9

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

EL ENFERMO MENTAL Y LA LEGISLACION PENAL MEXICANA

T E S Í S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

M A E S T R I A E N D E R E C H O

P R E S E N T A :

LIC. ALMA LORENA MURGUIA SERANO

ASESORA: DRA. ANA ELOISA HEREDIA GARCIA

MEXICO, D. F. 2000

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

A mi familia

Mi profundo agradecimiento:

A la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México

A mis Maestros

A la Doctora Ana Eloísa Heredia por el apoyo brindado para la realización de esta investigación

"El descuido de los enfermos mentales recluidos en instituciones de tipo asilar, conduce a un síndrome de deterioro social.

Este síndrome que se suponía era el estadio final de ciertas enfermedades como la esquizofrenia, es en gran parte consecuencia del abandono y el trato impersonal"

Goldhamer

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. GENERALIDADES
1.1 Imputabilidad 13
1.2 Inimputabilidad 15
1.2.1 Criterios para determinar las causas de inimputabilidad 15
1.2.1.1 Criterio biológico 16
1.2.1.2 Criterio psicológico 16
1.2.1.3 Criterio mixto 17
1.3.Imputabilidad disminuida 18
1.3.1 Miedo grave 21
1.4 Penas y medidas de seguridad 21

2. ANTECEDENTES EN LA HISTORIA UNIVERSAL
2.1 Antigüedad 25
2.2 Egipto 26
2.3 Roma 26
2.4 Grecia 26
2.5 Renacimiento 27
2.6 Europa hasta el siglo XIX 28
2.7 Albores del siglo XX 30
2.8 El enfermo mental ante el Derecho penal español 31

3. ANTECEDENTES EN MÉXICO
3.1 Época prehispánica 33
3.2 Época colonial
3.2.1 Creación de hospitales psiquiátricos 35
3.2.2 La Santa Inquisición 37
3.2.3 El enfermo mental y la Santa Inquisición 47
3.3 Época independiente
3.3.1 Los hospitales psiquiátricos 49
3.3.2 Políticas seguidas por el legislador de 1871 49
3.3 2.1 Código Penal de 1871 49

6. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE LAS CÁRCELES Y LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS
6.1 La antipsiquiatría 92
6.2. De "La Castañeda" a las clínicas campestres o granjas 95
6.3. El personal de las granjas 96
6.4. La Comisión Nacional de Derechos Humanos 98
6.5. El Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial 107

7. PROPUESTAS
7.1 Legislación 115
7.2 Apoyo al personal penitenciario 116

CONCLUSIONES 117

BIBLIOGRAFÍA GENERAL 122

ÍNDICE ANALÍTICO 135

INTRODUCCIÓN

Un estudio del enfermo mental y la legislación penal, requiere del apoyo de otras disciplinas sociales y médicas, pues, la compleja interrelación entre el derecho penal, el penitenciario, la psiquiatría, y la psicología, entre otras ciencias, ofrece un amplio campo de difícil análisis, comprensión y dominio. Ante esta situación, se pretende, en el presente trabajo, una aproximación al panorama histórico que ofrece la problemática del enfermo mental en lo referente a sus peculiares características y la similitud de su situación frente a los delincuentes "normales" .

En el desarrollo de este trabajo tenemos como hipótesis la idea de que la sociedad occidental, desde la creación de la Santa Inquisición, es la única que ha tratado a los enfermos mentales y delincuentes como compañeros inseparables, porque ambos atentaban contra el derecho secular y contra el derecho canónico, es decir, contra los hombres y la divinidad. En la actualidad, los enfermos mentales que realizan actos tipificados como delitos, siguen de la mano con los delincuentes "normales" por diversas razones, predominando el factor familiar.

Al comparar la historia de las enfermedades mentales en el México prehispánico, y el trato al que sujetaban a los enajenados, y la historia en el continente europeo, antes de que la Iglesia se convirtiera en un importante poder político, se encuentran ciertas similitudes, pues la enfermedad mental

era considerada como un mal natural, no susceptible de ser castigado. Pero en Europa -quizá debido a la existencia de mayor información-, tiene la peculiaridad de que el pensamiento en este campo pasa por las etapas señaladas por Comte, correspondiendo a la etapa científica, la explicación que da Hipócrates y sus seguidores sobre la locura.

En la Edad Media, parecen reiniciar las etapas teológica, metafísica y científica, señaladas por Augusto Comte, siendo paralelas al auge del poder eclesiástico, su larga permanencia como poder político y su decadencia. Situación que en nuestro país perduró desde 1526, hasta nuestra independencia, época en la que el Tribunal Eclesiástico fue disuelto.

A partir de nuestro primer Código Penal, la situación del enfermo mental y del delincuente "normal", es regulada según los criterios imperantes del pensamiento europeo, siguiendo a las escuelas clásica, positiva - destacando los trabajos de Enrico Ferri- y, a la escuela ecléctica; así al enfermo mental se imponen penas disminuídas, y con el auge del positivismo medidas de seguridad, situación que perdura hasta la actualidad.

En nuestros días, el enfermo mental que comete una conducta tipificada como delito tiene dos opciones, -siempre y cuando no se trate de acciones que lesionen la integridad física de personas ajenas al núcleo familiar-, que dependen del arbitrio de sus familiares:

La primera, y quizá la más benéfica para él, es su internamiento en una institución psiquiátrica, donde reciba la atención médica y psicológica

necesaria para la remisión del cuadro agudo, y que posteriormente sea dado de alta con indicaciones que excepcionalmente seguirán él y sus familiares por diversas razones, como la dificultad de convivir con este tipo de enfermos; si se trata de un enfermo que trabaja, representa el beneficio económico para la familia cobrar sus incapacidades; y, por ausencia de normas jurídicas, para controlar y en ocasiones impedir que sean externados de los hospitales psiquiátricos pacientes con alto grado de peligrosidad, puesto que las medidas de seguridad contenidas en nuestro ordenamiento penal, sólo se aplican a aquéllos que han cometido actos ilícitos y son consignados ante la autoridad competente.

De todo esto, resulta un círculo vicioso (internamiento- alta- ausencia de tratamiento- internamiento) que se rompe con una segunda opción: la denuncia ante el Agente del Ministerio Público, culminando con el internamiento en la sección del reclusorio que corresponda para terminar sus días en una granja psiquiátrica penal, con pocas opciones de tratamiento; o con el beneficio de su libertad bajo caución, si todavía cuenta con el apoyo familiar, para ingresar a un hospital psiquiátrico.

En nuestro país, las normas que rigen el trato de los enfermos psiquiátricos, además de ser defectuosas, se encuentran diseminadas de diversos ordenamientos, sin representar un cuerpo legal, porque no protegen a la sociedad de la amenaza que significa la peligrosidad de ciertos enfermos, ni tutela los derechos de los que se encuentran hospitalizados y mucho menos de los recluidos en el Reclusorio Sur o en la Granja.

En los últimos años, esta situación no ha cambiado, pues a pesar de las declaraciones políticas tanto en foros internacionales como nacionales sobre los derechos humanos de los enfermos mentales, parece que sólo se advierte la existencia de aquéllos que se encuentran en establecimientos hospitalarios, es decir, aquéllos contra quienes no se procedió penalmente, a pesar de que en muchos casos, sus conductas son igualmente transgresoras del ordenamiento penal, marcando la diferencia, la decisión del responsable del enfermo de otorgar fianza legal, o dejarlo de por vida bajo el sistema penal, primero, en el reclusorio que corresponda y posteriormente en la granja psiquiátrica penal, con nulas oportunidades de un tratamiento farmacológico adecuado.

Paradójicamente, en los últimos diez años, algunos profesionales de la salud mental, de reconocido prestigio, han sufrido las molestias de acudir a responder ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y en algunas ocasiones la privación de su libertad, por el hecho de internar enfermos sin su "consentimiento", pero que en el momento de la decisión del especialista, esos sujetos representaban un grave peligro para sí mismos, su familia, y/o la sociedad, situación que, si bien no es frecuente -al igual que la enfermedad mental-, quedó fuera de las Declaraciones de Derechos Humanos del personal de salud mental.

Probablemente, la ausencia de medidas especiales en beneficio del enfermo mental que se encuentra bajo el régimen penitenciario, no se resolverá en muchos años, porque se trata de un problema no considerado importante para el orden jurídico y político nacional, y por otra parte, la

creación de normas en pro del enfermo mental, no solucionará la problemática social, económica y médica de estos individuos.

La Ley de Normas Mínimas, muestra una filosofía avanzada en lo referente al trato de los delincuentes que, por problemas por todos conocidos: corrupción, falta de conocimientos penitenciarios y modas sexenales principalmente, no ha dado los frutos que de ella se esperaban, por el defecto que tenemos en creer en un efecto mágico de la ley para solucionar los problemas; pero ya existe un ordenamiento que los proteja, y por lo pronto los enfermos mentales, han quedado en desventaja.

