



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

EN E P ARAGON

Inadecuada Regulación Jurídica
del Tratamiento de los Enfermos
Mentales en México

FALLA DE ORIGEN

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
JORGE GAMEZ LUVIANO

ARAGON, EDO. DE MEXICO

1989.



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.

I N D I C E	PAGINA
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I. Concepto de enfermo mental e historia de su tratamiento.	
A. Concepto de enfermo mental.....	3
B. Historia de su tratamiento en las culturas antiguas.....	8
C. Historia de su tratamiento en Europa.....	11
D. Historia de su tratamiento en México.....	17
CAPITULO II. Clasificación y características de las en- fermedades mentales y principales medios para su tratamiento.	
A. Clasificación.	
1. Según la O.M.S.	20
2. Psicosis y neurosis; caracterfsticas.....	28
B. Principales medios de tratamiento.	
1. Farmacoterapia.....	29
2. Eléctrochoques.....	33
3. Psicocirugía.....	35
4. Insulinoterapia.....	37
CAPITULO III. Legislación acerca de los enfermos menta- les y su tratamiento.	
A. Legislación en otros países.....	38
B. Legislación en México	
1. Aspecto civil.....	81
2. Aspecto penal.....	84
3. Del tratamiento propiamente dicho.....	92
CONCLUSIONES.....	98
PROPOSICIONES.....	101

I N T R O D U C C I O N .

El tema de los enfermos mentales ha sido de siempre un t6pico oscuro y satanizado; la sociedad tiende a guardar en sus rincones más alejados los asuntos escabrosos, pues no es agradable hablar de locura, encierro, ataques, electrochoques, manicomios, etc.

Antes que contribuir a satanizar más el tema, la intención del presente trabajo es la de ayudar a esclarecerlo, y para tal efecto, se ha procurado alejarse de cualquier tipo de tendencia conservando en todo momento la objetividad.

La presente investigación no es estricta o únicamente jurídica, sino que se han abordado cuestiones históricas, médicas y sociológicas, tratando con esto, de presentar un panorama más amplio del problema que significa el tratamiento de la enfermedad mental.

El lector encontrará aquí desde lo que debe entenderse por enfermo mental, la forma en que éste ha sido concebido y tratado a través de la historia, clasificación, nomenclatura y características de las enfermedades mentales, hasta las disposiciones legales que afectan al enfermo psiquiátrico tanto en México como en otros países, los principales medios de tratamiento, los problemas que implica éste, así como las soluciones que para resolverlos se proponen. Todo ello se ha plasmado en términos simples y claros, evitando caer en tecnicismos y complicaciones innecesarios. De esta manera el entendimiento de la investigación queda al alcance de casi cualquier lector.

Sin embargo, y dada la extensión y complejidad del tema, muchos aspectos relacionados con el mismo no han sido tocados o se ha hablado someramente de ellos, por lo que para enterarse sobre asuntos como la parálisis cerebral, deficiencia mental, retraso mental, asistencia social al enfermo psiquiátrico, organización administrativa oficial y otros, debemos remitirnos a fuentes más completas que éste trabajo de Tesis Profesional.

Espero, por último, que el presente trabajo contribuya a concientizar al médico, al psiquiatra, al enfermero, "a la ley", y sobre todo al ciudadano común de los errores que en el pasado se han cometido con los enfermos mentales y que es necesario esforzarnos para corregirlos y más aún, innovar para crear un tratamiento más humano y eficaz, siempre bajo la disposición y el encausamiento del Derecho.

CAPITULO I.- CONCEPTO DE ENFERMO MENTAL E HISTORIA DE SU TRATAMIENTO.

A. CONCEPTO DE ENFERMO MENTAL.

El primer paso en todo trabajo de investigación es conocer o definir la materia sustancial de la misma; en el presente caso es indispensable hablar, antes que todo, de lo que debemos entender como enfermedad mental.

Queremos presentar en este primer capítulo un concepto de enfermo mental que, más que sea una definición médica o psiquiátrica, nos de una idea global de lo que es una enfermedad mental a través de la reunión de elementos tales como sus causas u orígenes características y síntomas.

Para tal efecto iniciaremos determinando lo que es una enfermedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (organización dependiente de la O.N.U.), salud es el equilibrio bio-psico-social que permite el pleno desarrollo del individuo. En sentido inverso podemos deducir que una enfermedad consiste en el rompimiento de ese equilibrio biológico, psicológico y social del hombre.

Será necesario también definir lo que debemos entender por mente; y para alejarnos de un inútil discurrimiento psiquiátrico o filosófico que nos distraería de los objetivos del presente trabajo de índole medico-legal, nos concretaremos a decir que: Mente es un conjunto de facultades privativas del género humano que le permiten adaptarse al medio ambiente físico y social o modificar a éste de acuerdo a sus necesidades. Tales facultades son la inteligencia, memoria, raciocinio, afectividad, emotividad, etc.

Podemos concluir entonces, que una enfermedad mental es el rompimiento del equilibrio bio-psico-social del individuo a partir del trastorno de una o varias de las facultades mentales (que son las que definen y distinguen al género humano) que influye directa

mente en la conducta e impide la realización de la persona.

A continuación se mencionan las causas que provocan o precipitan las enfermedades mentales:

Algunas personas heredan potencialidades que predisponen al desequilibrio mental. Estas tendencias pueden modificarse, debilitarse o eliminarse si la persona se desarrolla en un ambiente favorable en donde reciba influencias socio-familiares positivas. Por otro lado, el desarrollo de la persona dentro de un ambiente desfavorable intensifica estas tendencias y puede llevar al trastorno mental.

Las experiencias frustrantes y los conflictos aparentemente insolubles, pueden provocar también el desequilibrio mental.

Algunas causas comunes que predisponen a la enfermedad mental son:

- 1.- Prejuicios fijos en los progenitores, negaciones o shock experimentado durante la infancia.
- 2.- Incapacidad para satisfacer una necesidad fundamental (como la urgencia sexual) en términos de una conducta socialmente aceptada.
- 3.- Fatiga normal, preocupación, ansiedad o tedio.
- 4.- Epocas de cambios fisiológicos como la pubertad o la menopausia.
- 5.- Presiones debidas a condiciones económicas, políticas y sociales perturbadas.
- 6.- Condiciones climáticas, ya que éstas provocan un estado de agotamiento y toxemia.
- 7.- Enfermedades, en particular la sífilis.
- 8.- Trauma o lesiones, en especial lesiones en cabeza o espina dorsal.
- 9.- Infecciones tóxicas producidas por el alcohol o los narcóticos, o por venenos que se originan en el propio organismo especialmente en el tracto gastrointestinal.
- 10.- Commoción emocional grave, como el terror, la muerte

súbita de un ser querido o la visión de heridos o moribundos (como en un accidente o en un campo de batalla)

Del mismo modo, a continuación se enumeran los síntomas comunes y generales de las enfermedades mentales.

Los síntomas significativos de enfermedad mental se distinguen más por su grado que por su calidad con respecto a las personas con mejor adaptación o sanas.

Sin embargo, de manera general, los síntomas persistentes de perturbación mental o emocional se pueden clasificar en:

1.- Síntomas físicos:

- a) Cambios en el pulso, temperatura y respiración.
- b) Náuseas, vómitos, dolor de cabeza y mareo.
- c) Pérdida del apetito.
- d) Cambios extremos en el peso
- e) Fatiga excesiva, dolor (real o imaginario), tos o actividad pupilar.
- f) Discoordinación motora, perturbación en el habla o peculiaridades en la escritura.

2.- Síntomas de conducta:

- a) Actividad psicomotriz incrementada, que impulsa al individuo a un movimiento constante, llanto, risa, gritos o susurros.
- b) Actividad psicomotriz disminuida que se manifiesta en un movimiento más lento, vacilación o indecisión (abulia), rigidez y vacilación al hablar o negarse a hacerlo.
- c) Conducta impulsiva o que responde en exceso a la sugestión externa, manifestándola a través de la repetición persistente de las palabras o los movimientos de otros, o de una actitud que consiste en negarse a responder o en hacer exactamente lo contrario de lo que cabía esperar.

- d) Repetición constante del mismo acto (estereotipia).
- e) Un despliegue de insólita vulgaridad o procacidad en el lenguaje, y modalidades peculiares, como caminar arrastrando los pies, movimientos extraños de las manos o de los hombros y muecas.

3.- Síntomas mentales:

- a) Distrainimiento, fuga de ideas, demora o retraso en las asociaciones existentes en el mundo circundante (agnosia).
- b) Pérdida total de la memoria (amnesia).
- c) Fobias o temores profundos o irracionales relacionadas con situaciones generalmente inocuas como el temor anormal a la obscuridad, las habitaciones cerradas, los lugares elevados, la suciedad, los insectos o una posible enfermedad.
- d) Compulsión a caer en ciertas formas de conducta, algunas de las cuales pueden tener consecuencias graves como la urgencia de apoderarse de objetos ajenos (cleptomanía), o el deseo compulsivo de prender fuego a algo (piromanía).
- e) Ideas fijas u obsesiones que pueden referirse a la actitud de los demás hacia el paciente o a sus propias actitudes para consigo mismo o los demás. Por ejemplo una obsesión puede tomar la forma de una creencia fija en que ciertos alimentos son venenosos o que el fin del mundo es inminente.
- f) Perturbaciones de la percepción, tales como ilusiones y alucinaciones. Aunque una persona cuerda puede tener una ilusión ocasional se trata de un síntoma común en ciertas formas de enfermedad mental. Una disposición mental anormal puede llevar a una deformación de lo que se ve, se oye o se siente. Se puede

confundir a un desconocido con un pariente cercano, a un árbol con un enemigo que esgrime amenazante un arma, la voz de un conocido se convierte en la de una persona muerta que ha regresado para acosarlo.

Las alucinaciones no tienen su base en la estimulación sensorial inmediata y real. Son percepciones imaginarias y representan perturbaciones de la imaginación.

- g) Delirios o desordenes significativos de juicio. Hay creencias falsas que resulta imposible corregir apelando a la razón, que carecen de base real y que la experiencia del individuo no justifica. Los delirios suelen ser de tres clases: Delirios de grandeza, delirios de persecución y delirios de melancolía.

4.- Síntomas emocionales:

- a) Estado manifiesto de indiferencia emocional o apatía, acompañado por expresiones de preocupación, suspiros, llanto y una negativa casi total a comer o hablar. El paciente se sienta y medita, está decaído y deprimido, lúgubre y desalentado.
- b) Manifestación de un estado no natural de felicidad que el enfermo expresa cantando, bailando, hablando con excitación y riéndose. Carece de preocupaciones o problemas, ve el mundo a través de un cristal rosado y parece no tener conciencia de nada que no sea completamente satisfactorio o deseable.

Esperamos que el conocer las causas, características y sin tomas de las enfermedades mentales nos haya acercado a un concepto que, si bien no sea estrictamente técnico, si nos de una idea clara de lo que es un enfermo mental.

B. SU TRATAMIENTO EN LAS CULTURAS ANTIGUAS.

A lo largo del desarrollo de las culturas más antiguas se dieron diversas formas de explicar las enfermedades mentales, y de estos puntos de vista ha dependido la manera en que se ha tratado al paciente psiquiátrico.

Inicialmente los trastornos psíquicos se explicaron a través de la animomía bien-mal o espíritu bueno-demonio. La patología de las funciones cerebrales o conductuales podría referirse al ingreso en el cuerpo de un espíritu bueno o de un demonio y correspondientemente la patología se tornaba expresión divina o demoníaca. El enfermo entraba entonces al templo de Delfos como pitonisa o a la hoguera, como en el tiempo de la inquisición de Inocencio VII.

A veces la locura era la voz de la verdad, a veces la expresión comportamental del pecado.

Un dualismo menos religioso y teológico ha sido el del mecanicismo y el vitalicismo: en el primer caso la función enferma de la mente era el resultado de la perturbación del trabajo de una máquina biológica, ora de la fuerza misteriosa que la ponía en acción manteniéndola viviente. Podría ser según las diferentes hipótesis la "vitalis aurea", la "vis essentialis", el "nisus formativus" o la "vis vitalis".

Han existido muchas generaciones de reduccionistas mecanicistas: desde Anaxagoras hasta Descartes.

Ya en la antigua Grecia existían concepciones materialistas acerca de la psiquis las cuales influían sobre los médicos de entonces. Hipócrates consideraba que los trastornos psíquicos eran enfermedades del organismo, y concretamente enfermedades del cerebro.

Demócrito (siglos V-IV a.C.) sostuvo que la actividad psíquica está ligada a las partículas materiales más pequeñas, los átomos. Los médicos materialistas veían en la enfermedad mental una alteración del cuerpo, concretamente del cerebro.

Al mismo tiempo, los idealistas, tanto filósofos como médicos, consideraban la psiquis (el alma, la idea, lo eternamente existente) como lo primario, la base de la existencia, y la materia (el cuerpo) como lo secundario, como resultado de la actividad de ésta alma o como sustrato separado del alma

y con existencia propia. Esta ideología idealista determinaba que los médicos y la gente común vieran en el enfermo mental a una persona a la que los dioses habían privado de su alma por sus delitos o que estaban en relación con espíritus malignos.

Entonces es cuando se delimitaban claramente dos criterios que se han mantenido durante muchos siglos.

Otro dualismo histórico que ha englobado a la locura es el del justo-reo (probo criminal) por el cual "loco" significaba criminal y a éste le eran reservados los mismos tratamientos que al criminal.

Pese a todas las pugnas ideológicas, algunos de los más famosos médicos de Grecia y Roma como Hipócrates, Arateo, Celso y Galeno, lograron describir ciertos síntomas psicopatológicos e incluso algunas enfermedades.

En la antigüedad se realizaron también los primeros intentos por organizar la asistencia psiquiátrica.

Quizás una de las primeras comunidades terapéuticas fue la de los "therapeutae", que existió en Egipto en la época precristiana. Los orígenes de esta comunidad, descrita por Filón en su obra "De Vita Contemplativa" ¹, no se pueden precisar y sólo se tienen algunos conocimientos de la comunidad misma. En la comunidad de los therapeutae los miembros vivían en grupos esparcidos de casas alejadas entre sí, lo suficientemente próximas para permitir la defensa ante algún peligro, pero no tan cercanas como para interrumpir la soledad esencial. En cada casa había una habitación especial para la meditación. Todos los miembros pasaban toda la semana en meditación solitaria con excepción de un día en que toda la comunidad se reunía para orar, cantar y comer en conjunto.

1. David Cooper. Psiquiatría y Antipsiquiatría. 3a.ed., Buenos Aires, 1974. pag. 85.

Ya para la Edad Media los progresos de la asistencia psiquiátrica no sólo se estancaron, sino que experimentaron un gran retroceso.

C. HISTORIA DEL TRATAMIENTO EN EUROPA.

Durante la Edad Media la locura era considerada como un fenómeno ajeno al hombre, como algo sobrenatural, por lo que quienes la sufrían eran temidos o exhibidos como objeto de burla o curiosidad.

Frecuentemente eran azotados públicamente y eran perseguidos y expulsados de las ciudades.

Los primeros sitios en que se refugiaron los enfermos mentales fueron los antiguos leprosarios (cuando la lepra desapareció), lugares a donde fue confinada la escoria indeseable de la sociedad de ese entonces.

Al finalizar el medioevo la locura suple a la muerte como tema central de los pensadores y de las manifestaciones artísticas pero sin llegar a una explicación real de la locura.

Para el siglo XVII empieza a pensarse científicamente en la locura y se le explica como algo superior al hombre y que éste no puede dominar. Se confina al enfermo mental en calabozos y aparece la internación forzosa, en nombre de la protección de la comunidad.

A fines del siglo XVIII nace un sentimiento de rechazo en contra de los hospitales-prisiones por considerar que estos no ayudaban en lo más mínimo a los que ahí eran reclusos.

Durante el clasicismo, los medios de tratamiento correspondían al escaso conocimiento que de las enfermedades mentales se tenía. Así, se practicaban las purgas, encierros prolongados, sangrías dolorosas, baños de agua fría, etc.

Los sitios en que eran "atendidos" los enfermos mentales eran inadecuados e insalubres. La atención médica se dedicaba sólo a aquellos que padecían problemas físicos conocidos, pues la locura en sí se consideraba incurable.

Se ataba furtermente a los internos ya que se pensaba que la locura era una manifestación de la animalidad interna del hom-

bre.

A finales del siglo XVIII se pensó en atacar la osciosidad como forma de combatir la locura, encontrándose ahí un rústico antecedente de la terapia ocupacional.

Una vez ya avanzada la industrialización y a partir de que la sociedad se volvía más compleja, se observó un notorio incremento en el número de individuos que acusaban trastornos mentales. Esto se debió a las jornadas extenuantes, la mecanización del trabajo y las constantes tensiones. Todo ello desvinculaba al sujeto de su medio ambiente social y familiar.

Para la primera parte del siglo XIX se construyen nuevos hospitales, ya con la intervención de especialistas y científicos, con el fin de brindar una mejor atención al enfermo mental.

Hacia fines del siglo XIX la medicina avanzaba en campos como la bacteriología, estudio del sistema nervioso y psicología fisiológica, por lo que las enfermedades relacionadas con estas áreas de la ciencia médica eran ya atacadas, pero la enfermedad mental no se hallaban medios adecuados para su tratamiento.

Ya para el siglo XX, con la intervención de especialistas multidisciplinarios, se pugna por una nueva concepción más humana del enfermo mental y surgen las escuelas contemporáneas de psiquiatría. Entre ellas podemos citar al "sistema de Kraepelin", "Wernicke y las localizaciones cerebrales", "escuela psicobiológica", "escuela fenómenoexistencialista" y otras.

Siendo éste un trabajo de investigación jurídica más que psiquiátrica, no consideramos oportuno adentrarnos demasiado en el estudio de las diversas corrientes psiquiátricas, pero no podemos dejar de mencionar dos conceptos que nos orientan hacia el mejoramiento del tratamiento del enfermo mental: "Villa 21" y "Psiquiatría Democrática".

VILLA 21.

Antes de entrar de lleno al conocimiento de este revolucionario experimento psiquiátrico hablaremos brevemente de su creador el Dr. David Cooper.

David Cooper nació en Ciudad del Cabo, Sudafrica, En 1931. Se graduó en Psiquiatría en Londres.

