curación del incapaz, y era entonces cuando el curador debía rendir cuentas de su gestión pudiendo ser compelido a ello mediante las acciones correspondientes. (4)

=====

(4) Peña Guzmán Alberto y Arguello Luis Rodolfo
Derecho Romano, 2a. Edición.
Buenos Aires Argentina 1960.

En Roma y Grecia existieron fraternidades y Cofradías a través de las cuales la propia sociedad organizada buscaba la satisfacción de las más diversas necesidades. (5)

LA EDAD MEDIA

Concluido el poderío del imperio romano se conoce que la humanidad - atraviesa por un período de Integración de diversos Estados, durante la primera época de nacimiento de dichos Estados se tienen antecedentes acerca de que los enfermos mentales eran desterrados y colocados en una nave que por cierto es bastante célebre y conocida con el nombre de "La Nave de los Locos" esta nave vagaba de un lugar a otro sin encontrar nunca un lugar en donde poder anclar.

Se inicia el florecimiento de los nuevos Estados como son Francia, España e Inglaterra y es entonces cuando encontramos datos de gran relevancia dentro del campo del tratamiento de las enfermedades mentales.

Por principio de cuentas no se asimila la enfermedad mental al grupo conocido a la época de enfermedades ya que se consideraba que la enfermedad mental era causa de ciertas influencias mágicas ó religiosas, se atribuía la enfermedad mental a posesiones demoníacas.

=====

- (5) González Díaz Lombardo Francisco.
El Derecho de la Asistencia y El Bienestar Social.
Revista de la Facultad del Derecho Núm. 74.
Abril - Junio 1969.

"Se sabe bien que en el siglo XVII, se han creado grandes internados; que en base al poder absoluto se hizo uso de medidas arbitrarias, no se conoce la conciencia jurídica que podría alentar este tipo de prácticas."

"Es también conocido que los locos durante siglo y medio, han sufrido el régimen de estos internados, hasta el día en que se les descubrió en las salas del Hospital General, o en los calabozos de las casas de fuerza; se hallaban mezclados con la población de los Workhouses o Zuchthasern. Pero casi nunca se precisó cual era el estatuto que regía este tipo de instituciones. Ni que sentido tenía esta vecindad, que parecía asignar una misma patria a los desocupados, a los mozos de correccional y a los insensatos."

"Desde la segunda mitad del Siglo XVII la locura ha estado ligada a la tierra de los internados, y al ademán que indica que aquél era su sitio natural."
(6).

En 1656, se dicta el decreto de fundación del Hospital General de París. A primera vista se trata de una reforma o apenas de una reorganización administrativa. Diversos establecimientos ya existentes son agrupados bajo una administración única. Todos son afectados al servicio de los pobres de París, - de todos los sexos, lugares y edades, de cualquier calidad ó nacimiento, y en cualquier estado en que se encuentren, válidos, inválidos, enfermos y convalecientes, curables e incurables. Se trata de acoger, hospedar y alimentar a -
= = = = =

- (6) Foucault Michel
Historia de la Locura en la Época Clásica.
Fondo de Cultura Económica.
Tomo I, Segunda Edición, Primera Reimpresión 1979.
p.p. 79 a 81

aquellos que se presentan por sí mismos o a aquellos que sean enviados por autoridad real o judicial; es preciso vigilar también la subsistencia, el cuidado y el orden general de aquellos que no han podido encontrar lugar, aunque podrían e merecerían estar. Estos cuidados se confían a directores nombrados de por vida, que no ejercen solamente sus poderes en las construcciones del hospital, sino en toda la Ciudad de París sobre aquellos individuos -- que caen bajo su jurisdicción. "Tienen todo poder de autoridad de dirección de administración, de comercio, de policía, de jurisdicción, de corrección y de sanción sobre todos los pobres de París tanto dentro como fuera del hospital". Los directores nombran además un médico cuyos honorarios son de mil libras anuales; reside en la piedad pero debe visitar cada una de las casas dos veces por semana.

Desde luego un hecho está claro: el Hospital General no es un establecimiento médico. Es más bien una estructura semijurídica, una especie de entidad administrativa, que al lado de los poderes de antemano constituidos y fuera de los Tribunales decide, juzga y ejecuta. "Para este efecto los directores tendrán estacas y argollas de suplicio, prisiones y masmorras, en el dicho hospital y lugares que de él dependen, como ellos lo juzguen conveniente, sin que se pueda apelar a las ordenanzas que serán redactadas por los directores para el interior del dicho Hospital; en cuanto a aquellas dictadas para él serán ejecutadas según su forma y tenor no obstante que exista cualesquier - apelación u oposición hecha o por hacer, sin perjuicio de ellas y no obstante - todas las defensas y parcialidades, las órdenes no serán diferidas. Soberanía casi absoluta, jurisdicción sin apelación, derecho de ejecución contra el cual nada puede hacerse valer".

Esta estructura propia del poder monárquico-burgués contemporánea del absolutismo, extiende pronto su red, sobre toda Francia. Un edicto del Rey, del 16 de junio de 1676, prescribe el establecimiento de un hospital General en cada una de las ciudades del reino.

Aunque ha sido deliberadamente mantenida aparte de la organización de los Hospitales Generales, por complicidad indudable del poder real y de la burguesía, la iglesia, sin embargo, no es ajena a este movimiento, reforma sus instituciones hospitalarias y redistribuye los bienes de sus fundadores, incluso crea congregaciones que se proponen fines análogos.

En los países de lengua alemana se crean correccionales, Zuchthausern la primera es anterior a las casas francesas de internación (con excepción de la caridad de Lyon), se abrió en Hamburgo hacia 1620. Las otras fueron creadas en la segunda mitad del Siglo; Basilea (1667), Breslau (1668), Fracfort (1684) Spandau (1684), Königsberg (1691). Se multiplican en el siglo XVIII Leipzig primero, en 1701, después Halle y Cassel en 1717 y 1720; más tarde Brieg y Osnabruck (1756) y finalmente, Torgau.

En Inglaterra los orígenes de la internación son más lejanos. Un acta de 1575 (18 Isabel I, cap. III) que se refería a la vez, "al castigo de los vagabundos y al alivio de los pobres", prescribe la construcción de houses of correction, a razón de por lo menos una por condado.

En algunos años, una red cubre Europa. Howard, a fines del Siglo XVIII, intentará recorrerla; a través de Inglaterra, Holanda, Alemania, Francia, Italia y España, hará su peregrinación visitando todos los lugares importantes -

del confinamiento - "hospitales, prisiones, casa de fuerza" y su filantropía se indignará ante el hecho de que se hayan podido relegar entre los mismos muros a condenados de derecho común, a muchachos jóvenes que turbaban la tranquilidad de su familia dilapidando los bienes, a vagabundos y a insensatos. Esto prueba que ya en aquella época cierta evidencia se había perdido; lo que con tanta prisa y espontaneidad había hecho surgir en toda Europa esta categoría del orden clásico que es la internación. (7).

EPOCA PREHISPANICA

Los antecedentes que de la época prehispánica se conocen en la actualidad son debidos a las crónicas de los conquistadores, a algunos de los códices de los diferentes pueblos establecidos en América que han sido traducidos y a costumbres transmitidas en forma oral de generación en generación.

"Los cronistas de aquella época son unánimes para expresar su asombro ante una civilización que no esperaban. Templos majestuosos y pirámides tan grandes como las egipcias; obras de arte talladas en la piedra y jardines botánicos como el del propio Moctezuma; una astronomía capaz de medir el tiempo con precisión mayor que la del calendario gregoriano; palacios, escuela y mercados; riqueza y refinamiento arriba, entre las clases dominantes y en la corte del Emperador; pobreza y esclavitud abajo, en las clases sojuzgadas, todo hablaba de una civilización autóctona altamente evolucionada, que había creci-

=====

(7) Foucault Michel. opu. cit. p.p. 84 a 89

do paralelamente a la Europea y que si en muchos aspectos mostraba un retraso lamentable, en otros podía resistir orgullosamente la comparación." (8)

Una de las ciencias que alcanzó gran desarrollo dentro de la cultura indígena fué la botánica, sobre todo aplicada a la medicina y al decir de varios autores era en aquel siglo superior a la Europea. Al Indio le preocupaba, más que el conocimiento biológico en sí, la aplicación farmacológica de las plantas. Por esto surgió el herbolario, que sucedía al brujo y que anunciaban al médico.

"Como en todos los pueblos primitivos, la medicina indígena, al nacer se confundía con la magia y el conocimiento se quedaba en superstición. Eran el Sacerdote y el hechicero los únicos que luchaban contra la enfermedad, el uno aplicando la cólera de los dioses y el otro conjurando la acción de los astros y de los espíritus malignos. No es sino hasta salvada esa primera etapa, igual que ha pasado en todo el mundo, cuando empieza el verdadero conocimiento positivo, una vez depurado con una observación secular. El empirismo así es fecundo.

Cincuenta años antes de que en Europa se hiciera el primer jardín botánico, el de Padua, y cien años antes que el de París, ya Moctezuma había plantado en sus jardines reales, junto a las más variadas plantas de ornato, un gran vivero de plantas medicinales, las que obsequiaba a sus súbditos enfermos.

=====

(8) Chávez Ignacio, México en la Cultura Médica, Edición del Colegio Nacional. México, D. F., 1947.

Cuenta Gomara en su crónica de la Nueva España, que había "muchos boticarios y que sacan a la plaza Unguentos, Xarabes, Aguas y otras cosillas de enfermos. Así todos sus males curan con Iervas" y Hernán Cortés, en su carta del 30 de octubre de 1520, decía a Carlos V: "Al calle de Arbolarios, donde al todas las Raíces e Iervas medicinales que en la Tierra se hallan. Al casas como de boticarios, donde se venden las medicinas hechas, así potables como unguentos e emplastos". En esto son unánimes los cronistas. El desarrollo de la medicina botánica era asombroso; calles enteras en un barrio determinado estaban destinadas a la preparación y venta de los más variados remedios y eran tantas las yerbas utilizadas que cuando vino Hernández, el médico de Felipe II, apenas cincuenta años después de la conquista, pudo reunir 1,200 especies, estudiadas y definidas por los Indígenas en su virtud curativa". (9)

Para los Indios "no fué desconocida la profilaxia en las enfermedades que serfan contagiosas usaban el secuestro de afectados". (10) Por lo tanto la práctica nosocomial no fué desconocida para ellos. El doctor Francisco Flores afirma que "Los aztecas tuvieron algo semejante a nuestros hospitales..." y que en Tenochtitlan hubo este tipo de establecimientos dedicados a los viejos y enfermos y atribuye a Clavijero la noticia de que Moctezuma II "... tenía en su imperial palacio una casa para las enfermedades incurables y extraordinarias que estaba anexo al Templo Mayor un hospicio, y por fin, junto al mismo templo había un edificio llamado Netlatiloyan que estaba consagrado al Dios --

=====

(9) Ignacio Chávez, Opus Cit. p. 18-20.

(10) Francisco Flores, Historia de la Medicina en México. p. 120.

Nanáhuatl donde se recogían los Leprosos. (11) Se podía desprender de esto que posiblemente entre las enfermedades incurables y extraordinarias se encuadra a la locura, pero desgraciadamente no se tienen datos precisos aunque sí se conoce el padecimiento de ellos y de que era atribuida a hechizos y una serie de supersticiones que se tenían entre los aztecas.

Al hospital y enfermería se le llamaba, entre los indígenas, cocoxcaca-lli y al hospicio u hospital para huérfanos Icnopilcalli. Los detalles de estos asilos o albergues donde se daba asistencia a los indios necesitados o enfermos, en la época prehispánica, nos son desconocidos; sólo sabemos que se construían cerca de los templos o de los palacios o bien en los campos, en condiciones de higiene y con miras a su subsistencia y salubridad.

Moctezuma II, quien presidía una extensa confederación y contaba con gran cantidad de súbditos guerreros, estableció en la ciudad de Colhuacán un hospital de inválidos sostenido por el Estado para los servidores militares y civiles y los reyes chichimecas sostenían y visitaban con frecuencia otro hospital militar que había en Texcoco.

La medicina Azteca precortesiana alcanzó gran difusión y sus conceptos se extendieron a los pueblos del Anáhuac que eran sus tributarios; éstos al transculturarse, aportaron a la medicina mexicana muchos elementos que la enriquecieron y su prestigio rebasó los límites de los pueblos sojuzgados.

=====

(11) Venegas Ramírez Carmen. Régimen Hospitalario para Indios en la Nueva España. P. 9.

Los Aztecas distinguían las diferentes enfermedades y les daban nombres específicos, "... sabían de la acción de ciertos agentes como el frío, el viento, la humedad y que aplicaban con buen éxito sus recursos como " ... la sangría, los masajes, el baño termal (el temascalí), las drogas, las dietas, entre ellas la de atole", así como el uso y diferentes aplicaciones de gran cantidad de yerbas medicinales".

La mayoría de los mexicanos sabían distinguir las yerbas medicinales y aplicarlas en los padecimientos de fácil diagnóstico; si los síntomas eran alarmantes recurrían al ticiri (Médico agorero), cuya principal misión era velar por la seguridad del grupo, y cuya especialidad era curar ansiedades.

Debido al adelanto y desarrollo alcanzados por las diferentes especialidades de la medicina, como la obstetricia, la cirugía y otras... "el ejercicio de la medicina entre los aztecas estaba dividido; había médicos, cirujanos, sangradores, boticarios y parteros..."

Los médicos que ejercían las diferentes especialidades recibían distintos nombres: así el terapaniano era el que conocía mejor las propiedades de las yerbas; el teixpatiano era el oculista; el cirujano era llamado texoxotiani; el sangrador, teitzminqui; el que se encargaba de arreglar fracturas y luxaciones, teomiquetzani; el que interpretaba los sueños ingiriendo alucinógenos era llamado paynani; la comadrona, Temixihuitiani; el que restituía el alma, tonalli, a los que la habían perdido se les llamaba totenalcani.

La medicina azteca se situaba en el plano de lo sobrenatural. Para valorarla acertadamente habría que tomar en cuenta el pobre desarrollo de la medi-

cina Europea en la misma época.

Los españoles reconocían este adelanto y quedó, como prueba de ello, el tratado sobre yerbas medicinales y su aplicación terapéutica escrito por un eminente médico mexicano, Martín de la Cruz, practicante del Imperial colegio de Santa Cruz de Tlatelolco, quien lo redactó en náhuatl en 1552. Esta obra fué traducida al latín para uso de la gente de occidente por el indígena xochimilca Juan Badiano, lector del mismo colegio.

Agrega Clavijero que a los indios mexicanos debió Europa, yerbas de probada eficacia y uso frecuente en medicina como la xalapa, la tacamaca, la zaparrilla, el copal, el liquidambar, el bálsamo americano.

Los médicos aplicaban un sin fin de yerbas medicinales observaban el proceso de la enfermedad y, cuando ésta no cedía, a pesar de la administración de los remedios, el cirujano procedía a la intervención quirúrgica en las cuales eran doctos los mexicanos. Lograron un desarrollo notable en la extracción de tumores, en la ejecución de amputaciones y eran también expertos en el tratamiento de fracturas, luxaciones y en la curación de heridas y úlceras.

Las primerizas muertas en trabajo de parto entre los aztecas recibían el nombre de cihuateteo y se les atribuía ser las causantes de la epilepsia, de la eclampsia; se introducían en los cuerpos de sus víctimas para causar la enfermedad.

Los pueblos menos civilizados atribuían ciertas enfermedades a hechice-

ría; las explicaban como producidas por personas con sentimientos hostiles hacia el enfermo, al que dañaban por medio de la magia, sin entrar en contacto con la víctima.

La medicina indígena sostenía como casualidad general la emotiva ó psicosomática, en tanto que la medicina Europea creía que la casualidad básica era la físico-biológica. Ambas pecaron de unilateralidad. (12).

Si el adelanto fué como decimos, estimable en punto a medicina otro tanto puede decirse de la cirugía, sin perder, por supuesto, la noción del tiempo y - sin olvidar el término de comparación con el estado rudimentario de la cirugía europea a fines de la edad Media. Supieron deducir luxaciones, coaptar fracturas, inmovilizar miembros ajustando férulas y vendajes, aplicar curaciones calientes o sangrar en los sitios grandemente inflamados; abrir abscesos o flemones con sus bisturís de obsidiana para dar salida al pus; suturar heridas, usando el cabello como hilo; curar úlceras, quemaduras, fistulas, etc. Y si hemos de creer a algunos historiadores, se aventuraron a la gran cirugía, injertando varillas de ocotl para consolidar fracturas viejas de los miembros. Pero - - hay más en las excavaciones de Monte Albán, Caso, ha encontrado recientemente varios cráneos trepanados, uno de ellos con gran maestría, lo que permite afirmar un progreso técnico sorprendente.

Ese progreso técnico se pone también de manifiesto en las incrustaciones dentarias que realizaban, sea para corregir defectos de caries sea por razones

=====

(12) Venegas Ramirez Carmen. Op. cit.

puramente ornamentales. Realizaban así incrustaciones de oro, de jade y aún de Turquesa, que son dignas de admiración.

En aquel tiempo de cirugía precaria, los conquistadores recurrieron muchas veces a los cirujanos indios para curar sus heridas. Hernán Cortés el primero, con resultados tan halagadores que fueron motivo de alabanza de los cronistas. Como un complemento de su avance quirúrgico está el empleo de una forma particular de anestesia. Recurrían a la embriaguez que dá el toloa che, solanácea semejante al beleño y a la del peyote, planta sagrada, o bien al empleo de ciertos hongos.

Uno de sus grandes motivos de orgullo está en el campo de la obstetricia, donde implantaron la vigilancia a tiempo de la embarazada y su estudio periódico, lo que les permitió hacer algo que los contemporáneos suponían adquisición moderna, o sea el acomodo manual del producto viciosamente colocado, la llamada versión por maniobras externas. E hicieron algo más la embriotomía, en casos de imposible parto natural por vicios de la pelvis y muerte del niño.
(13).

Como podemos ver el adelanto de las culturas de México prehispánico era incomparable con el de los pueblos Europeos de ese tiempo y los conquistadores dan fiel testimonio de la admiración que les produjo el conocer estas culturas.

=====

(13) Ignacio Chávez. Op. cit.

LA EPOCA DE LA COLONIA

Con la llegada de los españoles a México y a todas las tierras de América descubiertas comenzó para nuestro País una nueva etapa de su vida en la cual se asimilaron costumbres de las dos razas que pasaron a formar parte de una nueva la mexicana, consecuencia de esta fusión también fué el intercambio y - complementación de cultura, aunque de la cultura de los pueblos prehispánicos mucho fué destruído es inegable que aportaron grandes inventos, descubrimientos y costumbres.

Pasando a lo que fué la vida de los enfermos m entales en esta época diremos, que los antecedentes que habfa en la época prehispánica en algunos casos se aprovecharon, mientras que en otros por el contrario fueron desechados.

Como primeros datos tenemos, por una lado la preocupación de las autoridades reales acerca de que se le proporcione asistencia al necesitado, tanto en el virreynato de la Nueva España como en el del Perú.

Carlos I de España en Fuensalida, el 7 de octubre de 1594, expidió en una real orden que debía observarse tanto para el vasallo y por el indio, como por los Españoles por igual que carecieran de recursos económicos, estableciendo la asistencia obligatoria, y a su vez la practica de la caridad cristiana en efecto la primera ley señaló.

"Que se funden hospitales en todos los pueblos de españoles e indios. Encargamos y mandamos a nuestros virreyes, audiencias y gobernadores, que =

con especial cuidado prevean, que en todos los pueblos de españoles e indios de sus provincias y jurisdicciones, se funden hospitales donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana, 7 de octubre de 1541".

Felipe II en la ordenanza de poblaciones, expedida en el bosque de Segovia el 13 de junio de 1573, ordenó:

"Ley ij. que los hospitales se funden conforme a esta ley. Cuando se fundare o poblare alguna ciudad, villa o lugar se pongan los hospitales para pobres y enfermos de enfermedades que no sean contagiosas junto a las iglesias y por claustro de ellas, y para los enfermos de enfermedades contagiosas en lugares levantados, y partes que ningún viento dañoso, pasando por los hospitales vaya a herir en las poblaciones".

La tercera Ley principal fué expedida por Felipe II, en Madrid, el 19 de enero de 1587; incluida en la institución de 1596, Cap. I; ratificada por Felipe III, en San Lorenzo, el 11 de junio de 1612 e incluida en las instituciones de virreyes de Don Felipe IV, en Madrid, el 18 de junio de 1624, capítulo 16. El documento dice:

"Ley ij. Que los Virreyes del Perú y Nueva España, que cuiden de visitar alguna vez los hospitales de Lima y México; y procuren que los oidores - por su turno hagan lo mismo, cuando ellos no pudieren..." (14)

=====

(14) González Díaz Lombardo. Revista de la Facultad de Derecho No. 74.

La obra benéfica realizada por los conquistadores estaba adaptada a circunstancias especiales, entre sus principales fines encontramos:

A) Conservar y proteger la salud de los indios tributarios de la corona española, esto con motivo de que a consecuencia de una serie de epidemias y de las guerras la población disminuía en forma considerable, la corona trató de tomar medidas con el objeto de proteger a sus súbditos.

B) Congregarlos para facilitar su conversión a la Fé, por lo que la Iglesia tuvo directa ingerencia en la asistencia social para indígenas, ya que fueron numerosos los hospitales fundados por los religiosos de las diversas ordenes encargadas de la evangelización de los naturales en el siglo XVI.

Entre los principales hospitales para enfermos mentales fundados en la época de la colonia tenemos los siguientes:

1. - El Hospital de San Hipólito fundado en el año de 1566 por Bernardino Alvarez, que fué en su género el primero, por lo que se ha señalado a la ciudad de México como la primera que tuvo una casa para enfermos mentales en América.

2. - El Hospital del Divino Salvador, fundado inicialmente por un carpintero llamado José Sayago, quien en unión de su esposa se dedicó a recoger en las calles mujeres dementes y a cuidar de ellas, posteriormente en el año de 1700 aproximadamente fué establecida en la calle de la canoa nombre con el que se le conoció.

3. - Otro antecedente es el hospital de Santa Catarina Martir que se fundó

en Oaxaca, para enfermos y convalecientes. (15)

Realmente admirable es este aspecto de la labor de los conquistadores - respecto a la fundación de hospitales.

Pasaremos ahora a analizar la labor de los colonizadores dentro del más importante tribunal que existió en esta época. El Santo Oficio, respecto a los procesos que se les siguieron a enfermos mentales, para este efecto contamos con algunos estudios realizados por la Dra. Ernestina Jiménez Olivares. Los que textualmente dicen:

"Tanto los alumbrados como los ilusos o los poseídos del demonio, fueron objeto de los juicios inquisitoriales, si bien justo es decirlo, ninguno fué llevado a morir en la hoguera por esa causa".

La inquisición, hechó mano de todos los alumbrados, deteniendo así un principio de corrupción que amenazaba más que el protestantismo o la persistencia del judaísmo. Muchos sacerdotes, monjes y monjas fueron detenidos y severamente castigados.

Pero Juan Luis de Torrez, no era un endemoniado, ni un alumbrado; él, era un enfermo y su juicio dice así." (16)
=====

(15) Régimen Hospitalario para Indios. Carmen Venegas Ramírez. Instituto Nacional de Antropología.

(16) Jiménez Olivares Ernestina. Prensa Médica México. nos. 11 - 12 1972.

La Dra. Jiménez Olivares hace un análisis de todo el proceso de este enfermo y de otro seguido al Dr. José Ignacio Brisuela, pero a nosotros lo que realmente nos interesa es el resultado final, el Santo Tribunal de la Inquisición absuelve finalmente a estos procesados al concluir que se trata de enfermos mentales. Esto hace reflexionar acerca de que no fué tan inhumano cuando menos en lo que respecta a enfermos mentales juzgados por él.

LA EPOCA ACTUAL

Ya ubicados dentro de la época independiente los primeros datos que encontramos respecto al tema corresponden a un informe elaborado en el año de 1877 por Don José María Andrade, que fué presentado al Emperador Maximiliano, el cual contiene datos muy interesantes por lo que anexamos copia de este informe en lo que se refiere a los hospitales psiquiátricos existentes en esa época. (Ver anexo 1).

Posteriormente en el año de 1910 se inauguró el Hospital Psiquiátrico Nacional, mejor conocido como el Manicomio General de la Castañeda, que sustituyó en sus funciones a los pequeños hospitales psiquiátricos existentes a la fecha. Este organismo de connotada relevancia para su época (1910-1965) prosperó durante las dos primeras décadas y fué considerado como unidad modelo. A este lapso de auge siguió uno de decadencia, en el que el paso del tiempo -- (respetuosamente de su majestuosidad arquitectónica), los avances de la ciencia, los nuevos recursos médicos y una población cada vez más grande y ávida de servicios, lo hicieron inoperante. Así, por años sirvió como estructura base para la obtención de recursos humanos técnicos y representó el limitado --

proveedor nacional de especialistas en la materia.