En el presente trabajo se pretendió obtener información de otros países a través de Internet, pero parece que el tema de los enfermos mentales recluidos en prisiones, es un tema prohibido, pues recibimos respuestas negativas en algunas partes -como Inglaterra y España-, y en otros -Norteamérica-, una cordial invitación para acudir personalmente al F.B.I. con el objeto de proporcionarnos la información que requeríamos, en la cual sólo se nos proporcionó información relativa al tratamiento médico y algunas nociones procesales en ese sistema jurídico .

La creación del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, dio la esperanza de que al fin se respondería verdaderamente a las necesidades de los enfermos mentales, ya que se trata de una obra con una gran inversión económica, con el personal adecuado para su pleno funcionamiento, pues se necesitan individuos entregados a su difícil profesión, sabios y honestos, pues sólo de ellos depende en gran medida -esperando que por razones

políticas no cambie su destino-, la rehabilitación de los enfermos mentales procesados y sentenciados.

La creación del CEFEREPSI es un ambicioso proyecto que ya ha rendido sus primeros frutos – instituciones análogas ya existían en España y Francia desde hace más de veinte años-, pero encontramos algunas contradicciones con nuestra legislación vigente, ya que otorga, en sus normas de operación, la facultad a la autoridad ejecutora de determinar previa valoración del médico psiquiatra de los adultos inimputables, la institución para su tratamiento, la entrega a su familia o a la autoridad sanitaria, así como modificar o dar por concluida la medida, funciones propias de la autoridad judicial y en lo referente al procedimiento ante autoridad judicial, encontramos falta de certeza jurídica por omisión y falta de claridad en las leyes adjetivas .

Actualmente, el CEFEREPSI cumple parcialmente su objetivo, pues muchos enfermos mentales continúan en los reclusorios, además de que en ese Centro tienen una estancia máxima de 17 a 18 meses, tanto enfermos mentales, como internos diagnosticados por personalidad psicopática, cuya problemática, no remite con tratamiento alguno.

1. GENERALIDADES

En el presente capítulo se analizarán algunos conceptos de carácter jurídico como la *imputabilidad* y su aspecto negativo, y realizaremos un breve estudio de los diferentes términos que se han utilizado hasta llegar a los conceptos vigentes de trastorno mental, desarrollo intelectual retardado y responsabilidad disminuida. Asimismo, señalaremos los documentos internacionales y nacionales protectores de los derechos humanos y, el marco jurídico penal vigente en nuestro país que regula el trato al enfermo mental.

1.1. Imputabilidad

La imputabilidad, ha sido centro de innumerables debates doctrinales dentro de la teoría del delito; así, se le ha colocado a veces como elemento, otras como presupuesto de delito, acción, culpabilidad o pena[1]. En la actualidad, las controversias han sido superadas, y en la estructura de la teoría del delito, la imputabilidad es un elemento de la culpabilidad, entendida ésta como un juicio de reproche individualizado[2]

El término imputabilidad es un tecnicismo que se refiere a la capacidad del sujeto para dirigir sus actos dentro del orden jurídico, y por tanto, hace posible, y es un presupuesto de la culpabilidad, es decir, puede haber imputabilidad sin culpabilidad, pero no es posible la situación inversa. La imputabilidad, es entendida como la "capacidad de conducirse socialmente", o de "observar una conducta que responda a las exigencias de la vida política", o como "capacidad para sentir la coacción psicológica que el Estado ejerce mediante la pena", o como constitución y funcionamiento psicológicos

---

[1] CÁRDENAS BAHENA, Soyla Rosa. *Estudio teórico-práctico de la inimputabilidad en México.* Tesis doctoral. Facultad de Derecho. UNAM. México. 1998. Págs. 4.
[2] Ibídem. Págs. 8-10

normales; la imputabilidad, lleva implícita una verdadera capacidad de entender y de querer, y al realizar un acto antijurídico, es lo que habrá de constituir la culpabilidad[3].

Conforme los criterios más generalizados, es la capacidad del sujeto para conocer el carácter ilícito o injusto del hecho y determinarse espontáneamente conforme a esa comprensión[4] o la aptitud jurídica para observar una conducta que responda a las exigencias de la vida en sociedad[5].

De lo expuesto, se desprenden dos elementos: intelectual (capacidad de entender) y, volitivo (querer)

a. El elemento intelectual, cognoscitivo o "capacidad de comprensión", implica una capacidad analítico-sintética del cerebro, es decir, deben existir conexiones entre el conocimiento y experiencia pasadas para aplicarlas al presente; así, sólo se podrá desarrollar una conducta libre, cuando el sujeto tiene una "adecuada percepción de si mismo y de su entorno"[6].

b. El elemento volitivo o capacidad de conducción, se manifiesta con la posibilidad de determinarse o actuar conforme a la comprensión, es la libertad de conducirse, para lo cual es necesario que la inteligencia se encuentre despejada y la voluntad libre para decidir y actuar en consecuencia[7].

---

[3] VILLALOBOS, Ignacio. *Derecho penal mexicano.* Parte general. Quinta edición Editorial Porrúa México 1990 Pág 287 y CASTELLANOS TENA, Fernando. *Lineamientos elementales de Derecho penal,* Editorial Porrúa, México, 1982. Pág 217.

[4] PAVÓN VASCONCELOS, Francisco. *Manual de Derecho penal mexicano.* Parte general Décimoprimera edición. Editorial Porrúa. México 1994. Pág. 407, WELZEL, Hans *El nuevo sistema de Derecho penal,* Editorial Ariel, España, 1964, Pág 85 y ZAFFARONI, Raúl *Tratado de Derecho penal. Parte general,* Tomo IV, Cárdenas editores, México, 1988, Pág. 110.

[5] CARRANCÁ Y RIVAS, Raúl. *Derecho penal mexicano Parte general* 8ª edición Editorial Porrúa México. 1995 Pág 431

[6] CÁRDENAS BAHENA, Soyla Rosa. Op. Cit. Págs 3, 100-101

[7] Ibidem Págs 3 y 103

1.2. Inimputabilidad

Si la imputabilidad es la capacidad para motivarse[8] conforme a los mandatos normativos, una calidad del sujeto que le hace capaz de dirigir sus actos dentro del orden jurídico, o la capacidad de entender, querer y actuar, la inimputabilidad será aquella que suprima la conciencia jurídica o la capacidad de conocer y discernir la naturaleza de sus actos. Al existir una conciencia perturbada que no sea capaz de aprehender la diferencia entre una conducta apegada a Derecho y una antijurídica y, de actuar conforme a esa comprensión, lo ejecutado será efecto de un trastorno mental, y lo indicado será aplicar medidas educativas o terapéuticas que prevengan y eliminen (si es posible), esa anormalidad que es origen de los actos antisociales.

1.2.1 Criterios para determinar las causas de inimputabilidad

En la determinación de las causas de inimputabilidad las legislaciones penales emplean principalmente los criterios biológico, psicológico y mixto. El primero excluye la imputabilidad con base en un factor biológico; el segundo en el estado psicológico del sujeto que, por anormalidad como lo es la perturbación de la conciencia, por ejemplo, le impide el conocimiento de la ilicitud de su acción. Por último, el mixto se apoya en los dos anteriores[9].

---

[8] La motivación es el complejo de facultades que se desarrollan en el proceso de aprendizaje social que supone la convivencia social. MUÑOZ CONDE, Francisco *Teoría general del delito* Editorial Temis Bogotá. 1990. Pág. 140

[9] PAVÓN VASCONCELOS, Francisco Op Cit Pág 407.

1.2.1.1 Criterio biológico

El criterio biológico se apoya en consideraciones de orden endógeno u orgánico relacionadas con el fenómeno de la inmadurez mental del sujeto. Los códigos apoyados en dicho criterio, señalan determinada edad que ordinariamente fluctúa entre los 16 y los 18 años, para establecer la línea divisoria entre los sujetos inimputables[10]. Algunos autores lo designan como "criterio etiológico" e incluyen además de la edad a la salud mental[11], es decir, se elabora la noción de inimputabilidad en función del trastorno mental, sea éste transitorio o permanente, en cuyo último caso es designado comúnmente con el nombre de enfermedad mental o, anomalía psicosomática[12].

El criterio o fórmula biológica o psiquiátrica pura, enuncia los factores que producen la incapacidad de comprender y conducirse de acuerdo a esa comprensión[13]; por lo general, obedecen a la clasificación bipartita de trastornos mentales de origen orgánico y funcional; los primeros aluden a un desarrollo cerebral deficiente o patológico que puede presentarse desde la concepción [14], y el trastorno de origen funcional, definido como actividad patológica de un cerebro desarrollado completa o parcialmente.