Junto con los autores Laining y Esterson conformó un concepto psiquiátrico conocido como "existencial fenomenológico" que ve en la clasificación psiquiátrica y los tratamientos tradicionales de los enfermos mentales una forma de colusión a través de la cual los sanos elegimos a otros para liberarnos del caos que no queremos aceptar y nos rehusamos a afrontar en nosotros mismos; concibe al enfermo mental y al psiquiatra como productos de una sociedad enferma y su propuesta es la de tratar de conjugar la atención psiquiátrica con la acción pública.

"Villa 21" fue una comunidad psiquiátrica en la que se quebrantaron totalmente los métodos psicoterapéuticos tradicionales. Este hospital fue inaugurado en enero de 1962 en las afueras de Londres y en él se instauró una comunidad en la que no existen restricciones (de horario, de sexo, ni psicoterapéuticas) y en donde el único límite es el "no de otro", la libertad y seguridad de los demás: es en suma un antihospital.

Características principales de este experimento psicoterapéutico es la abolición de la violencia de los métodos tradicionales y la omisión, modificación o inversión de algunos de ellos. Villa 21 fue un intento de disponer a todos los elementos que rodean al enfermo mental (médicos, enfermeros, familia, comunidad, autoridades) para intentar en conjunto la curación de éste.

Este hospital fue objeto de imputaciones como promiscuidad sexual, consumo de drogas, desorden. Tales imputaciones carecían casi siempre de una base real.

A continuación describiremos algunos de los resultados prácticos obtenidos por el Dr. Cooper en Villa 21. El análisis de

estos resultados nos mostrará la eficacia de los métodos puestos en práctica en Villa 21 y se verá que en su tiempo fueron superiores a los resultados obtenidos en otros hospitales tradicionales en renglones como número de pacientes dados de alta, reinternaciones, readaptación al trabajo, etc.

En gran parte los resultados favorables que se obtuvieron se deben a la orientación familiar y social que el Dr Cooper dio a la psicoterapia dentro de este singular experimento.

	Hombres	Mujeres	Totales
1. Tamaño del grupo	20	22	42
2. Pacientes dados de alta	20	22	42
3. % de reinternados dentro del año	10%	17%	23%
4. % de reinternados que estaban viviendo en el hogar	6%	19%	12%
5. % de pacientes que trabajan durante todo el año posterior al alta	70%	55%	62%
6. % de pacientes de primera internación	65%	32%	48%
7. Edad promedio de los pacientes dados de alta (años)	22.6	25.4	24.1

* Informe del tratamiento de pacientes esquizofrénicos durante el año de 1964.

PSIQUIATRIA DEMOCRATICA.

Durante la década de los sesenta se dan en Europa una serie de movimientos cuyo elemento común es el cuestionamiento de la concepción tradicional de la enfermedad mental.

Estos movimientos se presentan más fuertemente en Inglaterra (Cooper, Laining, Esterson) e Italia (Franco Basaglia).

En el año de 1961, Franco Basaglia, médico veneciano, asume la dirección de un hospital psiquiátrico en la ciudad de Gorizia, en el noroeste de Italia.

Dicho hospital funcionaba hasta entonces con métodos enteramente tradicionales con la consiguiente división de los servicios para los enfermos "crónicos", "agudos", "sucios", "alcohólicos", "epilépticos", etc.

Basaglia inicia su labor suprimiendo las relaciones jerárquicas establecidas y discutiendo entre todos las tareas a realizar. Se llega a la conclusión de que es necesario abrir los pabellones y de que la antigua relación coersitiva entre el personal y el paciente debe sustituirse por una relación más humana y personalizada.

Al principio se presentaron problemas para el desarrollo de este nuevo concepto, tales como la preparación inadecuada del personal y la oposición del gobierno local. Pero para 1962, ya se contaba con el entusiasmo y disposición de toda la comunidad intrahospitalaria.

Poco a poco se fueron venciendo las barreras que se oponían a la instauración de este innovador sistema, cuyas características principales son:

- Las decisiones se toman en conjunto
- Se eliminan las formas de contención por medio de la aplicación de psicofármacos permitiendo distinguir entre los daños de la enfermedad y los daños de la institucionalización.

- Se lleva a cabo la reeducación teórica y humana del personal
- Se promueven las relaciones extrhospitalarias.
- Se eliminan las barreras físicas con ayuda de los enfermos.
- El hospital diurno ofrece ayuda psiquiátrica ambulatoria y gratuita. Se realizan visitas domiciliarias.
- La vida hospitalaria se organiza en base a los criterios de la comunidad terapéutica.

En el transcurso de los primeros años ya había disminuido una tercera parte de la población de pacientes internos y los nuevos internamientos eran mucho más breves y con una mejor asistencia al enfermo.

Para 1968 se cambió el status jurídico de los enfermos modificando el internamiento forzoso en voluntario.

D. HISTORIA DEL TRATAMIENTO EN MEXICO.

La primera etapa de la psiquiatría mexicana se sitúa en la época de la conquista española, etapa en la que se aplicaron los lineamientos de la metrópoli y por consiguiente, se aplicaron también todas las concepciones religiosas que rodeaban a la enfermedad mental. Se circunscribieron, pues, dentro del campo religioso todas las posibles soluciones para el tratamiento de los enfermos mentales.

El movimiento de Independencia no cambia en mucho el panorama psiquiátrico de entonces.

Es hasta el movimiento liberalista de la Reforma en que el Estado reasume para sí algunas funciones que hasta entonces desempeñaba la iglesia. Entre estas funciones se encuentra la asistencia al pueblo.

En el año de 1877 se crea la Beneficiencia Pública a través de la cual se administraban las instituciones de asilo.

Las formas de asistencia psiquiátrica que imperaban en Europa (principalmente inglesas y francesas) son reproducidas en México. Es entonces que se elabora la primera legislación sobre enfermos mentales (copia de la legislación francesa de 1836) que dispone de manera general el aparato institucional de asistencia, las fuentes de su financiamiento y modalidades de internamiento.

En el año de 1910 se inaugura el Manicomio de la Ciudad de México, hecho que significa un paso adelante respecto de la antigua concepción del tratamiento psiquiátrico, ya empieza la medicalización de la enfermedad mental.

En este hospital, conocido como "La Castañeda", se pusieron en práctica los conceptos vigentes a principios del siglo XX, tales como el aislamiento respecto de la ciudad, tratamiento biopsiquiátrico, un espacio especial para la contención de la locura, etc., así como las nuevas terapias europeas de electroconvulsión.

Puede decirse que el hospital de La Castañeda constituyó

el primer cimiento real de la psiquiatría mexicana moderna, ya que a la vez que aísla la locura confronta al enfermo con nuevas actitudes y valores para readaptarlo socialmente.

En las décadas posteriores, y teniendo como principales causas el desarrollo industrial, el aumento desmesurado de la población, la concentración de ésta en el área urbana de la Ciudad de México con la siguiente proliferación de las conductas antisociales, "La Castañeda" ve sobrepasado su capacidad de atención por lo que empieza a orientar sus esfuerzos más a contener y recluir que a curar y rehabilitar al enfermo mental. En sus orígenes el hospital fue creado para atender a mil pacientes, llegando a tener en algún momento hasta cinco mil, encontrándose entre ellos prostitutas, ancianos, delinquentes y toda clase de indeseables.

Para los años cincuentas-sesentas era claro el fracaso terapéutico del hospital y se planteaba el dilema de contención o curación.

Surge entonces un movimiento conocido como "operación Castañeda" que pretende ser una alternativa para la psiquiatría mexicana a través de la modificación técnica de la asistencia psiquiátrica y de un enfoque más humanitario.

Se redistribuyeron a los pacientes en crónicos, agudos, de estadía intermedia, de estadía prolongada, etc. y se implantó un tratamiento comunitario de tipo preventivo.

Poco a poco se evacuó La Castañeda, trasladando a los enfermos a nuevas unidades periféricas.

A mitad de la década de los sesentas se crearon seis unidades: Hospital Fray Bernardino de Alvarez, para enfermos agudos, un hospital psiquiátrico infantil, un hospital psiquiátrico campestre para enfermos agudos y otros tres hospitales campestres. Al mismo tiempo se crean varias clínicas y hospitales particulares.

Durante el gobierno de Luis Echeverría Alvarez se intentó atacar el problema de los enfermos mentales a través de la imple-

mentación de un programa comunitario de Salud Mental y de la "modernización de la infraestructura de atención psiquiátrica. Sin embargo, y pese a todo, esta modernización nunca pudo lograrse, pues vemos que la demanda de servicios psiquiátricos siempre ha sido mayor a la oferta de los mismos, que la preparación técnica y humana del personal hospitalario no es satisfactoria, que los productos hechos por los pacientes dentro de su terapia laboral-ocupacional son menospreciados, que no se ha logrado la plena integración de la comunidad al proceso de curación y readaptación de los enfermos mentales, que se sigue ejerciendo sobre ellos la "violencia institucional", que no existen disposiciones legales que protejan a los pacientes psiquiátricos y que coadyuven en el proceso de curación-readaptación, que algunos medios de tratamiento que, por su naturaleza, debieran de aplicarse cuidadosamente se aplican con escaso control; en fin, que se sigue controlando y recluyendo más que intentar una real curación y readaptación de los enfermos mentales.

CAPITULO II.- CLASIFICACION Y CARACTERISTICAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES Y PRINCIPALES MEDIOS DE TRATAMIENTO.

A. CLASIFICACION:

1) SEGUN LA O.M.S.

A través de los tiempos modernos se han clasificado de diversas formas los trastornos mentales. Labor, por cierto, nada sencilla, ya que por la complejidad y naturaleza (a veces intangible) de las enfermedades mentales se puede afirmar que ninguna -- clasificación resulta exacta y completa; aún en nuestros días -- existen divergencias en cuanto a la forma en que deben agruparse los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, es generalmente aceptado que se clasifiquen en dos grupos básicos; trastornos psicóticos y trastornos neuróticos.

Cada uno de estos grupos tienen características generales definidas y diferentes (aunque en ocasiones los trastornos psicóticos y neuróticos comparten algunas causas y síntomas específicos).

Pero antes de pasar al estudio de las características de estos dos grupos generales mencionaremos, invirtiendo la secuencia lógica que va de lo general a lo específico, los trastornos mentales en particular basándonos en la clasificación adoptada -- por la Organización Mundial de la Salud. Esto, es con el fin de -- ilustrarnos primero acerca de la gran variedad de enfermedades -- mentales específicas que existen, las diversas áreas de la conducta que se ven afectadas y los múltiples orígenes que pueden tener.

I. RETARDO MENTAL

- Retardo mental limítrofe
- Retardo mental benigno
- Retardo mental moderado
- Retardo mental grave
- Retardo mental profundo
- Retardo mental de clase no especificada

Las subdivisiones citadas abajo deben ser empleadas con cada una de las categorías mencionadas arriba:

Consecutivo a infección o intoxicación

Consecutivo a traumatismo o a la acción de agentes físicos

Con trastornos del metabolismo, del crecimiento o de la nutrición

Asociado a enfermedad cerebral macroscópica (postnatal)

Asociado a enfermedades y a estados patológicos debidos a factores prenatales desconocidos

Con anomalías cromosómicas

Asociado al nacimiento prematuro

Después de los trastornos psiquiátricos de mayor importancia

Con privación del medio ambiente psicosocial

Con otros estados (no especificados)

II. SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS

(trastornos causados por deficiencia de las funciones -- del tejido cerebral, o asociados a estas)

II-A. PSICOSIS ASOCIADAS A SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS

Demencia senil y presenil

Demencia senil

Demencia presenil

Psicosis alcohólicas

Delirium tremens

Psicosis de Korsakov (alcohólicas)

Otras alucinosis alcohólicas

Estado paranoide producido por el alcohol (paranoia alcohólica)

Intoxicación aguda por el alcohol

Intoxicación de índole patológica

Otras psicosis alcohólicas (y las no especificadas)

Psicosis asociadas a infección intracraneal

Psicosis con parálisis general ("demencia parálitica")
Psicosis con otras formas de sífilis del sistema nervioso central
Psicosis con encefalitis epidémica
Psicosis con otras encefalitis, y las de etiología no especificada
Psicosis con otras infecciones intracraneales (y las no - especificadas)
Psicosis asociadas a otros estados cerebrales patológicos
Psicosis con arterioesclerosis cerebral
Psicosis con otros trastornos cerebrovasculares
Psicosis con epilepsia
Psicosis con neoplasias intracraneales
Psicosis con enfermedad degenerativa del sistema nervioso central
Psicosis con traumatismo cerebral
Psicosis con otros estados cerebrales patológicos (y los no especificados)
Psicosis asociadas a otros estados físicos
Psicosis con trastornos endocrinos
Psicosis con trastornos metabólicos o nutritivos
Psicosis con infecciones generales
Psicosis con intoxicación por medicamentos o por venenos (que no sean el alcohol)
Psicosis asociados al parto
Psicosis con otros estados físicos y los no diagnosticados
Psicosis con estados físicos no especificados

II-B. SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS NO PSICOTICOS
Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos (los trastornos mentales no especificados como psicóticos, asociados a estados patológicos de orden físico)

Síndromes cerebrales orgánicos con infección intracraneal
Síndromes cerebrales no psicóticos, con intoxicación por medicamentos, venenos o de orden general
Síndromes orgánicos cerebrales no psicóticos, con traumatismo cerebral
Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos, con perturbación circulatoria
Síndromes orgánicos cerebrales no psicóticos, con epilepsia
Síndromes cerebrales orgánicos, no psicóticos con trastornos del metabolismo, del crecimiento o de la nutrición
Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos, con enfermedad cerebral senil o presenil
Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos con neoplasias intracraneales
Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos con enfermedad degenerativa del sistema nervioso central
Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos con otros estados físicos (no especificados)

III. PSICOSIS NO ATRIBUIDAS A LOS ESTADOS PATOLOGICOS FISICOS
ENUMERADOS PREVIAMENTE

Esquizofrenia
Esquizofrenia de tipo simple
Esquizofrenia de tipo hebefrénico
Esquizofrenia, tipo catatónico, con excitación
Esquizofrenia, tipo catatónico, con retraimiento
Esquizofrenia tipo paranoide
Episodio esquizofrénico agudo
Esquizofrenia tipo latente
Esquizofrenia tipo residual
Esquizofrenia tipo esquizoaectivo
Esquizofrenia tipo de la niñez

Esquizofrenia tipo crónico no diferenciado
Esquizofrenia de otros tipos (y los no especificados)
Trastornos afectivos de mayor importancia (psicosis efectiva)
Melancolía involutiva
Enfermedad manícodepresiva de tipo maniaco
(psicosis maniaco depresivo de tipo maniaco)
Enfermedad manícodepresiva de tipo deprimido
(psicosis manícodepresiva de tipo deprimido)
Enfermedad manícodepresiva tipo circular
(psicosis manícodepresiva tipo circular)
Otros trastornos afectivos de primera importancia
Estados paranoides
Paranoia
Parafrenia involutiva
Otros estados paranoides
Otras psicosis
Reacción psicótica depresiva (psicosis reactiva depresiva)
Excitación reactiva
Confusión reactiva

IV. NEUROSIS

Neurosis
Neurosis de ansiedad
Neurosis histérica
Neurosis histérica de tipo de conversión
Neurosis histérica de tipo disociativo
Neurosis fóbica
Neurosis obsesivocompulsiva
Neurosis depresiva
Neurosis neurasténica (neurastencia)
Neurosis con despersonalización (síndrome de personalización)

Neurosis hipocondriaca

Otras neurosis

Neurosis no especificadas

V. TRANSTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRANSTORNOS MENTALES NO PSICOTICOS NO MENCIONADOS PREVIAMENTE

Transtornos de la personalidad

Personalidad paranoide

Personalidad ciclotímica (personalidad afectiva)

Personalidad esquizoide

Personalidad explosiva

Personalidad obsesivocompulsiva (personalidad anancástica)

Personalidad histérica

Personalidad asténica

Personalidad antisocial

Otros transtornos de la personalidad

Personalidad pasivoagresiva

Personalidad inadecuada

Desviaciones sexuales

Homosexualidad

Fetichismo

Pedofilia

Transvestismo

Exhibicionismo

Voyeurismo

Sadismo

Masoquismo

Otras desviaciones sexuales

Alcoholismo

Ingestión episódica excesiva de bebidas alcohólicas

Ingestión excesiva habitual de bebidas alcohólicas

Adicción al alcohol (dependencia del alcohol, alcoholismo)

Otras formas de alcoholismo (no especificada)

Estados de dependencia producidos por medicamentos

Dependencia, con respecto al opio, los alcaloides del opio y sus derivados

Dependencia con respecto a los analgésicos sintéticos con efectos análogos a los de la morfina

Dependencia de los medicamentos barbitúricos

Dependencia de los medicamentos, producidas por otros hipnóticos y sedantes o "tranquilizantes"

Dependencia producida por la cocaína

Dependencia producida por la cannabis activa (hashish o marihuana)

Dependencia producida por otros medicamentos (psicoestimulantes)

Dependencia producida por medicamentos alucinógenos

Otras dependencias con respecto a medicamentos

VI. TRANSTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

Transtornos cutáneos psicofisiológicos

Transtornos musculoesqueléticos psicofisiológicos

Transtornos respiratorios psicofisiológicos

Transtornos psicofisiológicos de orden cardiovascular

Transtornos psicofisiológicos hemáticos y linfáticos

Transtornos psicofisiológicos gastrointestinales

Transtornos psicofisiológicos genitourinarios

Transtornos psicofisiológicos endocrinos

Transtornos psicofisiológicos de los órganos de los sentidos especiales.

Transtornos psicofisiológicos de otro tipo

VII. SINTOMAS ESPECIALES

Transtornos del habla o del lenguaje

Transtornos específicos del aprendizaje

Tics

Otros transtornos psicomotores

Transtornos del sueño

Transtornos de alimentación

Enuresis

Encopresis

Cefalalgia

Otros síntomas especiales

VIII. TRANSTORNOS TRANSITORIOS DE SITUACION

Reacciones de adaptación que se presentan en la infancia

Reacciones de adaptación que se presentan en la niñez

Reacciones de adaptación que se presentan en la adolescencia

Reacciones de adaptación que se presentan en la vida adulta

Reacciones de adaptación propias de la edad avanzada

IX. TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Reacciones hipercinéticas de la niñez (o de la adolescencia)

Reacciones de retraimiento de la niñez (o de la adolescencia)

Reacciones de la niñez o de la adolescencia producidas por ansiedad excesiva

Reacciones de guga en la niñez o la adolescencia

Reacciones agresivas antisociales, de la niñez o de la adolescencia

Reacciones de delincuencia en grupo, en la niñez o la adolescencia.