Frente a esta imagen, en circunstancias críticas, por falta de personal técnico dentro del vasto campo de la medicina en México hacia los años 1964 y 1965 y derivado de la inaplazable supresión del Manicomio General de la Castañeda que era unidad de concentración de todos los enfermos neuropsiquiátricos de la República; se planteó lo que fué denominado operación castañeda, cuya esencia era reemplazar el antiguo hospital psiquiátrico por seis modernos edificios que por su estructura y localización, sumando a otros creados años antes y más acordes con la época, tuvieran como área de cobertura nuestro territorio nacional. Este singular acontecimiento hizo resaltar el déficit de los recursos humanos especializados, frente al serio compromiso de un nuevo enfoque de la asistencia psiquiátrica del país. Tales eran las condiciones existentes hacia 1965, lo que significó un reto para el desarrollo del programa referido. (17)

Estos antecedentes son el cuadro general en el cual pretendíamos ubicarnos para así poder iniciar nuestro estudio, abarcando lo que se refiere en el área jurídica a los enfermos mentales, partiendo de esta base haremos un desarrollo amplio en lo que respecta a ramas del derecho como son la civil, la penal, la laboral y en forma especial al derecho administrativo.

=====

(17) La trayectoria de la enseñanza de psiquiatría en el México actual. Ulises Iturbe Guerra, Rev. de Salud Pública de México, Época V, Volumen XVIII, núm. 3. Mayo-Junio 1976.

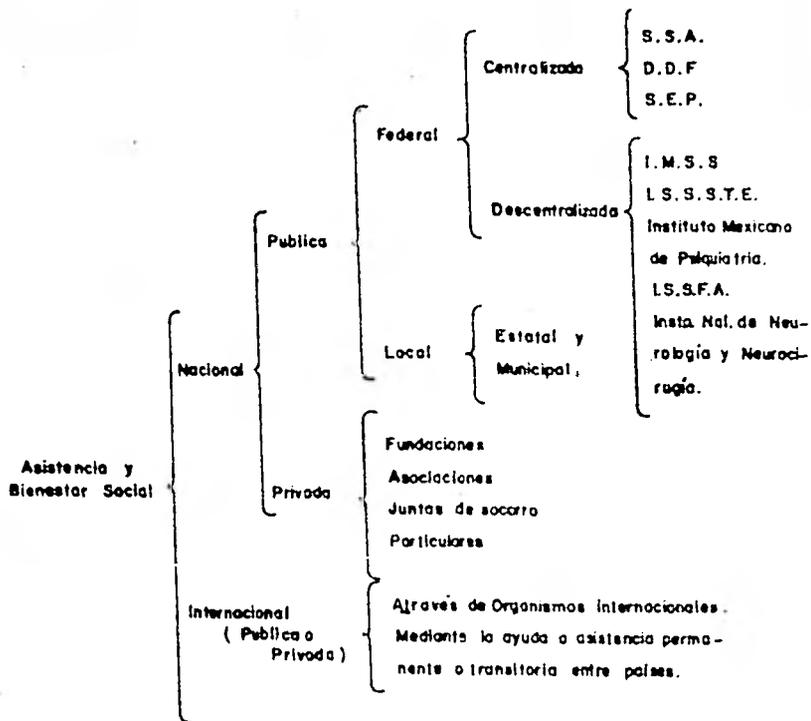
CAPITULO III

AUTORIDADES E INSTITUCIONES QUE INTERVIENEN EN LA SALUD MENTAL.

La vida del mundo contemporáneo se caracteriza cada vez más por un ritmo de vida acelerado, por cambios incesantes, deshumanización en el trabajo, tensiones, frustraciones, sobrepoblación, y contaminación multidimensional del ambiente: Esta situación origina cada vez mayor cantidad de problemas psicológicos que de una u otra forma nos van afectando y que hacen la vida más difícil, carente de amor, egoísta, destructiva. Esto da lugar a un incremento de reacciones neuróticas, desintegración familiar, violencia en las calles, desviación de la conducta sexual, prostitución, delincuencia juvenil, fracasos matrimoniales, escapes ansiosos a través de las drogas, el alcohol, o el suicidio las conductas parasociales o aún las distracciones compulsivas.

En México como en otras partes del mundo, estas circunstancias nos afectan cada día en mayor grado y el Estado ha tenido que enfrentar el problema a través de diversas instituciones, constituyendo una de las nuevas fronteras de la salud pública, tarea en la cual coadyuvan los particulares en diversas medidas.

Estas instituciones que coadyuvan a la atención de la salud mental tienen una situación jurídica muy diferente, pertenecen a la Administración Pública tanto centralizada, como paraestatal, a los Gobiernos de los Estados e incluso a instituciones privadas, como se ilustra en el cuadro respectivo.



I. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

La actividad que realiza la Secretaría de Salubridad y Asistencia dentro del campo de la salud mental es de primordial importancia. Sin temor a equivocarnos es la Dependencia de la Administración Pública que desarrolla mayor actividad en pro de la salud mental en nuestro país.

El marco jurídico que regula esta actividad necesariamente debe tomar en cuenta como punto de partida el ordenamiento supremo de nuestra legislación, que es nuestra Constitución, misma que en su artículo 90 establece, la facultad del congreso para legislar respecto a la organización de la Administración Pública; y en su artículo 89 fracción I faculta al poder ejecutivo para su promulgación y ejecución. En base a estas disposiciones fué expedida la Ley Orgánica de la Administración Pública, publicada en el diario oficial de 29 de diciembre de 1976, y la cual en su artículo 39 establece que a la Secretaría de Salubridad y Asistencia corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

"I. - Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional;"

Esta fracción la consideramos importante, tomando en consideración de que es la base de la facultad de creación de hospitales que atienden a pacientes psiquiátricos, así como de la atención que se presta a través de los centros de salud.

"II. - Organizar la asistencia pública en el Distrito Federal;"

Esta disposición es restrictiva al Distrito Federal que es el lugar en donde se desarrolla con mayor auge la actividad de la Secretaría por ser el asiento de la misma. En base a la problemática que enfrenta esta gran urbe es importantísimo que las acciones tendientes a la conservación de la salud mental de la población del Distrito Federal sean debidamente planeadas, organizadas y aplicadas.

"IV. Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores."

La relevancia de esta fracción radica en que como existen instituciones de beneficencia privada que se dedican a la atención de los enfermos mentales, se requiere que exista algún control de las mismas.

"V. - Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública."

En la medida de que exista una adecuada administración de los bienes destinados para la atención de los enfermos mentales será mejor la asistencia que se preste a los mismos.

"XVI. Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad;"

Considerando que tanto el alcoholismo, como las toxicomanías por regla general derivan en alteraciones de la salud mental y que es necesario desplegar

acciones para buscar solución a este problema tan trascendental que afecta a la sociedad actual, es muy importante que exista un órgano encargado de estas acciones.

"XVII. - Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona exclusivamente con sanidad animal;"

A sabiendas de que tanto los trabajadores del campo como de la ciudad deben de enfrentarse a múltiples peligros o riesgos de trabajo y que estos en un momento determinado pueden repercutir en la salud mental de los mismos es necesario tomar medidas adecuadas para protegerlos en forma general.

"XIX. - Organizar congresos sanitarios y asistenciales;"

La finalidad principal de todo congreso es la difusión de conocimientos dentro de determinadas ramas, pero debe de existir una autoridad responsable de la organización de los mismos, el campo de la salud mental cuenta con material abundante para la organización de éstos.

"XXI. Realizar la vigilancia sobre el cumplimiento del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y de sus reglamentos."

Siendo el Código Sanitario uno de los ordenamientos de mayor importancia dentro del campo de la salubridad es necesario que la Secretaría vigile que se cumpla en forma debida, su directa relación con el tema se encuentra respecto a que algunos de sus artículos se refieren a las enfermedades mentales, como anotaremos adelante.

Hemos enumerado solamente las Fracciones de este Artículo que están -

en directa vinculación con el tema.

En ejercicio de las enunciadas atribuciones y con base a la organización que establece el Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Artículo 42 del mismo especifica para la Dirección General de Salud Mental las siguientes facultades:

"I. - Investigar los problemas de Salud Mental y desarrollar acciones de prevención, asistencia y rehabilitación de enfermos."

Es indudable que dentro de cualquier campo la investigación es esencial para el avance y logros dentro del mismo, mayor aún es dentro del campo de la salud mental que a todos los niveles tiene mucho por conocerse, por no decir que se encuentra en embrión el conocimiento del mismo. Por lo que hace a la prevención, asistencia y rehabilitación de enfermos son acciones necesarias de realizar.

"II. - Establecer programas para orientar y educar a la población en los problemas de salud mental."

Consideramos que es la acción a la que debe de prestársele mayor importancia, puesto que de ésta depende el prevenir, evitar y detectar en forma oportuna las enfermedades mentales y aplicar su debido tratamiento.

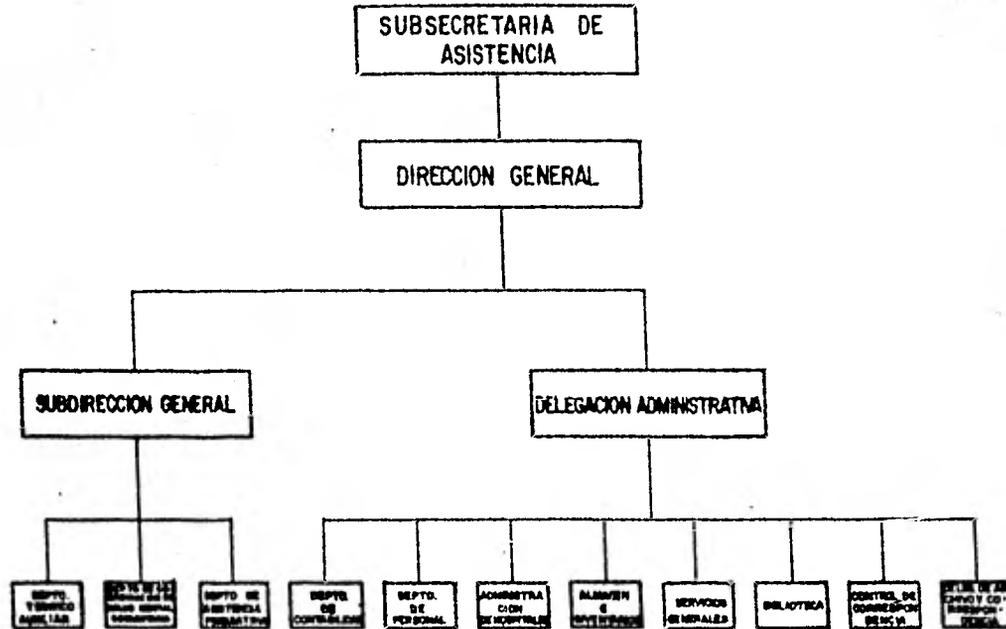
"III. - Establecer normas sobre las condiciones que deban reunir, en lo material y lo funcional, los establecimientos públicos y privados que atienden enfermos mentales y vigilar el cumplimiento de los mismos."

Las condiciones de tratamiento que requieren los enfermos mentales no pueden ser tomadas ó aplicadas en forma general como, se haría con otro tipo de enfermos, las Instituciones que se dedican a su tratamiento y atención requieren de circunstancias muy especiales por lo que es necesario que la autoridad fije ciertas normas mínimas de acondicionamiento de las instituciones y que se vigile que tanto, las instituciones públicas, como las privadas y particulares cumplan con los requisitos que se señalan.

Reafirmando lo establecido por las disposiciones anteriores el manual de organización de la Secretaría señala como facultades que ejercerá la Dirección General de Salud Mental las siguientes:

1. - Conocer las condiciones de salud mental y atención psiquiátrica en -- nuestro país.
2. - Proponer normas generales en materia de su competencia.
3. - Promover y participar en actividades que tengan como fin promover la salud mental colectiva.
4. - Impartir servicios de prevención y atención psiquiátrica.
5. - Promover programas para formar y adiestrar personal específico y realizar investigación.
6. - Promover la coordinación de las actividades que en su campo realicen

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA
DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL



las distintas instituciones de los sectores público y privado.

La Dirección General de Salud Mental depende directamente de la Subsecretaría de Asistencia de la Secretaría de Salubridad, como se ilustra en el organigrama que adjuntamos.

De esta dirección dependen varios organismos que funcionan en forma - ,
desconcentrada y que mencionamos posteriormente.

Se encuentra integrada por una Dirección General y una Subdirección General de las cuales dependen los siguientes departamentos:

1. - Departamento Técnico Auxiliar.
2. - Departamento de Coordinación de Salud Mental Comunitaria.
3. - Departamento de Asistencia Psiquiátrica .

Y por una Delegación Administrativa de la que dependen las siguientes entidades:

1. - Departamento de Contabilidad.
2. - Departamento de Personal.
3. - Administración de Hospitales.
4. - Almacén e Inventarios.
5. - Servicios Generales.
6. - Biblioteca.
7. - Control de Correspondencia.
8. - Delegación de Archivo y Correspondencia.

Las cuales realizan las funciones que a continuación se señalan, y que provienen del propio Manual de Organización.

FUNCIONES.

DIRECTOR GENERAL.

Planear, dirigir, supervisar y controlar los programas normativos y aplicativos nacionales en materia de salud mental, así como los que se relacionen con problemas de dependencia como por ejemplo el alcohol y las drogas.

Promover las actividades tendientes a fomentar la salud biopsicosocial de la población.

Coordinar, supervisar y evaluar las actividades que realizan las unidades a su cargo.

Acordar con los subsecretarios todos los asuntos de su competencia.

SUBDIRECTOR GENERAL.

Coordinar, supervisar y evaluar el trabajo realizado por los departamentos a su cargo.

Colaborar con el C. Director General en sus funciones y suplirlo en sus ausencias.

DEPARTAMENTO TECNICO AUXILIAR.

Asesorar, normar, coordinar y supervisar las actividades de tipo técnico que se realizan en las dependencias de la Dirección General.

Promover y colaborar en la elaboración de programas de investigación, docencia y adiestramiento, así como también en la planeación de los diversos programas de la Dirección General.

DEPARTAMENTO DE COORDINACION DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.

Planear, programar y coordinar las actividades necesarias, tendientes a informar a la población correspondiente sobre las medidas pertinentes para la prevención primaria. (1)

Normar y asesorar a otras dependencias en el campo de la salud mental.

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA.

Controlar técnicamente a los establecimientos dependientes de esta Dirección General, cuya función más importante sea la asistencia psiquiátrica a nivel nacional.

Normar y asesorar en este campo y programar la creación de nuevas unidades en la República.

DELEGACION ADMINISTRATIVA.

Coordinar, supervisar y evaluar los trabajos de los Departamentos y oficinas a su cargo.

Controlar y supervisar que el aspecto administrativo tanto en la Dirección General como en los hospitales, se desarrolle eficientemente.

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD.

Elaborar el presupuesto de la Dirección General y sus hospitales y las nóminas anuales para el pago de aguinaldos.

Tramitar la creación y transferencia de partidas y plazas federales.

Ejercer un control de:

=====

(1) Manual de Organización de la Secretaría de Salubridad.

a) Las cuentas que mensualmente rinden los Administradores de los hospitales y tramitar la cancelación de los pliegos de responsabilidad que les habfan sido fincados.

b) Los Estados comparativos del ejercicio del Presupuesto, los ingresos de los servicios prestados a terceros, las ordenes de pago "B", el movimiento del personal y sumario de plazas que mensualmente reciben de los hospitales y tramitar su envío a Coordinación de Delegaciones Administrativas.

c) Los ingresos y egresos de la Dirección General por los diferentes conceptos, tales como cuotas de recuperación, elaboración de nóminas para el pago de sueldos, compensaciones, gratificaciones, etc.

DEPARTAMENTO DE PERSONAL.

Tramitar y controlar los movimientos de personal en lo referente a altas y bajas, licencias, vacaciones, permisos, etc., así como la documentación inherente, tanto de la Dirección General como de los hospitales.

Al iniciar el año fiscal formular y enviar a los diferentes hospitales las plantillas de su personal.

Observar las disposiciones vigentes en materia de personal.

ADMINISTRACION DE HOSPITALES.

Controlar el presupuesto asignado a cada hospital.

Mantener por medio de tarjetas un inventario de los bienes de los hospitales debidamente actualizado.

Controlar los movimientos de personal en cada hospital.

ALMACEN E INVENTARIOS.

Controlar las entradas y salidas del Almacén y las existencias.

Surtir oportunamente los artículos que les sean solicitados.

Mantener los inventarios aplicados en la Dirección General debidamente actualizados.

SERVICIOS GENERALES.

Controlar la reparación de inmuebles, muebles y equipo de transporte - tanto en la Dirección General como de los hospitales.

Proporcionar a la Dirección General el servicio de Intendencia.

Controlar las llaves de los locales y oficinas.

Desempeñar los servicios de mensajería y vigilancia.

BIBLIOTECA.

Contar con un catálogo de los libros existentes y vigilar que se conserven en buen estado.

Prestar los libros que le sean solicitados y controlar su devolución.

CONTROL DE CORRESPONDENCIA.

Distribuir la correspondencia entre las diferentes dependencias de la Dirección General.

Enviar a la Delegación de Archivo y Correspondencia para su despacho, los oficios, cartas, circulares, etc., que reciba de las dependencias.

DELEGACIONES DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA.

Recibir la correspondencia de la Dirección General, registrarla y enviarla a Control de Correspondencia para su distribución.

Despachar por correo, telegrafo, etc., la correspondencia de la Dirección General.

Como ya señalamos las funciones que tiene encomendadas la Dirección - General de Salud Mental, las realiza por medio de organismos desconcentrados, que se encuentran disgregados en todo el país y los cuales fundamentalmente prestan los servicios de consulta externa y hospitalización y que son los siguientes:

SERVICIOS DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL EN LOS ESTADOS

1. - Centro de Salud No. 2, Tijuana, Baja California.
2. - Centro Psiquiátrico Comunitario, Mexicali, Baja California.
3. - Hospital Municipal, Nogales, Sonora.
4. - Hospital General "Dr. Alfredo Pumajero", Matamoros, Tamaulipas.
5. - Centro de Salud No. 3, Monterrey, Nuevo León.
6. - Centro de Salud "A", San Luis Potosí, S. L. P.
7. - Centro de Salud "A", Aguascalientes, Aguascalientes.
8. - Centro de Salud No. 4, Guadalajara, Jalisco.
9. - Centro de Salud Mental Comunitaria, León, Guanajuato.
10. - Centro de Salud No. 1, Puebla, Pue.
11. - Hospital y Centro de Salud, Tlalnepantla, Edo. de México.

SERVICIOS DE PSIQUIATRIA EN CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

<u>Centro de Salud</u>	<u>Delegación</u>
1. - Dr. Manuel Calderón de la Vega	Gustavo A. Madero
2. - Dr. Rafael Ramírez Suárez	Gustavo A. Madero
3. - Dra. Margarita Chorne y Salazar	Coyoacán
4. - Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez	Coyoacán

5. - San Francisco Culhuacán	Coyoacán
6. - México - España	Miguel Hidalgo
7. - Dr. Angel Brioso Vasconcelos	Miguel Hidalgo
8. - Portales	Benito Juárez
9. - Mixcoac	Benito Juárez
10. - Dr. Anastasio Garza Rfos	Cuauhtémoc
11. - Dr. José Ma. Rodríguez	Cuauhtémoc
12. - Soledad Orozco de Avila Camacho	Cuauhtémoc
13. - Dr. Domingo Orvañanos	Cuauhtémoc
14. - Beatriz Velasco de Alemán	Venustiano Carranza
15. - Dr. Juan Duque de Estrada	Venustiano Carranza
16. - Dr. Galo Soberón y Parra	Atzacotalco
17. - Dr. José Zozaya	Ixtacalco
18. - Dr. Manuel Escontria	Villa Obregón
19. - Dr. José Castro Villagrana	Tlalpan
20. - Dr. Rafael Carrillo	Ixtapalapa

UNIDADES HOSPITALARIAS

1. - Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, México 22, D. F.
2. - Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, México 22, D. F.
3. - Hospital Campestre Dr. Samuel Ramirez Moreno, Sta. Catarina Tláhuac.
4. - Hospital Campestre José Sayago, Zoquiapan, Edo. de México.
5. - Hospital Campestre Dr. Adolfo M. Nieto, Tepexpan, Edo. de México.
6. - Hospital Campestre Dr. Rafael Serrano, El Batán, Puebla.
7. - Hospital Campestre Dr. Fernando Ocaranza, San Miguel Eyecalco, Hgo.

- 8.- Escuela Granja para Adolescentes Débiles Mentales Bernardino Alvarez, México 22, D. F.
- 9.- Centro para la Prevención del Alcohóismo, México 4, D. F.
- 10.- Hospital Campestre Cruz del Norte, Hermosillo, Sonora.
- 11.- Hospital Granja Cruz del Sur, Reyes Mantecón, Oaxaca.
- 12.- Hospital Granja Villahermosa, Villahermosa, Tabasco.

Las unidades hospitalarias dependientes de la Dirección General de Salud Mental ofrecen dos tipos de atención a la población:

Consulta Externa

Hospitalización

Siendo apoyados por los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

La red de servicios de psiquiatría y salud mental en Centros de Salud y Hospitales Generales forman parte de los recursos intermedios para hacer -- accesible a la población los servicios de atención ambulatoria.

Si analizamos la cantidad de Centros de Salud que cuentan con atención psiquiátrica dentro del Distrito Federal y los comparamos con la cantidad de los mismos que prestan estos servicios en los Estados de la República, veremos -- que es un número mínimo el que cubre la totalidad del territorio pues mientras el Distrito Federal cuenta con 20 centros que prestan la atención psiquiátrica, en el resto de entidades solo se encuentran distribuidos 11, de ninguna manera recomendaríamos que se disminuyeran en el Distrito para repartirlos en los -- Estados, puesto que la población con que cuenta la Ciudad de México es tan -- grande que aún con los 20 centros no se abastecen las necesidades de la pobla-

ción. Lo que debe de hacerse es tratar de expandir este tipo de servicios a las poblaciones con más altos índices de concentración, pero no basta con - que se creen los servicios, sino que constantemente se les dote de los adeantos que la ciencia vaya proporcionando en este campo además de que exista - una coordinación debida con las instituciones dedicadas a la investigación de los fenómenos de salud mental y con la propia Dirección de Salud Mental.

Por lo que hace a las unidades hospitalarias diremos que debido al aumento de trastornos mentales que en la actualidad se padecen como consecuencia del ritmo de vida que llevamos, los que existen son insuficientes para cubrir las necesidades del país, y que en los mismos no se presta la atención más - idónea al enfermo mental, ya que desgraciadamente al ser instituciones que dependen del Gobierno Federal padecen de problemas similares a los de cualquier otra dependencia como son el burocratismo y la improvisación por falta de personal adecuado, esto en consideración de que el número de psiquiatras con que se cuenta es bastante reducido, de enfermeras con especialidad en psiquiatría menor aún y del resto de los especialistas son contados los que prestan sus servicios dentro de estas instituciones.

Reafirmando lo que expresamos mencionaremos que la propia Dirección General de Salud Mental señala "que considerando que las unidades mencionadas operan con modelos diferentes de asistencia es conveniente la integración entre los servicios para una atención más expedita y eficaz a la población". (2)

=====

(2) Datos tomados del Manual de Procedimientos para la referencia de enfermos. Elaborado por la Dirección General de Salud Mental.

Recomendaríamos a la Dirección General de Salud Mental se propusiera a todas las unidades que dependen de ésta la elaboración de un expediente único, que se abriera desde los servicios de diagnóstico y tratamiento ambulatorio y se remitiera durante el tratamiento de un paciente a cualquiera de las instituciones a las que éste sea enviado, así como la elaboración de un fichero en el cual se puedan localizar con facilidad los antecedentes del paciente independientemente de que éste se estuviera tratando en otra institución, al cual se permitiría la consulta incluso a Instituciones que no dependan de la propia Dirección pero que presten asistencia psiquiátrica.

Pasamos en el siguiente punto a exponer lo referente al Departamento del Distrito Federal en consideración a que es la dependencia de la Administración Pública Centralizada que después de la Secretaría de Salubridad y Asistencia realiza amplias acciones en lo referente a la Salud Mental.

EL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

El Departamento del Distrito Federal es el órgano por medio del que se desarrolla el Gobierno del Distrito Federal y el cual encuentra su fundamento Constitucional en el Art. 73 fracción VI base la. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En base a este artículo fué expedida la Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal publicada en el diario oficial de la Federación de fecha 29 de diciembre de 1978 y el cual en su artículo 21 establece: "Al Departamento del Distrito Federal corresponde el despacho de los siguientes asuntos en materia social y económica:

"Fracción VI. Cuidar la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos en los establecimientos o servicios sostenidos por el Departamento del Distrito Federal."

En relación con la competencia que tiene la Dirección General de Salud Mental se deben de coordinar estas dos entidades en la prestación de los servicios médicos en el Distrito Federal que realicen funciones de salud mental.