1.2.1.2 Criterio psicológico

El criterio psicológico se apoya en el concepto que desde ese punto de vista merece el sujeto, calificándolo de inimputable en cuanto no es capaz de entendimiento y autodeterminación y, en términos genéricos comprende la inmadurez mental, independientemente del factor cronológico, y toda clase

---

[10] Ídem.
[11] VILLALOBOS, Ignacio. Op. Cit. Pág 412
[12] PAVÓN VASCONCELOS, Francisco. Págs. 407-408.
[13] CÁRDENAS BAHENA, Soyla Rosa. Op Cit Págs 23 y 24.
[14] El desarrollo deficiente consiste en un crecimiento incompleto de orden neurofisiológico, el cual puede tener diversa etiología.

de alteraciones y traumas psíquicos que afectan la esfera intelectiva de la personalidad o constriñen su voluntad, o alteraciones más o menos profundas del biopsiquismo en la medida en que disminuyan su capacidad de comprensión y actuación[15]. Para este criterio, es más importante el efecto sintomático del trastorno mental, que la misma patología psiquiátrica[16].

1.2.1.3 Criterio mixto

El mixto o integral permite el empleo de las anteriores combinaciones, siendo las más comunes la biológica-psiquiátrica, psicológica-psiquiátrica y biopsicológica.

Nuestra ley penal adopta un sistema biopsicológico-psiquiátrico, pues atiende a ese triple orden de factores para estructurar las hipótesis legales de inimputabilidad, utilizando las fórmulas biológica (minoría de edad) y psicopsiquiátricas (desarrollo intelectual retardado y trastornos mentales)[17].

El legislador federal, optó por el criterio mixto, ya que en el artículo 15, fracción VII, señala las causas generadoras de la inimputabilidad y sus consecuencias[18], es decir, las alteraciones que sufre el sujeto activo en el momento de cometer el hecho típico, y que le incapacitan para comprender lo ilícito del hecho, o de conducirse de acuerdo con esa comprensión y son: el trastorno mental y el desarrollo intelectual retardado; el juez deberá valorar si existe capacidad del sujeto para comprender el carácer ilícito de su comportamiento y para determinarse conforme a dicha comprensión, de manera que la inimputabilidad es una consecuencia de dicha valoración.

Cualquier enumeración de las causas de inimputabilidad se quedará siempre corta ante los progresos que día a día se obtienen a través de los

---

[15] PAVÓN VASCONCELOS, Francisco Op. cit. Pág. 408
[16] CARDENAS BAHENA, Soyla Rosa. Op. Cit, Pág 24.
[17] PAVÓN VASCONCELOS, Francisco. Op. Cit. Pag 408
[18] CARDENAS BAHENA. Soyla R Págs 24 y 25

estudios psiquiátrico y psicológico, pues constantemente se despeja alguna incógnita en el mundo de los trastornos mentales[19].

Las expresiones "desarrollo intelectual retardado" y "trastorno mental", resultan apropiadas para nuestro ordenamiento jurídico, pues por su amplitud abarcan los casos en que puede existir una anomalía cerebral funcional u orgánica, un retraso mental, que si bien no en todos los casos incapacita, y no existe propiamente trastorno mental, no se encuentra, en posibilidad de comprender el carácter ilícito del hecho o conducirse de acuerdo con esa comprensión, y abarca a toda clase de trastornos mentales[20].

1.3. Imputabilidad disminuida

Entre la capacidad regular para conducirse conforme a la norma jurídica, y la incapacidad absoluta, por carencia o perturbación total de alguna o de todas sus facultades mentales, existe una vasta zona intermedia en la que no desaparecen por completo la potencia discriminatoria de los actos ilícitos ni la posibilidad de dirección o determinación de la conducta por motivos jurídicos, también conocida como estado limítrofe o periodos intermedios entre la razón y la locura[21]; una debilidad mental, una extraordinaria emotividad u otro rasgo anormal o fuera de lo común, puede hacer menos eficaces aquellas capacidades o reducir su influjo en la producción de los actos que, por ese motivo y en proporción inversa a la mayor intervención de los factores anormales, se podrán atribuir psíquicamente al sujeto. La imputabilidad no ha desaparecido, pero sí se ve disminuida por factores anómalos que pueden ser congénitos o adquiridos[22].

---

[19] PAVÓN VASCONCELOS, Francisco Pág. 411.
[20] Ibídem. Págs. 411-412.
[21] CARRANCÁ Y RIVAS, Raúl. *Derecho penal mexicano* *Op cit Pág 436.*
[22] VILLALOBOS, Ignacio. Op. Cit. Pág 289

A partir de las reformas puestas en vigor en 1994, se introdujo la figura de la imputabilidad disminuida, otorgando al juez la facultad de disminuir la pena hasta las dos terceras partes de la que correspondería al delito cometido o de aplicar una medida de seguridad, o ambas si se considera necesario, en función del grado de afectación de la imputabilidad del autor[23].

En opinión del maestro Villalobos, junto con los casos de psicópatas y débiles mentales, se suele estudiar algunos estados fisiológicos o patológicos que corresponden a la edad, enfermedades, o diversas transformaciones sufridas por la mujer durante el embarazo, así como caracteres creados por la mala educación o su ausencia. Todos estos son estados peligrosos, en los que sin desaparecer por completo la capacidad de entender y querer, concurren en la personalidad, y constituyen una fuerza que, en apariencia le es extraña[24].

En la actualidad, gracias a los avances de la medicina en el área de salud, es posible afirmar, que la imposición de las medidas de seguridad no intentan ser indulgentes con quien infringe la norma penal, sino dar un tratamiento adecuado a quien sufre una alteración en la salud que le priva de su plena capacidad mental para conducirse de acuerdo a las exigencias sociales.

Respecto a la psicosis postparto, si bien se trata de casos patológicos poco comunes atribuibles a las transformaciones fisiológicas sufridas por la mujer, obedecen a una verdadera enfermedad mental, que deben ser ubicados como trastornos mentales y no como supuestos de imputabilidad disminuida. Este trastornò psicótico breve de inicio en el posparto, tiene un lapso mínimo y máximo, de un día a un mes de duración y presenta al menos un síntoma, de cinco: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (disperso o incoherente), comportamiento catatónico y/o desorganizado; pasado ese tiempo, la paciente recupera por completo el nivel previo de

---

[23] PAVÓN VASCONCELOS, Francisco Op. Cit. Pág. 412.
[24] VILLALOBOS, Ignacio Op. Cit. Pág 290.

actividad[25], por razones obvias, durante ese lapso la madre olvida los más elementales cuidados del recién nacido.

No pueden pasar inadvertidas tales diferenciaciones y se plantean diversos problemas en torno a la imputabilidad disminuida: Si la imputabilidad se encuentra disminuida, la culpabilidad tiene que ser menor, y por tanto, la pena debe ser atenuada, ya que en tales casos existe un factor de anormalidad que constituye un peligro que ha de combatirse por otros medios.

Los problemas que pudieran surgir en torno a la determinación de la culpabilidad de una persona tratándose de casos limítrofes, pueden resolverse con imputabilidad disminuida, ya que la causa del delito se divide entre el sujeto y un factor anormal paratípico estimable, y habrá por tanto un concurso de responsabilidad y peligrosidad, cuya respuesta más adecuada, será la concurrencia proporcionada de una pena con una medida de seguridad, ya sea que se apliquen conjunta o sucesivamente[26].

Todavía en 1990, los Tribunales Colegiados de Circuito, señalaban que: "Aun y cuando doctrinariamente se reconoce la figura de la "imputabilidad disminuida", al no existir en el ordenamiento punitivo vigente...ese estado subjetivo probado en la conducta del activo, sólo puede ser tomado en cuenta entre sus circunstancias personales y, correlativamente, para establecer su grado de peligrosidad", criterio que es corregido a partir de 1994, para quedar acorde con los avances en la ciencia jurídica y la medicina, aplicándose las medidas de seguridad y o la pena que corresponda.

---

[25] DSM IV. Págs. 308-312.
[26] VILLALOBOS, Ignacio Op. Cit. Pág. 290.

1.3.1.El miedo grave

El miedo grave es una emoción que puede transtornar las facultades mentales o privar al sujeto de su uso normal, se trata de una incapacidad transitoria de precisar una situación con objetividad o de dominar los propios actos. El juez, deberá ser muy cauto, para determinar si se trata de un trastorno mental, de un caso imputabilidad disminuida, o de alguna excluyente de antijuricidad o de culpabilidad, o se trate de encubrir alguna conducta dolosa o culposa[27].