Otras reacciones de la niñez o de la adolescencia

X. ESTADOS PATOLOGICOS SIN TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS MANIFIESTOS

Y ESTADOS NO ESPECIFICOS

Mala adaptación conyugal

Mala adaptación social

Mala adaptación para el trabajo

Conducta disocial

Otras desadaptaciones sociales

2. PSICOSIS Y NEUROSIS. CARACTERISTICAS.

Una vez conocidos específicamente los trastornos mentales, pasaremos al conocimiento de las características de los grupos generales: Psicosis y Neurosis, en el entendido de que no se trata de trastornos psiquiátricos en particular. Para ello utilizaremos el siguiente cuadro que nos permitirá diferenciar las características de cada grupo:

FACTOR	NEUROSIS	PSICOSIS
Origen	Se deben principalmente a factores sociológicos y psicológicos como frustraciones y conflictos emocionales.	Casi todos los trastornos psicóticos están asociados a disfunciones orgánicas; sólo la esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, melancolía involutiva y paranoia se desarrollan a partir de factores psicológicos y sociológicos.
Conducta General	Afecta sólo parte de la personalidad; el individuo socialmente organizado no se enajena; contacto con la realidad.	Afecta la personalidad total; el individuo se encuentra socialmente desorganizado, no hay contacto con la realidad.
Naturaleza de los Síntomas	Por lo común transitoria y estacionaria; sólo levemente incapacitante para la participación social; las perturbaciones del habla son raras.	Por lo común duradera y progresiva; frecuentemente incapacitante para la participación social; frecuentes --

		perturbaciones del habla.
Orientación.	El paciente rara vez pierde la orientación con respecto al ambiente.	El paciente pierde frecuentemente la orientación con respecto al ambiente.
Conciencia.	Por lo general el paciente tiene conciencia de la naturaleza de su conducta.	El paciente rara vez tiene conciencia de la naturaleza de su conducta.
Aspectos Sociales	Conducta rara vez daña para el enfermo o la sociedad; el paciente casi nunca necesita cuidado hospitalario.	Conducta a menudo dañina o peligrosa para el paciente o la sociedad; el paciente con frecuencia necesita cuidado hospitalario.
Tratamiento.	El paciente suele ser fácil de manejar; por lo tanto, la curación permanente se alcanza con mayor facilidad.	El paciente suele ser difícil de manejar; la curación permanente se logra con dificultad.

B. PRINCIPALES MEDIOS DE TRATAMIENTO.

1. Farmacoterapia.

La farmacoterapia es el medio de tratamiento consistente en aplicar al paciente sustancias médicas con la finalidad de estimular, disminuir, provocar o inhibir ciertas funciones orgánicas que influyen en la conducta del enfermo.

Así, dentro del tratamiento psiquiátrico tenemos un gran espectro de medicamentos de uso frecuente, pero generalmente se pueden englobar en tranquilizantes mayores y menores y antidepresores mayores y menores.

No siendo el presente trabajo de investigación principalmente de índole médica, nos limitaremos a conocer algunos de los fármacos utilizados en el tratamiento psiquiátrico, mencionándolos no por su nombre genérico, sino por su nombre comercial, así, podemos enlistar:

Trindal	Haldol	Didrex	Procetacina	Valium
Wyamina	Toracina	Atarax	Deprol	Permitil
Vistaril	Preludin	Prolixina	Librium	Bencedrina
Pacatal	Ecuamil	Trilafón	Dexedrina	Esparina
Nopramin	Dartal	Petrofán	Vesprin	Marplán
Taractán	Nordil	Dexedrina		

Los medicamentos citados son suministrados ampliamente en los hospitales psiquiátricos pues sus efectos benéficos están comprobados y resultan valiosos auxiliares en el proceso de tratamiento de los enfermos mentales.

Sin embargo, algunos de estos medicamentos provocan en el paciente efectos secundarios no deseados que en ciertos casos pueden afectar seriamente el organismo y la conducta del paciente. A continuación se enumeran algunos de estos efectos colaterales.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- Somnolencia
- Variaciones de temperatura
- Síntomas de parkinsonismo
- Meningismo o Síndrome análogo a los tics.

CARDIOVASCULARES

- Hipotensión

GASTROINTESTINALES

- Aumento del apetito.
- Náuseas y vómitos

- Estreñimiento
- Diarreas

PIEL

- Prurito de las extremidades
- Aumento de la sensibilidad ante la luz
- Erupciones morbiliformes

RESPIRATORIOS

- Congestión nasal

MUSCULO ESQUELETICO

- Debilidad muscular

ENDOCRINOS

- Aumento de la libido en la mujer; disminución de la misma en el hombre-
- Crecimiento del número de las glándulas mamarias, aparición de secreción láctea, trastornos menstruales

APARATO GENITOURINARIO

- Trastornos en las funciones sexuales, en el hombre principalmente la imposibilidad de eyaculación.

PSICOLOGICOS

- Depresión
- Pérdida momentánea del contacto con la realidad.-
(en caso de dosis excesivas)

Como hemos visto, los trastornos secundarios que conlleva el uso de los fármacos son múltiples, y van desde los leves hasta los más graves, por lo que su uso debe ser racional, cuidadoso y controlado.

Al respecto, es necesario la implantación de un control jurídico que prevea la aplicación inadecuada y el posible abuso en el suministro de los mismos.

Con esto no pretendemos menospreciar el criterio del psiquiatra, satanizar su labor o que la ley interfiera inútilmente en el tratamiento de los enfermos mentales, sino establecer disposiciones más estrictas que la única obligación que tiene el médico responsable de anotar los fármacos y su medida de aplicación dentro del expediente del enfermo.

2. APLICACION DE ELECTROCHOQUES.

Con fundamento en la hipótesis errónea según la cual entre la epilepsia, una afección convulsiva, y ciertas formas de enfermedad mental, existe un antagonismo biológico, se intentó tratar algunas afecciones psiquiátricas caracterizadas por autismo, por medio de convulsiones artificialmente provocadas. En 1935, Von Medona comunicó que el alcanfor y el pentilentetrazol (metrazol) producen accesos convulsivos aprovechables terapéuticamente. Una de las desventajas de tales medicamentos es la sensación de amenaza o de muerte inminente que el paciente experimenta entre el momento de la inyección y el momento en que sobrevienen las convulsiones. En 1937 Cerletti y Bini sugirieron provocar ataques convulsivos por medio de corrientes eléctricas y, a partir de entonces, la terapia electroconvulsiva sustituyó rápidamente el uso de las drogas. La experiencia ha demostrado que este tratamiento tiene su mayor eficacia contra las depresiones, y en menos grado, contra la hiperactividad.

El procedimiento consiste en provocar un ataque típico de gran mal por el paso de una corriente eléctrica a través de electrodos situados en ambos temporales del paciente. El umbral convulsivo varía de un paciente a otro; por consiguiente, la cantidad de corriente necesaria varía también. La convulsión empieza por un espasmo tónico de todo el cuerpo seguido de una serie de espasmos clónicos que son más intensos en las extremidades. El paciente permanece inconsciente durante varios minutos después del ataque y, por lo regular, en estado de bastante confusión. Al cabo de 30 minutos suele ya encontrarse en condiciones de levantarse y andar, aunque al principio podría necesitar que lo ayudasen.

La complicación más corriente del tratamiento electroconvulsivo es la fractura por compresión del raquis, en la región dorsal media, generalmente entre las vértebras dorsales cuarta y octava; también puede producirse fractura de húmero o fémur.

Algunas de las afecciones consideradas como contraindicaciones ya han sido erradicadas, pero subsisten otras como trombosis coronaria reciente, descompensación cardíaca y las fracturas óseas no cicatrizadas.

EN realidad el tratamiento electroconvulsivo es inocuo, pero el abuso de su aplicación conlleva afectaciones mayores que pueden llegar hasta el daño cerebral.

Al respecto el Dr. David Cooper ha expresado: "El abuso de la libertad de unos puede afectar la libertad o la integridad de otros; el abuso del accionar libre de los sanos puede llegar a socavar la integridad humana de los enfermos, es por eso que existen en los hospitales psiquiátricos del mundo miles de personas con sus cerebros mutilados o molidos por la aplicación de eléctricoschoks..."²

2. David Cooper. ob.cit., pag. 27.

3. PSICOCIRUGIA.

En 1935, Egaz Moniz, neurocirujano portugués, publicó el uso de la lobotomía prefrontal en el tratamiento de ciertas enfermedades mentales. Al año siguiente se empezó a aplicar el tratamiento en los Estados Unidos, siendo los primeros en usarlo Freeman y --- Watts. El tratamiento psicoquirúrgico se usa menos desde que se introdujeron los tranquilizantes.

En la lobotomía prefrontal se seccionan las fibras de asociación entre los lóbulos frontales del cerebro y el tálamo. Aunque no se sabe ciertamente cual es la función específica de los lóbulos frontales, se presume que el tálamo es el centro donde las reacciones emocionales se convierten en ideas y sensaciones. Con el procedimiento quirúrgico se pretende desprender el componente emocional de la psicosis y hacer capaz al enfermo de una vida más cómoda. La operación se realiza a través de orificios trepanados en el cráneo; las fibras de asociación se seccionan en el plano de la sutura coronaria.

Se han ideado otros procedimientos quirúrgicos basados en el mismo principio. La topectomía consiste en extirpar áreas de la corteza de los lóbulos frontales. En la talamotomía, se inserta una aguja eléctrica en el tálamo, para destruir parte de su tejido y así reducir la tensión emocional del enfermo. La lobotomía transorbitaria consiste en seccionar las fibras de asociación por encima del ojo. Este procedimiento es ahora más usado que cualquier otro.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que si bien la psicocirugía puede lograr que el enfermo retorne a la vida de la colectividad, es probable que quede después de la operación cierto deterioro en relación con su nivel mental prepsicótico. Los rasgos desagradables suelen intensificarse, las inhibiciones sociales disminuir, y quedar reducida la aptitud para desarrollar tareas complejas.

Está comprobado el gran valor terapéutico que representa la psicocirugía, ya que proporciona alivio y la posibilidad de reincorporar al paciente a una vida de grupo. No obstante, se debe estar consciente de que al practicar una operación de este tipo se está

privando al sujeto de una parte esencial de su personalidad; las emociones. Por tal motivo una intervención psiquirúrgica debe ser un acto cuidadosamente indicado, aplicado y severamente vigilado.

4. INSULINOTERAPIA.

LA insulina venía usándose como tratamiento sintomático de algunas enfermedades mentales, principalmente por su acción sedante sobre la excitación y los efectos estimulantes que ejerce sobre pacientes en mal estado de nutrición; también se usaba para tratar la drogadicción. Manfred Sakel, de la clínica de la Universidad de Viena, advirtió que los estados de hipoglucemia (nivel bajo de azúcar) profunda, que ocasionalmente y sin intención se provocaban, iban seguidos de mejoría del estado clínico de los enfermos. Partiendo de esta información, Sakel utilizó el coma insulínico, hasta entonces evitado, en varias clases de enfermos, con propósitos terapéuticos.

El uso del coma insulínico se difundió rápidamente y, en uno u otro tiempo, se ha aplicado a casi todo tipo de psicosis.

El choque insulínico consiste en producir un estado de coma, mientras el paciente se encuentra en ayunas, mediante la inyección de una dosis considerable de insulina. El coma se interrumpe administrando azúcar fácilmente absorbible por el organismo.

Entre las complicaciones que conlleva el uso de la insulina se incluyen estados de hiperexcitación, que pueden llegar al colapso cardíaco, convulsiones, coma prolongado o irreversible.

El más grave y menos común es el coma irreversible.

El choque insulínico es un procedimiento delicado y peligroso. Por tanto, resulta obligado que los hospitales psiquiátricos donde se practica cuenten con el equipo médico adecuado y con el personal adiestrado y preparado capaz de afrontar una emergencia.

CAPITULO III.- LEGISLACION REFERENTE A LOS ENFERMOS MENTALES.

El hecho de que las personas alteradas mentalmente puedan llevar a cabo actos que no van de acuerdo con la lógica normal, que necesitan en ocasiones ser protegidas de sí mismas y proteger a la sociedad contra ellas, ha hecho que desde tiempos antiguos se hayan emitido leyes y disposiciones administrativas especiales para los enfermos mentales. En las culturas primitivas el demente estaba rodeado de consideraciones religiosas por lo que le era permitido vagar libremente. A medida que las sociedades se volvieron más complejas resultó imposible permitir la libertad absoluta para el demente y fue necesario implantar medios y sistemas para su custodia y cuidado, en ocasiones contra su propia voluntad. En todas las naciones el sistema legal y administrativo se ha desarrollado lentamente y son muy pocos los países en que puede afirmarse que se ha llegado al nivel de desarrollo que exigen los conocimientos científicos actuales y la comprensión que debe darse al problema del enfermo mental.

En el presente capítulo se ha hecho referencia a los aspectos legales, principalmente de las áreas civil y penal, que atañen a los enfermos mentales con la finalidad de que se conozca en que posición o sitio dentro de la vida social se encuentran estos, es decir, si la sociedad se ha preocupado por ellos o si ha volteado la espalda ante el problema que significa su tratamiento. Por otro lado, se ha hecho referencia a aspectos del tratamiento psiquiátrico en sí, intentando saber lo que en este renglón se ha hecho y lo que en adelante se podría hacer.

A. LEGISLACION EN OTROS PAISES.

1. EN MATERIA CIVIL.

El campo en que los trastornos e incapacidad mentales pueden afectar los derechos civiles del sujeto es de gran amplitud.

En algunos países como Canadá, Países Bajos y algunos Estados de la Unión Americana, se suspenden la mayor parte de los derechos civiles al paciente internado en un hospital mental. En casi todos los países, la internación del enfermo mental no implica la pérdida de sus derechos civiles, y el problema de su competencia legal se encara después de la admisión, si es que una situación específica exige una decisión al respecto.

En Inglaterra, antes de la ley de 1959, una persona insana no podía realizar un contrato válido a menos que el director del hospital certificara que el paciente conocía la naturaleza de su acto. A partir de la promulgación de la ley, el paciente interno goza de toda su capacidad civil, ya que los médicos sólo han certificado la necesidad de que sea tratado en internación. En la actualidad, la validez de un contrato que realiza un paciente depende de su estado mental real. En Francia, Suiza y Austria, el criterio que prevalece es la capacidad del paciente para formar motivaciones normales y orientarse por ellos. En Francia, el contrato formalizado por un paciente certificado médicamente como insano no es nulo, pero puede anularse si se comprueba que sufre de "demece"; en Austria debe demostrarse que el paciente era competente, y en Italia se requiere también el certificado de un psiquiatra para demostrar, que con respecto al acto, el paciente tenía total comprensión y voluntad.

La legislación de estos países se basa en el principio de la teoría general de los contratos que establece que se requiere un total y libre consentimiento de los contratantes y debe ser un acto de razonamiento liberado. Overholser ha manifestado que debe demostrarse un grado razonable de aptitud mental y de contacto con la realidad, junto con una memoria razonablemente intacta, para permitir que un contrato que realiza un enfermo mental sea válido.

Existen países en los que los actos del insano no deben ser validados, pueden invalidarse de todas maneras si se presentan prue-

bas al respecto. En Suecia, debe probarse que el acto fue realizado bajo la influencia de un trastorno mental, y en Suiza, que el paciente no era capaz de formar motivaciones normales o de actuar de acuerdo con ellas.

Las leyes respecto de la capacidad testamentaria tienden a seguir líneas paralelas a las que rigen la capacidad contractual, pero deben interpretarse dentro de límites más amplios. En Suiza, se exige un grado menor de "urteilsfähigkeit" (capacidad legal), con respecto a la capacidad testamentaria. En Suecia la formulación de la ley es la misma para los dos casos, pero los tribunales son más renuentes en declarar nulos los testamentos que los contratos realizados por personas mentalmente trastornadas. En los Estados Unidos de Norteamérica, el testador debe tener conciencia de que está legando sus bienes, conocer cuales son y a quien los legará.

En Inglaterra y Escocia, la validez de un testamento depende de que éste sea la decisión de una "persona mayor de edad en posesión de sus facultades mentales, y ejecutado en debida forma"; "completa posesión de sus facultades mentales" no significa necesariamente completa cordura, ya que hay enfermos mentales (que incluso pueden estar certificados por un hospital mental) que pueden estar en condiciones de realizar un testamento satisfactorio. Lo que se exige es que el paciente, en el momento de testar, recuerde: a) la naturaleza y extensión de sus bienes; b) a las personas que tienen derecho a su legado; c) que su juicio y voluntad estén tan claros y libres como para permitirle determinar la relativa fuerza de esos derechos.

MATRIMONIO Y DIVORCIO.

La enfermedad y la deficiencia mental pueden ser un obstáculo para el matrimonio; ambos estados pueden servir de base para solicitar la anulación del matrimonio, sea por el paciente o por su cónyuge; y también el divorcio, por parte del cónyuge.

En Suiza una persona mentalmente enferma (geisteskrank) no puede contraer matrimonio válido.

Este es un concepto más amplio que el de insanidad y puede excluir del matrimonio a personas que no son insanas según las leyes inglesas, y que pueden ser capaces hasta de realizar un contrato de negocios válido. La persona que quiera casarse debe tener juicio y comprensión de la naturaleza y significado del matrimonio para captar todos los problemas y deberes implicados. Requisitos tan estrictos se han atenuado en la práctica.

En Alemania y Austria toda persona incapaz de dirigir sus propios intereses (geschäftsunfähig) está imposibilitada para casarse. Los débiles mentales, los psicópatas, los drogadictos y las personas que han sufrido una lesión cerebral, son comúnmente considerados "geschäftsunfähig" y pueden ser colocados bajo la protección de un curador; cuando se da esta situación, sólo pueden casarse con el consentimiento del curador.

En Suecia, la demencia y la deficiencia mental son impedimentos para el matrimonio. Las personas en estas condiciones, pero capaces de constituir y mantener un hogar, pueden obtener el permiso del rey para casarse siempre y cuando se sometan voluntariamente a la esterilización. Cualquiera de los cónyuges puede solicitar la anulación; la persona que sufre el trastorno mental puede hacerlo dentro de los seis meses después de haberse recuperado; y el cónyuge sano, dentro de los seis meses después de haberse enterado de la enfermedad mental del cónyuge. El cónyuge sano puede presentar también la solicitud de divorcio si la enfermedad del otro ha durado tres años y presenta mal pronóstico. En Finlandia y Noruega los psicópatas y los imbeciles no pueden contraer matrimonio.