En relación con la Ley orgánica del Departamento del Distrito Federal el artículo 27 del Reglamento Interior del propio Departamento establece que a la Dirección General de Servicios Médicos corresponde:

Fracción III. Prestar los servicios médico forenses de conformidad con las leyes y reglamentos de la materia y suministrar atención médica y quirúrgica a la población interna de los reclusorios del Distrito Federal.

De estas dos disposiciones se desprende la atención médica que se debe prestar a los internos de todos los reclusorios pero que ampliamente se encuentran especificadas en el Reglamento para Reclusorios del Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de 24 de agosto de 1979, y el cual establece en su artículo 93 lo siguiente:

Artículo 93. "Los enfermos mentales deberán ser remitidos al Centro Médico para los Reclusorios para que reciban el tratamiento que corresponda. En ningún caso permanecerán en los otros reclusorios.

Si el Centro Médico dictamina que el interno padece una enfermedad mental, pero que tomando en cuenta su bajo índice de peligrosidad, el paciente es susceptible de ser tratado en su domicilio, si se garantiza la adecuada vigilancia médica, o en otra institución especializada, o en otros hospitales para enfermos mentales, granjas o albergues de carácter asistencial, el director del reclusorio de origen solicitará lo que proceda a la autoridad facultada para resolver.

Lo dispuesto en este artículo se aplicará en lo conducente a los sordomudos y deficientes mentales."

La falta de reglamentación respecto de esta materia y pienso que en muchos

casos de conocimiento de lo establecido por las leyes, da lugar a una retención innecesaria de los internos que ingresan al ala psiquiátrica del Centro Médico para los reclusorios, ya que no se establece cuáles pueden ser las formas de garantizar la adecuada vigilancia médica, y como puede ser trasladado un interno a otra institución de asistencia, si el reclusorio de origen no solicita a la autoridad competente su dictámen al respecto. Sucede frecuentemente que como muchos de los internos carecen de algún familiar o tutor que promueva estas acciones por parte de las autoridades el interno se queda indefinidamente en el Centro Médico para los reclusorios.

Hablaremos un poco ahora de lo que es el Centro Médico para los Reclusorios, el cual es una institución que fué incluida en los proyectos realizados para la reforma penitenciaria efectuada a raíz de 1976 fué inaugurado por el presidente Echeverría y depende de la Dirección General de Servicios Médicos, por lo que hace a la atención médica, y de la Dirección General de Reclusorios, por lo que respecta a custodia y vigilancia. Tiene una capacidad total para 300 internos, y no solo se presta atención de tipo psiquiátrico, sino que se desarrollan todas las especialidades médicas, aunque la población mayor está constituida por pacientes psiquiátricos, consideramos que en breve la capacidad con que cuenta esta institución no será suficiente para albergar a todos los internos que requieran de sus servicios.

La más importante función que realiza el Departamento del Distrito Federal en materia de atención psiquiátrica es la que desarrolla a través del Centro Médico para los Reclusorios, pero en el campo de salud mental no es la única, el propio artículo 27 del Reglamento Interior del mismo faculta a la Dirección General de Servicios Médicos para:

Fracción IV. Cooperar con la Secretaría de Salubridad y Asistencia y organismos públicos en todo lo que atañe a la salud de la población del Distrito Federal:

En consecuencia el Departamento del Distrito Federal debe contribuir con la Dirección General de Salud Mental en todas las labores que desarrolla y con los organismos descentralizados que se dedican a promover la Salud Mental de la población.

Esto es factible en base a una adecuada organización e integración de las autoridades que intervienen en el Gobierno del Distrito Federal, como es sabido que este se encuentra organizado en 16 Delegaciones y que éstas se han coordinado con el Sector Salud, para implantar los programas de planificación familiar, algo similar se debe desarrollar para efectos de conservar la salud mental de la población del D. F. a través de diversas acciones.

ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS QUE TIENEN POR OBJETO LA ATENCION
DE LA SALUD MENTAL DE LA POBLACION.

La salud mental en nuestro país no solo ha sido atendida por medio de la administración pública centralizada, sino que a la par contribuyen con ésta algunos organismos descentralizados creados para el efecto, o que dentro de sus funciones está la prestación de atención médica en general.

Respecto a los organismos descentralizados el maestro Gabino Fraga señala; "En el derecho mexicano se han conocido desde hace mucho tiempo ciertos organismos en los cuales concurren los elementos que de acuerdo con la teoría moderna del derecho administrativo caracterizan a la descentralización por servicio, habiendo recibido tales organismos bajo la influencia de la doctrina francesa, la denominación de establecimientos públicos, distintos de los establecimientos de utilidad pública que son aquellos formados a iniciativa de los particulares.

En otro párrafo el maestro Fraga dice: "La admisión en nuestro sistema legal de los organismos descentralizados se hizo por primera vez en forma indirecta en un texto constitucional en el año de 1942 (D.O. de 18 de noviembre), que encarga a las autoridades federales la aplicación de las leyes de trabajo cuando se trate, entre otros de asuntos relativos a 'empresas que sean administradas en forma directa o descentralizada por el Gobierno Federal' (art. 123 fracción XXX); pero en la última reforma del artículo 93 constitucional se da pleno reconocimiento a los organismos descentralizados, al prevenir que cualquiera de las Cámaras pueden citar a los directores y administradores de tales organismos para que informen cuando se discuta una ley o se estudie un negocio

concerniente a sus respectivos ramos o actividades.

Aún cuando es preciso reconocer que la reforma sí es más explícita respecto a la creación de los organismos descentralizados y que por otro lado la Ley para el Control los define y reglamenta, a nuestro juicio la reforma no fue establecida en la forma más idónea para fundar el nacimiento de los organismos descentralizados.

La Ley para el Control por parte del Gobierno Federal de los Organismos Descentralizados y Empresas de Participación Estatal definen lo que se entiende por estos en los siguientes términos: "...son organismos descentralizados las personas morales creadas por Ley del Congreso de la Unión o Decreto del Ejecutivo Federal, cualquiera que sea la forma o estructura que adopten, siempre y cuando reúnan los siguientes requisitos:

I. Que su patrimonio se constituya total o parcialmente con fondos o bienes federales o de otros organismos descentralizados, asignaciones, subsidios, concesiones o derechos que le aporte u otorgue el Gobierno Federal o con el rendimiento de un impuesto específico, y

II. Que su objeto o fines sean la prestación de un servicio público o social, la explotación de bienes o recursos propiedad de la Nación, la investigación científica y tecnológica, o la obtención y aplicación de recursos para fines de asistencia o seguridad social.

Cuando se mencione a los organismos descentralizados se dirá simplemente "organismos".

De acuerdo con lo señalado por este artículo los organismos descentralizados que atienden la salud mental pueden ser de dos tipos con fines de asistencia o con fines de seguridad social.

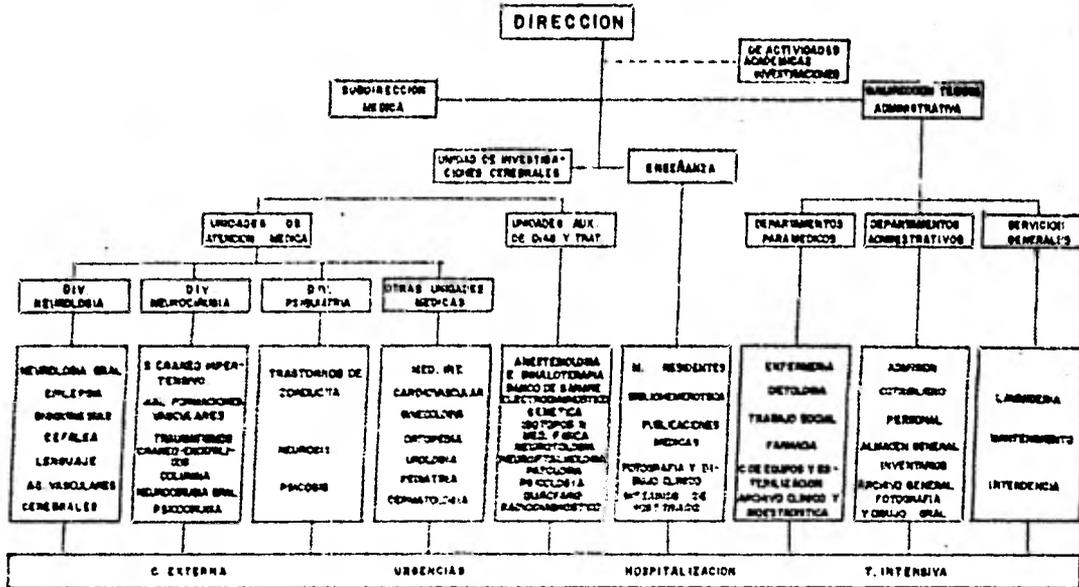
Se entiende por derecho de la asistencia y el bien social a la rama del derecho social, cuyas normas integran las actividades del Estado y los particulares, destinada a procurar una condición digna decorosa y humana para personas, aún Sociedades y Estados que, sin posibilidades de satisfacer por sí mismos sus más urgentes necesidades y de procurarse su propio bienestar social, requieren de la atención de los demás, jurídica y políticamente, en función de un deber de justicia o en todo caso de un altruista deber de caridad. (3)

La Ley del Seguro Social nos define en su Artículo 2o. lo que se entiende por seguridad social y señala: "La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. (4)

=====

- (3) González Díaz Lombardo Francisco. El Derecho Social y la Seguridad Social integrada. Textos Universitarios. Primera Edición 1973.
- (4) Ley del Seguro Social. Publicada en el Diario Oficial de 12 de marzo de 1973. Editorial Porrúa. Trigésima edición.

SSA
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA
 1974



Son instituciones de asistencia social las siguientes:

1. - El Instituto Nacional de Neurologfa y Neurocirugfa.
2. - El Instituto Mexicano de Psiquiatrfia.

Son instituciones de seguridad social:

1. - El Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. - El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
3. - El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Instituto Nacional de Neurologfa y Neurocirugfa.

El Instituto Nacional de Neurologfa es una dependencia de la S.S.A. destinada al estudio y atención de los enfermos del sistema nervioso, así como a la investigación que permita el mejor conocimiento y asistencia de los desórdenes neurológicos agudos.

Es un centro de enseñanza para la preparación de médicos especialistas - en las diferentes ramas de las ciencias neurológicas, ofreciendo también la enseñanza a estudiantes de medicina, enfermería y de psicología, así como a personal técnico en las disciplinas relativas.

Es un centro de investigación pura y aplicada del sistema nervioso, campo en el que habiendo ya rendido óptimos resultados, se espera con confianza para el futuro, que éstos lleguen a ser superados.

Es una institución dedicada al pueblo, donde tiene cabida para su atención

todo enfermo del sistema nervioso que lo solicite, con la sola limitación de la capacidad de la planta física.

ANTECEDENTES.

A la par con el progreso de la medicina, el caudal de los datos sobre la patología del sistema nervioso se fué acrecentando considerablemente y en consecuencia se fueron perfeccionando los métodos y técnicas empleados para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estos enfermos.

Se facilitó así el descubrimiento de enfermos y se amplió considerablemente el campo de acción, haciéndose evidente cada vez con más firmeza la necesidad de contar con una rama de la medicina que se dedicara exclusivamente al estudio y atención de estos pacientes. Este proceso acaba por madurar y alrededor de 1940, la neurología adquiere categoría de especialidad en México.

En esta época surgen los primeros especialistas y se establecen en varios hospitales del país las primeras unidades de neurología y de neurocirugía; en algunos de ellos como verdaderas unidades de especialidad, con independencia organizativa y funcional, y en otros solamente con el recurso de un número de terminado de camas dedicadas a este tipo de enfermos.

El cuerpo médico en general va adquiriendo un mayor conocimiento sobre los problemas neurológicos y se empieza a sentir la necesidad de contar con mejores unidades de atención, de instituciones con los recursos y la organización necesaria para la atención óptima de los enfermos del sistema nervioso.

Desde 1943 el Dr. Manuel Velasco Suárez al regresar de Estados Unidos, donde había llevado un período de entrenamiento en neurocirugía, comienza a promover la creación de una institución que reúna estas cualidades, lográndose -- años más tarde, la firma de un decreto presidencial, publicado el 27 de febrero de 1952, para la creación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

A pesar de lo anterior, transcurren todavía ocho años más, antes de iniciarse la construcción de un hospital neurológico, ya bajo condiciones distintas, formando parte constitutiva del Centro Médico de la S. S. A., que por causas de interés nacional pasa posteriormente a ser propiedad del IMSS, e impiden la cristalización de un anhelo ya casi logrado.

Fue hasta 1963 cuando se inició la construcción del actual Instituto Nacional de Neurología, institución central para la asistencia de enfermos nerviosos agudos e investigaciones cerebrales, mismo que se inaugura el 28 de febrero de -- 1964 e inicia sus actividades asistenciales tres meses después. (5)

El Decreto que da vida al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía - en su artículo lo. establece que el objeto del mismo será:

- a) Promover lo que a su juicio convenga para la protección de la salud, en lo relativo al sistema nervioso y sus enfermedades.
- b) El estudio y aplicación de las medidas preventivas y curativas, médicas

=====

(5) Instituto Nacional de Neurología. Publicación de la Dirección General de Salud Mental. p.4-6.

y quirúrgicas de este tipo de enfermedades, así como su investigación clínica y experimental.

- c) La aplicación de las medidas de ayuda social en beneficio de los enfermos correspondientes, incluyendo su reeducación y rehabilitación al medio.
- d) Velar por el exacto cumplimiento de todas las disposiciones legales, penales y civiles concernientes a enfermos neurológicos.
- e) La enseñanza de los conocimientos médicos de la especialidad y la investigación científica de las enfermedades nerviosas.

Las facultades que se dan a esta Institución son de relevante importancia - principalmente tomando en consideración la fecha en que fué expedido este decreto y contiene una que para nosotros representa algo insoslayable puesto que faculta al Instituto para velar del cumplimiento de las disposiciones legales penales y civiles, y en estas se incluífan el velar porque todo enfermo mental - cuente con un tutor, como lo establece el Código Civil, el cual deberá velar por la persona del enfermo mental y por su curación.

La máxima autoridad dentro del Instituto según lo determina el artículo 3o. del propio decreto de creación lo es el Patronato del propio Instituto, mismo - que estará integrado por cinco miembros.

Para su organización el Instituto está integrado por el Hospital Nacional de Neurología, la Unidad de Investigaciones Cerebrales y la Escuela Bernardino Alvarez, cuenta con un total de 134 camas.

Consideramos que para las funciones tan amplias que debe de cumplir es-

ta Institución es muy baja su capacidad de hospitalización.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

Este organismo descentralizado, tuvo como primer antecedente al Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia creado por decreto presidencial publicado el 6 de febrero de 1975, el cual fué reformado por decreto publicado el 15 de junio de 1978 para crear el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, mismo que recientemente fué sustituido por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, creado por decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de 26 de diciembre de 1979, a propuesta del Secretario de Salubridad y Asistencia, C. Dr. Emilio Martínez Manatou, y se encuentra ubicado en San Pedro Mártir Tlalpan.

El decreto de creación de esta Institución denota claramente la preocupación de la actual administración de encausar en una forma adecuada la solución de los problemas de salud mental, pues en los considerandos señala que los problemas de salud mental se encuentran entre los más graves de nuestro tiempo y que los desórdenes y enfermedades mentales, así como el alcoholismo y la drogadicción, anulan o limitan en forma severa la capacidad productiva de los individuos dañando a la sociedad.

El propio decreto considera que es necesario sustituir al Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental por un organismo que se aboque al estudio de los problemas en una forma más amplia.

Se señalan como objetivos de esta institución los siguientes:

- a) Contar con las instalaciones materiales y desarrollar los recursos técnicos y humanos necesarios para la investigación de los problemas y el manejo integral de los enfermos;
- b) Llevar a cabo investigaciones científicas en el campo de los desórdenes y enfermedades mentales, incluyendo el alcoholismo y la drogadicción en las áreas biomédica, clínica, epidemiológica y psicosocial;
- c) Prestar asesoría a las distintas dependencias del Gobierno Federal e instituciones públicas y privadas en relación con los problemas a que se ha hecho referencia.
- d) Preparar al personal que se requiera en los distintos niveles profesionales y técnicos de la psiquiatría y de la salud mental;
- e) Desarrollar actividades encaminadas a la prevención en materia de salud mental;
- f) Celebrar convenios de cooperación y de intercambio con instituciones afines nacionales y extranjeras.

También se señala como órgano superior un patronato que estará integrado por cinco miembros de los cuales tendrá el carácter de presidente el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y cuatro vocales que serán un representante de la Secretaría de Educación Pública, un representante de la Secretaría de Gobernación y los otros dos deben ser personas de relevancia en la vida pública del país que se interesen en los problemas que atiende el Instituto.

Respecto a la actuación de esta Institución dentro del campo de la salud mental todavía no se pueden ver los resultados que tendrá en pro de ésta pero sí es una medida sumamente acertada por lo que se ve hasta ahora, cuenta con todos los adelantos posibles y se encuentra bien organizada y avocada a sus fun

ciones.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Entre los organismos descentralizados de seguridad social el de más relevante importancia respecto a los servicios que presta en pro de la salud mental es el Instituto Mexicano del Seguro Social, esto en atención a que la población a que están destinados sus servicios es mayor que la de otras instituciones.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se rige por la Ley del Seguro Social y fué creado por la misma, aunque no la que está actualmente en vigor sino la de 31 de diciembre de 1942.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 123 fracción XXIX: "es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidéz, vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guarderfa y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares."

Es de gran trascendencia el que nuestra constitución reconozca a la Ley del Seguro Social un rango tal que mencione la vida de la misma en su texto.

La propia Ley del Seguro Social establece en su artículo 5o. que: "la organización y administración del Seguro Social, en los términos consignados en esta Ley, está a cargo del organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propio denominado Instituto Mexicano del Seguro Social."

El IMSS ha prestado desde 1946 servicios de atención psiquiátrica, en principio, en una clínica especializada que fué creada a petición del M. C. Guillermo Dávila García, posteriormente en el servicio psiquiátrico que existía en el Centro Médico Nacional, que originalmente pertenecía a la Secretaría de Salubridad y posteriormente propiedad del propio Instituto a partir de 1963 y hasta 1970 años en el que cambió su sede al servicio que tiene en el Sanatorio Dr. Rafael Lavista y que a partir de 1975 se denominó Hospital Psiquiátrico del IMSS. El IMSS se sirve de recursos propios y su programa se cumple en el servicio referido.

Los servicios con que cuenta el Instituto son insuficientes para la atención de la población que goza de los servicios del mismo, por lo que el Instituto en causa a una parte de los pacientes psiquiátricos a los que tiene que atender a los servicios que presta el Hospital Fray Bernardino Alvarez.

El Instituto también ha contribuido a la formación de personal dentro de los servicios psiquiátricos que pertenecen a él.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
AL SERVICIO DEL ESTADO.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado tiene también el carácter de organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, con sede en la Ciudad de México

co. (6)

Esto se encuentra establecido en el artículo 4o. de la propia Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de Estado que dice: "La Dirección de Pensiones Civiles creada por la Ley de Pensiones Civiles de Retiro de 12 de agosto de 1925 se transforma en un organismo que se denominará Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que tendrá el carácter de organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios y cuyo domicilio será la Ciudad de México.

Este Instituto tendrá a su cargo las prestaciones que esta Ley establece".

Dentro de las prestaciones que establece entre otras con carácter obligatorio, las siguientes: 1.- Seguro de enfermedades no profesionales y maternidad; 2.- Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; -- 3.- Servicios de reeducación y readaptación de invalidéz; 4.- Servicios para elevar los niveles de vida del servicio público* y de su familia, señalándose el aspecto educativo, de alimentación y vestido, descanso y esparcimiento, mediante la elaboración de cuadros básicos de alimentos, ropa y artículos para el hogar, almacenes y tiendas, guarderías y estancias infantiles, centros de capacitación y extensión educativa, centros vacacionales y campos deportivos; - - 5.- Promociones para mejorar la preparación técnica y cultural y activar las

=====

(6) González Díaz Lombardo Francisco. El Derecho Social y la Seguridad Social Integral. Universidad Nacional Autónoma de México. p. 62.

* Lo copiamos literalmente, creemos que deben de referirse al servidor público.

fórmulas de sociabilidad del trabajador y su familia; 6.- Créditos para la adquisición en propiedad de casas y terrenos para la construcción de las mismas, destinadas a la habitación familiar del trabajador; 7.- Arrendamiento de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto; 8.- Préstamos hipotecarios, - cuyo máximo ascienda a \$100,000.00 y con un interés no mayor del 9% anual; - 9.- Préstamos a corto plazo; 10.- Jubilación, si el trabajador ha prestado 30 años de servicios o más, cualquiera que sea su edad podrá jubilarse con el 100% de su sueldo regulador; 11.- Seguro de vejez, cuando el trabajador tenga 15 - años de servicios y más de 55 años de edad; 12.- Seguro de Invalidez; 13.- Seguro por causa de muerte; 14.- Indemnización global.

Los pacientes psiquiátricos que requieren de atención por parte del Instituto son atendidos por la Clínica de Neuropsiquiatría y Salud Mental y por los -- Hospitales Generales que dependen del mismo. Además el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez presta servicios a subrogados del ISSSTE.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS

El Instituto de Seguridad Social para las fuerzas armadas mexicanas fue - creado por la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de Junio de 1976, mismo que en su artículo 1o. establece: "Se crea con carácter de organismo público - descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para las Fuerzas Armadas Mexicanas, con domicilio en la Ciudad de México".

El artículo 2o. del mismo ordenamiento señala las funciones que se encomiendan a esta dependencia.

Esta Institución presta servicios de tipo psiquiátrico a través del servicio de psiquiatría del Hospital Central Militar.

La propia Ley establece las prestaciones a que tendrán derecho los beneficiados por la misma.

Se establece en el artículo 4o. como órganos máximos de dirección a la Junta Directiva y al Director General, la Junta Directiva está integrada por -- nueve miembros, tres designados por la Secretaría de la Defensa Nacional, - tres por la de Marina, dos por la de Programación y Presupuesto y uno por la Secretaría de Hacienda y Crédito.

El Ejecutivo Federal designará un presidente dentro de los miembros señalados por la defensa y un vicepresidente de los señalados por la Secretaría de Marina.

Además de la asistencia médica la Secretaría de la defensa ha participado en la preparación de personal, a través de la Escuela de Graduados que depende de la Dirección de Educación Militar, la cual ha formado médicos militares especialistas en psiquiatría, aunque también se encuentra abierta a los civiles que tengan interés en la misma.

ASISTENCIA SOCIAL PUBLICA LOCAL A ENFERMOS MENTALES

Por lo que hace a la asistencia social que se prestará a los enfermos mentales, por las entidades federativas y los municipios, la atención hasta ahora ha sido prestada directamente por la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública a través de sus instituciones establecidas en diversos Estados.

En fecha reciente el Gobierno Federal por conducto del Ejecutivo ha celebrado convenios de coordinación entre el mismo y cada uno de los Estados de la República para efectuar en forma coordinada diversas actividades y establece:

"El presente convenio tiene por objeto coordinar las acciones de los ejecutivos Federal y Estatal para la realización de programas de desarrollo socioeconómico, que incluyen la ejecución de obras, la prestación de servicios públicos y, en general las actividades que les competen de manera concurrente, así como aquellas de interés común.

Las partes aceptan las bases y los procedimientos generales de las acciones que se derivan del presente Convenio, y que señalan de manera específica la forma y términos de llevarlas a cabo".

El convenio establece también que los programas de desarrollo socioeconómico, se enmarcan dentro de la estructura sectorial administrativa definida por la Administración Pública Federal y que se podrán concertar acciones con los diversos sectores administrativos.

Los programas de desarrollo socioeconómico de acuerdo a lo que establece

el convenio son de tres tipos:

A) Programas Estatales de inversión. - Son los programas federales de inversión descentralizados a los Gobiernos de los Estados, para cuya ejecución el Gobierno Federal trasfiere recursos financieros, y entre los cuales se señala: La Construcción y Reparación de Centros y Casas de Salud y Asistenciales.

B) Programas sectoriales concertados. - Son aquellos que implican acciones en uno o varios sectores, y en los cuales se podrán incluir compromisos específicos, derivados de las atribuciones correspondientes a cada sector.

C) Programas de Desarrollo Estatal. - Son aquellos que se integran por acciones de los sectores público, social y privado con el objeto de impulsar productos, regiones y sectores estratégicos.

La cláusula vigésima del acuerdo de coordinación establece que "El Ejecutivo Federal y el Ejecutivo Estatal, conforme a las disposiciones legales vigentes, llevarán a cabo la elaboración y realización conjunta de programas para vigilar el respeto de los preceptos constitucionales en materia de garantías individuales; fomentar el desarrollo político y auxiliar en las funciones electorales; organizar la defensa y prevención social contra la delincuencia, así como el tratamiento de adultos delincuentes, de alienados que hayan incurrido en conductas antisociales y de menores infractores; ..."