A partir de 1994, el miedo grave se incluye en las causas de inimputabilidad, pues se considera como un trastorno mental transitorio, que suprime en el sujeto el normal uso de sus facultades psíquicas y le impide por ello comprender el carácter ilícito de hecho ejecutado o conducirse de acuerdo con esa comprensión, es decir, el miedo grave nulifica la capacidad de entendimiento y la libre expresión de la voluntad[28].

1.4. Penas y medidas de seguridad

Si la imputabilidad es capacidad de obrar con discernimiento y voluntad, y por tanto, capacidad de ajustarse o apartarse de las normas jurídicas culpablemente, su corolario inmediato es la responsabilidad como obligación de sufrir las consecuencias jurídicas de los propios actos. Si bien es cierto que tanto las penas, como las medidas de seguridad tienen como fin último la defensa social, debe notarse la diferencia que hay entre la obligación personal de sufrir las consecuencias, que se conocieron y se aceptaron, y la mera necesidad social de sujetar a un individuo enfermo -y con frecuencia peligroso- a una medida preventiva o de seguridad, para

---

27 VILLALOBOS, Ignacio. Op Cit. Pág. 412

28 PAVÓN VASCONCELOS, Francisco 414-415.

seguridad pública, con la sola comprobación de ese estado peligroso, y sin la necesidad de esperar monstruosamente, a que el enfermo cometa un ilícito previsible, y se tramite un sainete de proceso penal, que no lo es, para decretar, dentro del marco de la legalidad la medida de seguridad que corresponda[32].

Las medidas de seguridad se han definido como lo medios de prevención especial aplicables a los sujetos que previsiblemente constituyen un peligro al orden social por su especial condición psíquica, y son incapaces de sentir la coacción psicológica de la sanción señalada en los ordenamientos punitivos. Así, las medidas de seguridad tienen como fundamento la peligrosidad, entendida como la posibilidad de convertirse en autor de un hecho antisocial, pronosticada con base en los datos que arrojen estudios de carácter médico psiquiátrico y social.

Conforme a la doctrina, las medidas de seguridad pueden aplicarse de manera preventiva (predelictual), como después de que se ha realizado una acción tipificada como delito (posdelictual) por un inimputable y demostrado, la proclividad a reincidir, de forma genérica o específica[33], con base en la división de medidas de seguridad predelictivas y posdelictivas, se puede llegar a establecer su naturaleza jurídica, así las primeras pertenecen al campo administrativo, y las medidas posdelictuales al campo penal[34].

---

32 Ibídem. Pág 417.

33 Al respecto existen varias clasificaciones de la peligrosidad. Cfr CÁRDENAS BAHENA, Soyla Rosa. Op. Cit. Págs. 152-161.

34 Ibídem. Págs. 154-155.

2. ANTECEDENTES EN LA HISTORIA UNIVERSAL

2.1 Antigüedad

Durante mucho tiempo los "trastornos del espíritu" fueron considerados como enfermedades sobrenaturales, y se consideraba que los enfermos mentales habían sufrido alguna clase de desastre sobrehumano, acontecimiento explicado, y en ocasiones remediado invocando la intervención de algún espíritu, de los dioses o deshaciendo los maleficios producidos por alguna bruja o hechicero.

En aquéllas épocas, los enfermos mentales que pertenecían a clases sociales bajas, eran rechazados y se veían obligados a huir a los bosques o lugares desérticos. Otros eran confinados en sótanos o prisiones para no constituir la burla de la sociedad.

Los trastornados que pertenecían a clases sociales altas, podían permanecer dentro del grupo social y aún llegaban a ostentar el poder así, Nabucodonosor, que gobernó por más de cuarenta y tres años en el siglo VIII antes de nuestra era, famoso por unificar uno de los Estados más poderosos de la antigüedad y construir la hermosa ciudad de Babilonia, padecía de una enfermedad mental o delirio llamada licantropía[35], y se dice que en las noches salía de la ciudad y aullaba como un lobo enfurecido.

---

[35] Es el delirio sufrido por un sujeto en el que siente una transformación de hombre a lobo. EY, BARNARD & BRISSET. *Tratado de psiquiatría*. Toray Mason. España. 1978. pag. 26.

2.2 Egipto

En Egipto, alrededor del año 1,500 a. C. se escribió el Papiro de Ebers, en el que se hace alusión a la epilepsia, considerada como un "mal sagrado", por lo que se rendía cierta veneración al que padecía esta enfermedad.

2.3 Roma

En Roma, el emperador Tiberio pudo vivir hasta los setenta y ocho años a pesar de sufrir crisis persecutorias[36], refugiado en la Isla de Capri pasó los últimos años de su vida, arrojando a cuantos consideraba sus enemigos desde lo alto de los peñascos; Nerón, que sufría de megalomanía, terminó su vida como un fugitivo haciéndose degollar por uno de sus esclavos.

2.4 Grecia

En Esparta, el rey Cleómenes I, quien vivió en el siglo VI a. C. sufría tales trastornos mentales (descritos como "ataques de agitación"), que fue aprisionado por sus oficiales y optó por el suicidio, cortándose en porciones

---

[36] También se trata de un delirio, el sujeto enfermo siente como peligrosas a las personas que lo rodean, interpretando gestos, miradas o palabras Ídem.

sus propias carnes.

Hipócrates fue el primero en atacar el origen divino de la epilepsia, y señalaba: "acerca de la llamada enfermedad sagrada, es así: no me parece que sea más divina que las demás enfermedades, ni más sagrada, sino que tiene también una causa natural, a mi parecer, aquellos que por primera vez hicieron sagrada esa afección eran los mismos que los actuales magos y purificadores, impostores y charlatanes. éstos pretenden ser de vehemente piedad y saber más; paro utilizan lo divino para ocultar su impotencia y desconcierto por no contar con ninguna ayuda que ofrecer..."[37]

En lo que concierne al desprendimiento de las explicaciones sobrenaturales de la enfermedad mental, la medicina grecolatina y árabe, ya habían considerado a la manía, la melancolía, la epilepsia, la histeria y el delirio como "vesanias"[38], de origen natural, y más tarde en la Edad Media muchos teólogos, entre ellos Santo Tomás de Aquino, defendieron estas tesis.

2.5 Renacimiento

A principios del Renacimiento la demonología inspiró los peores excesos y el *Malleus Maleficarum*[39], conocido como el "martillo de las brujas", era la guía para que los cazadores pudieran identificarlas y muchos de los signos señalados en esta obra, coinciden con signos de enfermedad mental, y debieron vencerse grandes resistencias para que se aceptara que las brujas y los poseídos, sufrían una enfermedad "natural".

---

[37] EY, BARNARD & BRISSET. Op. Cit. Pág. 27.

[38] La palabra vesania procede del latín VE, que significa NO y SANUS.

[39] Se trata de un libro en el que muchos de los signos señalados como demoniacos, coinciden con los de enfermedades mentales

En pleno Renacimiento, los "otros locos", es decir, los no maléficos, (no invocaban demonios, ni eran agresivos), vivían una existencia errante, y era frecuente confiarlos a navegantes y mercaderes (mediante un excesivo pago), pero era común que éstos dejaran en tierra, antes de lo prometido, a sus molestos pasajeros, y a menudo las ciudades europeas veían llegar esas *Stultifera navis* o naves de locos. Michel Foucault[40], realiza un examen complejo y original del fenómeno de la locura desde la Edad Media hasta el apogeo del psicoanálisis freudiano, y explica que para él todas las figuras absurdas de la locura son elementos de un conocimiento difícil, fuente de las grandes obras y las grandes tragedias.

Foucault señala que en la Edad Media, la locura toma el lugar que tenía la lepra, y pasan de la famosa "Nave de los locos", al gran encierro - siglos XIV y XV-, surgiendo las grandes prisiones para alojar a la "hez de las Repúblicas, no tanto por sus miserias corporales, sino por las espirituales, que causan horror", así, el mundo correccional ayuda a la justicia divina, con una eficacia doble: curar sus cuerpos y purificar sus almas, "sacudir fuertemente la imaginación del alienado e imprimirle un sentimiento de terror".

2.6 Europa hasta el siglo XIX

En los siglos XVI y XVII, el loco pasa al "jardín de las especies", pues empiezan a formularse las primeras clasificaciones de las enfermedades mentales, así la insania era un padecimiento que no podían sufrirlo los hombres sabios, en cambio sí podían ser víctimas del "furor", capaz de

---

[40] FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica* Traducido por Juan José Utrilla Tercera edición. Tomo 1. Breviarios. Número 191 Fondo de Cultura Económica. México. 1982.

transformar el espíritu del filósofo. Estar loco era, apartarse de la razón sin saberlo, y ser imbécil, apartarse de la razón sabiéndolo. En el siglo XVII, en la obra "Anima brutorum" se clasifican las enfermedades que atacan el alma animal y su sede, es decir, el cerebro, y encontramos el frenesí, el delirio, la manía, la melancolía y la estupidez. Hasta el siglo XVIII los médicos por fin pusieron atención a la locura y comenzaron a experimentar diversos tratamientos para su curación.