En otros países, la anomalía mental debe ser severa para invalidar un matrimonio, pese a que es posible la acción subsiguiente para obtener la nulidad por motivos menores. En Inglaterra un matrimonio es nulo "ab initio" si una de las dos partes era insana al

momento de contraerlo a tal punto de estar incapacitada para comprender la naturaleza del acto o de tener delirios insanos respecto de aquella. La ley matrimonial inglesa prevé que un matrimonio puede anularse si una de las partes no estaba en total posesión de sus facultades mentales, si era un deficiente mental o estaba sometido a repetidos ataques de insania o epilepsia. Sólo la parte sana puede solicitar el divorcio y debe probar su ignorancia del estado de su cónyuge en el momento de contraer matrimonio iniciando los trámites correspondientes dentro del primer año.

En algunos Estados de Estados Unidos de Norteamérica se incluyen consideraciones eugenésicas, ya que las personas incapacitadas pueden casarse si han sido esterilizadas, o cuando la mujer es mayor de cuarenta y cinco años.

La razón de esta norma radica en que las personas mentalmente trastornadas, sea por causas hereditarias o no, no son aptas para procrear. Gran Bretaña y Suecia están dentro de los pocos países que autorizan el pedido de anulación por parte del cónyuge sano. En casi todos los países una persona mentalmente incapacitada puede solicitar la anulación sobre ese fundamento.

En los países en donde la iglesia católica ha influido en el contenido de la ley civil, ninguno de los cónyuges puede obtener el divorcio basado en el trastorno mental del otro. Estos son los casos de Bélgica, España, Francia, Italia y Holanda; en Portugal el matrimonio civil puede disolverse, no así el religioso, a menos que lo decidan las autoridades católicas. Sin embargo en la mayoría de los países la esposa de un enfermo mental puede obtener el divorcio si la enfermedad ha durado un tiempo determinado y se le ha declarado incurable. El término incurable significa que un paciente es incapaz de recuperar por cualquier medio un estado que le permita reasumir las responsabilidades que atañen al matrimonio, aunque pueda estar en condiciones de vivir en la comunidad.

ESTERILIZACION.

En casi todos los países del mundo, las operaciones destinadas a provocar la esterilidad están prohibidas - por la Ley o no están expresamente permitidas. En las Naciones donde se encuentra aprobada, la libertad con que los psiquiatras demandan la realización de esta operación, varía según cada profesional. La esterilización solicitada por consideraciones médicas generalmente no presupone dificultades, por ejemplo, en el caso en el que se desea evitar el riesgo de embarazo de una mujer cuando esto implica peligro para su vida o para su salud mental o física. La esterilización por motivos exclusivamente eugenésicos es poco usual, pero se ha practicado, sin embargo, sin consecuencias legales desfavorables para el cirujano que la practicó o para el cirujano que la recomendó. Los antecedentes sociales son importantes para cada caso de esterilización de una mujer - madura, madre de muchos niños, sobrecargada por lo numeroso de su familia; pero por otro lado, no sería tan fácil disponer la esterilización de una muchacha deficiente mental con hábitos promiscuos antes de reintegrarla a la vida comunitaria, por más aconsejable que esto fuere para su salud y felicidad futuras.

En los países escandinavos, la esterilización voluntaria fundada en razones médicas, sociales o eugenésicas ha sido permitida según varias leyes. En estos países es perfectamente lícito recomendar la esterilización antes de que una persona deficiente o trastornada mentalmente se case o se le coloque como pensionista fuera del hospital. La mayoría de las esterilizaciones se practican en madres sobrecargadas que no desean tener más hijos y no pueden utilizar algún anticonceptivo. En el caso de los enfermos mentales, se sostiene que la esterilización es una acción humanitaria que permite, para los casos de los parcialmente incapacitados, acercarlos a una vida más plena y próxima a lo normal.

En Dinamarca, por el contrario y aún durante la ocupación Nazi, la opinión pública ha sido muy sensible -- con respecto a todo lo que puede vulnerar la libertad personal, por lo que en este país la esterilización se practica en menor escala. Sin embargo la extremación de esta Tendencia puede -- llevar a un notable aumento de personas con trastornos mentales por causas hereditarias.

De manera similar a los países Escandinavos - en Suiza la esterilización se ha practicado ampliamente. La seguridad que produce la esterilidad en la pareja ha permitido una más amplia interpretación de la Ley que prohíbe el -- matrimonio a los deficientes y trastornados mentales.

En los Estados Unidos de Norteamérica, Minnesota y Vermont son las únicas entidades que permiten la esterilización voluntaria; pero otros veintiseis Estados permiten la esterilización compulsiva o forzosa de los incapacitados mentales. En estos Estados, los enfermos mentales internados en hospitales - están expuestos a ella. En diez y ocho Estados se incluyen a - los epilépticos ; y en algunos, también otros grupos, como los llamados " criminales hereditarios ", los delincuentes sexuales y los sifilíticos.

Actualmente se percibe una creciente oposición contra la esterilización principalmente en lugares de influencia católica.

C A S T R A C I O N

La operación de castración no está permitida fuera de los tres países Escandinavos. En ellos sólo puede practicarse con el consentimiento del interesado. Esta ope-

ración se aplica a los insanos o deficientes, a los psicopáticos agresivos con inclinaciones sexuales pervertidas. El propósito de la castración es tanto impedir los delitos sexuales como aliviar el sufrimiento mental de un individuo arrepentido de su aberración sexual. Se considera que los psicópatas agresivos aumentan así sus posibilidades de readaptación a la vida social. Este tipo de operación es escasamente practicada en los últimos años.

TRATAMIENTO VOLUNTARIO.

En el Reino Unido las provisiones legales relacionadas con la internación y tratamiento voluntarios en un hospital mental fueron suprimidas por la Ley de Salud Mental de 1959. Otros países emplean un sistema de tratamiento voluntario que requiere ciertas formalidades, tanto para la admisión como para la alta.

En la mayoría de los países el paciente debe presentar una solicitud escrita, excepto en Francia, donde este procedimiento lo realiza un pariente, amigo o asistente social. Un pariente o curador debe hacer la solicitud del paciente, en el caso de menores, y la edad límite varía desde los 15 (como en Finlandia), hasta los 21 años (como en Sudáfrica, Suecia y Australia); en Nueva Zelanda ningún menor de 21 años puede internarse por su voluntad. En algunos países (Noruega, Suecia, Yugoslavia) la solicitud del paciente debe estar fedatada por testigos; en esta situación se encuentra México, en otros países no se exige el certificado médico, que es obligatorio en Brasil, Dinamarca, Irlanda y algunas provincias de Canadá.

En los Estados Unidos de Norteamérica, se prevé, con excepción de Alabama, la posibilidad de una internación voluntaria, pero los procedimientos varían según el Estado. En la práctica esta situación se ve limitada por la saturación de los hospitales.

La proporción de pacientes voluntarios en los hospitales psiquiátricos estatales es baja. Aun cuando, generalmente, se a-

cepta sin prejuicios el tratamiento psiquiátrico, se sigue evitando el ingreso al hospital estatal.

El primer tratamiento de los trastornos psicóticos y neuroticos, así como de la adicción a las drogas, es realizado en clínicas psiquiátricas universitarias o en sanatorios privados. Los pacientes y sus familias están dispuestos a gastar sus recursos para evitar el "asilo", puesto que el riesgo económico que implica esta decisión es apenas cubierto por el seguro.

En Alemania Austria y Suiza la admisión voluntaria en las clínicas y hospitales psiquiátricos no está regulada por formalidad alguna, pero la extensión con que se utiliza esta facultad varía de país en país. En Holanda los hospitales se encuentran divididos en secciones abiertas y secciones cerradas. La admisión en las secciones cerradas sólo se lleva a cabo con la autorización del intendente de la municipalidad donde reside. La admisión en las secciones abiertas de un paciente que se interna por su voluntad o no se opone a ello no requiere autorización oficial, la desventaja de este sistema es que existen dos formularios para la admisión, uno para la sección abierta y el otro para la cerrada, junto con otros requisitos que también se duplican.

En algunos países la internación voluntaria es prácticamente desconocida, esto debido al ancestral temor que se tiene a los hospitales psiquiátricos. En Grecia es casi imposible admitir un paciente en un hospital mental, sino hasta que sus parientes lo consideran una carga insoportable. En Italia, el tratamiento que le es aplicado a cada paciente psiquiátrico es consignado en sus documentos, como se hace con los convictos y como es obligatorio presentar los documentos personales para solicitar empleo o para realizar todo trámite oficial, esta ley ha impedido que el paciente se interese durante la primera etapa de su enfermedad, lo que facilita el avance y desarrollo de ésta.

Al ingresar voluntariamente al hospital el paciente retiene

el poder de darse de alta por sí mismo. Como regla general se le exige que anuncie con antelación el abandono del hospital y ese intervalo estipulado varía desde las 24 horas (como en Australia), hasta los 21 días (como en Noruega). Si el paciente no debe, en interés de la sociedad o de sí mismo, abandonar el hospital, se eleva cierta forma legal para su internación forzosa, ya sea en el mismo u otro hospital.

En Noruega y Dinamarca, los médicos del hospital tienen mayor facultad para atender al paciente aún en contra de la voluntad de éste. En Dinamarca, el paciente psiquiátrico puede ser retenido forzosamente si el director del hospital considera que su tratamiento no ha terminado o que el paciente es peligroso, pero en tal caso deberá informar de su decisión al ministro de justicia, quien podrá confirmarla o revocarla. Las leyes danesas prevén también la retención obligatoria en los casos que se considere que el alta causaría desastre económico, infección venérea o embarazo ilegítimo. De igual modo, todo paciente que no está en posición de atenderse a sí mismo y que no tiene a nadie que lo apoye, puede ser retenido sobre estas bases.

Es contraccitorio dentro del sistema danés el hecho de que las causas de retención forzosa arriba enumeradas sean motivo para impedir el alta de un enfermo mental, pero no lo sean para su internación inicial.

En Suecia, a partir de 1967, la responsabilidad del Estado de dar atención a los enfermos mentales, ha sido delegada a las autoridades locales de los condados y municipios. Teniendo en cuenta que la atención de todos los enfermos en general está bajo una sola administración, se consideró conveniente que se aplicaran las mismas reglamentaciones tanto a los enfermos físicos como a los mentales. La ley dispone que cuando un enfermo ingrese voluntariamente o no se oponga a su tratamiento, su admisión deberá realizarse sin formalidad alguna. Un paciente admitido así no podrá ser retenido en el hospital contra su voluntad. Sin embargo, si el enfer-

no admitido bajo estos procedimientos, en el momento del alta es considerado peligroso para otras personas o para sí mismo, puede ser retenido por decisión de una junta local de altas. La razón para proceder de esta forma es la protección de la seguridad de terceras personas y la de evitar que el paciente, en cuanto sea dado de alta, sea detenido por algún cuerpo policiaco y sea solicitada la internación forzosa.

En la mayoría de las entidades que conforman los Estados Unidos en las que se prevé la internación voluntaria, el paciente puede ser retenido durante un tiempo determinado, e incluso durante más tiempo a medida que los procedimientos de internación obligatoria indeterminada siguen su curso. En sólo 6 Estados el paciente es dado de alta inmediatamente a su solicitud; en otros la demora puede variar de 48 horas hasta 30 días. Algunos Estados determinan una estadía mínima para el paciente de internación voluntaria.

Uno de los obstáculos más grandes para difundir el tratamiento voluntario es la incierta situación legal en que el paciente queda, ya que puede perder algunos de sus derechos, como el de recibir correspondencia, recibir visitas, conducir un automóvil y, aún asegurar su propia alta. En algunos Estados el sólo hecho de la internación voluntaria implica la declaración de incompetencia legal, en algunos otros se establece lo contrario y en la mayoría la situación legal del paciente es confusa.

La liberalización de la práctica legal y administrativa en relación a los enfermos legales ha estado ligada a los progresos en la investigación y su tratamiento. En Inglaterra, la admisión voluntaria sin requisitos y la rápida alta de los pacientes ha sido despectivamente llamada "el principio de la puerta giratoria" ;aludiendo a un dar vueltas sin sentido. Sin embargo el girar de esta puerta ha permitido el flujo, no sólo de pacientes, sino de ideas y conocimientos, lo que ha propiciado mayor comunicación y por ende mayor acercamiento de la gente hacia el hospital psiquiátrico y de éste hacia la comunidad.

EN INGLATERRA Y GALES.

En la Ley de salud mental el auto de internación deja sin efecto la autoridad judicial y los diversos métodos de admisión, tales como el procedimiento o certificación -- temporarios. El paciente que ofreciera resistencia a su internamiento será admitido en el hospital a solicitud del pariente más cercano o de funcionario determinado del Bienestar Men_al y por recomendación de dos médicos que lo han examinado recientemente. Uno de ellos deberá tener un conocimiento previo del paciente. Ambos deberán testificar para dar constancia de que el paciente está padeciendo un trastorno mental que , por su naturaleza o grado sea necesaria su internación para su propia salud o seguridad de otras. En ausencia de parientes, estos serán sustituidos por un funcionario de salud mental, quien puede solicitar la internación del -- paciente. Para los casos de urgencia, la solicitud sólo requerirá una recomendación médica, si es posible emitida por el médico familiar. Esta orden expira a las setenta y dos - horas y en ese momento el paciente podrá ser dado de alta - si se ha recuperado y si esta en condiciones podrá consentir en su internamiento. Pero si continua enfermo y no puede o quiere consentir en su internamiento puede ser obligado ---- a continuar en el hospital, para lo que será necesaria otra orden médica.

El enfermo puede ser internado para su observación por un período máximo de veintiocho días o indefinidamente -- para su tratamiento. La permanencia para observación no puede prolongarse por otra solicitud posterior para el mismo fin y si fuera necesario, la prolongación del internamiento deberá hacerse con miras a un tratamiento específico.

La admisión necesaria o forzosa autoriza al hospital a retener al paciente durante un período de un año. Los médicos que apoyan la internación, deben especificar la enfermedad que padece el paciente según la ley: enfermedad mental, subnormalidad severa o trastorno subnormal o psicopático y fundamentar la decisión clínicamente y las razones para solicitar la internación. La admisión de enfermos que padece trastornos psicopáticos, sólo procederá cuando se trata de menores de edad.

En estos países la ley autoriza a los tribunales para emitir "órdenes de hospital" o de custodia con respecto a menores trasgresores a quienes se considere fuera de control o que necesitan atención. Deberá en estos casos proyectarse a través de los dictámenes de dos médicos, que el sujeto padece uno de los trastornos mentales mencionados. Deberá existir un hospital privado que este dispuesto a admitir al paciente o que una autoridad local o persona autorizada estén dispuestos a constituirse en sus curadores.

Los pacientes retenidos para su tratamiento pueden ser dados de alta a petición de sus parientes más cercanos, pero esta solicitud puede ser rechazada en virtud de un informe médico en el que establezca que, una vez dado de alta, el enfermo pudiese ser peligroso para sí o para los demás. El alta de un paciente se determina a instancia del médico responsable del caso y se pone en práctica por las autoridades del hospital. El alta de un paciente retenido por orden judicial no podrá ser ordenada por ningún pariente del enfermo, sino por los "Mental Health Review Tribunals", pero se conserva el derecho de apelarlos anualmente.

Existe para cada una de las zonas hospitalarias de Inglaterra y Gales un Mental Health Review Tribunal. Todos los miembros legales, administrativos, médicos, sociales, etc., son nombrados por el Lord Canciller en consulta con el ministro de Salud.

Los pacientes en custodia o retención necesaria puede, en ciertas circunstancias apelar las decisiones del Tribunal y sus parientes lo pueden hacer anualmente. La solicitud ante tribunales debe hacerse a través de un formulario oficial y mientras el tribunal considera la solicitud, los parientes o el paciente mismo pueden comparecer personalmente o por escrito. En todo caso, un médico miembro del tribunal examinará al paciente para formarse un criterio en torno al estado del sujeto y su dictamen será de gran importancia para la alta o retención del enfermo.

ESCOCIA E IRLANDA

En Escocia, según la ley de 1960, no hay provisiones por las que los pacientes sean admitidos en observación durante veintiocho días; pero la internación de urgencia puede prolongarse por siete días y no tan sólo por tres como en Inglaterra, para los casos de custodia o internación necesaria, estas deberán ser aprobadas por la máxima autoridad del condado.

La ley escocesa no contempla los Mental Health Review Tribunal, que son sustituidos por una máxima autoridad a la que son sometidas las apelaciones. Se ha creado por otro lado la Commission Mental Welfare (Comisión de Bienestar Mental), para ejercer funciones protectoras con respecto a las personas que debido a su trastorno mental sean incapaces de cuidar adecuadamente sus personas o sus intereses.

En Irlanda del Norte, la solicitud de internación forzosa por el pariente más cercano al paciente se basa en una sola recomendación médica, de preferencia hecha por un médico que tenga conocimiento previo del paciente. En estos casos la permanencia está limitada a veintiun días, a cuyo término debe darse de alta a menos que el paciente opte por permanecer internado voluntaria e informalmente o en su defecto, un psiquiatra experimentado del hospital haya elevado al comité de administración (entre el catorceavo y veintiun días posteriores a la admisión) un informe en el que señale que el paciente sufre de un trastorno mental de tal naturaleza o gravedad que pone en peligro su propia salud o la seguridad de otros. En base a este informe se podrá autorizar la retención por seis meses a partir de la fecha de admisión inicial. Para prolongar este período el funcionario médico responsable debe elevar un informe posterior al Comité de Dirección, el que podrá autorizar doce meses más de internación. Después de este término, la internación puede bajo ciertas condiciones prolongarse a intervalos de dos años. Es de destacarse que la legislación Irlandesa ha puesto más énfasis al control de la retención que a las formalidades previas a la internación.

Las disposiciones legales relativas a personas involucradas en hechos criminales que deban ser hospitalizados son muy parecidas a las de Inglaterra y de igual modo se prevén los Mental Health Review Tribunals ya descritos anteriormente.

En la República de Irlanda una Ley de 1945 -- codificó todas las disposiciones existentes e introdujo algunas nuevas medidas. La aplicación de esta ley esta a cargo de una división del Ministerio de Salud, bajo la supervisión del Inspector de Hospitales mentales.