La cláusula trigésima establece "El Ejecutivo Federal y el Ejecutivo Estatal, conforme a las disposiciones legales vigentes, llevarán a cabo la elaboración y realización conjunta de programas para crear y administrar estableci -

mientos de salubridad, asistencia pública y terapia social; ..." (7)

Consideramos que en base a estos convenios de coordinación con los Estados la federación tendrá un mayor control de las acciones encaminadas al logro de la salud mental general y que será bastante benéfica la coordinación ya que la meta del régimen actual es la de establecer un adecuado sistema de planeación que plantee los problemas y a la vez proponga soluciones en cada uno de los sectores.

Consideramos que el primer fruto de esta planeación en materia de salud, es el Plan Nacional de Salud, el cual contiene importantes objetivos, los que de llevarse a la práctica como están planteados obtendrán logros importantes.

Entre las metas a desarrollar en las entidades federativas, planteadas por el Plan Nacional de Salud y que comprenden el período de 1976 a 1983 están las siguientes:

1. - Crear 18 centros de psiquiatría comunitaria en Entidades Federativas.
2. - Incluir, en Hospitales Generales, anexos psiquiátricos que representen el 5% del total de las camas. 14 en Entidades Federativas.
3. - Crear 3 Hospitales Estatales para enfermos recuperables.
4. - Construir nueve albergues para enfermos irrecuperables.
5. - Lograr que funcionen en todas las Entidades Federativas del país Centros de Integración Juvenil y unidades de urgencias para casos de farmacia

=====

(7) Convenios Únicos de Coordinación que celebra el Ejecutivo Federal, con cada uno de los Estados de la República. Publicados en el Diario Oficial de fecha 10 de septiembre de 1980.

· codependencia.

6. - Instalar talleres protegidos para el Distrito Federal y Entidades Federativas.

Estas metas están encausadas en forma directa a la atención de padecimientos psiquiátricos, pero también se proponen acciones a desarrollar en materia preventiva.

Lamentablemente las metas fijadas por el Plan Nacional de Salud no han sido llevadas a cabo por lo menos a la fecha.

INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PRIVADA QUE PRESTAN ATENCION A ENFERMOS MENTALES

Como ya expresamos dentro del cuadro sinóptico, otras instituciones que prestan asistencia al enfermo mental son las instituciones de asistencia privada y las cuales como su nombre lo dice son de carácter privado, aunque no siempre cumplen sus funciones por medio de bienes particulares, sino que en ocasiones reciben subsidio del Gobierno Federal o de organizaciones internacionales que se interesan en el funcionamiento de las mismas.

La vida jurídica de estas Instituciones de Asistencia Privada se ha encontrado regida por las siguientes leyes en orden cronológico.

- a) La primera publicada en el Diario Oficial de la Federación de 7 de noviembre de 1899.
- b) Publicada el 23 de agosto de 1904.
- c) Publicada el 26 de enero de 1926.
- d) Publicada el 23 de mayo de 1933.
- e) La vigente publicada en el diario oficial de 2 de enero de 1943 y que --
fue reformada por Decreto del 15 de mayo de 1978.

La Ley vigente establece que las Instituciones de Asistencia Privada son entidades jurídicas que con bienes de propiedad particular ejecutan actos con fines humanitarios de asistencia, sin propósitos de lucro y sin designar individualmente a los beneficiados.

Establece que las Instituciones de Asistencia Privada pueden ser fundacio

nes o asociaciones.

Conceptúa a las fundaciones como las personas morales que se constituyen mediante la afectación de bienes de propiedad privada destinados a la realización de actos de asistencia.

Son asociaciones las personas morales que por voluntad de los particulares y cuyos fondos consisten en cuotas periódicas de quienes las integran.

Respecto a las juntas de socorro señala que solo se constituirán para satisfacer necesidades producidas por epidemias, guerras, terremotos, inundaciones o por causas económicas.

La reforma a la Ley de Instituciones de Asistencia Privada establece que las mismas estarán exentas del pago de impuestos, derechos y aprovechamientos que establezcan las Leyes del Distrito Federal; de los impuestos que correspondan a los productos fabricados en sus propios talleres y que se realicen en - expendios de las mismas instituciones; así como de los impuestos federales que las propias leyes determinen. Pero establece que no gozarán de exención de - estos impuestos cuando las propias leyes locales así lo establezcan.

La propia Ley declara como preferentes a estas instituciones para celebrar contratos con organismos e instituciones del sector público, tanto para la venta de productos, como para la subrogación de derechos y las considera de utilidad pública.

Todas las instituciones de asistencia privada, que tengan por objeto la prea

tación de servicios médicos tendrán que sujetarse al Reglamento para la Pres
tación de los Servicios para la Salud en Materia de Atención Médica. En base
a la definición que dá este Reglamento sobre lo que se entiende por estableci-
miento para la atención médica y que señala el artículo 4o.

Las Instituciones de Asistencia Privada están sujetas a la inspección y vi
gilancia de la junta de Asistencia Privada la cual es un Organismo descentrali
zado sectorizado en la actualidad a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La propia Ley de Instituciones de Asistencia Privada establece la integra-
ción de la junta.

Solamente se encuentra una institución registrada en la junta de Asistencia
Privada, que se encarga de prestar atención a enfermos mentales y que es el
Centro de Estudios Psicosociales, A.C.

Así que como vemos por parte de las instituciones privadas es poco lo que
se hace para la asistencia al enfermo mental.

INSTITUCIONES PARTICULARES

Por lo que respecta a las instituciones particulares que prestan servicios
psiquiátricos son muchos y de muy variada calidad y la propia Secretaría de -
Salubridad y asistencia es la encargada de vigilar que cumplan con lo que esta
blece tanto el Código Sanitario, como el Reglamento de la Prestación de los -
Servicios para la Salud en Materia de Atención Médica, además la Secretaría de Sa

lubridad está también encargada de expedir la licencia sanitaria correspondiente a estas instituciones.

Para la fijación de precios y tarifas se forma una comisión intersecretarial con dos representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y dos representantes de la Secretaría de Comercio, y se fijarán en base a diversas categorías de establecimientos.

Las resoluciones fijatorias de las tarifas se publicarán en el Diario Oficial.

El Reglamento de la prestación de los servicios para la salud en materia de atención médica, establece para las instituciones particulares para el internamiento de enfermos la obligación de prestar en forma gratuita los servicios de atención médica, correspondiente al 5% de sus días-camas a las personas de escasos recursos, que determine la propia Secretaría.

ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

La más importante organización internacional en materia de salud y a la que México pertenece es la Organización Mundial de la Salud, la cual es una agencia especializada de las Naciones Unidas, creada en 1948 con el propósito de alcanzar el más alto nivel de salud posible para todos los pueblos. La OMS lleva a cabo algunos de sus programas mediante asesoría para combatir diversas enfermedades, así como el desarrollo de las administraciones nacionales de salud. Otros programas se administran por las instalaciones centrales e incluye la celebración de convenciones mundiales sobre la salud y la publicación de estadísticas -

de salubridad y para ensanchar el número de técnicos adiestrados en las ramas de la medicina y de la salud.

La clasificación médica más usual en la actualidad y que tuvo por objeto la unificación de conceptos dentro del campo de la psiquiatría fué elaborada por esta institución y adoptada por la mayoría de los países, además México ha participado en convenciones celebradas por esta Institución.

Estos son los principales servicios que nuestro país ha recibido de la Organización Mundial de la Salud.

ACCIONES QUE DESARROLLA EL ESTADO PARA LA PROTECCION Y
ATENCIÓN DEL ENFERMO MENTAL.

Después de analizar las Instituciones que tienen directa relación con los enfermos mentales y de señalar las facultades que a cada uno de los mismos confiere la legislación vigente, pasaremos ahora a ver cada una de las acciones que en forma directa realiza el Estado con el objeto de proteger al enfermo mental.

Por principio diremos que estas acciones se encuentran reguladas dentro de diversas ramas del Derecho como son: El Derecho Penal, el Civil, el Administrativo y que estos en forma directa se vinculan con las demás ramas jurídicas.

Analizaremos solamente las acciones que creamos de fundamental importancia para nuestro estudio y las cuales han de servir para darnos una visión clara de la situación jurídica del enfermo mental.

INCAPACIDAD

Entre las figuras jurídicas que se vinculan en forma directa con el enfermo mental encontramos a la incapacidad jurídica de los individuos que sufren de alguna enfermedad mental.

La Capacidad en general está considerada tanto por la doctrina como por la legislación como un atributo esencial de la personalidad, y comprende la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones y poder ejercitarlos por sí mismo.

La capacidad jurídica comprende dos aspectos que son: la capacidad de goce, que es la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones; y la capacidad de ejercicio, que es la facultad de exigir y hacer valer los derechos y cumplir las obligaciones por sí mismo.

El artículo 22 del Código Civil para el Distrito Federal en materia común, y para toda la República en materia Federal establece: "La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código".

El maestro Galindo Garfias clasifica la capacidad de goce en tres grados y dice: " c) Por último, el tercer grado está representado por los mayores de edad. En estos debemos hacer la distinción de

mayores en pleno uso y goce de sus facultades mentales y mayores sujetos a interdicción por locura, idiotismo, imbecilidad o uso constante de drogas enervantes. Estas diferentes formas que perturban la inteligencia no afectan la capacidad de goce desde el punto de vista patrimonial, es decir, no impiden al sujeto ser titular de derechos y obligaciones de orden pecuniario; pero evidentemente que si afectan la capacidad de goce en cuanto a las relaciones familiares, sobre todo para el ejercicio de la patria potestad, pues no se tiene la aptitud necesaria para ejercitar este derecho. La causa es evidente, como el mayor de edad se encuentra privado de inteligencia o sus facultades mentales están perturbadas, no podrán desempeñar ni la función educativa, ni la representativa, inherente a la patria potestad o a la tutela en su caso. (1)

No estamos de acuerdo con la clasificación que hace el maestro en este sentido puesto que el individuo que no se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales no pierde sus derechos y obligaciones, aún cuando no pueda ejercitarlos y esto conforme al artículo 283 del Código Civil que en su tercera regla dice: "En el caso de las fracciones VI y VII del artículo 267, los hijos quedarán en poder del cónyuge sano, pero el consorte enfermo conservará los demás derechos sobre la persona y bienes de sus hijos".

El artículo 267 señala: Son causas de divorcio:

=====

(1) Galindo Garfias Ignacio. Primer Curso de Derecho Civil. Editorial Porrúa.

Frac. VI. Padecer sífilis, tuberculosis, o cualquier otra enfermedad crónica o incurable, que sea, además, contagiosa o hereditaria y la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio.

Frac. VII. Padecer enajenación mental incurable.

Por lo que respecta a la capacidad de ejercicio, Galindo Garfias señala: "Esta capacidad supone la posibilidad jurídica en el sujeto de hacer valer directamente sus derechos, de celebrar en nombre propio actos jurídicos, contraer y cumplir sus obligaciones o ejercitar las acciones conducentes ante los tribunales. Por lo tanto la incapacidad de ejercicio impide al sujeto hacer valer sus derechos, celebrar en nombre propio actos jurídicos, contraer y cumplir sus obligaciones o ejercitar sus acciones. De aquí la necesidad de que un representante sea quien haga valer esos derechos o acciones o se obligue y cumpla por el incapaz o celebre por él los actos jurídicos. Es así como la representación legal surge en el derecho como una institución auxiliar de la incapacidad de ejercicio".

Vinculado a esto el artículo 23 de Código Civil señala: "La menor edad, el estado de interdicción y las demás incapacidades establecidas por la Ley son restricciones a la personalidad jurídica; pero los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes".

El Derecho Civil en este sentido protege al enfermo mental en tanto que lo dota de un representante para el ejercicio de sus derechos.

INIMPUTABILIDAD

Otra figura jurídica que protege al enfermo mental dentro del campo penal es la inimputabilidad, para poder referirnos a ella es necesario que sepamos como primer punto lo que se entiende por imputabilidad.

Según Mayer, imputabilidad es la posibilidad, condicionada por la sa-lud y madurez espirituales del autor, de valorar correctamente los debe-res y de obrar conforme a ese conocimiento.

Para Cuello Calón la imputabilidad es la capacidad de entender y de querer en el campo del Derecho Penal. La imputabilidad, es, pues, el conjunto de condiciones mínimas de salud y desarrollo mentales en el autor en el momento del acto típico penal, que lo capacita para responder del mismo.

Dice Soler, que la imputabilidad está determinada por un mínimo de condiciones, siempre que de ellas resulte que el sujeto haya tenido conciencia de la criminalidad de su acto y facultad de dirigir sus acciones.

Generalmente se considera que la imputabilidad está determinada por un mínimo físico representado por la edad y otro psíquico, consistente en la salud mental.

Como la imputabilidad es el presupuesto necesario de la culpabilidad, si no hay imputabilidad tampoco hay culpabilidad; y sin la culpabilidad no puede configurarse el delito. Por lo tanto, la imputabilidad es indispensa-

ble para la formación de la figura delictiva.

La imputabilidad está determinada por un mínimo de edad y de salud mentales. En consecuencia son causas de imputabilidad los estados de inconciencia (permanentes o transitorios), el melédo grave, la sordomudez y la minoría de edad. (2)

"Imputar es poner una cosa en la cuenta de alguien, lo que solo puede darse si este alguien, y para el Derecho Penal sólo es alguien aquel que, por sus condiciones psíquicas, es sujeto de voluntariedad. Ahora bien, por voluntad se entiende en las escuelas Liberoarbitristas, la libertad de elegir, que con la libertad de obrar es lo que se ha llamado concurso de la voluntad (Carrara)". (3)

El Código Penal para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia Federal, en su capítulo 4o. nos establece las circunstancias excluyentes de responsabilidad penal y en su artículo 15 - fracción segunda dicta:

=====

(2) Angeles Contreras Jesús. Compendio de Derecho Penal. Textos Universitarios.

(3) Carranca y Trujillo Raúl. Derecho Penal Mexicano. Parte General. Decimotercera Edición. Editorial Porrúa.

ARTICULO 15. Son circunstancias excluyentes de responsabilidad penal:

Fracción II. Hallarse el acusado, al cometer la infracción, en un estado de inconciencia de sus actos, determinado por el empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes ó estupefacientes o por un estado tóxico infeccioso agudo o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio.

Este artículo nos induce a reflexionar respecto a los términos con los que se califica a la enfermedad mental, y consideramos que los mismos son inadecuados puesto que no puede existir una enfermedad mental de carácter voluntario, porque el mismo sería solamente una simulación y por tanto no podría tomarse como una circunstancia excluyente de responsabilidad penal.

Al referirse a que el trastorno mental debe ser de carácter patológico también se incurre en un error puesto que todas las enfermedades mentales tienen una causa fisiológica ó psicológica pero patológica. Por lo que respecta a calificarlas como un trastorno transitorio lo consideramos erróneo puesto que hay enfermedades mentales de carácter permanente y no por este hecho dejaría de ser una circunstancia excluyente de responsabilidad, por lo que la calificación resulta por demás inadecuada.

Controvertida ha sido la opinión de los especialistas en la materia -

respecto a si surge o no la relación jurídico procesal cuando el delincuente es un enfermo mental, el Maestro Colín Sánchez nos dice, refiriéndose al problema del loco delincuente: "desde ningún punto de vista, puede el sujeto integrar la relación jurídico-procesal, pese a que se argumentan, entre otras cosas, que mientras no se dicte la declaración judicial considerándolo inimputable, no habrá obstáculo para el ejercicio de la acción penal, y en consecuencia, para considerarlo parte.

La ley mexicana (Arts. 477 fracc. III del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal y 495 y 499 del Código de Procedimientos Penales en Materia Federal) ordena la suspensión del procedimiento, previa comprobación de la locura, idiotez e imbecilidad u otra debilidad mental, enfermedad y anomalía mental, lo que nos llevaría a advertir como señala Ignacio Villalobos que: 'enjuiciando a un demente, a un idiota a un oligofrenico, a un loco, o a un enajenado plenamente el juez tendrá que despojarse de su serena majestad para enfrentarse ante esta clase de reo y simular todas esas diligencias encaminadas a tomarle declaración, y carearle con los testigos, exigirle protestas y asumir otras muchas actitudes pintorescas en que entablar una competencia con la desviación mental del enjuiciado'. Además no puede dejarse de tomar en cuenta que los enfermos mentales están colocados en una situación de irresponsabilidad como lo han reconocido todas las legislaciones avanzadas del mundo y como lo estimó la escuela clásica contrastando así notablemente con la aberración

ción del positivismo al considerarlos responsables socialmente, criterio seguido por los legisladores mexicanos al estimar la necesidad de un proceso para la adopción de lo que deben ser simples medidas administrativas".

El mismo Código Penal al hablar en el título tercero de la aplicación de las sanciones en su capítulo V de la reclusión para enfermos mentales y sordomudos en su artículo 68, establece: "Los locos, idiotas, imbeciles, o los que sufran cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, y que han ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, serán reclusos en manicomios ó en departamentos especiales, - por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos, con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo.

En forma igual procederá el juez con los procesados o condenados que enloquezcan en los términos que determine el Código de Procedimientos Penales. (4)

La Organización de las Naciones Unidas hace al respecto las siguientes recomendaciones:

Recomendación 82. - a) Los alienados no deberán ser reclusos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos, lo antes posible, a --

=====

(4) Colín Sánchez Guillermo. Derecho Mexicano de Procedimientos Penales. Ed. Porrúa. 2a. Edición. 1970.

establecimientos para enfermos mentales.

b) Los reclusos que sufran otras enfermedades o anomalías mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos.

c) Durante su permanencia en la prisión dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico.

d) El servicio médico ó psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento.

Recomendación 83. - Convendrá que se tomen disposiciones, de acuerdo con los organismos competentes, para que, en caso necesario, se continúe el tratamiento psiquiátrico después de la liberación y se asegure una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico. (5)

Con un gran acierto y adelanto durante el Gobierno del Presidente Echeverría se inició la reforma penitenciaria y entre las nuevas instalaciones se construyó el Centro Médico para los Reclusos del Distrito Federal, dependiente del Departamento del Distrito Federal y el cual tiene por objeto el tratamiento de todos los enfermos que se encuentren en los diversos reclusorios que hay en la Ciudad de México, en esta Institución se cuenta con una ala psiquiátrica importante que atiende a una población de un promedio de 250 internos.

=====

(5) Recomendaciones de las Naciones Unidas

Esta Institución tiene un alto renombre y puede considerarse como un orgullo para nuestro País ya que es la segunda en su género que existe en todo el mundo.

Desgraciadamente, el Centro Médico para los Reclusorios del Distrito Federal, se enfrenta a serios problemas como consecuencia de la falta de reglamentación de lo establecido por el artículo 69 del Código Penal para el Distrito Federal, que a la letra dice:

ARTICULO 69. En los casos previstos en este capítulo, las personas o enfermos a quienes se aplica reclusión podrán ser entregados a quienes corresponda hacerse cargo de ellos; siempre que se otorgue fianza, depósito ó hipoteca hasta por la cantidad de diez mil pesos, a juicio del juez, para garantizar el daño que pudiera causar, por no haberse tomado las precauciones necesarias para su vigilancia.

Cuando el juez estime que ni aún con la garantía queda asegurado el interés de la sociedad, seguirán en el establecimiento especial en que estuvieren reclusos.

Por desgracia nuestra legislación vigente no prevé un procedimiento especial para estos casos y se ha tenido que efectuar en forma improvisada.

Por otra parte en la mayoría de los casos una vez que el delincuente ha sido decretado enfermo mental los expedientes se congelan y las autori-

dades judiciales no vuelven a acordarse del asunto, esto aunado al rechazo que existe por parte de los familiares que tienen a su cargo a los mismos, revierte en fatales consecuencias para los enfermos mentales que en muchas ocasiones son retenidos más del tiempo necesario para su tratamiento. Aplicado a este problema la Jefatura de trabajo social debe realizar una labor harto difícil para lograr externar a algunos internos.

Por lo que respecta a la recomendación número 83 que hace la ONU en el sentido de que se debe dar un tratamiento postpenitenciario a los enfermos mentales, en el Centro Médico para los Reclusorios y a iniciativa de las autoridades y médicos de la misma, se ha instaurado el servicio de consulta externa postpenitenciaria avance que debe ser celebrado dentro de este campo.

Otros ordenamientos penales que tutelan en forma directa el bienestar de los enfermos mentales son los enunciados en los Artículos 335, 339 y 340 que señalan:

ARTICULO 335. - Al que abandone a un niño incapáz de cuidarse a sí mismo o a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarlos, se le aplicará de un mes a cuatro años de prisión, si no resultare daño alguno, privándolo, además de la patria potestad o de la tutela, si el delincuente fuere ascendiente ó tutor del ofendido.

Considero acertado el tipo por lo que respecta a la primera sanción que se establece al delito, pero no en su segunda parte al privar de la patria -

potestad ó tutela según el caso ya que en la mayoría de los mismos las personas encargadas del cuidado de los enfermos mentales lo que buscan es eximirse de esta responsabilidad, pero esto se compensa con lo establecido en los otros dos artículos que mencionamos y que dicen:

ARTICULO 339. - Si del abandono a que se refieren los artículos anteriores resultare alguna lesión o la muerte, se presumirán éstas como premeditadas para los efectos de aplicar las sanciones que a estos delitos correspondan.

ARTICULO 340. - Al que encuentre abandonado en cualquier sitio a un menor incapaz de cuidarse a sí mismo ó a una persona herida, inválida o amenazada de un peligro cualquiera, se le aplicará de uno a dos meses de prisión o multa de diez a cincuenta pesos, si no diere aviso inmediato a la autoridad u omitiera prestarles el auxilio necesario; cuando pudiera hacerlo sin riesgo personal.

TUTELA

Una forma directa de protección al enfermo mental consecuencia de la declaración de interdicción, en base a la incapacidad de éste es el establecimiento de la figura tutelar, veremos que significa este término.

Concepto. - La palabra tutela procede del verbo latino tueo que quiere decir defender, proteger. Es un cargo que la ley impone a las personas jurídicamente capaces, para la protección y defensa de los menores de edad o

Incapacitados. Es un cargo civil de interes público.

El objeto de la tutela es, de conformidad con los párrafos primero y segundo del artículo 449 de nuestro Código Civil, la guarda de la persona y bienes de los que no estando sujetos a la patria potestad tienen incapacidad natural y legal o solamente la segunda, para gobernarse por sí mismos. La tutela puede también tener por objeto la representación interina del incapaz, en los casos especiales que señala la ley.

Es la tutela una manera de dar protección a los débiles, y un medio de defensa de los menores y de los demás individuos incapaces, no sujetos a la autoridad paterna, o que están abandonados o son maltratados. La razón fundamentalmente, como la apuntó Clemente de Diego es que la patria potestad deriva del vínculo natural del afecto de los padres hacia sus hijos, en tanto que la tutela ha sido creada y se organiza, exclusivamente sobre la base del derecho positivo.

La tutela por esa razón, tiene límites legales más estrechos que la patria potestad, ya que inspira menos confianza al legislador, y esto tanto en lo que se refiere a su contenido personal, como patrimonial. (6)

=====

(6) Rojas Villegas Rafael
Compendio de Derecho Civil, Tomo I.
Editorial Porrúa Mexico 1976. p. p. 158 - a - 169

NATURALEZA JURIDICA DE LA TUTELA

La Tutela es un cargo de interés público del que nadie puede eximirse sino por una causa legítima (artículo 452 del Código Civil).

Para excluir del cargo de tutor, la Ley clasifica las causas que dan lugar a la inhabilidad, a la separación y a la excusa en el desempeño de la tutela.

Son personas inhábiles para la tutela, aquellas que la ley considera no deben ejercer el cargo aunque estén anuentes en recibirlo. En razón de los fines y naturaleza de la institución tutelar, que es la defensa y cuidado de los intereses de los incapaces, la ley veda su ejercicio a las personas que por diversas razones no deben ejercerlo como son las que enumeran en los artículos 503, 505 y 506 del Código Civil. Esas personas serán separadas de la tutela cuando sobrevenga o se averigüe su inhabilidad, después de haber aceptado el cargo también serán separados los tutores que no cumplan o no puedan cumplir con sus obligaciones (artículo 504 del Código Civil).

Las personas designadas, pueden excusarse de ser tutores cuando tengan alguna o algunas de las calidades o causas a que se refiere el artículo 511 del Código Civil pero si su excusa fuere desechada o sin excusa no desempeñen la tutela, pierden el derecho que tengan para heredar al incapacitado que muera intestado y son responsables de los daños y perjuicios que le sobrevengan por su renuncia. Igual sanción se aplica a la persona a quien corresponda la tutela legítima, si habiendo sido debidamente citado no se -

presenta al juez, manifestando su parentesco con el incapaz.

La institución de la tutela se crea y organiza en las leyes para cuidar de la persona o patrimonio de un tercero, es, por tanto, una institución de defensa, o de protección similar a la patria potestad, pero de esta se distingue en que ésta última posee una simplicidad normativa, de la que aquella carece. La fuente normal de la patria potestad es el hecho natural de la procreación de la que proceden las relaciones de filiación. En la tutela, es necesario siempre el discernimiento, en razón de que se van a crear relaciones jurídicas entre el tutor y el incapacitado; deberes cuyo origen es la ley. Por ello en la tutela, se fija con mayor rigor los límites de la autoridad del tutor y que constituye un control más decidido de la misma.