Hasta el siglo XIX, los médicos de las prisiones tuvieron como principal misión, examinar la salud de los sujetos para comprobar su resistencia al tormento y evitar así que el reo que estaba siendo interrogado, muriera y se suspendiera el juicio. los curaban para poder ajusticiarlos después o, para continuar con la tortura hasta la confesión, considerada en aquellos tiempos, la "reina e las pruebas". certificaban la muerte de los reos, y curiosamente, cuando el reo moría en prisión, se acostumbraba dar una punción en el corazón, pues había la creencia de la existencia de drogas y brebajes que podían aparentar la muerte, y por tanto ayudar a escapar de la acción de la justicia.

En el siglo XVIII, surgen psiquiatras de la talla de Tuke -en Inglaterra- y Pinel -en Francia-, quienes al fin liberan a los locos de sus cadenas y dan inicio a grandes escuelas de psiquiatría, y sus clasificaciones de las enfermedades mentales fueron la base de esta rama de la medicina durante todo el siglo XIX, y algunas aún continúan vigentes; sobresaliendo las obras de Esquirol, Voisin, Legrand du Salle, Trélat, Lucas, Morel (descubridor de la demencia precoz o esquizofrenia), y Despine[41].

---

[41] RODRÍGUEZ MANZANERA, Luis. Criminología. Octava edición Editorial Porrúa. México 1993. pags. 201 a 207.

Uno de los rasgos característicos de los médicos, filósofos y filántropos del siglo XIX, fue su interés, por aquéllos quienes habían perdido la razón, y con un gran optimismo, superan el pensamiento de la incurabilidad de la mente, buscando una atención más humanitaria a estos enfermos, tratando de mejorar su régimen, a tal extremo, que con la liberación de sus cadenas hecha por Pinel simbolizaron la devolución de sus derechos como seres humanos. Sin embargo en la práctica no se hizo nada por el enfermo mental.

2.7 Europa en el siglo XX

A principios del siglo XX, la situación de la psiquiatría no era nada halagadora, sin embargo, los médicos ya estaban más capacitados para descubrir cuadros clínicos y hasta predecir el futuro de los enfermos, pero aún en la ignorancia de descubrir las causas, por el hecho de que los estudios de anatomía del sistema nervioso, no tenían el avance tecnológico de la actualidad, por lo que sus tratamientos eran muy limitados y similares a los de siglos anteriores.

Juan Antonio Vallejo-Nágera, psiquiatra español, ha realizado estudios psiquiátrico-biográficos de los grandes personajes de la historia, músicos, literatos, pintores, emperadores, presidentes, militares, que suman más de doscientos, mostrando cómo los genios pasan la vida llevando una bomba en las manos capaz de explotar cuando menos se espera[42].

---

[42] VALLEJO-NAGERA, Juan Antonio. En las obras de este autor, encontramos, en Locos egregios. Décimo séptima edición. Dossat editores España. 1986 consideraciones sobre las psicopatologias en el poder político y en el arte; las biografías psiquiátricas de Maquiavelo, Abderraman 111, Van der Goes, Juana la Loca, Benvenutto Cellini, Mozart, "Il divino Castrato", Goya, Liszt, Van Gogh, Nijinsky, Hitler y Hess; en *Perfiles humanos.* Memoria de la historia Editorial Planeta España. 1988 Encontramos a otros personajes de la historia, vistos

2.8 El enfermo mental ante el derecho penal español

En virtud de la escasa bibliografía en esta materia, el presente subcapítulo fue realizado con información proveniente de manuales de psiquiatría en su capítulo relativo a psiquiatría forense[43]. En España, la responsabilidad es consecuencia de la imputabilidad, y define al enfermo mental como sujeto al que no se le pueden imputar actos, y la jurisprudencia del Tribunal Supremo define el concepto de enfermo mental o "enajenado" a través de las siguientes consideraciones: Primero, se debe distinguir entre enajenación completa, incompleta e inoperante. La primera corresponde a la enfermedad permanente o crónica; la enajenación incompleta, corresponde al trastorno mental transitorio, que debe tener una base patológica que produzca la alteración o anulación de las facultades mentales y que ésta no haya sido provocada a propósito. Por último, la enajenación inoperante, considera el hecho de que el enfermo pueda obrar cuerdamente en los asuntos que no afecten su delirio y, por lo tanto ser responsable.

Lo importante, en todos los casos, es la consideración de la libertad o capacidad de decidir, que el enfermo tenga frente a sí mismo y frente a la sociedad. En los casos de psicopatía, sólo cuando son muy graves, constituye una causa de enajenación completa. Para estos casos procede la suspensión de la causa legal, hasta el restablecimiento de la salud, pero nada se dice respecto de establecimientos especiales para enfermos mentales.

---

desde un ángulo insólito, como Lucrecia Borgia, Felipe III, Napoleón Bonaparte, Beethoven y Rossini, por citar sólo algunos.

[43] VALLEJO NÁGERA, Juan Antonio *Introducción a la psiquiatría*. Décimo quinta edición, Editorial científico-médica. España. 1981.Págs 465-469

3. ANTECEDENTES EN MÉXICO

3.1 Época prehispánica.

En México, la medicina indígena, con sus raíces naturalistas y mágicas, han llegado hasta nosotros a través de algunos escritos del siglo XVI, entre los que destacan por su importancia el *"Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis"*, conocido como Códice Badiano, y "La Historia General de las Cosas de la Nueva España", de Fray Bernardino de Sahagún; en ambas obras, los conocimientos allí vertidos se deben a informantes indígenas y médicos aztecas, los que al fundarse el Imperial Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco, fueron el medio de enlace entre la medicina europea recién llegada, y la indígena, transmitida por muchos años de padres a hijos[44].

El Códice Badiano, tiene como coautores a Martín de la Cruz, -un médico anciano que aprendió su oficio antes de la conquista-, y Juan Badiano -lector del Colegio, originario de Xochimilco y conocedor del latín-, y fue terminado en el año de 1552. Su fin no era transmitir el conocimiento médico de los Aztecas, sino que fue un regalo para el Rey Carlos -quien nunca llegó a verlo-, pero el entonces príncipe Felipe, admirador de los dibujos indígenas, lo llevó a su colección de El Escorial.

En dicha obra se encuentran tratamientos para curar "la frialdad" de la cabeza, -resulta interesante constatar cómo en la actualidad mucha gente habla de "frialdad y calor en la cabeza"-, la "sangre negra" -término común en la Europa del siglo XVI- o depresión, y ya se manejaba el toloache y se

---

44 CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo. *Salud mental comunitaria*. 2ª edición Trillas. Mexico. 1984. Págs. 87 a 90.

conocían sus propiedades narcóticas, y aún en nuestros días se cree que muchas enfermedades mentales se desencadenan al administrarse por motivos de venganza. Encontramos remedios para la epilepsia, y contra el miedo -indispensable en la sociedad azteca-, y remedios contra la *abderética mentez*[45] - considerado como un estado de confusión mental o psicótico.

De la medicina maya se tiene noticia de que sus plantas medicinales atrajeron la atención de los europeos que llegaron a esa región; los remedios nativos de los mayas se encuentran en el "Libro del Judío", que cita alfabéticamente las enfermedades y los tratamientos prescritos, para las convulsiones, la irritabilidad y la depresión, entre muchos otros[46].

Las culturas Azteca y Maya, además de haber alcanzado un nivel cultural y artístico extraordinario, reconocieron ciertas enfermedades mentales, lo que también indica un alto grado de adelanto en medicina.

Fray Bernardino de Sahagún, se percató de la cercana desaparición de la cultura mexica, y ayudado por los estudiantes del Colegio, ideó la formulación de cuestionarios en náhuatl, los cuales fueron contestados por los indios más ancianos que encabezaban los barrios de Tepepulco -quienes elaboraron los "primeros memoriales" de 1558 a 1560-, Tlatelolco -que hicieron los "memoriales con escolios" de 1564 a 1565-, ambos conocidos como Códices Martinenses, y de la Ciudad de México, de 1566 a 1571, formando así el texto definitivo de la "Historia general

---

45 El término "abderético" tiene su origen en la ciudad de Abderá, Tracia, pues sus habitantes tenían reputación de tontos o estúpidos. Ibidem. Págs. 90 a 92. Esta denominación se encuentra confirmada en ARISTÓTELES & HIPÓCRATES. *De la melancolía*. Ediciones Heliópolis. México. 1994. Págs 55 a 60, y GARIBAY K. Angel Ma. *Mitología griega. Dioses y héroes*. Porrúa. "Sepan cuántos .". Núm. 31. México. 1986. Pág 27

46 CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo. "Aztecas, mayas y psiquiatría" Revista de la Facultad de Medicina. Volumen XV. Número 3 Mayo-Junio. 1972. México. Págs. 253 a 255

de las cosas de la Nueva España". En ésta se mencionan problemas de drogadicción con *péyotl* y *oloiuhqui*, de alcoholismo con *octli* y, de homosexualidad[47].