La Ley Islandesa a diferencia de la Inglesa - establece un certificado de internación temporal. Este - - certificado de internación debe ser expedido por el médico -- oficial del distrito en que reside el enfermo, y en el que se hace constar que el individuo sufre de trastorno mental que -- requiere para su tratamiento no más de seis meses de interna- ción y que no está en condiciones de ser considerado un pacien- te voluntario. El lapso de seis meses puede ser prorrogado has- ta diez y ocho meses más. Es posible solicitar también el - tratamiento temporal de un toxicómano, si el médico oficial -- demuestra que el sujeto es toxicómano y que requiere por lo - menos seis meses de tratamiento. Para tal efecto se considera legalmente que una persona es toxicómana cuando: a) Por razón de su adicción a drogas o intoxicantes es peligroso para sí o para los demás, o incapaz de atender sus intereses ni de man- tener una conducta ordinariamente correcta; b) que por razón de su habituación a las drogas o intoxicantes, o a causa de su conducta perversa, se encuentra en peligro serio de un - - trastorno mental.

PAISES ESCANDINAVOS.

En Noruega la admisión en los hospitales - - psiquiátricos se rige por la Ley de Enfermedades Mentales -- de 1961, la cual se basa en una ley vigente desde 1948 que fue muy liberal y avanzada para su tiempo. Esta ley consi- deró que el tratamiento del enfermo mental es un problema fa- miliar en principio, y que sólo se convierte en asunto públi- co cuando no existen pariente o estos no están dispuestos a - realizar los trámites necesarios. No se requiere ninguna - - orden judicial y son suficientes el certificado del médico -- familiar y el consentimiento de los padres o parientes. La autoridad de sanidad o policial sólo interviene cuando el pa- ciente se niega a ir al hospital, o si no tienen parientes que autoricen su internamiento.

Una vez internado, el paciente no pierde -- prácticamente ninguno de sus derechos legales, excepción -- hecha de la facultad para contraer matrimonio. Para los asuntos relacionados con la administración de sus bienes se le nombró un curador, lo que también se hace cuando el enfermo no tiene parientes. No existe el procedimiento de internación temporaria ni hay disposiciones que regulen los casos de urgencia. Si el caso es urgente, el médico puede concertar la admisión por teléfono llevando consigo los documentos necesarios cuando acompañe al paciente al hospital; la admisión a los hospitales es expedita pero se hace a través de salas de observación en las que recibe a pacientes no voluntarios y se les observa por un lapso de tres semanas.

Una vez que el enfermo esta en el hospital y ha pasado la fase de observación, puede ser retenido indefinidamente sin necesidad de renovar la certificación a intervalos determinados siempre que su estado así lo requiera. Si el paciente cree que se le detiene injustamente puede apelar a una comisión local designada para cada hospital por el rey, e integrada por miembros no legales y presidida por un juez. En caso de ser necesaria una intervención quirúrgica, se acostumbra solicitar la anuencia de los familiares.

No existen formalidades que reglamenten el alta y una vez egresado del hospital no está sometido a ninguna incapacidad civil, unicamente los marinos no pueden navegar, a menos que lo autorice un Organismo médico especial.

En Suecia, un enfermo mental puede ser internado contra su voluntad, si se certifica que requiere atención psiquiátrica hospitalaria, siempre que: 1) No tenga conciencia de su estado y puede mejorarse mucho con el tratamiento o perjudicarse seriamente sin él; 2) Si es una amenaza para la

seguridad o la salud física o mental de otras personas, o para sí mismo; 3) Si es incapaz de cuidarse a sí mismo; 4) Si ha manifestado un trastorno serio de conducta. La ley considera que la anormalidad mental, que no es enfermedad ni retardo mental, es equivalente de enfermedad mental. La solicitud de internación puede hacerla el cónyuge, los parientes cercanos, los curadores, el presidente de ciertas juntas sociales, la policía, los comandantes de las fuerzas armadas, o los médicos de hospitales no psiquiátricos.

La solicitud de internamiento debe ser acompañada por un dictamen emitido por un psiquiatra en el que se asiente que el sujeto padece trastorno mental y que es absolutamente necesaria la internación hospitalaria para su tratamiento.

La autoridad judicial puede también certificar la internación para tratamiento psiquiátrico en el caso de los convictos.

El Director del hospital debe examinar al paciente dentro de los veinte días siguientes a su internación y cuando se determine que no es indispensable su permanencia contra su voluntad debe dársele inmediatamente de alta. Los enfermos internados por orden judicial sólo pueden ser dados de alta por una junta local formada por tres miembros: Un abogado, que preside, un psiquiatra que no pertenece al hospital y una persona con experiencia en la administración pública. Existe también una junta Central que revisa las decisiones de las juntas locales.

En Dinamarca la admisión en Hospitales psiquiátricos está regulada por una ley de 1938. Esta ley permite la internación de un paciente peligroso con el sólo testimonio de un médico. Si el enfermo no es peligroso, se necesitan los certificados de dos médicos, uno de los cuales será

médico oficial. La internación puede estar reforzada por la policía, pero entonces el enfermo tiene el derecho de protestar ante el Ministerio de Justicia.

En Suiza las leyes y disposiciones referentes a los enfermos mentales son dictadas por unidades locales conocidas como cantones. Ejemplo típico es el cantón de Zurich, en cuya legislación (de 1962), está contemplada la internación voluntaria sin mayores formalidades. En los casos en que el enfermo necesita urgentemente atención o tratamiento, o --- cuando pone en peligro su seguridad o la de otras, un médico puede ordenar su internación. Se requiere además la concurrencia del tutor o pariente más cercano.

Ciertos funcionarios como jueces, el fiscal, pueden ordenar también la admisión del enfermo. En casos de pacientes sin familiares ni tutela, las autoridades encargadas de la aplicación de la ley de Pobres están facultadas para actuar. Una vez admitido el paciente, el director del hospital debe resolver si es benéfico para el enfermo su permanencia. Los pacientes internados a solicitud de un médico con la anuencia de familiares, pueden ser dados de alta por orden del director del hospital. Si el paciente solicita su alta y no se le concede, puede entonces pedir que una comisión especial decida sobre el problema.

Esta comisión es designada por el Gobernador del cantón y en ella se incluye a un psiquiatra. Los parientes pueden retirar al enfermo, aún en contra de la opinión médica; pero si el paciente es considerado peligroso, el director puede ordenar la retención y entonces el paciente o sus familiares pueden ocurrir ante la comisión especial.

No se requieren mayores formalidades para el alta, pero se realizan períodos de prueba en el hogar. Los pacientes dados de alta no tienen ninguna incapacidad legal, y aún dentro del hospital conserva sus derechos civiles, a menos que se hayan aplicado disposiciones especiales como nombrarle un curador.

Durante el regimen Nazi, tanto en Alemania como en los países ocupados se utilizó la internación psiquiátrica con fines políticos, ya sea como una forma de deshacerse de personas políticamente indeseables o como protección para los perseguidos. A esto se debe que después de la guerra se hayan impuesto en Alemania Occidental trámites de internación estrictos, que incluyen los dictámenes de dos médicos, uno de ellos oficial, y la emisión de una decisión judicial. El magistrado mismo puede hablar directamente con el enfermo para conocer los detalles del caso.

Una característica de la legislación de los países germánicos referente a los trastornos mentales, es el uso de una serie de medidas de precaución relacionadas con la incapacidad social basada en aspectos psiquiátricos. Para declarar a un enfermo incapaz de atender sus propios asuntos, el Juez puede fundarse no sólo en el trastorno mental, sino también en el alcoholismo, psicopatía y otros estados. Esta decisión judicial no implica necesariamente el tratamiento hospitalario. El enfermo que es privado así de sus derechos civiles - - - (Entmündigt) queda bajo el cuidado de un curador (Vormund). La incapacidad fundada en el alcoholismo puede darse cuando el enfermo a causa de su adicción es incapaz de dirigir sus asuntos o se expone a sí mismo o a su familia a un peligro manifiesto de ruina, o amenaza la seguridad de otros. La ley alema-

na asegura el cuidado del patrimonio personal y de los intereses comerciales mientras el paciente está incapacitado.

La Ley Inglesa de salud mental introduce la "recepción en custodia" al mismo nivel que la internación hospitalaria. La autoridad sanitaria local toma a su cargo la custodia, basada en recomendaciones médicas similares a las de internación. La custodia confiere al curador poderes de patria potestad sobre el paciente menor de catorce años. Esto explica la cantidad de pacientes mentales que viven dentro de la comunidad y que necesitan cierta protección social.

H O L A N D A

Debemos recordar que en este país los hospitales operan con secciones abiertas y secciones cerradas. La admisión en las áreas cerradas solo es posible con la autorización de un juez, quién interviene a petición de un pariente cercano del enfermo requiriéndose además un certificado médico que acredite el trastorno del enfermo y la necesidad de su internación en un hospital mental.

La internación de un paciente criminal puede ser ordenada por un Juez penal. El hospital está facultado para dar el alta a los pacientes criminales o no. Sin embargo, cuando un delincuente por orden del Juez penal, aparte de la sentencia de prisión o retención en el hospital psiquiátrico debe quedar a "Disposición del Gobierno"; su alta no significa su sobreseimiento.

El ministerio de Justicia puede ordenar la retención del paciente dado de alta, cuando considere que está fue aplicada prematuramente.

El paciente no criminal puede ser confiado a sus familiares independientemente del alta médica, siempre y cuando estos acepten la responsabilidad y con las restricciones de seguridad que se observan en la generalidad de los países.

El Fiscal y los Inspectores médicos de salud mental (que son médicos dedicados a esta función con exclusión del ejercicio profesional), son responsables de la vigilancia de la libertad y los derechos civiles del enfermo. El paciente internado con certificado de enfermedad mental pierde practicamente todos sus derechos civiles y generalmente se les nombra un curador que vigile sus intereses, - cuya información cesa cuando el paciente es dado de alta.

B E L G I C A

La legislación de este país contempla, para los casos ordinarios, la existencia de un certificado expedido - por un médico que tiene vigencia de quince días.

El pariente más cercano deberá firmar también una solicitud de internación, la que será autorizada por el Alcalde. Las causas de internación son esencialmente de índole social, no médica, y se basan en la posibilidad de que el paciente resulte peligroso para sí o para la comunidad. El Alta del paciente con certificado mental es ordenada por el - Presidente de la Corte Civil. Los parientes del enfermo no - pueden disponer la salida del hospital, sino deberán solicitarla a la corte Civil. En teoría, el paciente mental internado mediante certificado no pierde sus derechos civiles, pero en verdad sólo los puede ejercer mínimamente. No esta claramente establecido si el paciente puede legalmente oponerse a - su tratamiento , y en la práctica los hospitales suelen obtener únicamente el consentimiento de los familiares. Las instituciones psiquiátricas estan supervisadas por un Inspector - - General nombrado por el Ministerio de Salud.

FRANCIA

En esta Nación la internación puede ser voluntaria o de oficio. La solicitud para la internación voluntaria pese a su nombre, no puede presentarle el enfermo sino un -- paciente y debe ir acompañada de un certificado médico que -- describa los síntomas del trastorno mental y la necesidad de su tratamiento. La solicitud debe presentarse ante el prefecto (que es una autoridad civil), quien ordena la admisión. -- Para las internaciones de Oficio o Forzosas no se necesita -- certificado médico y se realiza a través de la policía. Este procedimiento se reserva para los enfermos notoriamente peligrosos o que puedan perturbar el orden público. Los alcohólicos y psicópatas pueden ser internados a través del procedimiento de tratamiento voluntario. Los alcohólicos son ---- frecuentemente retenidos (sin un fundamento legal claro), aún cuando ha cesado el trastorno mental alguno con el fin de dar tratamiento a su adicción. La internación de psicópatas -- sólo se permite cuando han perturbado el orden social. El prefecto o su delegado, se informa cada tres meses sobre el estado que guardan todos los pacientes, y además el procurador de la República visita los hospitales psiquiátricos dos veces por año.

ESPAÑA

La internación voluntaria informal es de práctica común. El otro procedimiento consiste en la solicitud de internación hecha por un paciente y avalada por un certificado médico sobre la existencia de la enfermedad. Algunos Funcionarios Judiciales pueden también solicitar la internación.

Estas formalidades no sólo se refieren a la internación en -- hospitales psiquiátricos, sino a las alas psiquiátricas de -- los hospitales generales. El procedimiento puede aplicarse -- también a psicopátas y drogadictos. El hospital debe ratifi-- car la internación el el paciente puede inconformarse ante un Juez. Se puese lograr el alta del paciente, aún contra opinión médica, siempre que no resulte peligroso. Mientras está en el hospital, el paciente no pierde sus derechos civiles y puede -- rehusar el tratamiento, si se encuentra suficientemente conscien-- te para hacerlo. Si resulta, por su profundo trastorno, privar el paciente de sus derechos civiles, requieren de un procedimien-- to legal y una declaración de incapacidad emitida por el Juez.

P O R T U G A L

Una Ley promulgada en 1945 ha colocado a Portugal a la --- cabeza en lo referente a la regulación del tratamiento de los --- enfermos mentales. La Ley contiene disposiciones interesantes -- como la inclusión del tratamiento profiláctico dentro del trata-- miento psiquiátrico, el cuidado de los niños, tratamiento ambula-- torio, tratamiento domiciliario y pensionado para los enfermos -- en casas familiares.

En 1963 se promulgó otra Ley que cambió la Organización de salud mental proyectada. Esta Ley introdujo un Control Legal y - Administrativo estricto con el fin de proteger al paciente, pero ha repercutido en un descenso en las internaciones voluntarias.

La supervisión de los derechos del enfermos mental queda - en manos del Instituto de Salud Mental, y en especial de uno de - sus miembros que es un Juez, al que se dirige toda apelación o -- queja por parte del paciente.

ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA

En los Estados Unidos de Norteamérica, cada una de las entidades que lo conforman tiene sus propias leyes y estas varían en sumo grado. En el terreno de las internaciones psiquiátricas puede afirmarse que los Estados Unidos de Norteamérica se caracterizan por un estricto control legal, que si bien tiene como fin el evitar una internación indebida o errónea, resulta difícil para la comunidad, para los pacientes y para los psiquiatras.

Las restricciones mecánicas se aplican aún en algunos hospitales; el paciente puede ser sometido a medios de tratamiento como la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y la esterilización sin su propio consentimiento o el de sus parientes. El electroshock es aplicado como terapia, pero en algunas ocasiones se llega a utilizar como medida disciplinaria, y en este método no es eficaz si se provoca daño. - La sobrepoblación en los hospitales psiquiátricos es un grave problema, esto debido en parte a que algunos de los internos no necesariamente deberían estar recluidos para su tratamiento.

Las Leyes de internación psiquiátrica de los Estados Unidos de Norteamérica deben estudiarse tomando en cuenta los siguientes antecedentes: treinta y siete estados proveen la internación jurídica; es decir que un Juez o Jurado determinan si una persona está mentalmente enferma al grado de requerir hospitalización y, de ser así, se ordena su internación por tiempo indeterminado; trece estados autorizan la formación de un jurado para decidir la hospitalización según los siguientes criterios:

1) Que el paciente es peligroso para sí mismo o para los demás; 2) Que tiene necesidad de atención y tratamiento; 3) Ambas razones; 4) Sin ningún criterio regulador. El estado de Massachusetts sobresale al establecer que la simple falta de conformidad social puede ser suficiente y que cualquier persona puede ser considerada mentalmente enferma cuando "tiene tendencia a conducirse de una manera que viola claramente las leyes, ordenanzas, convicciones o la moral establecidas de la comunidad": La internación involuntaria alcanza también a los deficientes mentales, los epilépticos (en dieciocho estados), los alcohólicos (en treintaseis estados, los drogadictos (en treinta y cuatro estados). Legalmente se considera como deficiente mental a aquella "persona cuya capacidad mental ha sido detenida por una lesión física o una enfermedad durante los primeros años de vida que requiere tratamiento, atención, internación y entrenamiento". El procedimiento para la internación involuntaria judicial requiere de una solicitud notificación, audiencia, derecho a consejo legal, derecho a juicio por jurado (con las variaciones entre estados y estado que ya se mencionaron).

La internación involuntaria no judicial es posible en treinta y dos estados y en doce es el único procedimiento. En algunos estados se realiza una audiencia por parte de una comisión o junta, en la que figuran uno o varios médicos. La internación involuntaria u obligatoria indeterminada basada en certificados médicos es posible en nueve estados; también se requiere la aprobación de un juez, pero la necesidad de internación es determinada por los médicos. La admisión sin protesta es un medio utilizado en catorce estados y consiste en admitir al paciente que no expresa su voluntad de internarse, tampoco se opone a ello. En treinta y cuatro estados se establece la internación temporal para observación. En dieciseis estados el objetivo es atender al paciente durante un tiempo limitado, no mayor de seis meses, a cuyo término debe permitirse el alta. En los estados restantes el procedimiento se utiliza en el caso de internación judicial, como un intento preliminar para iniciar un juicio informado. La facultad de la detención de emergencia se delega a la policía; en doce estados se requiere aprobación judicial y, en dieciseis un certificado médico.

INGLATERRA Y GALES.

En estos países la ley de salud mental establece que es posible en la mayoría de los casos que el deficiente mental reciba atención dentro de la comunidad, sea por parte de su familia, sea por parte de la autoridad sanitaria local, sin que sean sometidos a controles legales. El control legal se limita a su pervisar el lugar de residencia del deficiente mental, así como su vida cotidiana, por su bienestar o para la protección de otros; según el procedimiento, los pacientes son recibidos en los hospitales y se benefician de cualquier otro servicio necesario sin ninguna otra formalidad. Esto se aplica, por ejemplo, a la gran mayoría de los niños que acuden al hospital para exámenes o tratamientos prolongados.

Si es necesario el control, se aplica bajo el procedimiento de recepción en custodia, dentro del cual se debe presentar una solicitud suscrita por un paciente o por un funcionario de salud mental, y debe estar apoyada con los dictámenes de dos médicos, uno de ellos oficial. La solicitud se basa en que el paciente sufre una subnormalidad mental de tal grado y naturaleza que para proteger su seguridad y la de los demás es necesaria su recepción en custodia. Esta previsión es aplicable también a aquellos pacientes que se han recuperado parcialmente de una enfermedad esquizofrénica, que pueden vivir dentro de la comunidad pero que aun necesitan protección.

Es deber de las autoridades locales sanitaria ejecutar las disposiciones necesarias para las personas residentes en su zona que sufren trastorno mental, así como para su atención una vez dadas de alta, que incluyen los deberes del curador particular o gubernamental.

La solicitud para nombramiento de curador puede ser hecha por paciente cercano o funcionario de salud mental con el consentimiento del primero. La persona nombrada como curador puede ser una autoridad local o cualquier otra persona, incluso el solicitante. Las obligaciones del curador, además de las de representación, incluyen la provisión de trabajo, entrenamiento o empleo del paciente, disposiciones para su recreación y bienestar general y para la promoción de su salud física y mental. Los poderes del curador se pueden equiparar a los de la patria potestad.