La patria potestad y la tutela aparecen, aquella como institución principal y ésta como subsidiaria. No hay lugar a tutela, mientras exista quien ejerza la patria potestad; sólo se puede organizar la tutela cuando falta ésta.

La protección y el cuidado de la persona y los bienes ha de referirse a un incapaz, que no se encuentre bajo la patria potestad; por lo que se hallan excluidos los sujetos a esta última y cuando se trata de mayores de edad es necesario que la incapacidad sea declarada judicialmente (estado de interdicción).

SISTEMAS TUTELARES EN EL DERECHO MODERNO.

Podemos clasificar los sistemas tutelares en el derecho moderno en tres categorías:

- a) Sistema tutelar de autoridad;
- b) Sistema tutelar de la familia;
- c) Sistema tutelar mixto.

La tutela de autoridad. - Se basa en la idea de que la protección del incapacitado, es una función propia de la autoridad soberana y por consiguiente, no susceptible de quedar abandonada a la autonomía de organismos más o menos privados.

Este sistema es el adoptado por nuestro Código Civil, así como por el Código Alemán vigente desde el primero de enero de 1900, el de Suiza que empezó a regir el primero de enero de 1922 y el de Italia promulgado el 12 de diciembre de 1938 en vigor desde 1942 y tienen las siguientes características:

- a) Todo el mecanismo y funcionamiento de la tutela está en manos de la autoridad del Estado.
- b) Junto a la autoridad que tiene en sus manos el funcionamiento de la tutela, actúan los órganos de información como son el curador y el consejo de tutelados entre nosotros.
- c) El consejo de familia es desconocido en este sistema tutelar o por lo menos es subsidiario y carece de importancia.

LA TUTELA DE FAMILIA

Tiene su origen en el Código de Napoleón y tiene las siguientes características:

- a) Todo el mecanismo y funcionamiento de la tutela está en manos del consejo de familia, que posee la autoridad suprema en la materia.
- b) Los órganos de información, no existen o son innecesarios para la tutela.

El sistema mixto se caracteriza porque la tutela, no obstante ser familiar, se ejerce bajo la inspección y vigilancia del Ministerio Público y los actos realizados por el Consejo de Familia requieren la autorización judicial.

ORGANIZACION DE LA TUTELA

Personas sujetas a ella, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de nuestro Código Civil, "la minoría de edad, el estado de interdicción y las demás incapacidades establecidas por la ley, son restricciones a la personalidad jurídica" (debiera decir que son restricciones a la capacidad de obrar o de ejercicio) y continúa: "pero los incapaces pueden ejercitar sus derechos y contraer obligaciones por medio de sus representantes".

Como la tutela es una restricción impuesta a la libertad de los individuos no puede sujetarse ninguna persona a ella, sin que conste de una manera evidente la necesidad de privarla del ejercicio de sus derechos civiles,

y del gobierno de su persona.

Por este motivo no puede deferirse ninguna tutela, sin que previamente se declare en juicio el estado de interdicción de la persona que va a quedar sujeta a ella.

La interdicción puede definirse diciendo que es el estado de una persona que, careciendo de las aptitudes para gobernarse por sí mismas y administrar sus bienes, que ha sido declarada incapaz por sentencia judicial, y sometida, en consecuencia, a la guarda y autoridad de un tutor que la represente legalmente en los actos de su vida civil.

Siendo el objeto de la tutela, como hemos visto, la guarda de la persona y bienes de los incapaces no sujetos a la patria potestad, debemos apuntar primero quienes son incapaces y después quienes de éstos están excluidos de la patria potestad, para determinar que personas se encuentran sujetos a aquella.

La incapacidad, de acuerdo con nuestra ley, puede ser de dos clases: natural y legal o solamente la segunda.

Están incapacitados natural y legalmente: I. Los menores de edad; - - II. Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad aunque tengan intervalos lúcidos; III. Los sordomudos que no saben leer ni escribir; IV. Los ebrios consuetudinarios y los que habitualmente hacen uso de drogas enervantes (artículo 450 del Código Civil).

Los que sufren incapacidad legal, son los menores de edad no emancipados, los emancipados, para realizar actos que el propio Código determina en su artículo 643 (artículo 451 del Código Civil).

De conformidad con estas disposiciones, estarán sujetas a la tutela las personas mencionadas, siempre que sobre ellas no haya quien ejerza la patria potestad o que ésta se hubiere extinguido, o que quien deba ejercerla se halle impedido para desempeñar esa función.

Habrà lugar a la designación de tutor, cuando se trate de menores de edad sujetos a patria potestad o de mayores de edad declarados en estado de interdicción.

ORGANOS DE LA TUTELA

Los artículos 454 y 455 de nuestro Código Civil, disponen "Que la tutela se desempeña por el tutor, con intervención del curador, del juez de lo familiar y del consejo local de tutelados, y que ningún incapaz puede tener a un mismo tiempo más de un tutor y un curador definitivos".

Esta disposición consagra el principio de la indivisibilidad y unidad de poder, el cual no puede fraccionarse en las relaciones jurídicas de un individuo, ya sean personales o si son patrimoniales por la unidad del patrimonio de las personas; pero reconociendo no obstante (artículo 457 del Código Civil) que si los intereses de varios incapaces sujetos a la misma tutela testamentaria, puedan nombrarse tutores diferentes a cada uno de ellos, como

casos de excepción a este principio.

Son funciones del curador: a) sustentar o defender los derechos del incapacitado, en juicio o fuera de él, exclusivamente en el caso de que estén en oposición con los del tutor; b) vigilar la conducta del tutor y a poner en conocimiento del juez todo aquello que considere que puede ser dañoso al incapacitado; c) a dar aviso al juez para que se haga el nombramiento de tutor cuando éste falte o abandone la tutela. (artículo 626 del Código Civil).

ESPECIES DE LA TUTELA

- A) Tutela testamentaria. De conformidad con el artículo 461 de nuestro Código Civil, la tutela puede ser testamentaria, legítima o dativa. La tutela testamentaria es la que se confiere en testamento y tiene lugar cuando el ascendiente que sobreviva de los dos que en cada grado deben ejercer la patria potestad, aunque fuere menor, nombra tutor en su testamento a aquello sobre quienes la ejerza, incluyendo al hijo póstumo. Este nombramiento excluye del ejercicio de la patria potestad a los ascendientes de ulterior grado (artículos 470 y 471 del Código Civil).
- B) Tutela legítima. Tiene lugar cuando no hay quien ejerza la patria potestad, ni tutor testamentario, y cuando deba nombrarse tutor en caso de divorcio. La ley llama al ejercicio de la tutela, a determinadas personas para que representen al incapaz.

Respecto al llamamiento, debemos considerar dos clases de tutela: la de los menores y la de los declarados incapaces.

En cuanto se refiere a los menores los llamados a desempeñarla se esti

pulan en el artículo 483 y 484 del Código Civil.

Tratándose de expósitos o abandonados, la ley los coloca bajo tutela de la persona que los haya acogido, o de los directores de las inclusas, hospicios y demás casas de beneficencia que los reciban (artículos 492 y 493 del Código Civil).

En relación a los demás incapacitados, la ley contempla los distintos casos en que tiene lugar la tutela legítima y determina un orden en el llamamiento en los artículos 486 a 491.

Artículo 486. - El marido es tutor legítimo forzoso de su mujer y ésta lo es de su marido.

Artículo 487. - Los hijos mayores de edad son tutores de su padre o madre viudos.

Artículo 488. - Cuando haya dos o más hijos, será preferido el que viva en compañía del padre o de la madre; y siendo varios los que estén en el mismo caso, el juez elegirá el que le parezca más apto.

Artículo 489. - Los padres son de derecho tutores de sus hijos solteros o viudos, cuando éstos no tengan hijos que puedan desempeñar la tutela, debiéndose poner de acuerdo respecto a quien de los dos ejercerá el cargo.

Artículo 490. - A falta de tutor testamentario y de persona que con arreglo a los artículos anteriores deba desempeñar la tutela, serán llamados a ella sucesivamente: los abuelos, los hermanos del incapacitado y los demás colaterales a que se refiere la fracción II del artículo 484.

Artículo 491. - El tutor del incapacitado que tenga hijos menores bajo

su patria potestad, será también tutor de ellos, si no hay otro ascendiente a quien la ley llame al ejercicio de aquel derecho.

- C) Tutela dativa. Este tipo de tutela tiene lugar cuando no hay tutor testamentario ni legítimo o cuando habiéndolo no puede hacerse cargo de la tutela.

EJERCICIO DE LA TUTELA

El tutor debe cumplir las obligaciones y ejercer las facultades que la ley le otorga y abstenerse de realizar los actos que expresamente se le prohíben.

El tutor debe alimentar y educar al menor o incapaz con arreglo a la condición de éste (artículo 537 fracción I y 538 del C. C.).

El tutor respecto de la persona del pupilo, deberá atender a su salud mental y corporal procurando, si fuere demente o sordomudo, destinar de preferencia, los recursos del incapacitado a la curación de sus enfermedades o a su regeneración si fuese un ebrio consuetudinario o abusa habitualmente de drogas enervantes (artículo 537, fracción II del Código Civil). El tutor está obligado a presentar al juez de lo familiar en el mes de enero de cada año, un certificado de dos facultativos que declaren acerca del estado del individuo sujeto a interdicción, a quien para este efecto, lo reconocerá en presencia del curador. El juez se cerciorará del estado que guarda el incapacitado y tomará las medidas que estime convenientes.

para mejorar su condición (artículo 546 del Código Civil); además el tutor está facultado para tomar las medidas que juzgue oportunas para la seguridad, alivio y mejora del incapacitado, previa autorización judicial otorgada con audiencia del curador y si la adopción de las medidas fuese urgente pueden éstas ser ejecutadas por el tutor, quien dará cuenta inmediata al juez para obtener la aprobación (artículo 547).

Además el tutor deberá cumplir con sus obligaciones con estricta sujeción a las disposiciones del testador cuando se trate de tutela testamentaria, a no ser que el juez de lo familiar oyendo al tutor y al curador las estime dañosas al menor, en cuyo caso podrá dispensarles o modificarlas (artículo 479 del Código Civil).

Tratándose de pupilos indigentes o que carezcan de bienes para los gastos de su alimentación y educación, el tutor deberá exigirlos judicialmente a las personas obligadas a darlos y si el incapacitado no tiene personas que estén obligadas a alimentarlo, el tutor, con autoridad del juez de lo familiar quien oír al curador y al consejo de tutelas, lo pondrá en un establecimiento de beneficencia pública ó privada en donde pueda educarse; si ello tampoco fuere posible el tutor procurará que los particulares proporcionen trabajo al pupilo compatible con su edad y circunstancias personales, con la obligación de alimentarlo y educarlo y si ninguno de estos medios es posible, los incapacitados indigentes serán alimentados y educados a costa de las rentas públicas del Distrito Federal (arts. 543, 544 y 545 del Código Civil).

Representación del pupilo por el tutor. La fracción V del artículo

537 del Código Civil, dispone que el tutor está obligado a representar al incapacitado en juicio y fuera de él, en todos los actos civiles, con excepción del matrimonio, del reconocimiento de hijos, del testamento y de otros estrictamente personales. (7)

TERMINACION DE LA TUTELA

La cesación de la tutela puede entenderse de dos modos, por desaparecer el supuesto de hecho de la misma o sea que no haya ya un incapaz y no sea necesario ni posible ejercer un poder tutelar, o porque sin cesar la incapacidad se extingue, sin embargo la tutela, la cual es substituída por la patria potestad, en el caso de que aparezca persona que deba ejercerla.

Las causas de cesación de la tutela de la primera especie, afectan a la condición personal del incapaz y son la muerte y la desaparición de su incapacidad (artículo 606 frac. I del Código Civil) y los de la segunda se refieren a la extinción de las fundaciones del tutor, porque el incapaz caiga en la patria potestad, por reconocimiento o por adopción. (artículo - 606 fracción II del Código Civil). (8)

=====

(7) Gallardo Garfias Ignacio
Derecho Civil Primer Curso.
Segunda Edición México 1976 p.p. 692 a 700

(8) Gallardo Garfias Ignacio op. cit.

EL ESTADO DE INTERDICCION

La palabra interdicción según la definición que nos da el diccionario de Don Jacinto Pallares es un Sinónimo de prohibición. Suspensión del ejercicio de algún cargo, profesión o beneficio. El estado de incapacidad civil en que se encuentra una persona sea por su edad o por enfermedad mental.

El Código de Procedimientos Civiles en el título décimo quinto del capítulo II nos habla del nombramiento de tutores y curadores y discernimiento de estos cargos, en su artículo 902 no establece "Ninguna tutela puede conferirse sin que previamente se declare el estado de minoridad o de incapacidad de la persona que va a quedar sujeta a ella.

La declaración del estado de minoridad o demencia puede pedirse:

- 1o. Por el mismo menor si ha cumplido dieciséis años;
- 2o. Por su cónyuge;
- 3o. Por sus presuntos herederos legítimos;
- 4o. Por el albacea;
- 5o. Por el Ministerio Público.

Pueden pedir la declaración de minoridad los funcionarios encargados para ello por el Código Civil.

Respecto a la declaración de incapacidad por causa de demencia los

artículos 904, 905 y 906 del mismo Código de Procedimientos Civiles nos establece las reglas que deberán seguirse en el juicio y dice que se acreditará en juicio ordinario que se seguirá entre el peticionario y un tutor interino que para tal objeto se nombre.

INVESTIGACION EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.

La investigación en este campo tal vez más que en otros de la medicina, la investigación científica es necesaria. No es posible planear con acierto las mejores soluciones sin conocer cuales son las necesidades actuales y futuras en términos de prevalencia, causas y consecuencias de los distintos trastornos mentales y de la conducta.

El primer paso es el acopio uniforme de datos: disponer de ellos hace posible la buena administración y permite además informas verázmente acerca de la magnitud y el carácter de los problemas. Además, la investigación tiene un elevado valor formativo para quienes participan en ella. La normatización de los diagnósticos y de otros componentes de las estadísticas, hacen posible participar en estudios Internacionales comparativos.

La investigación dentro del campo de la salud mental es un aspecto de los más importantes y son varias las instituciones a las que se faculta para la realización de la misma, como son la Dirección General de Salud Mental, el Instituto Nacional de Neurología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, dentro de sus respectivas atribuciones.

Lo fundamental dentro de la investigación, es el cumplimiento de lo establecido por el Código Sanitario en sus artículos 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195 y 443.

ARTICULO 187. La Secretaría de Salubridad y Asistencia realizará y promoverá investigación científica que contribuya al conocimiento de los procesos normales de los seres humanos, al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o empleen para el tratamiento de las enfermedades, a la protección de la salud y a la rehabilitación de los inválidos. Al efecto, creará los organismos necesarios y estimulará el funcionamiento de los establecimientos nacionales dedicados a este fin y podrá celebrar convenios con otras entidades, para llevar a cabo programas de investigación científica en esta materia.

En base a este artículo y a lo que señala el acuerdo por el que las entidades de la Administración Pública Paraestatal se sectorizan, se busca la adecuada coordinación de las acciones de aquellas entidades de la Administración Pública Paraestatal con las dependencias de la Administración Central, esto redundará en beneficio del presupuesto de egresos, ya que con la debida coordinación de estas entidades, se pueden realizar las investigaciones en forma programada, debidamente planeadas y sin que se pueda caer en el caso de que se realicen investigaciones en forma repetitiva, además la adecuada coordinación facilita la colaboración entre las instituciones que se encargan de un mismo objetivo, o de objetivos complementarios.

ARTICULO 188. La investigación científica en seres humanos deberá ajustarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica y fundamentarse en la experimentación previa realizada en animales en laboratorios o en otros hechos científicos y sólo podrá realizarse cuando la información que se busque no pueda obtenerse por otro medio.

Considerando que el valor que va en juego dentro de la investigación en seres humanos es nada menos que la vida del individuo, se requiere de normas jurídicas que protejan en forma debida la misma, por lo que es lo más idóneo que se marquen restricciones a la realización de la investigación en seres humanos.

ARTICULO 189. La investigación clínica en seres humanos, sólo podrá llevarse a cabo por profesionales en instituciones médicas que hayan obtenido para tal efecto, la autorización escrita y actúen bajo la vigilancia de la Secretaría de Salubridad.

Para poder coordinar adecuadamente la labor de investigación que se realice en las diversas instituciones es necesario que se conozca por parte de la Secretaría y de su aprobación al respecto y se vigile que las instituciones cumplan con el objeto de la investigación, por gente que conozca perfectamente la materia.

ARTICULO 190. La investigación clínica en seres humanos solo podrá efectuarse cuando, a juicio de la institución médica autorizada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, no exista posibilidad previsible de ocasio-

nar muerte, incapacidad o daño irreparable al sujeto en experimentación.

ARTICULO 191. En caso de que la investigación implique algún riesgo será indispensable el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, libre de toda coacción y después de que se haya explicado claramente el procedimiento a seguir y sus peligros. En caso de incapacidad legal del sujeto a estudio, se deberá obtener consentimiento por escrito de su representante legal.

Esta disposición protege adecuadamente al enfermo mental al establecer que se requiere de la autorización del representante legal para poder realizar la investigación, cuando se trata de un incapaz.

ARTICULO 192. El sujeto en quien se realice la investigación podrá dar por terminada aquella en cualquiera de sus etapas.

Como la investigación debe de realizarse, por parte del sujeto en quien se efectúe con toda libertad, también podrá concluirla cuando este lo desee.

ARTICULO 193. El médico responsable suspenderá la investigación en cualquier etapa de su desarrollo cuando, a su juicio, la continuación de aquella pueda ocasionar lesiones graves, invalidez, o muerte del sujeto en quien se realice la investigación e informará a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en un término de diez días, sobre los motivos que originaron la suspensión, especificando la toxicidad u otra forma de peligrosidad de los -

productos o procedimientos utilizados en la investigación.

ARTICULO 195. En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente.

Como todo avance de la ciencia se realiza a través de la investigación, es necesario otorgar a los médicos facilidades para la aplicación de nuevas técnicas debidamente experimentadas.

ARTICULO 195. La investigación clínica en seres humanos que se realice en contravención a lo dispuesto en este capítulo, hará incurrir al responsable en las sanciones administrativas o penales correspondientes.

ARTICULO 443. Establece una sanción consistente en multa de quinientos a cinco mil pesos a la violación de los artículos antes mencionados.

Consideramos que la multa que se establece es demasiado baja, independientemente de que si se incurre en algún delito se aplique la sanción penal correspondiente, debería actualizarse el monto de la multa, pues la cantidad que se fija es insignificante si comparamos que una investigación mal llevada puede causar fatales consecuencias.

TRATAMIENTO Y HOSPITALIZACION

"En México no podemos aún decir que los programas de salud mental hayan llegado alguna vez al campo. La tarea ha estado limitada a las zonas urbanas donde la población pertenece a uno u otra de dos grandes categorías socioeconómicas; la que está bien asentada en la Ciudad, relativamente instruída, y los habitantes de las barriadas pobres.

Del primer grupo acuden principalmente a la consulta de los centros asistenciales generalmente personas que se quejan de trastornos afectivos, neuróticos o psicósomáticos, mientras que los del segundo grupo de un contingente proporcionalmente más elevado de psicóticos crónicos, epilépticos, débiles mentales y en general individuos socialmente incompetentes. Muchos de estos sujetos han perdido el contacto con sus familiares, viven marginados y rara vez buscan por sí mismos los servicios médicos.

La salud mental de los habitantes de un país no es algo aparte de su salud general. Ambos dependen de las condiciones de la sociedad, tales como la estabilidad económica, la educación, la convivencia social, la integración familiar y también de determinantes más específicos, como el empleo, la habitación, etc.

En nuestro país, la salud mental ha sido desatendida. Ha ocurrido que los recursos, siempre insuficientes, han sido usados para hacer frente a otros graves problemas. No parece que la escasez de medios y la magnitud de otras necesidades justifiquen este abandono, ya que países con menos posibilidades -

que el nuestro, como Costa Rica y Cuba, han tenido logros notables en este campo.

Los desórdenes y las desviaciones mentales representan una grave pérdida económica y social y grandes penalidades para las personas afectadas y sus familiares, por ellos, aunque las causas del abandono son comprensibles, no son aceptables en un sistema que se proclama a sí mismo procurador de la justicia y el bienestar social.

La Dirección de Salud Mental cuenta con 11 unidades hospitalarias con un total de 4500 camas y 14 consultorios de psiquiatría en los Centros de Salud en el Distrito Federal y otros 5 en el resto del territorio nacional, otras instituciones y organismos públicos y privados proveen al resto para completar 8,500 camas, cifra muy pequeña en un país con más de 60 millones de habitantes.

Ni el IMSS ni el ISSSTE cuentan con camas directas para enfermos psiquiátricos.

Nuestros hospitales, hospitales granjas y asilos, adolecen de escasez de personal en relación con el número de pacientes y en varios de ellos no hay programas de rehabilitación. Por la carencia de instituciones intermedias, muchos pacientes permanecen largo tiempo confinados. Su condición deplorable no es tanto resultado de su enfermedad, sino del deterioro social que es consecuencia del abandono. (Ver anexo 2)

Algunos de nuestros hospitales psiquiátricos difícilmente pueden ser considerados como instituciones curativas. Una explicación general de esta situación es que las enfermedades mentales no han perdido el estigma que llevan consigo desde el principio de la historia. Los enfermos mentales rara vez encuentran en sus familias y la colectividad, la tolerancia y el apoyo que hallan otros enfermos, hasta la fecha, los planificadores sanitarios tienden a soslayar la importancia de la morbilidad de las enfermedades y desórdenes mentales.

La falta de desarrollo se explica por lo menos en parte, porque la salud mental ha figurado en los últimos lugares en los presupuestos de salud.

Con frecuencia ocurre que las personas que sufren enfermedades mentales son las más desvalidas de la sociedad. Están desamparadas y no reciben un tratamiento equivalente al que se da a pacientes no psiquiátricos.

En el vasto campo de la salud pública, la población de enfermos mentales pobres conforma una minoría discriminada. Esta situación se manifiesta claramente en el hecho de que el presupuesto que se destina a su cuidado es, por lo menos, 5 veces menor que el que se destina al de otros enfermos.

Lo anteriormente expresado por el Ex-director de Salud Mental, Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, nos manifiesta un panorama difícil al que tiene que en

=====

() De la Fuente Muñiz Ramón op.cit.

enfrentarse el enfermo mental.

Veremos ahora lo que establece la legislación en materia de atención hospitalaria para los enfermos mentales, como ya expresamos es la Ley Orgánica de la Administración Pública la que otorga facultades a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en materia de organización de, creación y administración de establecimientos de salubridad. El Reglamento Interior de la propia Secretaría faculta a la Dirección General de Salud Mental para que establezca normas respecto a las condiciones que deban reunir los establecimientos públicos y privados que atiendan enfermos mentales.

El Reglamento de la prestación de los servicios para la salud en materia de atención médica, cuya aplicación corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en su artículo 4o. nos proporciona el concepto de que se entiende por establecimiento para la atención médica y dice:

ARTICULO 4o. Se entiende por establecimiento para la atención médica, a todo aquel, cualquiera que sea su denominación, que realice actividades médicas destinadas a promover la salud, prevenir y diagnosticar enfermedades, tratar enfermos y rehabilitar inválidos.

Para los efectos de este Reglamento, se equiparan a los establecimientos para la atención médica, las unidades móviles destinadas a las mismas finalidades y en consecuencia se les aplicarán, en lo conducente, las disposiciones de este ordenamiento.

El artículo 5o. del mismo ordenamiento nos da el siguiente concepto de lo -

que se entiende por establecimiento para el internamiento de enfermos.

ARTICULO 5o. Se entiende por establecimientos para el internamiento de enfermos, los destinados a la atención médica, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con camas que se asignen a pacientes para proporcionarles dicha atención, con los recursos necesarios de espacio, personal, equipo y material para lograr ese propósito.

De lo establecido por los dos artículos anteriores podemos desprender que los establecimientos que dan tratamiento a enfermos mentales quedan englobados dentro de las disposiciones que establece el Reglamento para la Prestación de los Servicios en Materia de Atención Médica. Y por tanto deben reunir los requisitos que el mismo establece.

Como comentario al margen diremos que este Reglamento nos fué proporcionado en la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y Asistencia ya que ni en la Dirección General de Salud Mental, ni en los propios hospitales psiquiátricos nos pudieron informar al respecto, lo cual redundaba en que no se sepan las funciones, requisitos y obligaciones que el reglamento establece a las autoridades encargadas de prestar la atención médica a los enfermos mentales.