3.2 Época colonial

3.2.1. Creación de hospitales psiquiárticos.

En el siglo XVI, recién consumada la conquista de México, y cuando apenas estaba surgiendo una nueva raza, resultado de la amalgama de indio y español, nuestro país, fue el primero en América -y uno de los primeros en el mundo-, en que se fundó un establecimiento para alojar enfermos mentales.

Fray Bernardino Álvarez, funda en 1566, el hospital de San Hipólito, y al igual que en Europa durante la Edad Media, funcionó basándose en el amor al prójimo, pero dejaba mucho que desear en lo tocante al empleo de criterios racionales y científicos en relación con el manejo de los pacientes y la concepción de la enfermedad. La psiquiatría era una ciencia en embrión en Europa, por lo que este hospital no puede considerarse como un destello científico de la época, sino sólo una obra caritativa aplicada a los individuos olvidados. Este manicomio perduró como lugar de concentración de enfermos mentales hasta la Independencia, pues la orden de los Hipólitos es suprimida por

---

47 Guillermo Calderón Nárváez. Salud mental comunitaria Op cit. Págs. 98 y 99

Decreto de las Constituciones Españolas en 1821, pasando el hospital a manos del Ayuntamiento.

Casi un siglo después de la creación del hospital de San Hipólito, se funda el hospital de la Canoa, obra de José Sáyago y esposa, en el que alojaban a las enfermas mentales que vagaban por la ciudad. Este nosocomio tuvo mejor suerte que el anterior, ya que en 1824, le dan las utilidades de una lotería y sus condiciones mejoran notablemente.

Además del trabajo de los hipólitos en favor del enfermo mental, mediante cédula en 1602 se autoriza a los Hermanos de San Juan de Dios -orden afamada por su labor en España en pro del enfermo indigente y especialmente del enfermo mental-, así, establecieron hospitales en la Ciudad de México, Durango, San Luis Potosí, San Juan del Río, Pátzcuaro, Aguascalientes, Parral, Pachuca, Izúcar, Colima, Orizaba, Celaya, Toluca, Puebla, Texcoco, San Cristóbal de las Casas y Oaxaca; todos fundados entre 1604 y 1748, cubriendo casi todo el territorio de la Nueva España.

A fines del siglo XVI, a pesar de los grandes avances científicos que se experimentaron en Europa, en México, algunos de los enfermos mentales -de los no tachados de brujos-, fueron considerados como incurables, por lo que se ponía muy poco interés en ellos, sus instituciones eran pobres y mal atendidas, llegando a encadenarlos cuando presentaban estados de agitación.

3.2.2 LA SANTA INQUISICIÓN.

La fama de la Inquisición española, tal como fue instituída por Fernando e Isabel, a fines del siglo XV, a veces oculta el hecho de que el Santo Oficio actuaba en muchos otros países, y de que existió antes del siglo XV.

La Inquisición se desarrolló en la Edad Media como un instrumento eficaz para hacer frente al problema de la herejía[48] que, en el siglo XII, se había convertido en una seria amenaza para la Iglesia Católica.

El origen de la Inquisición se atribuye a Gregorio IX en el año de 1233, y se extendió a diversos países como Italia, Alemania, Francia e Inglaterra. En España, al subir al trono Isabel de Castilla y contraer matrimonio con Fernando de Aragón, surge la moderna Inquisición española, que resultó un tribunal eficaz y poderoso, considerado como parte del propósito unificador y de organización española[49].

Es común pensar que en esta época España se encontraba en la ignorancia y el obscurantismo, pero a fines del siglo XV y durante el XVI, fue el tiempo de mayor gloria de España: Eran ilustres las Universidades de Salamanca y Alcalá, surge el pensamiento de Juan Vives y Francisco Suárez, los más grandes maestros de la

---

48 Literalmente, herejía significa selección, y en aquella época, nadie se atrevía a poner en duda la enormidad del pecado de seleccionar las creencias en lugar de aceptar íntegra la fe de la Iglesia, salvo, naturalmente los propios herejes, no había duda en lo que a su culpabilidad se refería, y hablaban de ellos como anticristos o hijos del diablo.

49 STANLEY TURBERVILLE, Arthur. *La Inquisición española* Fondo de Cultura Económica. México. 1981 Pág 10.

jurisprudencia de aquéllos tiempos. Los inquisidores también fueron hombres brillantes, como Jiménez, fundador de la Universidad de Alcalá y autor de una Biblia políglota, y Valdés funda la Universidad de Oviedo y, Quiroga distinguido erudito.

En Europa a fines del siglo XVI -época conocida como la "era de la revolución científica"-, habían terminado una serie de enfrentamienos religiosos, y se crea un campo propicio para el florecimiento de la vida intelectual, científica y económica, sobre la base de la libertad de expresión. A lo largo del siglo XVII –conocido como "la era de la revolución científica"-, la población europea aumentó de 85 a 130 millones de habitantes, por lo que el fenómeno urbanístico se desarrollo de una manera impresionante. El progreso económico experimenta el principio de la burguesía y, paradójicamente surge la monarquía absoluta. En la cultura destacan Kepler, Harvey, Servet y Galileo, los dos últimos enjuiciados por el Santo Oficio; Descartes, Leibinz y Newton que descubren al mismo tiempo el cálculo infinitesimal, base de toda matemática moderna. En 1592 Galileo construyó el primer termómetro, y en 1665, Huygens propuso una escala fija creando el sistema centígrado, Leeuwenhock inventa el microspcopio y es considerado el primer "cazador de microbios" y padre de la bacteriología; Sydenham descubre la utilización de la quinina para combatir el paludismo[50].

---

50 En este "Siglo de la Luz", en lo que respecta a la enfermedad mental, Plater, se interna como enfermo mental y realiza un estudio muy completo sobre la conducta anormal, realiza necropsias tratando de encontrar la causa de esas enfermedades. Se realizaron transfusiones de sangre de cordero para curar la locura, a veces con buenos resultados (por efectos del choque), pero por las muertes frecuentes, dejó de utilizarse, pues fue hasta nuestro siglo que Landsteimer descubrió los tipos sanguíneos. Ibidem Págs 13-19

En la primera etapa del Santo Oficio, sus tribunales se extendieron por varios países europeos, España, Italia, Francia, Alemania e Inglaterra, y en España, al subir al trono Isabel y Fernando, la Inquisición adquiere una fuerza impresionante, como parte de los poderes políticos unificadores de España[51].

Las características del juicio inquisitorio se encuentran señaladas obra de Carrara[52], y son:

1ª Concurso de denunciantes secretos, que le informen al juez investigador a cerca de los delitos y de los delincuentes descubiertos por ellos.

2ª Dirección de las pruebas al pleno arbitrio del juez.

3ª Instrucción escrita, desde el principio hasta el fin, y también defensa escrita.

4ª Procedimiento siempre secreto, no sólo con respecto a los ciudadanos, sino también con respecto al procesado, en cuya presencia nada se hace, fuera, excepcionalmente, del careo, y a quien no se le comunica el proceso mientras no esté terminado y en estado de ser transmitido.

---

51 Ibidem. Pág. 20.

52 Francesco Carrara señala que el juicio inquisitorio, es el que mejor se adapta a los regímenes despóticos, pues no presenta ninguna garantía para el procesado, fuera de la conciencia y escrupulosidad de los jueces. CARRARA, Francesco *Programa de Derecho criminal,* Volumen II. Cuarta edición *Parte general* Editorial Temis. Colombia 1985. Págs. 301 a 304.

5ª Encarcelación preventiva del procesado, segregándolo por completo de todo contacto con otras personas, hasta el momento de la defensa.

6ª Interrupción de actos, como también formulación de la sentencia, a entera voluntad del juez.

7ª Orden analítico hasta que la inquisición especial sea transmitida.

Las principales fases del proceso, que contribuyó enormemente al desarrollo del vigente proceso penal, -tanto en España como en nuestro país-, pueden resumirse en las siguientes líneas:

Las primeras pruebas se obtenían mediante ardides de proclamar un tiempo de gracia, a los que se entregaran voluntariamente y obtener un trato más benigno, además existía un "edicto de fe", que obligaba a todo buen cristiano a denunciar todos los casos de herejía y demás delitos de los que tuvieran conocimiento.