ALOJAMIENTO Y CUSTODIA

En Inglaterra, hasta la promulgación de la ley de salud mental de 1959, existían muy pocas disposiciones relativas al paciente que se había recuperado parcialmente de una psicosis y cuya internación ya no era indispensable clínicamente. La custodia, o designación de curador, debería ser suficiente para resolver el problema; pero esto es realmente difícil, en vista de que no hay un control cuantitativo de las personas que se encuentran bajo custodia y - cuantas pueden ser clasificadas dentro de cada una de las cuatro categorías de trastorno mental oficialmente reconocidas.

En Escocia la situación es diferente, y el alojamiento de pacientes crónicos brindado por parientes o por otros custodios o curadores ha sido frecuentemente utilizado durante el último siglo. Estadísticas de 1963 mostraron que - - había unos mil doscientos cincuenta deficientes mentales - - bajo custodia legal y menos de cien personas que padecían - - enfermedades mentales. El número de deficientes mentales - - era inferior de seis mil setecientos y se detectaron alrededor de dos mil trescientas personas mentalmente enfermas - que eran controladas regularmente por las autoridades locales.

En Suiza, la supervisión del "Cuidado en familia" corre a cargo de los cantones, y los pacientes son visitados por funcionarios médicos y enfermeras designadas para este trabajo. Los pacientes pueden vivir y trabajar no solo en sus casas o en las de sus parientes, sino en - - casa de personas honorables y responsables que estén - - dispuestas a recibirlos; sistema similar se practica en Bélgica, sobre todo en la famosa colonia del Geel, donde la tradición del "Cuidado en familia", es bastante - -

antigua. En Dinamarca, el Hospital Aarhus tiene tantos internos como enfermos pensionados colocados dentro de la comunidad rural. En Suecia los deficientes mentales y --- aquellos pacientes recuperados parcialmente de psicosis viven habitualmente pensionados en casas familiares. La - - organización del cuidado en familia está dividida en distritos, cada uno con su Jefe psiquiatra y sus enfermeras que - viajan de punto a punto del Distrito. Es característca -- del Sistema Sueco la formación de pequeñas comunidades rurales o granjas de pacientes que no requieren mucho cuidado, realizan algún trabajo y son jefaturados por una enfermera responsable. Quincenalmente un médico del hospital más cercano visita estas comunidades que son propiedad, al igual que los hospitales de los consejos provinciales. El mismo sistema se sigue en Noruega, donde aproximadamente la mitad de los pacientes controlados oficialmente están colocados como pensionistas dentro de la comunidad.

Fuera de los países mencionados, no existe el Sistema de cuidado familiar. La misma inspección de los pacientes que han regresado a sus hogares es inexistente o irregular. .

La integración a la comunidad de los pacientes - mentales dados de alta; así como de aquellos parcialmente - incapacitados, es de recomendarse, ya que ayuda en la solución de problemas como la saturación de hospitales, el aligeramiento de la carga de la familia del paciente y la - - resocialización de este, que es a fin de cuentas, uno de los propósitos de la psiquiatría. Para lograr estas metas es -- necesario la creación de programas de alojamiento, custodia familiar, custodia de otros particulares, custodia oficial, bolsas de trabajo y en fin de todo lo que coadyuve a la integración del paciente mental de una manera más o menos - - normal a la vida social. Para ello es indispensable la par

ticipación de autoridades, médicos, psiquiatras, enfermeras trabajadores sociales, abogados y, sobre todo, de los legisladores, ya que son estos los que tienen la facultad y obligación de dar una estructura e impulso legal a todos los -- esfuerzos que se realizan en beneficio de los enfermos - - mentales.

Por otro lado Si el Magistrado considera que el insano debe ser tratado, puede aquél dictar las medidas convenientes.

La Ley de SALUD MENTAL Inglesa de 1959 dió mayor facilidad a los Funcionarios Judiciales para tratar a los infractores en atención a consideraciones psiquiatricas. Si el delincuente es condenado y debe ser encarcelado, el Tribunal puede autorizar su admisión y detención en un hospital o ponerlo bajo custodia basado en las pruebas orales o escritas, en que dos profesionales médicos sostengan que el condenado sufre una enfermedad mental, un trastorno psicopático, una subnormalidad o una subnormalidad severa, que así lo amerite por su naturaleza y grado. Uno de los dos médicos consultados deberá ser experto en diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales.

Sin embargo el magistrado puede, por el contrario, fallar que el acusado insano es culpable e imponerle una pena de prisión breve, notificando al director del penal correspondiente, de la situación mental del condenado. Si el médico penal comprueba la demencia, puede extender un certificado -- y disponer su traslado a un hospital psiquiatrico. El médico del penal puede hacer uso de esta facultad tratándose de detenidos con sentencia pendiente o de reos ya sentenciados.

En otros casos, puede el magistrado condenar al acusado, pero dejándolo en una " LIBERTAD CONDICIONAL " con la condición de que se someta a un tratamiento médico.

En el procedimiento ante tribunales superiores, si se comprueba la insanía mental del procesado, se dictaminará que está " Bajo incapacidad ", y se ordenará su internación

en un hospital psiquiatrico, en el cual se encontrará restringida su alta por tiempo indefinido.

Los deficientes mentales, los idiotas y los - - imbéciles sin excepción son considerados como incapaces para ser juzgados, y muchos débiles mentales con debilidad mental aguda pueden ser librados de juicio por su trastorno mental.

En la práctica, la opinión del médico del penal no suele ser impugnada y se acepta, sin oposición del fiscal , - del defensor y del tribunal mismo. Sin embargo, en 1950 - - sucedió el " Caso Rivett ", en el cual dos jurados , siguiendo las indicaciones del juez, atribuyeron responsabilidad penal a un sujeto, a pesar de que los médicos de la primera instancia y tres en la segunda habían atestiguado su insanía mental y su consiguiente inaptitud para ser juzgado. Como consecuencia, el acusado fue condenado por homicidio y posteriormente ejecutado.

La tercera etapa judicial en que puede considerar se el estado psicológico del acusado es en el juicio mismo. El acusado puede alegar insanía mental como prueba de su no culpabilidad. Si la prueba es aceptada, el jurado dará un veredicto especial en el que se declara el acusado culpable del acto imputado pero insano, lo que suele expresarse en la fórmula " Culpable pero insano ".

La Ley inglesa considera que toda persona es sana a menos que se pruebe lo contrario, po lo que el onus probandi o carga de la prueba corre a cargo del defensor.

El grado de insanía necesario para justificar la incapacidad para ser juzgado penalmente se encuentra establecido en la Ley. El prodecimiento que se siguió para estable

cerlo fue poco común, ya que no se originó en el dictamen de un tribunal que sentará jurisprudencia, si no en una reunión de jueces de la comunidad británica llevada a cabo en 1843, quienes se reunieron con la intención de establecer reglas para casos puramente teóricos. Estas reglas son conocidas como Reglas de Mc. Naughton, pues deben su origen al juicio de un asesino alucinado cuyo nombre era Mc. Naughton.

Las reglas, que continúan aplicándose hasta, nuestros días, establecen que el acusado sólo puede ser considerado insano hasta el punto de sustraerse a la responsabilidad penal si sufría de un defecto de razón tal, de enfermedad de la mente, como para no saber la naturaleza y la cualidad del acto que ejecutaba o, aún sabiéndolo, como para ignorar que lo que hacía estaba mal hecho. En otras palabras el acusado tiene que hacer desconocido la naturaleza física del acto, -- por ejemplo pensar que al golpear a su víctima con una hacha estaba cortando el tronco de un árbol. El segundo supuesto que justifica la insanía es que el acusado, debido a un trastorno mental, ignora que su acto estaba en contra de la Ley.

A pesar de que las reglas Mc. Naughton hablan de " enfermedad mental ", siempre se ha considerado que abarcan también a las personas que padecen deficiencia mental. Sin embargo en 1952 en el juicio Straffen, se impuso un interpretación distinta. El acusado, que había asesinado a varias niñas y que era deficiente mental, había sido declarado incapaz y confinado en el hospital Broadmoor; logró evadirse y en ese lapso estranguló a una niña. La opinión se conmovió y reclamó para el acusado el juicio plenario. En el transcurso los médicos legistas certificaron la deficiencia mental, que no fué impugnada por el fiscal. Sin embargo, -- todos los médicos tuvieron que reconocer que el acusado no sufría ninguna enfermedad mental en el estricto término psiquiátrico y que no era insano.

2. EN MATERIA PENAL

Dentro del Sistema procesal de Inglaterra, el - - Estado psiquiátrico de un delincuente es tomado en consideración en casi cualquier etapa del proceso judicial. Desde el curso de la instrucción policial, si la falta no es muy seria y el causante está evidentemente perturbado y si además el - Funcionario Policial que interviene puede comprobar que se - tomarán las medidas necesarias para el tratamiento del infractor de modo que no ponga en peligro la seguridad pública, es frecuente no dar traslado al Sistema Judicial. En casos de - delitos más graves como los sexuales, el robo o el asalto , - puede no iniciarse la acción judicial cuando la comisión de - los ilícitos se atribuya al padecimiento de una enfermedad -- mental que haya requerido la internación en un hospital - - - psiquiátrico. Para que los Funcionarios policiales o de justicia asuman la responsabilidad de no dar curso legal al incidente, debe tratarse de un delito poco importante. En todos los demás casos se iniciara el sumario correspondiente, aunque no siempre se llegue al juicio. Esta facultad discrecional -- si bien no está estrictamente basada en derecho, si es beneficiosa por su aplicación práctica y expedita.

En los tribunales de jurisdicción sumaria es muy poco común que se impongan sentencias superiores a los seis meses; y no sorprende que el magistrado no se decida a juzgar que el acusado es culpable del hecho que se le incrimina, pero que es mentalmente insano, po que tal veredicto implica la detención del sujeto como loco criminal por tiempo indeterminado. Es más frecuente que el magistrado falle que el enfermo no es culpable del delito, basándose en que no sabía lo que estaba haciendo .

Después de un examen de los aspectos psiquiátricos del caso se le declaró culpable y fue sentenciado a la pena capital aunque luego fue indultado.

En 1957 se introduce en la Ley de Homicidios un nuevo concepto de origen inglés conocido como de " Disminución de la Responsabilidad " : Esta cláusula dice:

1) Cuando una persona mate o haya tomado parte en la muerte de otra, no será condenada por asesinato si sufre de una anomalía mental (ya sea provocada por una condición de desarrollo detenido o retardado de la mente o cualquier causa inherente o inducida por enfermedad o herida) de tal grado como para desajustar sustancialmente la responsabilidad mental de sus actos y omisiones al llevar a cabo o tomar parte de un homicidio.

2) Ante un cargo de asesinato, será labor de la defensa probar que la persona acusada no está , en virtud de esta sección, expuesta a ser condenada por homicidio.

3) Una persona que, al margen de esta sección, esté expuesta, ya sea como parte principal o accesoria, a ser condenada por asesinato, es susceptible de ser condenada por asesinato sin premeditación.

4) El hecho de que una de las partes que intervino en un homicidio en virtud de esta sección, no esté - - expuesta a ser condenada por asesinato, no implica la misma posición de las otras partes.

Frecuentemente se presentan ante los magistrados y tribunales superiores pruebas de una enfermedad neurótica, de anomalías de la personalidad y de trastorno emocional de personas acusadas de delitos en todos los grados, con la in-

tención de mitigar o aminorar la sentencia, y son apoyadas con las promesas de que el acusado será tratado médicamente. Podríamos ejemplificar esta situación cuando una mujer que es acusada de robos menores acreditarse a una enfermedad -- histérica o una afección emocional provocada por la menopausia, o a un homosexual acusado de un delito de incidencia, logrará apoyo psiquiátrico en su reclamo de que se anormalidad puede ser tratada y, en consecuencia asegurar (en cierto grado) a la comunidad que su delito no se repetirá.

Generalmente las actuaciones del psiquiatra legal no son cuestionadas. En la práctica se tiene buena disposición hacia las pruebas médicas, si son razonables y realistas. Esta actitud hacia la psiquiatría legal cada vez es más favorable, lo que ha permitido que se incremente continuamente el número de infractores y delincuentes menores que, en lugar de ser remitidos a un penal, son atendidos y tratados en clínicas y hospitales psiquiátricos. Una vez que se ha hecho este traslado, son los órganos asistenciales, y no los judiciales, los que se hacen cargo del asunto, manteniendo estrecha relación con los Funcionarios que supervisan la libertad condicional.

ESCOCIA

La Ley y la práctica en Escocia son muy semejantes a las de Inglaterra, salva algunas importantes excepciones. Generalmente la insania del sujeto se considera antes del juicio en si y el dictamen de " culpable pero insano " no son muy frecuentes.

La Ley escocesa admite la doctrina de la responsabilidad disminuída. En el caso del delito de homicidio, si se prueba que el acusado sufre de algún trastorno que, a pesar de no convertirlo en un incapaz legal, afecta su capacidad de comprensión o de autodominio, es posible modificar la calificación del crimen de homicidio premeditado en homicidio culposo. Para este delito ordinariamente se impone una pena de confinamiento, que va de siete a diez años. El convicto cumple su sentencia en una cárcel ordinaria y no en una - - - Institución psiquiátrica.

El concepto, de la responsabilidad disminuída plantea una controversia, pues hay quienes piensan (generalmente abogados) que a través de esta figura se ha podido llegar a sentencias más justas. Por el contrario, hay quienes dudan principalmente psiquiatras) de la efectividad de un sistema que separa limitadamente a los individuos, que pueden ser los más peligrosos de la sociedad, los que así piensan se inclinan por el concepto de SENTENCIA INDETERMINADA.

Según se aplica, la Ley no alcanza a proteger todos los Estados anormales, excluyéndose casi siempre a las personalidades psicopáticas; los estados que más comunmente se toman en consideración son los defectos orgánicos del Sistema nervioso, como los que provoca el consumo indiscriminado del alcohol, una antigua meningitis o encefalitis, un traumatismo en la -- cabeza, etc. Otras personas que han evadido sentencias graves son las que sufren, algún estado paranoide e incluso aquellas - que padecían condiciones neuróticas graves.

Dentro del sistema escocés teóricamente no puede alegarse deficiencia mental para impedir una sentencia u -- obtener un dictamen de " culpable insano ", sin embargo, en la práctica suelen presentarse como defensas los trastornos mentales más burdos, y no es raro que la deficiencia mental se la base para obtener los beneficios de la " responsabilidad disminuída ". Si así logra, el juez puede determinar

que el acusado sea internado en una Institución para deficientes.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Es difícil hablar en forma global de los aspectos legales de los E.U.A., debido a que suelen variar de Estado a Estado. Sin embargo, puede decirse que las pruebas psiquiátricas son generalmente aceptadas y consideradas. En casi todos los Estados existe la tendencia a tratar a los insanos como incapaces jurídicos, de modo que la posible insania se debate en instancia preiva al juicio. Este debate previo reduce el peso de posible pruebas psiquiátricas que pudieran presentarse dentro del juicio, propiamente hablando. - - Existe, por otro lado, algunos Estados en los que las pruebas psiquiátricas van encaminadas no a lograr una resolución de " Culpable pero insano ", sino una reducción de la condena.

Es indudable que las reglas inglesas de Mc.Naughton han tenido basta influencia en los Estados Unidos de América, aunque ha habido diferencia en cuanto a la interpretación de ellas.

En 1871, la Suprema Corte de Nueva Hampshire rechazó las reglas de Mc. Naughton como inadecuadas, expresando - que el veredicto no debe ser de culpabilidad en razón de insania, " si el homicidio fue el producto o la consecuencia de una enfermedad mental del acusado ". Nueva Hampshire fue el único Estado que aplicó este criterio hasta 1954, cuando la corte de apelaciones del Distrito de Columbia en el caso - de Dunham contra los Estados Unidos sostuvo que " un acusado no es criminalmente responsable si su acto ilegal fue el producto de una enfermedad mental o de un defecto mental ". A esto se le llamó " Regla del Producto ". 3.

Otro criterio para la aplicación de la Ley penal en los E.U.A., con respecto a los enfermos mentales es el del "impulso irresistible", el cual se aplica para los casos en que el acusado puede conocer la naturaleza de su acto y puede tener conciencia de que procede mal, pero que, de todos modos, estuvo irresistiblemente urgido por un impulso superpoderoso resultante de una condición mental; de este supuesto quedan excluidas las pasiones normales como ira o los celos.

3. Eliot Slater et. Allius. *Psiquiatría Clínica*, Vol. II
Ed. Paidós, 1a. ed. Buenos Aires, 1974 pag. 597.

El principio de la responsabilidad disminuída - que ya mencionamos y explicamos anteriormente - es aceptado limitadamente por cuanto se aplica sólo en algunos Estados - y para cierto ilícitos.

Los trámites para obtener y presentar pruebas ---- psiquiátricas varían de entidad a entidad. En la mayoría -- de los Estados, la obligación de obtener la prueba recae -- en el tribunal, el cual puede solicitar un examen psiquiátrico por iniciativa propia, del fiscal o de la defensa . En -- algunos Estados el acusado puede ser trasladado a un hospital para su examen en cualquier estado del juicio. En otros, se nombran psiquiatras oficiales para examinar a los acusados - e informar al tribunal, de su estado mental.

En el Estado de Nueva York, todos los acusados de delitos serios (no sólo los homicidas sospechosos de trastorno mental) son llevados en observación al Bellevue Hospital, donde se hacen las investigaciones necesarias bajo inspección psiquiátrica especializada. Posteriormente, tiene -- lugar en el hospital, públicamente y en presencia de representantes de la prensa, un peculiar "juicio psiquiátrico". Se toma juramento a los testigos y la parte acusadora y la defensa pueden interrogar. La decisión del aspecto psiquiátrico -- corre a cargo de los médicos de mayor jerarquía del hospital, quienes comunican su dictamen al juez de la causa. generalmente suele considerarse incapaz de responsabilidad penal a las personas afectadas de un estado psicótico orgánico o endógeno y funcional e incluso un estado temporario, como una reacción delirante. Esta amplitud no exime de responsabilidad a las personas que sufren un trastorno psicopático o -- neurótico. 4.

4. Personalmente creemos que este sistema es el más adecuado por que es el que nos da el conocimiento más certero de la realidad psicológica del acusado. Además de que presenta otras ventajas como su amplitud, imparcialidad y su publicidad, lo que garantiza un dictamen concienzudo y profesional que sirva de fundamento al juzgador para emitir su resolución, y por otro lado la protección de los derechos del procesado. Observamos como desventaja el hecho de que su implementación implica la conjunción de una serie de elementos profesionales, materiales y administrativos que dentro de un sistema económico con severas restricciones -- como en el caso de la situación actual de México -- es difícil llevar a cabo.