De lo expuesto anteriormente desprendemos que en lo relativo a la atención médica hospitalaria de los enfermos mentales se han descuidado aspectos fundamentales, como son: El funcionamiento de los mismos hospitales, la seguridad de que el enfermo mental reciba el tratamiento adecuado a su enfermedad y el -

aspecto internación cuando y porque debe de internarse a un enfermo mental, por ello es urgente la expedición de algún ordenamiento que regule estos aspectos en forma específica y que establezca las sanciones y responsabilidades en que incurren las autoridades, por el incumplimiento de lo establecido en las disposiciones aplicables.

Por otra parte se han conocido infinidad de casos en los que al libre arbitrio de un tutor, se ha determinado que un enfermo mental sea internado en un hospital psiquiátrico, aún en casos en que no se requiere, por tanto sería conveniente que existiera alguna autoridad de tipo administrativa que diera autorización respecto de la internación de un enfermo mental.

También es importante que se regule el aspecto externación ya que como expuso el Dr. de la Fuente Muñiz en muchas ocasiones se confina al enfermo mental en forma indefinida, aún en casos en los que lo más saludable para el mismo enfermo mental es que se reintegre a su grupo social.

Por otra parte debe de reglamentarse la aplicación de la internación como medida de seguridad en los casos que no se trate de enfermos mentales delincuentes, facultando a la autoridad de una Institución Hospitalaria respecto a la internación de un enfermo mental que lo requiera en forma inmediata, recabando la autorización posteriormente de la autoridad administrativa que se faculte al efecto.

PREPARACION DE PERSONAL PARA LA SALUD MENTAL.

Otra de las acciones importantes que la administración pública debe desplegar en el campo de la salud mental es la que se refiere a la preparación -- del personal especializado en la materia, que atienda los problemas de salud mental en una forma eficaz y eficiente.

Para cumplir con este objetivo la Secretaría de Salubridad y Asistencia - debe coordinar su acción con las instituciones de enseñanza oficial y con la - Secretaría de Educación Pública

Las cifras que reportan tanto el Plan Nacional de Salud, como el estudio realizado por el Dr. de la Fuente Muñiz reflejan el déficit tan grande que tiene nuestro país, de personal especializado en materia de salud mental y que - es realmente alarmante.

El Dr. de la Fuente Muñiz dice: "El número de psiquiatras es insuficiente y su distribución en el territorio es muy desigual. La porción mínima recomendada por la Organización Mundial de la Salud es de 5 por cada 100, 000 habitantes. Argentina cuenta con 4.1 y Costa Rica con 8 por 100, 000 habitantes.

De acuerdo con estudios efectuados en el Departamento de Psiquiatría y - Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, México contaba en 1976 con 507 psiquiatras, es decir menos de 1 - por 10,000 habitantes, de los cuales en el Distrito Federal hay 364 y en el interior de la República 143. En Monterrey 27, en Guadalajara 27, en Hermosillo

10, en Puebla 9 y en el resto del país 70".

El Plan Nacional de Salud reporta una población total de 400 psiquiatras en todo el país, y los cuales no prestan sus servicios a Instituciones Oficiales.

De esto desprendemos que este campo ha sido totalmente desatendido y que es urgente la preparación de psiquiatras.

En cuanto a trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas, administradores, etc. el déficit es todavía mayor, ya que solo se cuenta con 26 trabajadores sociales especializados en la rama psiquiátrica y con 20 enfermeros -- aproximadamente con adiestramiento formal, por lo que hace a los demás especialistas no los hay con preparación específica.

Una de las metas más urgentes es el adiestramiento que puedan recibir de los especialistas - psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc. el personal de salud general, y estarán capacitados para reconocer las urgencias psiquiátricas, identificar los problemas más comunes y prescribir ciertos medicamentos, referir al enfermo a una consulta especializada y dar apoyo y asesoramiento a la familia. Este personal puede también asumir la vi-gilancia a largo plazo de ciertos pacientes crónicos ahí donde se carece de - - personal de salud especializado. Es la opinión del Ex-director de Salud Mental.

La base legal para el desarrollo de estas acciones se encuentra en la Ley Orgánica de la Administración Pública en su Artículo 39 fracción XVIII, que - señala como facultad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la de admi--

nistrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República, exceptuando aquellos que se relacionen exclusivamente con la sanidad animal.

La acción que urge se tome es el coordinar para que todas las instituciones que se encargan de formación para personal de la salud incluyan una formación general en materia de salud mental y atención psiquiátrica básica que pueda permitir al personal de salud en general coadyuvar a la solución de los problemas tan graves que enfrenta este sector.

Según información transmitida en un programa televisivo en breve se implantará en la Universidad Iberoamericana una nueva carrera que tendrá como objetivo la preparación de Técnicos y Licenciados en rehabilitación Psicosocial para enfermos mentales. Tarea importante que contribuirá en este campo.

EDUCACION PARA LA SALUD MENTAL.

Hemos optado por tratar el tema de la Educación para la Salud Mental al final porque consideramos que es el más importante ya que es del que se debe partir para prevenir el no desarrollo de mayor cantidad de enfermedades mentales.

Respecto a la Educación para la Salud Mental, el Director General de Salud Mental opina " También en el campo de la Salud Mental el péndulo ha oscilado de la individual a la social y del énfasis en la curación, al énfasis en la prevención y la detección temprana de los casos y nadie duda de que es preferible, social y económicamente, prevenir que remediar. La prevención en el campo de la salud mental tienen dos aspectos; uno informar al público, particularmente a quienes ejercen mayor influencia social, como maestros, médicos, dirigentes cívicos y religiosos, acerca de la naturaleza de los problemas, e instruirlos para que sean capaces de identificarlos oportunamente. El otro es la identificación precoz de los casos y su manejo oportuno individual, familiar y social. Si bien se puede decir que la educación para la salud mental comienza en el hogar y continúa en la escuela muchos problemas solo pueden ser abordados en el seno de la sociedad que los crea y los favorece.

La higiene mental básica se ejerce en el seno de la colectividad y una de las tareas es encausar la acción concertada de quienes comparten un interés genuino en los problemas de salud mental".

Una de las facultades también conferidas a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y que tienen como objetivo la salud mental de la población se encamina a la prevención de las mismas enfermedades por medio de la educación para la salud mental que se brinde a la población.

Estas acciones deben de dirigirse en forma más directa a la población urbana debido a que el ritmo de vida al que está sujeta causa graves problemas de salud mental.

Actualmente se considera que las causas de las neurosis son ambientales, es decir, que se deben a las tensiones del vivir. Todos los adultos y muchos niños sufren tensiones, y raro es el adulto que no emplea lo que los psiquiatras llaman defensa neurótica para hacerles frente. (9)

Esta facultad se encuentra contenida en nuestro Código Sanitario en el artículo 3o. cuando establece que son materia de Salubridad General:

- I. La promoción de la salud física y mental de la población.
- II. El mejoramiento de la nutrición y de la higiene incluyendo las medidas relacionadas con aquella, que limiten y prohíban el consumo de alcohol.
- XI. La formulación y ejecución de programas que limiten o prohíban la producción, venta y consumo de estupefacientes, psicotrópicos

=====

(9) Rowar Wilson Johan. Colección Científica de Time Life. La Mente. editado por Offuert Multicolor, S. A. p. 57 y 58.

y otras sustancias que intoxiquen al individuo o dañen la especie humana.

Señalamos estas fracciones porque las medidas que se desprenden de ellas todas coadyuvan a la educación de la población y como consecuencia a la mejoración de la salud mental.

Estas acciones no solo deben ser desarrolladas por las dependencias y entidades o por los organismos que se dediquen a la misma en forma exclusiva, sino que requiere de la participación conjunta de toda la población.

Las actividades que el Plan Nacional de Salud señala para la educación de la población a fin de promover la salud mental en la comunidad, son las siguientes:

1. - Orientar a la población sobre aspectos de integración familiar, - desarrollo de la personalidad infantil, etc.

2. - Orientar a los maestros de enseñanza primaria sobre psicología evolutiva, psicopatología. Consideramos que esta orientación no solo debe de ser a nivel primaria, la etapa de adolescencia es fundamental para el desarrollo sano del individuo, pero lo más recomendable es que sea, a todos los niveles que se oriente a los profesores.

3. - Por orientación prenupcial. Esta acción como lo señala el propio Plan solo se desarrolla en el D. F. y en un porcentaje muy deficiente. Por lo que la acción se debe encauzar hacia la expansión de esta medida.

4. - Orientar a las embarazadas en todo lo relacionado a la higiene del embarazo y al parto. Actualmente el 80% de las mujeres que asisten a

los centros reciben este beneficio, pero si nos ponemos a pensar que proporción hay entre las que asisten a los centros y la cantidad de mujeres - que no solo no reciben la orientación relacionada con la higiene, sino que ni siquiera cuentan con atención médica en el momento del parto, podremos observar que esta cifra es insignificante.

5. - Diagnosticar los padecimientos mentales antes de que su desarrollo impida un tratamiento exitoso. En muchos casos si se detecta a tiempo la enfermedad puede curarse.

6. - Ejercer un control cuidadoso de los pacientes que ya han sido tratados en los medios hospitalarios, para evitar el reinternamiento por recaída. Al respecto ya señalamos la conveniencia de un control de datos de los pacientes que ingresen a las Instituciones.

7. - Rehabilitar, en la medida de lo posible, al paciente que ha recibido tratamiento y debe reintegrarse a la comunidad. Cuando un individuo ha sido retirado de su medio por un período más o menos largo se requiere de una adecuada preparación para que se vuelva a integrar a la comunidad en que se desenvuelve.

Una vez analizada la situación jurídica de los enfermos mentales dentro de nuestra Legislación vigente la cual en nuestra opinión adolece de grandes y graves deficiencias, señalaremos que si en el campo jurídico, el enfermo mental no se encuentra debidamente protegido, en el campo social es menor, aun cuando claro está que estos dos campos no pueden ser desvinculados, ya que por regla general, uno incluye en el otro, si diremos que la situación social que padece el enfermo mental, en nuestro concepto es la más deplorable que puede sufrir alguno de los integrantes de esa mis-

ma sociedad.

Existen cantidad de grupos sociales marginados por diversos factores, a saber la pobreza, la edad, la cultura y la propia enfermedad y dentro de este último se encuentran enfermos de diversos tipos a los que se les presta atención que si no es la óptima, si es mayor a la que se da al enfermo mental, como ejemplo de estos tenemos a los enfermos de cáncer, de enfermedades pulmonares, etc. de los cuales la sociedad se ocupa con mayor atención y respeto, cosa que no sucede con el desdichado enfermo mental, al que por regla general se le rechaza dentro de todos los núcleos sociales, hasta el familiar, - afortunadamente, los Gobiernos de los Estados y de entre estos el de nuestro País se han dado cuenta de que el número de personas que padecen una enfermedad de tipo mental va en aumento, como consecuencia de los problemas que se afrontan y entre los cuales podemos señalar como los más graves a: "La sobrepoblación, la drogadicción, el alcoholismo, la desintegración familiar y el propio ritmo de vida al que tenemos que enfrentarnos" y han tendido a desarrollar mayores acciones y destinar mayores recursos a la atención de este campo y esto lo denota claramente la declaración del presente año como "el Año Internacional de los Inválidos y de Personas con Requerimientos de Educación Especial". Entre los que se cuentan a enfermos con afecciones mentales de diversos tipos.

Pero el Estado no solo ha realizado acciones dentro del campo jurídico - que contribuyen a la prevención ó tratamiento de las enfermedades mentales, sino que a la par ha coadyuvado, con Asociaciones de tipo privado cuya finalidad es ésta, en este caso se cuentan instituciones como Alcohólicos Anóni-

mos, Neuróticos Anónimos, diversas Instituciones que tienen como objetivo la prevención del aumento de población, el establecimiento de Centros de Integración Juvenil en los que se trata de rehabilitar a personas con problemas de farmacodependencia, el establecimiento de programas de tipo recreativo y artístico al alcance de todos los niveles poblacionales.

Por lo que hace al financiamiento de las actividades que se realizan dentro del campo de la salud mental éstas se especifican en el Plan Nacional de Salud en la parte relativa, misma que adjuntamos al final del presente trabajo (ver anexo No. 3).

Por desgracia como ya expresamos el Plan Nacional de Salud no ha sido llevado a cabo en todas sus Metas, pero el futuro es prometedor y en la medida - que contribuyamos al éxito de los programas, contribuiremos al éxito social.

CONCLUSIONES

Esbozada la panorámica socio-jurídico-administrativa dentro de la que se encuadra al enfermo mental, podemos constatar que son múltiples las acciones a realizar, tendientes al mejoramiento de la situación de las mismas y de la salud mental de la población en general, por lo que concluimos proponiendo los siguientes:

1. - Como podemos desprender de lo expresado en el Capítulo Tercero del presente trabajo, mismo que está dedicado al análisis de las Instituciones que de alguna forma tienen directa ingerencia en la atención del Enfermo Mental, la misma se encuentra disgregada entre organismos que presentan una naturaleza jurídica muy diversa, que comprende, organismos, centralizados, desconcentrados, descentralizados, sociedades, asociaciones, organizaciones internacionales, etc., pero estas Instituciones prestan atención a grupos diversos de la población por lo que no podríamos pretender como una acción la concentración de todos estos servicios en un solo organismo, lo que sería recomendable es que la Dirección General de Salud Mental coordinara las acciones a realizar dentro de este campo, toda vez que en base a una adecuada coordinación se podría llevar a cabo el establecimiento de programas únicos a desarrollar en cada una de las Entidades Federativas y el propio Distrito Federal en los que participarán todas estas instituciones, con el auxilio de las autoridades tanto municipales, estatales y federales, para el caso de las Entidades Federativas, así como de las 16 Delegaciones para el caso del Distrito Federal.

2. - En el campo del Derecho Penal y esto se ha tratado bastante con ante--

rioridad sin que se haya encontrado eco a las demandas, requiere de reglamentación la aplicación de medidas de seguridad a enfermos mentales delincuentes, contemplando aspectos como: La internación, externación, seguridad de tratamiento adecuado y el que se proporcione ayuda al interno egresado para reintegrarse a la sociedad.

Por otra parte se requiere la expansión del establecimiento de Instituciones como el Centro Médico para los Reclusorios en cada Entidad Federativa.

Estamos de acuerdo a lo expresado por el maestro Colín Sánchez respecto de que es infructuoso seguir un juicio al enfermo mental y que deben ser solo medidas administrativas, con lo que se concentraría a todos los enfermos mentales a una sola institución a la que nos referimos más adelante.

3. - Por lo que hace al campo administrativo, la medida más urgente y base de toda una nueva estructuración de éste, radica en la elaboración y promulgación de una adecuada reglamentación, la cual en forma clara y precisa contemple los siguientes aspectos:

- a) la internación
- b) la externación
- c) investigación
- d) seguridad de tratamiento
- e) aplicación de medidas de seguridad

Para el cumplimiento de los objetivos de este reglamento, propondríamos

la creación de un órgano administrativo con la obligación de vigilar y proteger los intereses, de los enfermos mentales y autorizar la internación en los casos en que la misma fuera necesaria.

4. - A la par del desarrollo de las acciones señaladas en el punto anterior se requiere que la Dirección General de Salud Mental establezca un sistema de revisión periódica de los planes y programas que deban realizar cada una de las Instituciones dentro del campo de la salud mental, así como cumplimiento de los mismos.

5. - Complementando todo lo ya establecido sería idóneo que se creara una Institución cuya función radicara en prestar el auxilio necesario a los egresados de hospitales psiquiátricos (delincuentes o no, rehabilitados o incurables) a modo de que puedan reintegrarse o adaptarse con éxito al medio en el que se deban desarrollar, en el que con frecuencia no encuentran fácil aceptación.

6. - La realización de programas de preparación de personal a todos los niveles es una medida urgente ya que se carece en la mayoría de los casos de especialistas en la materia, con los que se cuenta son demasiado pocos, y se encuentran concentrados en las áreas de enfermería y medicina y psicología, por lo que se hace necesario la preparación de terapeutas, administradores, sociólogos, criminólogos, etc. para atender las necesidades de esta área.

7. - Por último la medida primordial, la más importante, radica en proporcionar a la población una educación adecuada, que contrarreste la acción de una serie de factores negativos que tenemos que enfrentar en el contexto de la socie

dad actual mismos que causan grave mella en la salud mental de la población. Como ya expresamos con anterioridad estas medidas ya se aplican pero a una población escasa del Distrito Federal, por lo que la acción radica en la expansion de estos programas a todo el país y a toda la población.

BIBLIOGRAFIA

- ANGELES CONTRERAS JESUS
COMPENDIO DE DERECHO PENAL
TEXTOS UNIVERSITARIOS.
- CARRANCA Y TRUJILLO RAUL
DERECHO PENAL MEXICANO
PARTE GENERAL
DECIMOTERCERA EDICION
EDITORIAL PORRUA.
- COLIN SANCHEZ GUILLERMO
DERECHO MEXICANO DE PROCEDIMIENTOS PENALES.
EDITORIAL PORRUA
SEGUNDA EDICION
1970.
- CHAVEZ IGNACIO
MEXICO EN LA CULTURA MEDICA
EDICION DEL COLEGIO NACIONAL
MEXICO, D. F., 1947.
- DICCIONARIO DE PSICOLOGIA
EDITOR HOWARD G. WARREN
TRADUCCION Y REVISION DE E. IMAZ, A. ALATORRE Y L. ALANICO.
FONDO DE CULTURA ECONOMICA.
MEXICO, D. F. 1979.
- ENCICLOPEDIA JURIDICA OMEBA TOMO X
- EUGEN PETIT
TRATADO ELEMENTAL DE DERECHO ROMANO.
- FOUCAULT MICHEL
HISTORIA DE LA LOCURA EN LA EPOCA CLASICA
FONDO DE CULTURA ECONOMICA
TOMO I 2a. EDICION, PRIMERA REIMPRESION.
- FLORES FRANCISCO
HISTORIA DE LA MEDICINA EN MEXICO.
- GUTIERREZ ALVAREZ FAUSTINO
DICCIONARIO DE DERECHO ROMANO
INSTITUTO EDITORIAL REUS
CENTRO DE ENSEÑANZA Y PUBLICACIONES
MADRID 1948.

- GALINDO GARFIAS IGNACIO
DERECHO CIVIL
1a. EDICION
EDITORIAL PORRUA.
- GONZALEZ DIAZ LOMBARDO FRANCISCO
"EL DERECHO DE LA ASISTENCIA Y EL BIENESTAR SOCIAL".
REVISTA DE LA FACULTAD DE DERECHO
NUM. 74 ABRIL - JUNIO 1968.
- INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
PUBLICACION DE LA DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL.
- I F. SLUCHEVSKI
PSIQUIATRIA. TRATADOS Y MANUALES GRIJALVO
2a. EDICION
EDITORIAL GRIJALVO.
- JIMENEZ OLIVARES ERNESTINA
PRENSA MEDICA Nos. 11 - 12.
- MELVIN - ZAX. EMORY L. COWE
PSICOPATOLOGIA
2a. EDICION.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
- PEÑA GUZMAN ALBERTO. ARGUELLO LUIS RODOLFO
DERECHO ROMANO 2a. EDICION
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1960.
- ROJINA VILLEGAS RAFAEL
COMPENDIO DE DERECHO CIVIL
TOMO I
EDITORIAL PORRUA,
MEXICO, D.F. 1970.
- ROWAR WILSON JOHAN
COLECCION CIENTIFICA DE TIME LIFE "LA MENTE"
EDITADO POR OFFSERT. MULTICOLOR. S. A.
- VENEGAS RAMIREZ CARMEN
REGIMEN HOSPITALARIO PARA INDIOS EN LA NUEVA ESPAÑA
EDITADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA.

LEGISLACION

- CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
D.O. de 5 de febrero de 1912, Arts. 89-fracc. I, 90 y 123 fraccs. XIX y XXX.
- LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA.
D.O. de 29 de diciembre de 1976, Art. 39.
- LEY ORGANICA DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL.
D.O. de 29 de diciembre de 1978.
- LEY PARA EL CONTROL POR PARTE DEL GOBIERNO FEDERAL DE LOS ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS Y EMPRESAS DE PARTICIPACION ESTATAL.
D.O. 31 de diciembre de 1970.
- LEY DEL SEGURO SOCIAL
D.O. de 12 de marzo de 1973
Editorial Porrúa, Trigésima Edición.
- LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO.
D.O. de 30 de diciembre de 1959.
- LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUERZAS ARMADAS.
D.O. 29 de junio de 1976.
- LEY DE INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PRIVADA.
D.O. de 2 de enero de 1947
Reformas D.O. de 15 de mayo de 1978.
- CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA COMUN Y PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA FEDERAL.
D.O. de 26 de mayo de 1928.
- CODIGO SANITARIO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
D.O. del 13 de marzo de 1973.
- DECRETO QUE CREA EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA.
D.O. de 27 de febrero de 1952.

- **DECRETO QUE CREA EL CENTRO MEXICANO DE ESTUDIOS EN FARMACODEPENDENCIA.**
D.O. de 6 de febrero de 1975.

- **DECRETO QUE CREA EL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA.**
D.O. de 26 de diciembre de 1979.

- **REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD.**
D.O. de 10 de agosto de 1973.

- **REGLAMENTO INTERIOR DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL.**
Expedido el 29 de enero de 1979.

- **REGLAMENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA LA SALUD EN MATERIA DE ATENCION MEDICA, CUYA APLICACION CORRRESPONDE A LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.**
D.O. 12 de noviembre de 1974.

- **MANUAL DE ORGANIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD.**

ANEXO 1

INFORME

SOBRE LOS

ESTABLECIMIENTOS DE BENEFICENCIA Y CORRECCION

DE ESTA CAPITAL;

DE CATAMORCOS,

SOCIEDAD DE LOS FONDOS EFECTIVOS DE LOS REALES AGUACANTAN
Y PLAS GENERAL DE BUENAVISTA,

PRESENTE

POR JOSÉ MARIA ANDRADE.

MÉJICO, 1861.

ESCRITO, PÓSTUMO

EL

DON JOAQUIN GARCIA ICAZBALCETA,

VERIFICADO POR SU HIJO

LUIS GARCIA PIMENTEL,

INDICADO POR SU HIJO EN LA REAL ACADEMIA DE LA HISTORIA, DE MADRID

MEMORIA

DE LAS SENSACIONES DE GEOGRAFIA Y DE AMERICANISTAS, DE PARÍS.



MÉJICO

MODERNA LIBRERIA DE EDUCACION

de José L. Valdejo, S. en C., - Calle de San Juan el Real número 3.

PARIS

EN CASA DE A. DONNAMETTE
30, RUE DES FARGES-VEUX

MADRID

LIBRERIA DE GABRIEL SANCHEZ
PALACIO DE CARRIZOS, N. 21.

1907

HOSPITAL DE SAN HIPÓLITO

La fundacion de este Hospital de locos se debe al V. P. Fr. Bernardino Alvarez, fundador al mismo tiempo de la óden ó congregacion de los Hermanos de la Caridad, conocidos por los «Hipólitos.» La primera fundacion se hizo en la calle de San Bernardo, y despues se trasladó al lugar que hoy ocupa. Esto pasaba en el último tercio del siglo 16, y la iglesia de San Hipólito fué célebre y conocida hasta muy entrado el siglo actual, por el paseo del Pendon y fiesta solemne que anualmente se celebraba en ella, en memoria de la toma de México por Cortés, el 13 de Agosto de 1521, dia de San Hipólito. Desde la extincion de las religiones hospitalarias, quedó esta casa á cargo del Ayuntamiento.

Se compono el edificio de una vivienda alta para el administrador, con vista á la calle consta de cinco piezas principales, y otra en que vivo el P. Capellan. Toda la parte baja exterior, fué vendida por el gobierno hace unos veinte años.

El interior ó verdadero hospital, que es un edificio

distinto del que se ve por la calle, y sólo está contiguo á él, tiene una disposicion agradable á la vista y diversa de la ordinaria. Son tres departamentos con tres patios; y aunque una parte consta de dos pisos, á primera vista parece todo de uno solo. El primer departamento tiene los siguientes letreros que indican su destino: *Epilépticos; Eclesiásticos; Enfermería; Botica; Baños.* Son por total veintitres piezas alrededor de un patio, que tiene varias plantas de adorno y una fuente. Los epilépticos son diez, y los eclesiásticos seis; porque es de advertir que hace poco se refundió en este hospital el de la Santísima Trinidad, destinado ántes expresamente para los eclesiásticos faltos de juicio. La enfermería es sumamente pequeña, pues sólo caben en ella cuatro cámas de hierro. De los baños no hay más que el sótano.

El segundo departamento es un patio con portales; lo forman veinticinco celdas en alto, divididas en dos secciones, cada una con su respectiva escalera, y otras veinticinco celdas en bajo, húmedas y mal ventiladas. Dos de ellas están destinadas á la roperia, que lo es sólo en el nombre, pues todo lo que existe en ella se reduce á unos trapos viejos y un poco de lana en greña. Otras tres celdas ocupan los mozos, y quedan cuarenta y cinco para los enfermos, siendo los de este departamento los idiotas, furiosos, incurables, alborotadores, ancianos y desaseados. Sus cámas se reducen á una tarima de madera con un petate, y ni aun eso logran todos; para cubrirse tienen cuando más

una frazada raída. Los del primer departamento están mejor alojados, pues en general tienen cámaras completas; pero porque las han traído de sus casas. En medio del patio de este segundo departamento hay una fuente mediana; al lado de ella cuatro piedras para lavaderos, y varios arriates con flores y arbustos. En esa fuente se bañan los locos, con grave detrimento de la decencia.