La evidencia se obtenía por delación, por rumores públicos, por *diffamatio*[53] de un grupo de vecinos o por escritos de personas sospechosas; los datos obtenidos se sometían a los calificadores o

---

53 En la actualidad, la difamación es considerada como delito que atenta contra el honor de las personas, siempre es doloso, ya que es indispensable el *animus diffamandi.* INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS. Diccionario jurídico mexicano Sexta edición D-H Editorial Porrúa. UNAM. México. 1993. Págs. 1137-1138. Ver Código Penal para el Distrito Federal en materia del fuero común, y para toda la República en materia del fuero federal. Segunda edición. Ediciones fiscales ISEF. Segunda edición. México 1998 Art. 350 Pág. 88.

fiscales, quienes instruían sumario y opinaban si la persecución era o no justificada. Si parecía que iba a ser un caso, el fiscal, pedía formalmente, como medida de seguridad, el arresto del acusado.

La detención hecha por la Inquisición podía tener lugar en cualquier lugar y a cualquier hora. En ningún momento el acusado sabía el delito preciso que se le imputaba, ni quiénes eran sus delatores. La autoridad se apropiaba de sus documentos, y si se trataba de un delito grave, se le intervenían sus bienes, pues en caso de condena, le serían confiscados. La autoridad que realizaba esta diligencia (alguacil), siempre iba acompañado de un escribano, que levantaba acta de las actuaciones y de los bienes del detenido.

La prisión secreta a la que era conducido era un sitio diferente (y más desagradable), que "la casa de penitencia" -pues en caso de ser condenado-, sería el lugar en donde purgaría su sentencia. Así, los por medio del terror, mientras se esperaba de juicio, el lugar y el trato en la "prisión preventiva" era por lo general más severo que el de los condenados a prisión[54].

Se le interrogaba frecuentemente sobre si conocía la causa de su detención, y se le exhortaba a confesar los pecados que su conciencia le acusara; mientras el Inquisidor realizaba la entrevista, preguntando sobre su domicilio, familia, amistades y residencias anteriores, todas

---

54 Cuando leemos los hechos espeluznantes ocurridos en los calobozos de la Inquisición española, es necesario tener en cuenta, que sus condiciones no eran peores que las de muchas cárcales civiles, no sólo en España, sino en casi toda Europa. En todas partes la vida en la cárcel era espantosa, en comparación con los tipos modernos, que fueron evolucionando desde el movimiento humanitario iniciado por Beccaria y Howard.

sus respuestas eran cuidadosamente registradas; se le pedía que rezara el Padrenuestro, y el Avemaría, lo que era una formalidad que nunca se omitió, para descubrir a los conversos, recientes y sólo nominales, aún los hombres cultos y padres de la Iglesia eran sometidos a esta prueba.

El proceso era muy lento, normalmente duraba años.

Los testigos eran interrogados por el mismo Inquisidor, y con frecuencia por un escribano. La ceremonia de ratificación tenía lugar ante dos frailes (llamados personas honestas), esto se hacía en ausencia del acusador, y consistía en leer todas las declaraciones de los testigos como garantía contra la inexactitud o falsedad, esto ofrecía alguna protección al procesado. Como los nombres de los testigos de cargo eran secretos, la única defensa que podía ofrecer alguna esperanza al acusado, era la de citar a sus enemigos que considerara capaces de formular cargos falsos contra él. Si entre los testigos se encontraba ese enemigo mortal, su declaración no tenía validez. En estos casos los testigos que contestaban con evasivas o se retraían, eran torturados.

La evidencia aportada por los testigos se aceptaba si era perjudicial, pero era rechazada si era favorable.

Luego venía la defensa del acusado, permitiéndosele que se asistiera de un defensor, pero éste corría el riesgo de ser perseguido como protector de herejes, y pocos querían correr ese riesgo. El Tribunal, contaba con dos o tres defensores, que en realidad tenían

funciones de consejeros, y debían esforzarse en persuadir al acusado para que se reconciliara con el Tribunal haciendo plena confesión.

El "defensor", podía alegar circunstancias atenuantes como excesiva juventud, locura, embriaguez o cualquier otra incapacidad similar, o falta de intención herética. Cuando se alegaba locura, el Tribunal siempre desconfió, y muchos alienados, que en la actualidad un juez no hubiera dudado en mandarlos a un manicomio, el Inquisidor lo mandaba a la hoguera. En todo caso la defensa de locura podía ser comprobada por tortura. En el siguiente inciso veremos algunos juicios celebrados en México por la Inquisición en contra la enfermos mentales.

Después de contestar los cargos, como mejor pudiera, tenía lugar la "consulta de fe", a cerca del veredicto, entre el Inquisidor, el Obispo y uno o dos peritos en Teología y Derecho. Esta "consulta" podía dar lugar a una decisión inmediata del caso, o bien, si las pruebas eran insuficientes, se recurría a la tortura.

La tortura se utilizaba cuando las declaraciones del acusado eran incongruentes. Si no existía estupidez o flaqueza de memoria; cuando hacía confesión parcial, y; en general, mientras más débil era la acusación o la evidencia para iniciar la persecución, era suficiente para justificar la más severa tortura. Santo Tomás señala que los herejes eran unos traidores a su fe y orgullosos inspiradores de satán[55]. "Contra ellos, se puede recurrir a la coacción, incluso a la violencia corporal, para obligarles a permanecer fieles a lo que han prometido y a

---

55 Summa Teológica Libro II. Apartados 10 y 11. VILLENEUVE, Roland *El museo de los suplicios* Ediciones Martínez Roca. España 1989 Págs 220 y 221

conservar la fe que han recibido. Si tras repetidas amonestaciones, el hereje no se arrepiente, la Iglesia lo excomulgará y lo entregará al brazo secular, para castigarlo con la muerte"[56].

Para aplicar las torturas, se utilizaban los métodos más corrientes, entre la gran variedad de los utilizados en los tribunales civiles. Los más comunes eran la garrucha o estrapada y el agua[57].

El Santo Oficio pretendía ser un tribunal clemente, porque sus fines no eran la administración de justicia automática, sino la reconciliación del delincuente; confesarse culpable era obtener perdón, lo que no sucedía con los otros tribunales, y las penas que imponía eran adecuadas al pecado cometido, para salvar el alma del procesado[58].

La última fase del proceso era el pronunciamiento formal de sentencia, que podía ser pronunciada con méritos, es decir, con enunciación detallada de los delitos de que se hacía culpable al procesado, o sin méritos. Para los delitos leves se hacía una pronunciación privada dentro del recinto de la Inquisición, pero cuando se trataba de faltas graves, se realizaban los "Autos de fe" que eran ceremonias públicas ostentosas que culminaban con la entrega de los sentenciados a la hoguera, al brazo secular, porque la Iglesia no podía permitir que corriera sangre en sus recintos.

---

56 Ibídem. Pág. 220.

57 Ibídem. Pág 221.

58 El simple hecho de incurrir en sospecha se consideraba un delito, y se castigaba en proporción a su gravedad como leve, moderada o fuerte, porque un buen católico no debía exponerse nunca a ser sospechoso, y se decía que "un hombre puede salir de la Inquisición sin ser quemado, pero tiene la seguridad de que saldrá chamuscado" STANLEY TURBERVILLE, Arthur Op. Cit. Pág. 62

La "relajación" u hoguera, era reservada para cinco clases de reos:

1o. Hereje pertinaz, que reconocía sus falsas doctrinas, y rehusaba a retractarse. Normalmente eran los "heriarcas", que además de mantener ideas erróneas, las inculcaba a los demás y aunque se arrepintieran no podían ser perdonados.

2o. Hereje negativo, que negaba de manera persistente el sostener idea errónea alguna, cuando el Tribunal estaba convencido de que sí las tenía.

3o. Hereje diminuto, que era quien hacía una confesión insuficiente, es decir, que admitía haber cometido ciertos actos ignorando que fueren heréticos.

4o. Los reincidentes de las segunda y tercera categoría eran entregados inmediatamente al brazo secular.

5o. Los reos que habiendo abjurado, dejaban de cumplir las penas que se les habían impuesto, y eran castigados por "impenitentes, perjuros y conversos fingidos".

Las sentencias que dictaba el Santo Oficio podían ser de cuatro tipos, a saber:

"Absolución de cargos", cuando se demostraba la inocencia del reo, en cuyo caso salía libre, pero se le aplicaban las penas señaladas por haber descuidado su reputación como buen cristiano.

"Absolución de instancia", cuando el fiscal no probaba los cargos, situación que rara vez se presentaba.