PAISES ESCANDINAVOS.

En Suecia la opinión médica predomina en los tribunales. El testimonio psiquiátrico es presentado exclusivamente por psiquiatras forenses pertenecientes a organismos del Estado, quienes actúan como consejeros auxiliares de los jueces.

Los tribunales pueden disponer del testimonio psiquiátrico no sólo para conocer si un individuo actuó criminalmente afectado por un trastorno mental, si no también para decidir tratamiento penal sería más adecuado.

El Autor de un delito es eximido directamente de responsabilidad penal si el delito fué cometido bajo la influencia de un Estado de psicosis, de una deficiencia mental, o de otra anomalía mental equivalente en su gravedad, encefalitis y los casos psicopáticos graves.

No existe una definición legal de inimputabilidad psiquiátrica, pero el derecho penal sueco se rige bajo el principio de que el castigo resultaría irracional.

Los declarados incapaces de responsabilidad son internados en un hospital psiquiátrico ordinario y no en uno especial para criminales.

En cuanto a los trastornos mentales producidos por la ingestión de alcohol, los suecos han asumido una posición clara; los psicóticos por alcohol no son considerados responsables, pero si el caso es una simple intoxicación, el delito se considera con la misma severidad que los cometidos en sobriedad.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Esta misma posición es asumida por Inglaterra y los Estados Unidos, donde se considera que el individuo es libre y responsable para embriagarse, por lo que también es responsable de los actos que cometiera en ese estado.

Los criterios psiquiátricos en relación al crimen que se aplican en Suecia generalmente son también observados en Noruega y Dinamarca, salvo determinadas excepciones y diferencias. En Noruega, los psicópatas son considerados como responsables, pero pueden ser sujetos a "medidas de seguridad" - en lugar del castigo o además del castigo. Las medidas de seguridad son formas de vigilancia y control que pueden ser internación en una Institución, exigencia de vivir o morar con determinada familia. Tanto en Dinamarca como en Suecia existen institutos especiales bajo dirección médica para la custodia y tratamiento de psicópatas criminales.

En estos institutos, la persona internada puede ir mejorando hasta lograr la semi-libertad o la libertad total. También en algunos de estas Instituciones, como el Instituto para Psicópatas de Herstedvester, se practica la castración en los criminales sexuales, pero como terapia no como castigo.

B. LEGISLACION EN MEXICO .

1. LEGISLACION CIVIL.

Una de las características esenciales de nuestra Constitución Política es su generalidad; es decir, que las normas que han sido plasmadas en ella se deben aplicar a todos los individuos sin distinción de raza, sexo, credo religioso, pensamiento político, etc., y que las garantías y obligaciones que nuestra Carta Magna establece nos constriñen y protegen a todos los mexicanos (y con ciertas reservas a los extranjeros) por igual.

Nuestra Ley Civil establece que la capacidad legal o jurídica se adquiere con el nacimiento y se extingue con la muerte. Sin embargo, la capacidad jurídica no la tienen todos los mexicanos pues el artículo 450 del Código Civil para el Distrito Federal dispone textualmente:

Tienen incapacidad natural y legal:

- I.- Los menores de edad.
- II.- Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad, aún cuando -- tengan intervalos lúcidos.
- III.- Los sordomudos que no saben leer ni escribir.
- IV.- Los ebrios consuetudinarios y los que hacen habitualmente uso de drogas y enervantes.

Por virtud de la fracción II del citado artículo, una persona enferma mental puede ser privada de su capacidad legal; sin embargo, y si se observa detenidamente el texto de este precepto legal, nos percataremos de que es obscuro, ambiguo, impreciso y falto de toda técnica jurídica.

Veamos: la intención del legislador de esta disposi -

ción legal no es otra que la de privar de su capacidad jurídica a aquellas personas que por sufrir algún trastorno mental se muestran naturalmente incapaces de conducirse por sí mismas y, por tanto, incapaces de efectuar ningún acto de derecho sin poner en peligro su persona, sus bienes y derechos o la persona, bienes y derechos de otros. Sin embargo, el legislador autolimita el alcance de esta disposición al mencionar que tienen incapacidad legal los "privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad", decimos que se autolimita porque sabemos que no todos los enfermos mentales, "locos", están privados de lo que, en sentido psicológico estricto, se conoce como inteligencia, y que no todos los enfermos mentales son "locos", "idiotas" o "imbéciles". En efecto, no todos los enfermos mentales están privados de la inteligencia - inteligencia en sentido psicológico estricto, insistimos - y así, existen enfermos mentales, que si bien utilizan su inteligencia para realizar actos que la generalidad juzga de anormales, no se encuentran privados de ella (como en el caso de algunos paranoicos) y en algunos otros (como los maníacos depresivos) la inteligencia se encuentra sublimada por la enfermedad pero no destruida totalmente.

Por otro lado, y es cuando decimos que esta disposición es ambigua e imprecisa, la ley no determina lo que debemos entender por "locura", y siendo este término que aún para la misma técnica médica resulta difícil de precisar, podría tomar un significado más amplio o distinto al que realmente tiene.

De todo lo anteriormente analizado, resultaría (alejándonos de la práctica y la realidad) que no todos los enfermos mentales podrían ser privados de su capacidad legal en virtud de la fracción señalada, por los defectos técnicos ya señalados.

Estos defectos son, en nuestra opinión, producto de la falta de apoyo técnico, en este caso, médico psiquiátrico, -- con que actúan los legisladores en el momento de dar vida a nuevas leyes, error muy frecuente en nuestro sistema jurídico.

La pérdida de la capacidad legal de un adulto no se da con el simple efecto de la ley, sino que existe un juicio especial para este fin, y que es conocido como "juicio de interdicción."

Este juicio tiene como objeto el demostrar que un sujeto está dentro de los supuestos establecidos en las fracciones del artículo 450 del Código Civil para el Distrito Federal, y que por ende debe ser declarado incapaz legalmente, transmitiendo sus obligaciones, facultades y el ejercicio de sus derechos a otra persona apta que velará por sus intereses, llamada tutor o curador.

El juicio se inicia cuando una persona se presenta ante el Juez de lo Familiar solicitando que determinado individuo sea declarado incapaz legalmente, es decir, en "estado de interdicción" Desde ese momento, el sujeto a interdicción o demandado no puede -- responder por sí mismo a la demanda (lo que constituye un prejuicio de la ley, pues aún sin haber probado lo presupone incapaz), sin no que lo representará en el juicio un tutor provisional.

El demandado por interdicción es sometido a exámenes médicos por dos ocasiones, y en caso de haber discrepancia se podrá solicitar un tercer examen en discordia de los dos anteriores.

El juez deberá basarse en los dictámenes médicos para emitir su veredicto, y en caso de que el individuo sea declarado incapaz pierde oficialmente su capacidad jurídica.

2. EL ENFERMO MENTAL Y LA LEGISLACION PENAL.
DENTRO DEL PROCESO DEL ORDEN COMUN.-

Uno de los problemas con que se encontraba el perito psiquiatra al emitir sus dictámenes de su especialidad en relación al Derecho Penal, lo constituían la gran cantidad de términos imprecisos no técnicos que el Código Penal empleaba para referirse a los enfermos mentales, tales como las expresiones "reclusión para enfermos mentales" y "penas y medidas de seguridad". Considera este ordenamiento legal que los enfermos mentales deben recluírse en manicomio o algún establecimiento especial, si han incurrido en algún acto u omisión que la ley considere como delitos; y hacia la siguiente enumeración: "locos, idiotas, imbeciles, débiles mentales, enfermos mentales, anómalos mentales, degenerados y quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos".

Se disponía también que la reclusión debería durar todo el tiempo necesario para la curación del enfermo, además de que puede sujetarse a un régimen de trabajo previa autorización médica.

Al igual que, como ya hemos visto, el legislador de nuestro Código Civil, los creadores de nuestro Código Penal de 1931 utilizaron una serie de términos que por su falta de técnica médica y jurídica dificultaban la interpretación y aplicación de los preceptos legales a casos concretos.

Afortunadamente y con el transcurrir del tiempo, el Código Penal ha sido reformado en diversas ocasiones, y así tenemos que desde 1984 ya se habla de personas afectadas por trastorno mental, enfermedad mental o retraso mental y no de "idiotas" o "imbeciles" y de igual manera, se suprime el internamiento en institución psiquiátrica por tiempo indeterminado a manera de medida de seguridad sustituyéndolo por uno que no rebase un término igual a la sanción mayor que disponga la ley para la conducta ilícita en cuestión.

"Por lo que respecta a los débiles mentales, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha expresado: el hecho de que un delincuente sea un débil mental, no es circunstancia excluyente de responsabilidad, sino que sólo debe tomarse en cuenta para la ejecución de la pena impuesta al acusado, conforme a las modalidades establecidas por la ley para esta clase de delinquentes."

Cuando un enfermo mental comete un delito, debe aplicársele una medida de seguridad que consistirá en reclusión en manicomio o departamento especial por todo el tiempo necesario para su curación, pero no será posible la aplicación de esta medida sin que lo solicite el Ministerio Público. Así, cuando el Representante Social tenga conocimiento de que un enfermo mental ha cometido un delito, debe disponer la intervención del Perito Psiquiatra para que éste dictamine sobre:

- a) Si la persona es o no un enfermo mental, (loco, idiota, imbecil, etc.).
- b) Si debe ser sometido a curación.

Si, en base al dictamen pericial, se comprueba la enfermedad mental del indiciado, el Ministerio Público sin ejercitar la acción penal pedirá al juez dicte resolución ordenando la aplicación de la medida de seguridad.

Podemos afirmar entonces, que para que el Ministerio Público decida si el presunto responsable que se le presenta es o no un enfermo mental, resulta indispensable la intervención del perito psiquiatra, pues es éste quien proporcionará las bases técnicas para que la Representación Social solicite al juez la aplicación de la medida de seguridad o el ejercicio pleno de acción penal.

5.

Alfonso Quiroz Cuarón, Medicina Forense, pág. 271

Debemos comentar, en relación a lo anteriormente ex --
puesto, que en la práctica judicial frecuentemente el Ministerio Pú
blico no recurre al apoyo del psiquiatra forense cuando existen ele
mentos que presuponen trastorno mental en el presunto responsable,
solicitando al juez el ejercicio de la acción penal y haciendo re -
cuer en éste la responsabilidad de determinar el estado mental del
indiciado.

Esto, a nuestro personal parecer, constituye una ac --
ción que se aleja del espíritu de las leyes que en relación a los -
enfermos mentales rigen en México, a la protección que a ellos se -
les debe brindar y resulta otro signo inequívoco de que la Represen
tación Social en México ha perdido la característica de "buena fe"-
con que originariamente surgió.

Cuando el desequilibrio mental del presunto responsa--
ble o acusado se descubre posteriormente a la averiguación previa y
estando ya en las manos del juez, éste debe acudir a los peritos --
psiquiatras para que dictaminen lo conducente, y después de valorar --
las pruebas decidirá si suspende o no el procedimiento, ya que si -
se comprueba la insania mental del acusado deberá suspenderse el --
procedimiento penal, oyendo ante todo al Ministerio Público y bas -
tando el simple pedimento de éste para decretar la suspensión del -
procedimiento y la reclusión en institución especial del enfermo.

Si en algún caso se logra la curación del sujeto a me-
dida de seguridad, el procedimiento penal continuará su curso, prac
ticándose todas las diligencias que por la enfermedad del acusado -
no se hubieren podido practicar. Esto se coloca al ex-enfermo men-
tal en la posibilidad de ser procesado y, en caso de hayársele cul-
pable, sentenciado a cumplir una pena. Al respecto, creemos perti -
nente exponer nuestra opinión:

La reanudación del procedimiento penal en contra del enfermo mental sujeto a medida de seguridad por virtud de su curación nos parece falta de fundamentos lógicos jurídicos y humanos; veamos:

La inimputabilidad penal de los enfermos mentales podemos radicarla doctrinariamente en tres razonamientos:

a) El hecho de que se considera, que una persona que comete una conducta ilícita como consecuencia de una enfermedad mental o bajo la influencia de ésta, no debe ser castigada, pues no es consciente de la naturaleza de sus actos, ni de los resultados que pudieran tener, en pocas palabras, no es responsable de su conducta.

b) La irracionalidad de castigar a quien no tendría conciencia del propio castigo.

c) El sentido humanitario, que considera ya como un castigo el sufrir una enfermedad mental.

Es claro que al sanar el enfermo mental los dos últimos razonamientos desaparecen, pero el primero persiste.

Consideramos, pues que la reanudación del procedimiento penal por efecto de la curación del enfermo mental es doctrinaria y jurídicamente incorrecta.

Cuando la persona sentenciada esté ya cumpliendo con la pena que le hubiere impuesto el juez, y en esta situación enferma de la mente, el director del establecimiento en el que el sujeto esté cumpliendo la pena, al darse cuenta de la enfermedad dará aviso a la autoridad ejecutora de la pena, es decir, a la Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social.

Esta dependencia, previo dictamen médico psiquiátrico, procederá -- respecto a la suspensión en la aplicación de la pena corporal, suspensión que durará mientras no recobre la razón el sentenciado, y ordenará el internamiento en un hospital público para su tratamiento.

Tanto las autoridades judiciales como la Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social, pueden acudir a nuevos peritos psiquiatras para que intervengan, o hacer que el perito designado por el Ministerio Público o por el juez de instrucción, como se encuentra obligado por su situación de sujeto al procedimiento, amplíe, aclare su dictamen y resuelva los planteamientos que esta autoridad le haga.

Es patente el importante papel que juega el perito -- psiquiatra en relación a la suspensión del procedimiento, reanudación de éste, aplicación de una medida de seguridad y suspensión -- del cumplimiento de una pena.

EL PROCEDIMIENTO PENAL DEL ORDEN FEDERAL.- En los casos en los que, ya iniciado el procedimiento ante el juez, el procesado enfermo de la mente, cualquiera que sea el estado del proceso, con la sola petición del Ministerio Público, el juez resolverá de plano sobre la suspensión del procedimiento. Para llegar a esa suspensión, es necesario que se sigan los trámites que a continuación se mencionan:

a) Tan pronto como se sospeche que el inculcado sufre una enfermedad mental o sufra cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mental, el juez debe ordenar que peritos médicos lo examinen, sin perjuicio de que se continúe el procedimiento hasta en tanto los peritos dictaminan. Se puede dar el caso de que existan

elementos evidentes y fundados, aún cuando no hayan intervenido los peritos, para estimar que es indudable la enfermedad del procesado. En tal situación, el juez está facultado para ordenar provisionalmente la reclusión en manicomio o departamento especial.

b) Si en el dictamen de los peritos médicos psiquiatras aparece que el inculpado es un enfermo mental, se suspende inmediatamente el procedimiento ordinario y el juez ordenará abrir un "procedimiento especial" que se caracteriza por lo siguiente:

1.- Se deja a recto criterio del juez y a su prudencia la forma que deba emplearse en la investigación de la infracción penal.

2.- De igual modo, se deja a criterio del juez la investigación que debe hacerse sobre la participación que hubiere tenido el inculpado en el hecho delictuoso.

3.- Queda también a su recto criterio y prudencia, estimar la personalidad del delincuente enfermo mental.

Ante esta última característica, es necesario que el dictamen pericial no sólo deba referirse a si el inculpado es o no un enfermo de la mente, sino también debe comprender el estudio de personalidad, para que el juez pueda estimarla. Si no se tiene el dictamen sobre la personalidad del inculpado, no surte sus efectos ese procedimiento especial.

En este procedimiento el juez puede apartarse de las formas procedimentales establecidas para el procedimiento ordinario.

Si con el procedimiento especial se comprueba la infracción a la ley penal, y que además en esa infracción tuvo participación el procesado, previa audiencia en la que deberán estar presentes su defensor y su representante legal (si lo tuviere), y el Ministerio Público, el Juez, oyéndolos, resolverá ordenando la reclusión en manicomio o departamento especial.

Si no estuvieran conformes las partes con la resolución del juez, podrán ocurrir ante el Tribunal de Apelación para que éste resuelva; pero la resolución del juez se ejecutará desde luego. La apelación no impide la reclusión en la institución psiquiátrica.

Cuando el individuo enferme mentalmente estando cumpliendo una pena impuesta por el juez, deberá suspenderse esa pena en todos sus efectos mientras el reo no recobre la razón, internándosele en un hospital público para su tratamiento.

Los lineamientos del procedimiento son los siguientes: en cuanto la dirección del penal se perciba de la enfermedad mental dará aviso a la autoridad ejecutora; y esa autoridad, previo examen psiquiátrico y teniendo en cuenta el dictamen del perito médico para la mejor individualización del tratamiento y tomando en cuenta las condiciones del medio y las posibilidades presupuestales, hará la clasificación del reo en instituto especializado, como lo es un hospital psiquiátrico.

Para un conocimiento más detallado de lo expuesto en el presente capítulo, se deberá remitirse a la lectura de los siguientes artículos:

AREA CIVIL

450 del Código Civil para el Distrito Federal.

AREA PENAL

Artículos 15, 67 y 68 del Código Penal; 477 fracción -
III, y 481 del Código de Procedimientos Penales del Fuero Común; --
468, Fracción III, 495, 496, 497, 498 y 534 del Código Federal de -
Procedimientos Penales, y el artículo 6 de la Ley que establece las
Normas Mínimas sobre la Readaptación Social de Sentenciados.

3. LEGISLACION SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES.

Es conveniente - una vez que en capítulos anteriores - hemos expuesto lo que es un enfermo mental - saber ahora lo que debemos entender por hospital psiquiátrico. "El hospital es todo establecimiento oficial, descentralizado, o particular, que tiene como finalidad primordial la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico y tratamiento". 5

De acuerdo con las normas legales que rigen el funcionamiento de los hospitales generales, éstos tienen por objeto no sólo la curación de los enfermos, sino la rehabilitación médica y social de todo enfermo que lo solicite, sin distinción de clases, condición social, raza, nacionalidad, credo político o religión.

Por lo anterior, podemos definir como un hospital psiquiátrico a aquella institución, sanatorio, clínica o casa de salud que tienen como fin la curación de las personas que sufren algún trastorno mental y su rehabilitación médica y social.

Para conocer los aspectos legales del tratamiento de los enfermos mentales, nos avocaremos primero al hecho con el que se inicia; tal hecho es el internamiento.