Por este patio se entra á la cocina y refectorio, que son dos piezas muy buenas. Junto á la cocina tiene su habitación el cocinero.

El tercer departamento, que como los otros tiene su patio con su fuente y sus flores, se compone de veinticinco celdas divididas en secciones *Distinguidos*, *Convalecientes*, *Observacion*. Los distinguidos sólo pueden reputarse como tales, porque toman chocolate por mañana y tarde; en lo demás son tratados bajo el mismo plát que el resto de los enfermos, á pesar de que pagan una pensión de 5 á 16 pesos mensuales. La suma de las pensiones llega á 63 pesos, y como son sólo los distinguidos, resulta un término medio de diez pesos cuatro reales, lo que parece demasiado por sólo el doble chocolate, y ciertamente que no es tal la intencion de las familias que pagan esas pensiones hasta de diez y seis pesos para que sus deudos estén mejor asistidos.

Comprende además este departamento la capilla

que realmente no es más que un altar en un dormitorio, dentro de ella misma existen cinco celdillas, una de las cuales sirve para sacristía, siendo muy de notar que en las cuatro restantes habitan y duermen enfermos; cosa no justificada por la necesidad, y que demanda un remedio inmediato. Aun hay otras dos celdas pequeñas para los mozos. Hay también un pitio muy reducido, con una fuentecita y dos lavaderos: queda inmediata una pieza muy estrecha llamada *el descanso*, porque allí se depositan los cadáveres para que el facultativo verifique la autopsia. No llena su objeto, porque es tan pequeña que el médico prefiere salir á practicar esa operacion al patio.

La entrada y salida de los departamentos es un pasadizo cubierto, que tiene sus correspondientes tragaluces y termina en la portería.

Junto al refectorio se encuentra la entrada al jardín. Para llegar á él se atraviesa un pequeño patio donde están las hornillas para calentar el agua de los baños. El jardín fué en otro tiempo muy extenso; pero está arrendada por largo plazo la mayor parte de él. El arrendatario construyó una tapia alta, buena, y de mucha extension para reparar la parte que le correspondía en su contrato, de la que dejaba á los enfermos. Esta es bien reducida, y está casi abandonada, aunque entre las obligaciones del arrendatario está la de tenerla cultivada. De todos modos, se conoce que los enfermos no se aprovechan de ella.

El número de éstos es de ochenta y cinco: hay además diez sirvientes, un médico que no reside en el establecimiento, un capellán y un administrador que disfrutan de habitación, según queda dicho.

Los alimentos que reciben los enfermos, son el desayuno de una taza de atole y una torta de pan. Entre once y doce la comida, compuesta de caldo, sopa, carne, un principio, frijoles y una torta de pan, ú ocho tortillas; un panbazo además. De cinco y media á seis se les sirve la cena, que es un guisado de carne, frijoles, y una torta de pan ó seis tortillas.

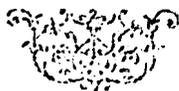
Los vestidos de los enfermos se encuentran en un estado deplorable. Ya puede suponerse que estos desgraciados, lejos de conservarlos en buen estado, con frecuencia los ensucian y destruyen de propósito. No da la casa la ropa suficiente, y sólo están medianamente provistos los que la reciben de sus familias. De las cámas algo he dicho, y no puede afirmarse que haya una sola en buen estado. Encontré el edificio en general aseado y aun adornado, por ser la víspera del santo patrono; pero no diré lo mismo de las personas de los locos y de sus celdas.

Los enfermos reciben los domingos la visita de sus familias, lo que es justo, salvo que el facultativo disponga lo contrario como medio de curación; pero no parece serlo que las familias aprovechen esa franquicia para llevarles, como suelen hacerlo, comidas in-

digestas y perjudiciales á su salud. Lo propio debe decirse de las comidas extraordinarias que les da la casa el día del patrono San Hipólito y el de los Santos Inocentes. Acostumbrados durante todo el año á un alimento igual y sencillo, no podrá ménos de serles pernicioso un repentino recargo de estómago, órgano que tanta influencia tiene en el cerebro. Un sentimiento laudable de caridad motiva esas comidas extraordinarias, pero á lo ménos debiera intervenir en ellas el facultativo, para impedir un tal resultado de la voracidad tan común en los locos. A mi entender lo que se gasta en comidas extraordinarias valdria más emplearlo en una provision de cigarros para distribuirlos moderadamente durante todo el año, porque es sabido que los locos son aficionadísimos á ellos, y es lo primero que piden á las personas que van á visitarlos, de manera que cuantos van á ver el establecimiento se provea de cigarros con anticipacion, ó el administrador cuida de dárselos, para que distribuyan entre los locos lo que para ellos es un artículo de primera necesidad.

Aun cuando el hospital de S. Hipólito esté lejos de llenar las condiciones de una verdadera casa de locos, no dudo que una administracion inteligente pudiera sacar de él mucho más partido, como lo prueba el estado del Hospital del Divino Salvador, edificio muy inferior á S. Hipólito bajo todos aspectos. Las graves fallas que en este último se notan, son remediabiles en mucha parte con sólo quererlo, porque allí

el edificio es mucho mejor que la administracion. Al exponer esas faltas, callando otras muchas y muy graves que todos aseguran se cometian allí, no es mi ánimo en manera alguna culpar al actual administrador; cuatro ó cinco dias llevaba de desempeñar su destino cuando verifiqué mi visita, y ciertamente que no podria exigírsele que en ese tiempo las hubiese remediado.



HOSPITAL DE SAN HIPÓLITO.

El edificio, aunque de agradable disposición, no puede llenar el objeto á que se ha destinado. Es, pues, preciso construir de nueva planta un hospital de locos; pero entretanto, el actual ganaría mucho con solo atender como es debido á su administracion. Siendo ésta buena, remedia ó atenúa en gran parte los defectos del edificio.

Las mejoras más urgentes son las de construir una enfermería y proporcionar ropa de cama y de uso á los enfermos, que casi carecen de ella, sobre todo de la primera. Por lo mismo que aquellos desgraciados faltos de razon, no pueden elevar una queja, ni reclamar contra el mal tratamiento que reciban, es necesario proporcionarles las comodidades posibles, y vigilar escrupulosamente sobre la conducta de todos los empleados y sirvientes del establecimiento. Se necesitan tambien allí unos baños construidos con inteligencia, y sería conveniente procurar el recobro de las accesorias de la fachada que hace tanto tiempo fueron vendidas; lo mismo digo de la mayor parte

del jardín que no hace mucho se arrendó por largo plazo.

Conviendría procurar á los locos alguna ocupacion compatible con su estado, y la mejor seria el cultivo del jardín. Que sea pequeña la parte de este que ha quedado, no parece ser razon para que no se apro-



HOSPITAL DEL DIVINO SALVADOR.

Apénas hay quien ignore que un carpintero llamado José Sáyago fué el primero que recogió en su casa las locas, que por falta de asilo vagaban por las calles de la ciudad. Protegido eficazmente en su benéfico ejercicio por el Hmo Sr. Arzobispo Aguiar y Seijas, tomó mayor ensanche el pequeño Hospital, hasta que despues de varias traslaciones vino á establecerse definitivamente hácia 1760 en el lugar que hoy ocupa y es una casa grande en la Calle de la Caneoa. Hacc algunos años que el gobierno lo puso á cargo de la Sociedad de S. Vicente de Paul, la que aun conserva la direccion inmediata, y se entiendo con el Ayuntamiento.

El edificio consta de cuatro patios: uno pequeño á la entrada, formado por una pieza que sirve de recibidor, un pequeño jardín con su fuente, y la capilla, que es una simple sala, pero suficiente para su objeto y bien adornada.

A la derecha de la entrada queda otro patio formado por el cuarto de la portera, un dormitorio para

las Hermanas de la Caridad, la sacristía, una enfermería con cuatro cámaras, una pequeña pieza para botica, y veinticuatro celdas para locos con una cama cada una: un jardín con su fuente en el centro y una bomba. En los altos está la sala de epilépticas con trece cámaras, una pieza chica para guardar muebles, y dos para despensa.

En el otro patio está un baño bien arreglado, ocho cuartos con otras tantas cámaras: otro para depósito de cadáveres: un jardín con su fuente y enverjado de madera.

En el último patio están el comedor y sala de labor para las Hermanas; una sala de labor para las enfermas; la despensa; la cocina con brasero económico; el refectorio para las enfermas; diez y nueve cuartos con una cama cada uno; un cuarto para guardar leña y carbon; otro para materiales de albañilería; un estanque cubierto, con lavaderos en el centro. En los altos hay un departamento para distinguidas, con cuatro cámaras en cuatro piezas; once cuartos con una cama cada uno; otros seis de á dos cámaras, y una pieza para guardar semillas. Reuniendo el número de cámaras se vé que asciende á noventa y cinco. El de enfermas es de setenta y seis. El médico y capellán tienen habitacion en el establecimiento, con entrada particular por la calle.

Los alimentos varían, segun lo dispone el faculta-

tivo; pero en general consisten en desayuno á las siete, comida á las once, y cena á las cinco y media: á algunas enfermas se dá además una ligera merienda á las tres. Reciben tambien vestido suficiente segun su clase, y se ocupan en algunos trabajos ligeros, compatibles con su estado. Las cunas son de hierro, con dos colchones, muy aseadas, y perfectamente provistas de ropa.

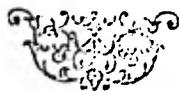
Es imposible sacar mayor partido de aquel local, ni mejorar el asco y buen orden que en él reina. Si el edificio correspondiera á su administracion, nada habria que pedir. La casa de locos y la de niños expósitos son indudablemente los dos establecimientos de beneficencia que deberian servir de modelo á los demás.

El hospital del Divino Salvador tiene para su administracion y servicio las personas siguientes: un director, individuo de la Sociedad de S. Vicente de Paul, que no goza sueldo alguno; un administrador con el cinco por ciento de lo que se recauda; seis Hermanas de la Caridad; un médico; un capellan; cinco sirvientas, y un mozo que no duerme en la casa.



HOSPITAL DEL DIVINO SALVADOR.

Ménos todavía que el de S. Hipólito, es propio este edificio para su objeto. Una administracion esmerada ha sabido, sin embargo, sacar de él todo el partido posible; pero su poca estension opondrá siempre un obstáculo á muchas mejoras. El aseó y buen órden de la casa no me dejan lugar de pedir allí ninguna reforma inmediata. Ojalá de todos los establecimientos de beneficencia pudiera decirse lo mismo, y que todos estuvieran como está el Hospital del Divino Salvador.



ANEXO 2

La gente que viene de la provincia, al no tener posibilidades de trabajo en el campo, crea un problema de inserción económica; el marginado no encuentra la posibilidad de integrarse con su familia a las actividades del terreno social en donde está acostumbrado y migró a la zona de la ciudad donde se encuentra en el sector rural. Esto fue uno de los planteamientos más fuertes del doctor Juan Cuélli de la Asociación Psicoanalítica y Mexicana en un discurso que sostuvo con el doctor Gerardo Méndez de la Asociación Psicoanalítica de México y el doctor Juan Cuélli de la Universidad de Campeche en el Instituto Mexicano de Seguro Social.

Fue así que la Universidad de Campeche recibió a un grupo de profesores de la UAM y de la UNAM, quienes en un momento de la sesión de la tarde se reunieron para discutir el tema de la migración.

El marginado no tiene posibilidad de integración, señala José Cuélli, de la Asociación Psicoanalítica

Javier Molina

Como, procesos sociales que han producido desde el punto de vista sociológico. Se refirió también a sus propios estudios en el campo de la migración en México, que demostraron que la UAM es un instituto de trabajo que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.

El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales. El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.

de las estructuras del sector. De acuerdo con el doctor Cuélli, el nivel de marginación es el resultado de la migración de los campesinos. En su opinión, uno de los principales factores que contribuyen a esta marginación es el nivel de desarrollo de las zonas rurales. El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales.

El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales. El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.

lando realizar este trabajo me encontré con un grupo de personas que se dedicaban a la agricultura. El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.

una de las características de la migración en México y en Centroamérica es que el trabajador no abandona el lugar de sus habitantes que emigran del campo a la ciudad mexicana para trabajar y enfrentar los altos costos de producción de los productos agrícolas en las zonas rurales. El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.

ciónes de los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.

El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales. El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.

También señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales. El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.



El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.

"Al luto siempre se le ha negado la palabra", dicen miembros de la UAM

David Martín del Campo

Los miembros de la UAM señalan que el luto siempre se le ha negado la palabra. El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.

El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales. El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.

El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales. El doctor Cuélli señaló que los subsidios de la UAM son una forma de migración que produce un número importante de migrantes que se trasladan fuera de sus zonas rurales. El estudio ha demostrado que los beneficiarios de los subsidios de la UAM son personas que viven en las zonas rurales.

ANEXO 3

SALUD MENTAL

I. SITUACION ACTUAL

a) Daños a la salud

Debemos empezar por reconocer que los datos con los que contamos acerca de los problemas actuales que atañen a la salud mental en México, no alcanzan un grado significativo de validez. Sin embargo, hay razones para suponer que en materia de padecimientos psiquiátricos, nuestro país comparte iguales o parecidas cifras con otros países en los que se han hecho estudios epidemiológicos de alto significado.

Así, en lo que respecta al rubro de la psicosis (que comprende los trastornos esquizofrénicos, las psicosis maniaco-depresivas y otros cuadros), podemos considerar que la prevalencia oscila entre 5 y 10 por cada mil habitantes.

En relación con el alcoholismo, se ha señalado un coeficiente promedio de 6.2 por mil. La epilepsia, padecimiento que con justicia consideramos dentro de los problemas neuropsiquiátricos, tiene una prevalencia entre nosotros de 5 a 6 por cada mil. El retardo mental alcanza una cifra de 12.2 casos por cada mil habitantes, pero el 75% de los retrasados sufre un retardo leve, en tanto que los casos que ameritan intervención especializada con fines de rehabilitación (con un coeficiente mental menor a 50) constituyen aproximadamente 4 por cada grupo de 1,000 niños de 10 a 14 años de edad, que es cuando la deficiencia se identifica con mayor facilidad.

Para hacer mención a un problema de salud mental que siempre debe considerarse en las tasas de morbilidad, diremos que el suicidio se presenta en la proporción de 2.1 por cien mil habitantes, cifra que ha permanecido estable en los últimos 10 años. El homicidio, tiene una prevalencia entre nosotros de 22.5 por cada cien mil habitantes.

En relación con los problemas surgidos durante la pasada década, podemos decir que la farmacodependencia ocupa un sitio de importancia, dado el elevado porcentaje de jóvenes que viven en nuestro país y que potencialmente representan un aumento en la incidencia de este complicado fenómeno médico social. Pese a que contamos con algunos estudios epidemiológicos significativos, no podemos decir en justicia que conozcamos a fondo la incidencia y las características distributivas de la farmacodependencia en México. Datos recientes, derivados más de la experiencia diaria de los especialistas que de las investigaciones epidemiológicas bien planeadas, indican

el inicio de un descenso en la curva de incidencia, después de una meseta que se sostuvo por algún tiempo.

b) Recursos

El número de camas que en todo el país se dedican a los enfermos psiquiátricos no alcanza la cifra de 8,000, incluyendo los servicios privados. Más importante que este déficit, es el que se refiere a los servicios de salud mental comunitaria, puesto que en ellos se hace la labor fundamental de prevención primaria y secundaria. Quince centros de salud mental comunitaria cubren el Distrito Federal y solamente hay otros cuatro en el interior de la República, aunque a ellos habría que agregar todos los servicios que prestan el Departamento Central, IMSS e ISSSTE, a través de consultas externas especializadas. Pero aparte de que son buenos sitios de identificación de casos iniciales y de tratamiento ambulatorio, poco hacen por la promoción de la salud mental.

El déficit en el personal especializado también es importante. En el país sólo hay poco más de 400 psiquiatras con estudios de postgrado, la mayoría de los cuales no prestan sus servicios en instituciones oficiales. En México no hay trabajadores sociales psiquiátricos y la mayoría de los psicólogos no se interesan por la psicología clínica y la psicología social.

Los presupuestos que se destinan en el país a la promoción de la salud mental y al tratamiento de los padecimientos psiquiátricos, son definitivamente muy bajos.

II. OBJETIVOS GENERALES

Son objetivos generales y permanentes del programa nacional de salud mental los siguientes:

1. Valoración de la situación real de los desórdenes psiquiátricos existentes en la República Mexicana (estudios epidemiológicos).
2. Promoción y preservación de la salud mental en la población aparentemente sana, propiciando la reafirmación del individuo como un ser que desarrolla sus potencialidades específicamente humanas, tales como las artísticas, las recreativas y las de carácter intelectual.
3. Prevención específica de los trastornos psíquicos y conductuales en la población general.
4. Detección temprana de los casos de alteración de la salud mental, para proporcionar el tratamiento oportuno.
5. Rehabilitación de los inválidos psiquiátricos.
6. Formación del personal especializado en relación con los problemas de salud mental, fundamentalmente los médicos psiquiatras.
7. Participación activa de todos los organismos oficiales y descentralizados que

trabajan por la salud mental en los programas específicos como el de la farmacodependencia, el del alcoholismo y otros.

III. METAS

1974-1976

1. Crear por lo menos cuatro centros de salud mental comunitarios en el Distrito Federal y ocho en las entidades federativas.
2. Crear unidades psiquiátricas en hospitales generales y promover que los nuevos que se construyan dediquen como mínimo el 5% de sus camas a la atención psiquiátrica.
3. Aumentar el número de camas para enfermos recuperables en hospitales regionales y estatales, en un total de 800.
4. Construir albergues para enfermos irrecuperables en el Distrito Federal y en las entidades federativas.
5. Construir talleres protegidos para la rehabilitación de pacientes psiquiátricos.
6. Descubrir y someter a tratamiento a pacientes epilépticos y otros con trastornos psíquicos y de conducta.
7. Crear un centro de integración juvenil en cada una de las entidades federativas y en todas las poblaciones fronterizas.

1983

1. Crear 28 nuevos servicios de psiquiatría comunitaria; 10 en el Distrito Federal y 18 en las entidades federativas.
2. Incluir, en hospitales generales, anexos psiquiátricos que representen el cinco por ciento del total de las camas; dos en el Distrito Federal y 14 en entidades federativas.
3. Crear tres hospitales regionales y tres estatales con un total de 2,700 camas para enfermos recuperables.
4. Construir once albergues para enfermos mentales irrecuperables con un total de 2,500 camas; dos para el Distrito Federal y nueve foráneos.
5. Lograr que funcionen en todas las entidades federativas del país centros de integración juvenil y unidades de urgencias para la atención de casos de farmacodependencia.
6. Instalar 10 talleres protegidos para el Distrito Federal y entidades federativas.

IV. ACTIVIDADES

1. Para mejorar la asistencia psiquiátrica hospitalaria se recurrirá al aumento de número de camas como ya se expresó, la reorganización interna de los hospitales

psiquiátricos con el objeto de alcanzar una mayor eficiencia y la elevación del nivel de enseñanza dentro de la residencia en psiquiatría. También deberá incorporarse al trabajo hospitalario y de los centros de salud mental comunitaria, más personal paramédico como el psicólogo clínico, la enfermera psiquiátrica y el trabajador social.

2. Las actividades de los centros de salud mental comunitaria deberán dirigirse fundamentalmente a promover y reforzar la higiene mental en tres niveles:

- a) El personal
- b) El familiar
- c) El colectivo

La educación higiénica será así una actividad importante de esos centros. Pero también lo es la impartición de consultas a pacientes ambulatorios, el diagnóstico de los casos iniciales y el control de los enfermos en tratamiento que han dejado el hospital especializado.

3. Los objetivos apuntados en el caso de la farmacodependencia exigen actividades específicas que podemos resumir así:

- a) La prosecución de los estudios epidemiológicos en todo el país.
- b) La realización de diversos trabajos de investigación científica.
- c) La campaña permanente de educación higiénica al público, siguiendo los lineamientos que señale el Consejo Nacional de Salud Mental.
- d) La preparación del personal especializado que interviene en la campaña.
- e) El tratamiento y la rehabilitación del mayor número posible de casos. En general, se puede decir que se actuará informando, previniendo, investigando, tratando y rehabilitando. En esta tarea será fundamental la acción que provea del CEMEF (Centro de Estudios Mexicanos en Farmacodependencia), organismo que deberá aplicar sus recursos a la consecución de objetivos prácticos y a corto plazo.

4. En materia de legislación psiquiátrica, las principales actividades consistirán en la elaboración de una serie de conceptos normativos en el campo de la psiquiatría forense sobre todo en cuanto a sus relaciones con el Derecho Penal, el Civil y el internamiento de los enfermos mentales, a fin de proponerlos para ser incorporados a los ordenamientos vigentes.

V. ESTRATEGIAS

Tanto para aumentar el número de camas destinadas a los pacientes psiquiátricos como para ampliar los trabajos tendientes a promover la salud mental, es indispensable la participación de los gobiernos locales de los estados de la República. Los grandes hospitales psiquiátricos pueden substituirse ventajosamente con la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales, tarea en la que es más probable la participación de los gobiernos estatales, como ya se hizo en Saltillo, Coah.

el establecimiento de nuevos centros de salud mental comunitaria, podría seguirse el ejemplo de lo hecho en Tijuana, B.C.

Junto a esas acciones que llevarían a la provincia las actividades tanto asistenciales como preventivas, deben estimularse las que corresponden a los organismos descentralizados. Buenos centros para la consulta externa que abarcarían los trabajos de prevención primaria y secundaria, serán la base de una psiquiatría social verdaderamente efectiva. Pero si su creación se deja exclusivamente al organismo oficial que tiene menos fondos para este fin, el avance será lento, pero al mismo tiempo será la base de una psiquiatría social verdaderamente efectiva.

La preparación de los especialistas será mejorada: ya que el nivel de enseñanza no es el más adecuado actualmente. Este mismo año se ha renovado y reestructurado totalmente el programa de la residencia en psiquiatría del hospital *Fray Bernardino Alvarez*, el más grande del país y el único para pacientes agudos, exclusivamente.

El organismo oficial directamente encargado de la salud mental del país (la Dirección General de Salud Mental de la SSA) debe sufrir también una reorganización total. El plan para los cambios existe, y sólo falta el apoyo económico para ponerlo en marcha.

En México hacía falta un organismo rector y coordinador de las actividades en favor de la salud mental, dotado de la autoridad para impulsar el desarrollo de programas específicos a través de las diferentes dependencias oficiales y descentralizadas. El Consejo Nacional de Salud Mental, recientemente creado, se encargará de esta tarea, con la ventaja de que se evitarán las acciones aisladas que no obedecen a un plan general fundado en la información sobre la realidad.

El consejo asesorará a todas las instituciones, oficiales, descentralizadas y privadas relacionadas con la salud mental, en lo que toca a la preservación y promoción de la misma y a la asistencia psiquiátrica. También estimulará la formación de personal especializado y la investigación científica en la materia e igualmente favorecerá la más amplia comunicación y coordinación entre las instituciones nacionales y extranjeras.

Para el caso de los trabajos en relación con la farmacodependencia, la estrategia consistirá principalmente en obtener las normas generales del Consejo Nacional de Salud Mental, para aplicarlas a través de los organismos que lo integran, en especial el CEMEF y la SSA.

Un grupo de trabajo estudia ya los aspectos de la legislación psiquiátrica más importantes. Próximamente presentará conclusiones para someterlas a la consideración de la autoridad competente.

VI. ORGANIZACION

A la Dirección General de Salud Mental de la SSA corresponde la acción principal, pero es obvio que cada una de las dependencias oficiales y descentralizadas que

prestan servicios médicos a grupos de población que han adquirido derecho a ello, deberán encargarse de promover tanto las actividades preventivas como las asistenciales. El organismo rector a que nos referimos en el capítulo de estrategias dará las normas, y las diferentes instituciones aplicarán sus propios recursos, evitando que los esfuerzos, dispersos e insuficientes, se pierdan como hasta ahora.

Con la organización actual casi se garantiza el que las acciones no sean eficaces. Deberán crearse los departamentos técnicos encargados de la coordinación y vigilancia de los trabajos. El nuevo modelo programado en la Dirección de Salud Mental podría ser la base para una generalización en otros organismos. Los departamentos de enseñanza e investigación, psicología, bioestadística, psiquiatría social, asistencia hospitalaria y otros, se juzgan indispensables para asegurar una actividad efectiva. Su creación, ya bien estudiada, depende de un mayor suministro de fondos.

VII. COSTO Y FINANCIAMIENTO

La Secretaría de Salubridad y Asistencia destina \$99.814,891.36 que se aplican principalmente para cubrir los presupuestos de sus doce hospitales especializados y \$1.500,000.00 a las labores de salud mental comunitaria que se obtiene de las cuotas de recuperación de las instituciones hospitalarias.

En materia de farmacodependencia, el gobierno federal creó desde hace dos años el CEMEF, cuyo presupuesto para este año fue de \$13.000,000.00. Esta cantidad, aplicada a la promoción de la salud mental y a la prevención de los desórdenes de la conducta, entre los que se cuenta la propia farmacodependencia, permitirán acciones más consistentes y de mejores consecuencias.

Se estima que el desarrollo de las acciones comprendidas en el programa requerirán, en principio, un incremento presupuestal de \$14.000,000.00 que se destinarán a mejorar las asignaciones de la Dirección General de Salud Mental, a los centros de salud mental comunitaria, talleres protegidos, investigación y otras acciones. El presupuesto para aumentar el número de camas será resultado de los estudios y proyectos respectivos.

VIII. BASES PARA EL CONTROL

Algunos de los aspectos del programa nacional de salud mental son de muy difícil evaluación; por ejemplo, los que se refieren a la prevención de las enfermedades mentales. De todos modos puede considerarse que la evaluación deberá hacerse en tres niveles:

- a) A nivel de los responsables de los proyectos específicos con el dictamen de las instituciones a las que jerárquicamente queden adscritos.
- b) A nivel de la integración sistemática de los diferentes programas en su avance progresivo.

c) A nivel de los criterios y políticas de la Dirección General de Salud Mental y del Plan Nacional de Salud, según lo ha señalado el propio Secretario del Ramo.

El control de los subprogramas parciales y del programa general corresponderá a la propia Dirección General de Salud Mental, a través de sus distintos Departamentos, salvo en los organismos intersecretariales como el Consejo Nacional de Problemas de Farmacodependencia, donde la intervención nuestra se hará a nivel de participante.

Subprograma 7.1

PSIQUIATRIA COMUNITARIA

I. SITUACION ACTUAL

Los padecimientos cuya etiología es primordialmente psicogénica han aumentado en las últimas décadas como resultado de una serie de factores socioculturales y económicos, que se reconocen como coactuantes sobre todo en los países desarrollados y los que están en el proceso de desarrollo. Las neurosis, las psiconeurosis, los padecimientos psicósomáticos, las farmacodependencias (alcoholismo y otras), son trastornos cuya incidencia es alta y tiende a aumentar, lo mismo que las deficiencias mentales en el menor, aunque éstas no dependan tanto de los factores psíquicos propiamente dichos. Cifras como las de 6.2 alcohólicos verdaderos por cada mil habitantes, poco más de 1% de deficientes que necesitan cuidados especiales (medico-pedagógico) y 2.1 suicidas por cada 100,000 habitantes, obligan a una acción preventiva intensa. Este es precisamente el campo de acción de la psiquiatría comunitaria, disciplina que intenta atenuar los factores etiológicos de los padecimientos mentales sobre todo aquellos que acrían sobre la población más expuesta: las clases económicamente débiles de las zonas urbanas y los menores de edad (comprendidos entre el nacimiento y la adolescencia).

Para encargarse específicamente de esta acción preventiva, la Dirección General de Salud Mental creó recientemente el Departamento de Psiquiatría Comunitaria, cuya labor se ha coordinado desde un principio con otras dependencias oficiales: La Dirección General de Salubridad del Distrito Federal, la Dirección General de los Servicios Coordinados en Estados y Territorios, las delegaciones del Distrito Federal y otras.

Pero además de los esfuerzos que la Secretaría de Salubridad y Asistencia realiza en este campo, otros organismos, descentralizados unos y oficiales o privados otros,

actúan también preventivamente, aunque en forma incoordinada y obedeciendo a programas diferentes.

Debe señalarse aquí la necesidad absoluta de un Plan Nacional de Salud Mental Comunitaria que coordine esfuerzos y unifique objetivos, metas y actividades. Es de esperarse que el Consejo Nacional de Salud Mental, recientemente creado, cumplirá ampliamente con la formulación de ese plan.

Los recursos humanos, materiales y financieros que a continuación se enumeran, señalan claramente las deficiencias que actualmente padecemos, pero dan cuenta de un esfuerzo importante que se ha emprendido en este campo.

La Dirección General de Salud Mental cuenta con 15 servicios de salud mental comunitaria en el Distrito Federal, que actúan en los centros de salud coordinadamente con la Dirección General de Salubridad del Distrito Federal. En ellos prestan sus servicios 29 psiquiatras, 25 psicólogos, 1 antropólogo social, 4 secretarías y 17 pasantes de trabajo social. Se destinan \$1,340,960.00 para el sostenimiento de dichos centros.

Otras seis unidades funcionan en el interior de la República, a saber: en las ciudades de Mexicali y Saltillo, donde dependen de los anexos psiquiátricos que se fundaron recientemente en hospitales generales; en Tijuana, donde se creó el centro de rehabilitación de farmacodependientes, y en León, en la cual la unidad funciona en coordinación con el hospital psiquiátrico *San Pedro del Monte*. El subsidio que se destina para estas cuatro unidades es de \$403,160.00. Además, están los servicios de salud mental comunitaria en los centros de salud de las ciudades de Toluca y Puebla, dependientes de la Dirección de los Servicios Coordinados en Estados y Territorios.

En otras instituciones que no dependen de la SSA se practica también la prevención primaria y secundaria en materia de padecimientos psiquiátricos. Se presentan a manera de lista:

La Universidad Nacional Autónoma de México posee un servicio especial en su departamento de psicología médica, psiquiatría y salud mental de la Facultad de Medicina.

La clínica de la conducta de la SEP, en el Distrito Federal, tiene un centro de orientación para padres de familia y educadores, dedicado precisamente a las labores de prevención primaria.

Dos centros juveniles del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, situados en el Distrito Federal, funcionan también como unidades de salud mental de la comunidad.

En la Institución Mexicana de Ayuda a la Niñez, en el Distrito Federal, se cumplen también labores preventivas y de difusión.

Igualmente en el Hospital Infantil, a través de su departamento de higiene mental.

II. OBJETIVOS GENERALES

La psiquiatría comunitaria busca el logro de ciertos objetivos generales:

1. La promoción y el desarrollo de una mejor salud mental en la población aparentemente sana.
2. La prevención primaria de los trastornos psiquiátricos individuales, para evitar en lo posible la aparición de nuevos casos, principalmente en lo que toca a los siguientes padecimientos: neurosis, psicosis, farmacodependencia (incluido el alcoholismo), epilepsia, retardo mental. Igualmente se actúa contra hechos menos específicos que se oponen al desarrollo de la salud mental de la familia y de la comunidad.

III. METAS

La meta fundamental es el abatimiento de las enfermedades mentales. Es una meta no cuantificable, dada la índole del problema, pero en términos generales se tratará de proporcionar la mayor acción preventiva a la mayor población posible. Dentro de esta meta básica, está la de identificar cada vez mayor número de casos iniciales para proporcionar el tratamiento adecuado.

IV. ACTIVIDADES

Las acciones que promueven la salud mental en la comunidad, son las siguientes:

1. Orientar a la población sobre aspectos de la integración familiar, desarrollo de la personalidad infantil, etc.
2. Orientar a los maestros de enseñanza primaria sobre psicología evolutiva, psicopatología, etc.
3. Dar orientación prenupcial. En la actualidad se proporciona este servicio sólo a un pequeño porcentaje de las parejas que van a contraer matrimonio en el Distrito Federal.
4. Orientar a las embarazadas en todo lo relacionado con la higiene del embarazo y el parto. Actualmente el 80% de las mujeres que asisten a los centros reciben este beneficio.
5. Diagnosticar los padecimientos mentales antes de que su desarrollo impida un tratamiento exitoso.
6. Ejercer un control cuidadoso de los pacientes que ya han sido tratados en los medios hospitalarios, para evitar el reinternamiento por recaída.
7. Rehabilitar, en la medida de lo posible, al paciente que ha recibido tratamiento y debe reintegrarse a la comunidad.
8. Investigar todo lo relacionado con la etiopatogenia de los trastornos mentales y su epidemiología.

V. ESTRATEGIAS

1. Para llevar a cabo todas las tareas de orientación, se imparten pláticas y conferencias, se proyectan películas que se comentan y se usa material audiovisual para la enseñanza de grupos. Esto se hace principalmente en los centros de psiquiatría comunitaria, pero también en hospitales, clínicas, escuelas, etc. Hasta hoy no se han utilizado con amplitud los medios de comunicación masiva, sobre todo la radio y la televisión pero esto es algo que debiera hacerse en lo futuro.

2. Para hacer el diagnóstico precoz de las enfermedades mentales, se seguirá el plan de adiestrar a las enfermeras visitadoras y a las trabajadoras sociales de los centros de salud, para que mediante encuestas a domicilio detecten los casos sospechosos y los reporten a los centros de psiquiatría comunitaria.

3. El control de los pacientes que han sido dados de alta en los hospitales, se efectúa mediante un contacto periódico que las trabajadoras sociales establecen con ellos. Los resúmenes de los historiales clínicos se concentran en los centros de salud mental comunitaria más cercanos a sus domicilios y es ahí donde se continúa la terapia del paciente ambulatorio. Es necesario fortalecer en lo futuro este control, que es fundamental para el éxito de los tratamientos psiquiátricos. Deberá aumentarse el número de plazas para trabajadoras sociales y enfermeras psiquiátricas, personal que será encargado de estas tareas.

4. La rehabilitación del enfermo mental, que puede lograrse en un buen número de casos, debe intentarse mediante el establecimiento del mayor número posible de talleres protegidos. Durante 1974 se regularizaron los tres ya existentes como anexos de los hospitales *La Salud* y *José Sáyo* y de la escuela *Bernardino Alvarez*. Además, se creará uno nuevo y se recomienda que en los años subsecuentes se prosiga el esfuerzo de fundar otros.

5. Las investigaciones deberán controlarse directamente por el Departamento de Psiquiatría Comunitaria y se aplicarán fundamentalmente a la epidemiología de las enfermedades mentales, lo que podrá hacerse buscando la coordinación con otras dependencias. Pero igual interés tiene la investigación antropológica y sociológica, que puede arrojar mucha luz sobre las condiciones económico-sociales que inciden en la patología mental. La inclusión de antropólogos y sociólogos dentro de la Dirección de Salud Mental será muy benéfica. Esto implica la creación de plazas para estos especialistas.

6. Para la atención de problemas específicos del campo de la salud mental, tales como la farmacodependencia y el alcoholismo, la Dirección participa y continuará participando en el Consejo que ha sido creado. Aplicará todas las normas que de este organismo emanen y cooperará activamente en los programas que se formulen.

7. Es propósito de la Dirección el que sus trabajadoras sociales visiten cada año por lo menos al 20% de las escuelas de los distritos sanitarios, para promover

la asistencia a las pláticas que imparten las psicólogas y los psiquiatras. Actualmente sólo se trabaja en un 10% de las escuelas.

8. Como estrategia a seguir en forma especial para el problema del alcoholismo, en 1975 deberá integrarse un grupo piloto de trabajo para la prevención de esta farmacodependencia, que es la más grave en nuestro medio.

9. Una promoción significativa será la que se realice en relación con los juzgados civiles, para que las parejas asistan a los centros de salud a recibir orientación prenupcial.

VI. ORGANIZACION

Todas las actividades que se han descrito y que se cumplirán mediante las estrategias propuestas, se llevarán a cabo por la Dirección General de Salud Mental, a través de su departamento de psiquiatría comunitaria, al que corresponden, desde luego, estas tareas preventivas. Sin embargo, es indispensable la coordinación con otras dependencias de la SSA, y de otros organismos oficiales y privados. Los mecanismos para esta coordinación están establecidos ya, y la Dirección tiene personal designado para integrar las comisiones coordinadoras cuya constitución dispuso la SSA (comisión para el estudio de una mejor coordinación de los servicios de salud y otras, como la que intenta coordinar las políticas de esta Dirección con las de los servicios médicos del Distrito Federal).

Aspecto de la mayor importancia para los futuros cambios en la organización, es el de la legislación en materia de salud mental. Por eso es que se ha elaborado un subprograma específico sobre este asunto.

VII. COSTO Y FINANCIAMIENTO

Actualmente el financiamiento de las actividades en materia de psiquiatría comunitaria que realiza el departamento respectivo, se cubren con parte de las cuotas de recuperación de los hospitales de la Dirección. Es decir, que el departamento no tiene presupuesto propio. Se ha propuesto como paso importantísimo, que la SSA aumente el presupuesto de la Dirección en \$10,000,000.00 a fin de cubrir las funciones mencionadas e incrementarlas en lo posible.

Por otra parte, cada nuevo centro tiene un costo anual de \$750,000.00 en lo que toca a pago de salarios. Como se han programado cuatro por año, se concluye que el aumento anual para este renglón será de \$3,000,000.00.

A los costos anteriores, deberán agregarse los de los talleres protegidos cuya instalación se ha estimado en estudios especiales, con un costo de \$300,000.00, más una renta mensual de \$15,000.00.

Finalmente, las investigaciones que se mencionan en el capítulo de estrategias, exigen una erogación no menor de \$500,000.00 anuales.

VIII. BASES PARA EL CONTROL

Es muy difícil la evaluación de las actividades preventivas en nuestra materia. Sin embargo, pueden planearse trabajos de investigación para los que debe buscarse el apoyo de organismos internacionales. La supervisión de las actividades deberá hacerse por las autoridades de la Dirección en la forma de visitas frecuentes a los centros de psiquiatría comunitaria, y por las autoridades de las demás instituciones a sus respectivas unidades aplicativas.

Subprograma 7.2

FARMACODEPENDENCIA

I. SITUACION ACTUAL

1. En relación con los problemas surgidos durante la pasada década, podemos decir que la farmacodependencia ocupa un sitio de importancia dado el elevado porcentaje de jóvenes que viven en nuestro país y que potencialmente representan el peligro de un aumento en la incidencia de este complicado fenómeno médico social. Pese a que contamos con algunos estudios epidemiológicos significativos, no podemos decir que conozcamos a fondo la frecuencia ni las características distributivas de la farmacodependencia en México. Datos recientes indican un descenso en la curva de incidencia en lo que toca a las farmacodependencias verdaderas, no así en cuanto a los consumidores ocasionales y a los *probadores*.

2. Se han estimado, como coadyuvantes del problema, múltiples y variados factores que van desde la situación personal y familiar hasta de crisis de la cultura y las luchas ideológicas y sociopolíticas. Sin dejar de lado la posible concurrencia de múltiples factores, puede expresarse que la farmacodependencia es un problema básicamente social de salud mental, que afecta la salud pública, especialmente por lo que toca al alcoholismo y a las drogas de moda.

3. En 1973 se aplican recursos todavía insuficientes para la atención del problema. Sin embargo, en prevención secundaria y terciaria con los recursos existentes en los diferentes servicios de salud mental (unidades hospitalarias, consultas externas, etc.), se atiende a pacientes farmacodependientes.

Existen centros de atención especializada en el Distrito Federal y en provincia. Estos centros ocupan personal profesional y paraprofesional, y su operación y mantenimiento implica el gasto de varios millones de pesos anuales.

En prevención primaria las acciones empiezan a concentrarse: merced a la creación del Consejo Nacional de Problemas en Farmacodependencia que coordina la acción de diversos organismos y dependencias del sector público.

En investigación, capacitación de personal y recolección de información especializada el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, en colaboración con otras instituciones, empieza a realizar sus programas con un presupuesto, en 1973, de 10 millones de pesos.

4. En especial referencia al alcoholismo, debe destacarse que todos los estudios realizados indican lo alarmante del fenómeno en nuestro país. Específicamente, que México tiene una de las más altas tasas en América y que la trascendencia económica y social es muy grande —por cuanto afecta todos los estratos y las áreas rurales y urbanas— incidiendo con otros graves problemas sociales (baja productividad, criminalidad, etc.).

A pesar de su magnitud y trascendencia socioeconómica no existen acciones definitivas de salud pública en contra de este flagelo. Debe, por tanto, considerarse que es un problema que reclama una actividad consistente y permanente de todos los sectores sociales coordinados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia que abarque su prevención primaria, secundaria y terciaria, que en este subprograma sólo se tocan fragmentariamente.

II. OBJETIVOS GENERALES

1. Conocer la magnitud y las causales del problema de la farmacodependencia en el país.
2. Propiciar estudios científicos sobre los aspectos biomédicos y sociales en relación con la farmacodependencia y el alcoholismo.
3. Promover la realización de las medidas preventivas específicas pertinentes al problema de la farmacodependencia y aplicables al alcoholismo.
4. Identificar los grupos de alto riesgo, por medio de la detección precoz como del diagnóstico integral de los farmacodependientes.
5. Promover una estandarización técnica en el tratamiento y rehabilitación de afectados.
6. Capacitar personal especializado.
7. Sensibilizar a la opinión pública y las autoridades sobre el problema.

III. METAS

1. Propiciar la preservación de las poblaciones no contaminadas y en riesgo, libres del problema.

2. Promover la accesibilidad de tratamientos de emergencia a toda la población necesitada.
3. Diagnosticar la prevalencia, incidencia y dinámica del problema en el país.
4. Disponer de la información científica mundial sobre farmacodependencia acrualizada.
5. Crear la infraestructura necesaria para una investigación científica cabal del problema en sus diversos aspectos.
6. Establecer intercomunicación y coordinación entre las dependencias del Ejecutivo Federal, organismos descentralizados, organismos de participación estatal y particulares que realizan actividades en el campo.

IV. ACTIVIDADES

En base a los objetivos generales las actividades de 1974 a 1976, serán las siguientes, habida cuenta de que cada uno de los tres años del programa significará una mayor profundización en la cantidad y calidad de estas actividades.

1. Prosecución de los estudios epidemiológicos en todo el país para la formulación de un diagnóstico general.
2. Realización de diversos trabajos de investigación científica. Destacan los siguientes renglones, que incluyen varios proyectos específicos:
 - a) Efectos de las anfetaminas.
 - b) Efectos de la inhalación de solventes e inhalantes volátiles.
 - c) Efectividad de modalidades terapéuticas en el tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes.
 - d) Efectos biomédicos del alcohol en interacción con fármacos de abuso.
 - e) Etnofarmacología mexicana.
 - f) Repercusión social de medidas jurídicas en relación a la farmacodependencia.
 - g) Efectos de la información de los medios de comunicación colectiva sobre la farmacodependencia.
3. Creación y/o apoyo de centros de investigación científica en unidades de servicio de salud mental o de enseñanza superior en el país.
4. Institucionalización de los mecanismos orgánicos para planificar y coordinar las actividades de esta área.
5. El establecimiento de una interrelación efectiva entre los distintos elementos, públicos y privados, del área para el mejor aprovechamiento de sus recursos humanos, financieros, locales, de laboratorios y de organización.
6. Campaña permanente de educación preventiva del abuso de drogas.
7. Elaboración de normas, criterios, instructivos y técnicas útiles a la identificación de población en riesgos, detección y diagnóstico de farmacodependientes.
8. Establecimiento de centro de integración juvenil de la iniciativa privada con apoyo oficial, federal y/o de los gobiernos de los estados.

9. Establecimiento de servicios especializados en farmacodependencia en los hospitales psiquiátricos regionales.

10. Cursos de especialización de profesionales y paraprofesionales.

11. Tratamiento y rehabilitación de la población afectada para un mayor aprovechamiento de los recursos. En lo posible, se utilizarán también los servicios generales de emergencia, tanto públicos como privados, y los esfuerzos específicos de particulares y comunidades para la rehabilitación y la integración de farmacodependientes.

1977-1983

Es de esperarse en este período un aumento proporcional al crecimiento del problema de las actividades señaladas para el trienio 1974-1976, que se estima que será más o menos estable. En una función coordinadora más eficaz, los organismos y dependencias que participan en la prevención primaria, secundaria y terciaria del problema se integrarán en los cuadros de desarrollo de la ciencia y la tecnología y la salud pública. De las investigaciones que se hagan hasta 1976 resultará la configuración definitiva que irá tomando la organización del subsector farmacodependencia dentro del sector salud mental.

V. ESTRATEGIAS

En base a las actividades serán:

1. Estudios bioestadísticos y epidemiológicos de las zonas afectadas y en riesgo.
2. Establecimiento de controles de casos en unidades de servicios de emergencia y de tratamiento y rehabilitación.
3. Recolección de indicadores indirectos del problema (o sea, delitos contra la salud, etc.).
4. Realización y promoción de estudios e investigaciones que se fomentan en forma autónoma o mediante convenios con instituciones públicas y privadas.
5. Canalización de recursos adicionales hacia instituciones académicas y centros de investigación, provenientes del Estado y otras fuentes.
6. Coordinación de las acciones del sector público y el sector privado.
7. Supervisión de todo material oral, audiovisual o escrito destinado al público.
8. Publicación de informes de carácter científico sobre farmacodependencia.
9. Contactos directos de expertos con diversos públicos.
10. Realización de estudios específicos en las áreas detectadas.
11. Validación de instrumentos psicométricos y perfeccionamiento de técnicas de identificación de drogas, inclusive en materiales biológicos.
12. Establecimiento del teléfono de información (07) sobre recursos de la comunidad en el tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes.
13. Coordinación de hospitales generales para el tratamiento de emergencias.

14. Atención de la demanda en las consultas externas, centros comunitarios y hospitales psiquiátricos correspondientes.

15. En colaboración con diversas instituciones de educación superior, la realización de cursos de entrenamiento, entre otros, en los siguientes renglones:

- a) Identificación de fármacos.
- b) Métodos de investigación biomédica y psicosocial.
- c) Prevención primaria, secundaria y terciaria.

16. Tratamiento y rehabilitación de la población afectada para un mayor aprovechamiento de los recursos. En lo posible, utilizar también los servicios generales de emergencia, tanto públicos como privados y los esfuerzos específicos de particulares y comunidades para la rehabilitación y la integración de los farmacodependientes.

VI. ORGANIZACION

Las actividades se realizarán por:

1. El Consejo Nacional de Salud Mental, consejo técnico consultivo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y por las dependencias de ésta. Se ocupará de establecer los lineamientos generales y la intercomunicación entre las diversas agencias del sector público participantes (IMSS, ISSSTE, DDF, INJUVE, etc.), adscribiéndoles responsabilidades específicas.

2. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), organismo descentralizado del Ejecutivo Federal dedicado a la investigación de la problemática de la farmacodependencia, la capacitación de personal, recolección de información científica, elaboración de materiales informativos, asesoría técnica y convenios de cooperación académica con instituciones nacionales y extranjeras.

3. Patronato de los centros de integración juvenil, A.C., organismo de iniciativa privada abocado a la atención de la problemática de la farmacodependencia, con apoyo oficial.

4. Diversas agencias públicas y privadas; federales, estatales o municipales, podrán participar sin menoscabo de su respectiva autonomía, fomentando áreas de investigación y servicio multidisciplinarias, coadyuvando a la capacitación de personal, etc., evitando duplicaciones de programas.

Las repercusiones en la ley de la organización de este subprograma se tratan en el subprograma relativo a la legislación en salud mental.

El cuerpo normativo de las acciones propuestas puede expresarse como la investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia.

VII. COSTO Y FINANCIAMIENTO

Es dable esperar gastos de inversión federal en el próximo trienio necesarios para crear la infraestructura conveniente. Para el lapso 1976-1983 será necesario un aumento presupuestal proporcional al crecimiento del problema. El monto de los gastos de administración e inversiones es uno de los objetivos a conseguir por la institucionalización de los mecanismos orgánicos y de coordinación de las actividades del área, actividad que se encuentra en curso.

De cualquier manera se estima que el financiamiento será del sector público fundamentalmente, con una participación minoritaria del sector privado.

VIII. BASES PARA EL CONTROL

1. El año de 1974 se destinará fundamentalmente a iniciar los estudios e investigaciones, elaborar el programa detallado de acción para el área, incluyendo la construcción de locales y la adquisición de equipo, a modo de poder contar con un sistema de información y organización integrado, que permita, a partir de 1975 o antes si es posible, un control pragmático de las operaciones del área y al seguimiento de sus proyectos.

2. La evaluación deberá hacerse, fundamentalmente, a tres niveles:

- a) Al nivel de los responsables de los proyectos específicos con el dictamen de la(s) institución(es) a la(s) que jerárquicamente quede(n) adscrito(s).
- b) Al nivel de integración del sistema y de avance en la operación del programa, por lo que se refiere al CEMEF y sus sistemas de organización.
- c) Al nivel de los criterios y políticas fundamentales del programa de Salud Mental y del Plan Nacional de Salud, por parte de la SSA y sus dependencias, específicamente por lo que toca a las funciones del Consejo Nacional de Problemas en Farmacodependencia.

3. Paralelamente con los trabajos de evaluación podrá contarse con índices más confiables que los actuales, que podrán reflejarse en aspectos no sólo biomédicos, sino relacionados con la vida social y el orden jurídico del país (tales como delitos contra la salud, repercusión de medidas legislativas, etc.).