Las normas que deben considerarse para el ingreso de un paciente a un hospital psiquiátrico (sea oficial, descentralizado o particular) son las siguientes:

Ante todo hay que distinguir la internación voluntaria de la que no lo es.

Cuando se trata de un ingreso voluntario, el enfermo debe hacer una solicitud de internamiento, la que deberá llenar los siguientes requisitos:

- a) Debe ser por escrito.
- b) Ha de estar firmada por el paciente.
- c) La firma debe hacerse ante dos testigos.
- d) Los testigos también deben firmar.
- e) En caso de que el enfermo no supiera firmar, estará pará su huella digital.

Aquí se plantea un importante problema jurídico, médico y social: en algunos casos, los pacientes internados voluntariamente suelen solicitar su alta y consiguiente extenuación, la que no puede negársele sin incurrir en una privación ilegal de la libertad, y no obstante el diagnóstico y pronóstico desfavorables el enfermo egresa del hospital, ocurriendo con cierta frecuencia que el paciente así egresado incurre en conductas ilícitas, algunas de ellas tan graves como el homicidio. Se presenta pues, la disyuntiva de proteger a la sociedad o violar las garantías de libertad del individuo. En capítulo posterior daremos nuestra opinión de la forma en que se pudiera solucionar el problema planteado.

Cuando el internamiento es involuntario, es decir, forzoso, debe también llenarse una solicitud con los siguientes requisitos:

- a) Debe ser hecha y firmada por el representante legal del enfermo.
- b) También pueden hacerla y firmarla los miembros más cercanos de su familia, o . . .

c) La autoridad competente, que puede ser el Juez de lo Familiar, el Ministerio Público de la rama penal, el Juez Penal, o la Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y --- Readaptación Social.

d) A la solicitud deberá agregarse un certificado con las siguientes características:

- 1.- Estará firmado por dos médicos.
- 2.- Forzosamente, uno de ellos debe ser psiquiatra.
- 3.- Los títulos de los médicos deben estar registrados en la Dirección General de Profesiones y en la Secretaría de Salud.
- 4.- El Certificado debe contener:
 - Nombre de la persona.
 - Apellidos.
 - Señas personales.
 - Nombre del padecimiento.
 - Síntomas de la enfermedad (los que deben probar la existencia de la enfermedad).
 - Hechos que justifiquen la internación.
 - Peligrosidad del paciente en el medio social.
 - Necesidad de que debe ser sometido a observación, aislamiento o tratamiento especial.

Por otro lado, hablando ya de la estancia del enfermo en el hospital psiquiátrico, éste está obligado a contar con los siguientes servicios:

- a) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- b) Servicios de apoyo de electrodiagnóstico y fisioterapia.

- c) Servicio de Electrochoque.
- d) Servicio de insulino**te**rapia.
- e) Servicio de terapia ocupacional.
- f) Servicio de especialidades médicas, según las necesidades del paciente.

El hospital está obligado a hacer:

- a) Una historia clínica de cada enfermo.
- b) La historia se hará dentro de un plazo no mayor a las 72 horas, contadas a partir de aquella en que ingresó el pa-ciente.
- c) Anotación del tratamiento diario que se le dé al paciente.
- d) Anotación diaria de la evolución del paciente.

La importancia de la historia clínica radica en que sirve de base para cualquier informe que soliciten las autoridades competentes y para el control estadístico llevado por el Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica. Tal estadística comprende da-tos como:

- Movimiento global de enfermos.
- Existencia anterior.
- Ingresos.
- Salidas.
- Existencia actual.
- Causas de externaciones.
- Diagnóstico de cada paciente y su evolución.

No debemos dejar de mencionar las más importantes me-didas de acondicionamiento que los hospitales están obligados a rea-lizar.

1.- Las ventanas estarán protegidas interiormente -- con alambrado de cuadrículo de cinco centímetros, hecho con alambre del número 14, y estarán fuera del alcance de los pacientes.

2.- La instalación eléctrica será oculta y no habrá alambres, tubos o lámparas colgantes, sino que los focos estarán empotrados en los muros o techos y fuera del alcance de los enfermos; los contactos y apagadores estarán en tableros fuera de las habitaciones, con el fin de que sólo puedan ser usados por el personal -- del hospital.

3.- Las salas colectivas y las habitaciones individuales tendrán una sola entrada, con puerta y mirilla debidamente aseguradas por fuera.

4.- Los cuartos para enfermos agitados serán a prueba de ruido, sin muebles, y sus paredes y pisos se revestirán con material impermeable blando. Tendrán puertas dobles que se abrirán hacia afuera formando vestíbulo, con chapa exterior.

5.- Los locales para epilépticos tendrán camas con barrotes y otros dispositivos para evitar posibles caídas.

6.- Los baños para enfermos serán de regaderas que estarán empotradas en el techo o paredes, no habrá tubería, llaves de agua ni apagadores en el interior del local, sino que estarán -- por fuera, de manera que sólo pueden ser usados por el personal. Los baños de tina, vapor u otra clase, sólo se usarán para hidrotapia, y exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

7.- Todos los pasillos de circulación tendrán dispositivo para la seguridad de los pacientes, y las escaleras estarán dotadas de puertas con chapas.

Para un conocimiento más detallado de lo anteriormente expuesto, se deberá remitir a la lectura del reglamento para hospitales generales dependientes de la S.S.A. (publicado en el Diario Oficial el 14 de septiembre de 1954) y el reglamento para hospitales, maternidades y centros maternos-infantiles en el Distrito, Territorios y Zonas Federales (publicado en el Diario Oficial el 17 de noviembre de 1951).

CONCLUSIONES

Una vez que hemos seguido el desarrollo de la investigación estamos ya en posición de emitir algunas conclusiones.

En primer lugar, creo que el supuesto principal del presente trabajo está comprobado; es decir que, efectivamente, la regulación jurídica que en México rige el tratamiento de los enfermos mentales es inadecuada.

Con la afirmación anterior no se pretende hacer pensar que en nuestro país el enfermo mental se encuentra totalmente desprotegido y que legalmente no se ha hecho nada en su procuración; la legislación al respecto es inadecuada por incompleta y por que se ha preocupado más por separar y recluir al paciente psiquiátrico que por buscar realizar un intento real, científico y organizado para su curación.

- Es necesario primeramente modificar los términos imprecisos, no técnicos e inadecuados (términos ya aludidos) con que nuestra legislación civil se refiere hacia el enfermo mental, pues "imbecilidad" e "idiotismo" son palabras médicamente inexactas y que jurídicamente pueden significar un problema de interpretación.

- Es una garantía, hablando dentro del campo del Derecho Civil, que para que una persona, por causa de su trastorno mental, sea privada de su personalidad jurídica deba seguirse un procedimiento específicamente determinado como lo es el juicio de interdicción. Pero habra que preguntarse para los casos de los enfermos que lleguen a una eventual curación, ¿por que no existe otro procedimiento igualmente determinado y descrito específicamente para restituirles el pleno goce y ejercicio de su personalidad legal? Es un hueco que deberá ser subsanado.

- Existen dentro del espectro de las enfermedades tipos y grados de las mismas, y dependiendo de ellos el enfermo se encontrará incapacitado total o parcialmente. Sin embargo, la ley no prevé el segundo caso y siendo que la incapacidad provocada por el trastorno mental es parcial, pudiera entonces privarle al enfermo psi

quiátrico parcialmente de su personalidad jurídica, quedando subsistentes cierta facultades como la de adoptar, contraer matrimonio, testar, etc.

Actualmente para resolver los casos de retraso mental, deficiencia y trastorno mentales leves, la jurisprudencia penal y civil actúan supletoriamente, pero a veces existe el vacío total.

- Como ya hemos visto, nuestro Código Penal establece como causa excluyente de responsabilidad el hecho de que el sujeto haya actuado en la comisión de un delito a consecuencia de una enfermedad mental o bajo la influencia de ésta. Sin embargo, no prevé los casos de trastornos leves o no severos. Cabe preguntarse entonces ¿es inimputable el individuo con incapacidad parcial?, ¿lo es el débil mental? Es menester, pues, legislar sobre el particular.

- Por otro lado, como en su oportunidad fue presentado, el procedimiento penal del orden común permite que el proceso que ha sido suspendido por habersele declarado al inculpado inimputable por motivo de su trastorno mental, vuelva a reanudarse, si el enfermo logra eventualmente su curación, y pueda entonces llegar a ser procesado y condenado. Al respecto, y en base a los razonamientos lógicos y doctrinarios planteados en el capítulo correspondiente, se puede concluir que esta reanudación procesal es injusta, pues es un caso semejante al de la aplicación retroactiva de una ley en perjuicio de alguien.

- Dentro del procedimiento penal el papel que juega el perito psiquiatra es muy importante, pues es en base a sus dictámenes que el juzgador determinará si el procesado es sujeto de Derecho Penal o se le declara inimputable, lo que definiría la aplicación de una pena carcelaria o de una medida de seguridad y tratamiento.

Sin embargo, estos dictámenes periciales se fundamentan en la observación directa del presunto enfermo mental por algunas horas, entrevistas y exámenes aplicados al procesado. Este tipo de pruebas difícilmente darán un dictamen completo, amplio, detallado y veraz sobre el real estado mental de una persona. Es necesario,

entonces, implementar un procedimiento especial que prescriba la forma en que deba ser examinado un sujeto del que se sospeche enfermedad mental; deberá establecer pruebas más extensas y exámenes más profundos del paciente. En el capítulo siguiente se propondrá el procedimiento que se considera adecuado.

- Por otra parte, el área donde es más necesaria y urgente una legislación efectiva es aquella que incluye los diferentes aspectos del tratamiento propiamente dicho de los enfermos mentales. Es decir, hacen falta leyes que determinen las formas y formalidades para la internación de un individuo en un hospital psiquiátrico, los casos en que deba permitirse su libre externación, aquellos en los que se le deba restringir; preceptos que regulen más estrictamente la aplicación de fármacos con reacciones secundarias peligrosas, la administración del choque insulínico, la ejecución de las irreversibles operaciones psiquiátricas y el tratamiento electroconvulsivo.

La falta de un cuerpo legal que riga los diferentes aspectos del tratamiento psiquiátrico da cabida a posibles errores y abusos que repercuten directamente en la integridad física, mental, humana, y aún más, en la vida misma del enfermo.

- De igual manera, es patente que las instituciones encargadas del tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales no desarrollan eficazmente su función ya que (según datos obtenidos en la investigación y por observaciones hechas directamente en visitas a instituciones psiquiátricas) se ocupan primordialmente de contener la "locura" y no de tratar verdaderamente de reubicar al paciente dentro del medio familiar y social, encontrándose algunos en el total abandono.

PROPOSICIONES.

Las proposiciones que como resultado de la presente investigación podemos realizar son, expresadas de una manera general:

- 1.- Modificación de algunos preceptos legales que, por su falta de técnica médica y jurídica, no cumplen claramente con el propósito con que el que fueron concebidos; creación de otros nuevos que rigan aspectos que actualmente no son contemplados.
- 2.- Creación de un cuerpo legal destinado específicamente a regular los medios de tratamiento psiquiátrico.
- 3.- Creación de un organismo que funga como supervisor y vigilante de los hospitales y clínicas psiquiátricas y que ejerza funciones de representación y procuración en favor de los enfermos mentales.

Detallando las propuestas:

- 1.- a) Modificación de los artículos 450 del Código Civil y procedimientos relativos vigentes en el D.F. por contener términos faltos de técnica y que pueden provocar confusión, sustituyéndolos por términos que se apliquen a la técnica médica y jurídica y que sean claros y precisos.
- b) Creación de un procedimiento legal a través del cual el enfermo mental que ha logrado su curación recupere todos los derechos que el juicio interdictorio le ha quitado.
- c) Legislar, tanto en materia civil como penal, respecto de los trastornos mentales que causan sólo la incapacidad parcial del sujeto, tales como el retraso mental, deficiencia mental y trastorno mental leve.
- d) Creación de un precepto jurídico que establezca y describa un procedimiento médico-legal con el fin de determinar clara y ampliamente el estado mental de una persona sea para declararlo en interdicción, sea para decidir sobre su forzosa internación o para declararlo penalmente inimputable. Este procedimiento deberá reunir las características de ser razonablemente prolongado, profundo, amplio, detallado y realizado en instalaciones apropiadas y por personal calificado.

Particularmente nos parece apropiado el procedimiento establecido para el Estado de Nueva York que hemos descrito en su oportunidad (ver página 77).

e) En los casos de los enfermos mentales delincuentes que han recuperado la salud, suspensión definitiva de cualquier procedimiento o sanción penal, sustituyendo éstos por un control médico constante, periódico y efectivo por parte de la autoridad sanitaria.

Por cuanto a la necesidad de crear un cuerpo legal que regule los diversos aspectos del tratamiento psiquiátrico, aquél debe contener los siguientes puntos:

a) Regulación de la internación forzosa; la cual deberá realizarse bajo un procedimiento específico, llenando ciertos requisitos y basándose sobre todo en un dictamen pericial psiquiátrico confiable y con las características anteriormente señaladas.

b) Regulación de la internación de urgencia; que deberá ser sólo por un lapso determinado en tanto se decidiera, siguiendo el procedimiento de la internación forzosa, si el paciente debe ser retenido o externado.

c) Regulación de los casos en que un paciente internado voluntariamente solicita su alta pese a un diagnóstico y pronóstico desfavorables; en tal situación no deberá el paciente ser retenido contra su voluntad, pero deberá ser, para su propia protección y para protección de la sociedad, sometido a tratamiento psiquiátrico externo (en un centro de día como el que ya funciona en México, por ejemplo) y a una supervisión continua de su residencia y conducta general.

d) Regulación de los medios de tratamiento psiquiátrico que pudiesen dañar física o mentalmente al paciente, tales como la aplicación de ciertos medicamentos, aplicación de electrochoques, operaciones de psicocirugía y choque insulínico; estos medios de tratamiento deberán ser aplicados solamente cuando resulten de gran

beneficio para el enfermo, con la anuencia de éste (en los casos - que así fuese posible) o con la de los parientes más cercanos y - cuando se compruebe que el beneficio que obtendrá será mayor al daño que posiblemente recibirá, llevados a cabo por personal capacitado y, sobre todo, bajo la anuencia y supervisión de un organismo ajeno al hospital en donde se encuentre internado el paciente.

3.- Con respecto a la creación de un organismo que vele por los derechos del enfermo mental, deberá ser de las siguientes características:

a) Multidisciplinario; conformado; por médicos, psiquiatras, abogados, trabajadores sociales, etc.

b) Autorizador y supervisor de los medios de tratamiento que le sean aplicados al paciente y en general vigilante de la situación de éste dentro del hospital mental.

c) Representante legal de los pacientes psiquiátricos ante cualquier autoridad o tribunal con el fin de asegurar los derechos del paciente.

d) Procurador de la rehabilitación social del enfermo mental parcial o totalmente curado; esta función incluirá aspectos como ayuda para colocarlo en un empleo, ayuda para asegurar su vivienda, recreación y en general todas aquellas actividades que propicien la readaptación del enfermo mental.

BIBLIOGRAFIA

1. Mereness, D.
Elementos de Enfermería Psiquiátrica
Traducción: Carolina Amor de Fournier
2a. Ed.
México, Prensa Médica Mexicana, 1973
421 p.
2. Granlick, A. (comp.)
El Hospital Psiquiátrico como Instrumento Terapéutico
Traducción: María Eugenia Fishman
Buenos Aires, Ed. Paidós, 1974
247 p.
3. Muñoz, S.L.
Enfermedad y Justicia. El Papel del Derecho en la Psicoterapia Individual y Social
Barcelona, Ed. Hispano Europea, 1972
212 p.
4. Matheny, R. V; Topalis, M.
Enfermería Psiquiátrica
5a Ed.
México, Ed. Interamericana, 1971
339 p.
5. México. Secretaría de Salubridad y Asistencia
Estadísticas Vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1974
552 p.
6. White, Robert.
La Psicoterapia
Buenos Aires, Eds. Toray, S.A., 1975
261 p.

7. Quiroz Cuarón, Alfonso
Medicina Forense
12a Ed.
México, Ed. Porrúa, S.A., 1980
423 p.
8. López-Ibor Aliño, J.J.
La Psiquiatría de Hoy
Barcelona, Eds. Toray, S.A., 1975
261 p.
9. Soberón, Guillermo et alius
La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo I. Fundamentos del cambio Estructural
México, Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V., 1988
381 p.
10. Ciafardo, R.
Psicopatología Forense
Buenos Aires, Ed. El Ateneo, 1972
367 p.
11. Whitaker, C.
Psicoterapia de los Pacientes Esquizofrénicos
Traducción: Samuel E.F. Ericsson
Buenos Aires, Ed. Escuela, 1965
238 p.
12. Clark, D.H.
Psiquiatría Administrativa. Los Roles en la Comunidad Terapéutica
Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1973
244 p.

13. Mayer-Gross, W. et alius
Psiquiatría Clínica
Volumen I
Buenos Aires, Ed. Paidós, 1974
490 p.
14. Mayer-Gross, W. et alius
Psiquiatría Clínica
Volumen II
Buenos Aires, Ed. Paidós, 1974
712 p.
15. Kolb, L.C.
Psiquiatría Clínica Moderna
Traducción : Leopoldo Chagoyán Beltrán y Charlot Birriel de Chagoyán
Sa Ed.
México, Prensa Médica Mexicana, 1976
835 p.
16. Usdin, G.; Lewis, J.M.
Psiquiatría en Medicina General
Traducción: Rafael Echeverría
Barcelona, Salvat Editores, S.A., 1983
677 p.
17. Langel Uddeke, A.
Psiquiatría Forense
Traducción: Luis Beneytes Merino
Madrid, Espasa Calpe, S.A., 1972
531 p.
18. Kollé, K.
Psiquiatría. Manual para Médicos y Estudiantes
Traducción, Vicente Pese
Madrid, Ed. Alhambra, 1964
499 p.

19. Cooper, D.
Psiquiatría y Antipsiquiatría
Traducción: Jorge Piatgorsky
3a Ed.
Buenos Aires, Ed. Paidós, 1974
142 p.

20. Bender, L.; Maslow, A.H.
Trastornos Mentales y Emocionales
Traducción: Noemi Rosenblatt
Buenos Aires, Ed. Paidós, 1965
192 p.

21. Hölting, C.K.
Tratado de Psiquiatría
Traducción: Luis Augusto Menendez
2a Ed.
México, Ed. Interamericana, 1974
596 p.