"De reconciliación", cuando el reo resultaba culpable, confesaba y daba muestras de arrepentimiento. En estos casos también se aplicaba una penitencia consistente en azotes o en llevar puesto el sanbenito[59] de por vida, y;

"De relajación", que equivalía a la pena de muerte en la hoguera en manos del poder secular.

Cabe señalar que, cuando se encontraban en el caso de "relajación" la pena trascendía a toda la familia, y los descendientes de cualquier grado se encontrarían impedidos para ser ministros religiosos o para ejercer cualquier cargo público. Esto se hacía del conocimiento popular al dictar sentencia en los "autos de fe", y el sanbenito que había utilizado el reo, era colgado en la iglesia de su localidad, siendo una de las obligaciones del Inquisidor, el vigilar la conservación de dicha prenda en el lugar adecuado, y si era destruída se reemplazaba por pedazos de tela amarillos con el nombre del sentenciado y de sus familiares.

---

59 El sanbenito o sambenito, era una toga negra o amarilla con dibujos de llamas y demonios, que llevaban los "relajados" en la procesión hacia la hoguera

3.2.3. EL ENFERMO MENTAL Y LA SANTA INQUISICIÓN.

Fray Tomás de Torquemada, primer inquisidor español, escribió las primeras "instrucciones" que fueron promulgadas en 1484. Después del descubrimiento de América, España funda tribunales inquisitoriales en sus colonias, que dependían de Consejo Supremo de la Inquisición, conocido como "La Suprema".

En México la Inquisición se establece de hecho en 1526, es decir, sin autorización de "La Suprema", con fray Martín de Valencia, quien ejecutó por idólatras a varios indígenas nobles, y años después fray Juan de Zumárraga investido de inquisidor, también mandó a la hoguera a un buen número de indígenas; estos hechos fueron censurados por el Consejo Supremo español, y en 1549 ordenó que por ser indios cristianos nuevos "no se guarde el rigor de derecho y no se proceda con ellos en la Inquisición". A partir de entonces los indígenas quedaron "legalmente" protegidos -situación sólo de derecho más no de hecho-, para no ser enjuiciados. El Santo Oficio, formalmente empezó a funcionar con la llegada del inquisidor Moya de Contreras en 1571 y desapareció hasta el siglo pasado con la consumación de la Independencia.

La doctora Jiménez Olivares, señala que entre los diversos delitos castigados por el Santo Oficio existía el de "alumbrados" o "iluminados"[60], en los que se encontraban generalmente los enfermos

---

60 Los "alumbrados" o "iluminados" eran una secta religiosa que nació en España España a fines del siglo XVI, y se extendió rápidamente entre gente muy religiosa y, en especial en los conventos; tiene su origen en el "quietismo hindú", partía del principio de que el espíritu llegaba a un grado de tal perfección, que se desentendía de lo que el cuerpo hacía.

mentales; también figuraban los poseídos por los demonios, que eran los epilépticos; las brujas, que bien podía tratarse de mujeres histéricas y de muchos psicóticos con alucinaciones auditivas y visuales, la mayoría con ideas delirantes, incluso uno con un tumor cerebral. La autora transcribe veintiún casos[61], que también incluyen el crimen o pecado nefando (homosexualidad) que si bien era un delito perseguido por la justicia civil en los casos juzgados por el Santo Oficio se trataba generalmente de reos que eran ministros religiosos, y una psicosis colectiva de demonomanía, ocasionada por una intoxicación masiva de plantas alucinógenas.

"La patología mental de los acusados era tan evidente, que hasta un profano podría advertirla, sin embargo, se ignoró y fueron juzgados como sanos y excepcionalmente fueron examinados por un médico, y cuando lo fueron, se hizo caso omiso del dictamen médico... . Algunos con mejor suerte fueron diagnosticados como locos y enviados a San Hipólito; otros fueron quemados vivos."[62].

---

no siendo el alma responsable de ello. Así, siendo puros, sin ninguna mancha se volvían impecables, y lo que hiciera el cuerpo no era de la incumbencia del alma perfecta. Con esta doctrina, se trató de solapar toda suerte de actos libidinosos que ponían en peligro la estabilidad de la Iglesia, por lo que todos los "alumbrados" fueron juzgados y condenados. JIMÉNEZ OLIVARES, Ernestina. *Psiquiatría e Inquisición. Procesos a enfermos mentales.* Departamento de historia y filosofía de la medicina. Facultad de Medicina. UNAM. México. 1992 Págs. 9 y 10.

61 En el Archivo General de la Nación. Ramo Inquisición, se encuentran más de 1,300 volúmenes, con más de quinientan hojas cada uno, escritos con letra fina y por ambos lados.

62 Ibidem Pág. 10

3.3 Época independiente

3.3.1 Los hospitales psiquiátricos.

En 1810, es proclamada la independencia del país, la cual no se consuma sino hasta después de once años de cruentas luchas; en 1821 México es ya un país libre. Los dos hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México siguen funcionando, el hospital de "San Hipólito", en manos del Ayuntamiento, pero son los religiosos exclaustrados quienes siguen cuidando de los enfermos hasta 1843, quedando después bajo control gubernamental.

A pesar de las vicisitudes que sufrieron por las guerras contra los americanos y los franceses, tanto el citado hospital, como el de "La Canoa", que en esa época ya albergaba, además de enfermas mentales, a niños expósitos, fueron los establecimientos de beneficencia que debían servir de modelo a los demás. De él decía Juan de Dios Peza que "... los dormitorios y otras dependencias honrarían al mejor hospital de Europa"[63].

3.3.2 Políticas seguidas por el legislador de 1871

3.3.2.1 Código penal de 1871.

Nuestro primer código penal conocido como Martínez de Castro, elaborado en 1871, tuvo la intervención de notables médicos forenses,

---

63 CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo Op. Cit Pág 112

nombrados por el Supremo Gobierno, como Luis Hidalgo y Carpio, José Barragán y José Barcelo Villagrán, quienes dieron su opinión en lo relativo a las cuestiones médicas.

En la elaboración de los artículos relativos a enfermos mentales como sujetos activos de actos ilícitos, hubo fuertes discusiones al decidir cuestiones de gran dificultad, ya que debían establecer con la mayor precisión posible, los casos de exclusión de responsabilidad criminal a los individuos afectados de enajenación mental.

Cabe mencionar que en ésta época, la psiquiatría no contaba con tratamientos eficaces para ayudar a los enajenados, -en Europa los médicos incursionaban en la labor de describir cuadros clínicos y evoluciones típicas de las enfermedades mentales, ya que no se contaba con ningún conocimiento científico a cerca de éstas-, y a pesar de que el Código Penal de 1871 consideraba a la enajenación mental, a la locura intermitente y a la decrepitud como excluyentes de responsabilidad, señala una pena de prisión atenuada.

En la exposición de motivos justifica el establecimiento de las penas atenuadas expresando que "por buena que parezca una ley, pecará de demasiado severa en unos casos y por muy benigna en otros, si no se deja a los jueces alguna libertad para aumentar o disminuir la pena dentro de ciertos límites fijados por la ley"[64].

---

64 LEYES PENALES MEXICANAS Instituto Nacional de Ciencias Penales. Talleres Gráficos de la Nación. Págs 9 y sigs.

Recordemos que el código citado tuvo su inspiración en el código penal español de 1848, reformado en 1850 y 1851, fundado en los principios de justicia absoluta y utilidad social, propios de la escuela "clásica". Pero a pesar de considerar el libre albedrío como propio del hombre capaz de querer, conciente, inteligente y libre; la pena como aplicable sólo a los individuos moralmente imputables, y; considerar a los niños y enajenados como excluídos del derecho, encontramos disposiciones contradictorias:

"Art. 34. Las circunstancias que excluyen la responsabilidad criminal por la infracción de las leyes penales, son:

1a. Violar la ley penal hallándose el acusado en un estado de enajenación mental que le quite la libertad o le impida enteramente conocer la ilicitud del hecho u omisión de que se le acusa.

2a. Haber duda fundada a juicio de facultativos de si tiene expeditas sus facultades mentales el acusado que, padeciendo locura intermitente, viole alguna ley penal durante la intermitencia.

3a. ...

4a. La decrepitud cuando por ella se ha perdido enteramente la razón".

En el mismo ordenamiento se establecen "circunstancias atenuantes y agravantes de responsabilidad"[65], y en las atenuantes de cuarta clase encontramos: "Infringir la ley penal hallándose el acusado en estado de enajenación mental, si ésta no le quita completamente al infractor su libertad o el conocimiento de la ilicitud de la infracción." y, "ser el acusado decrépito, menor o sordomudo, si no tiene el discernimiento necesario para conocer toda la ilicitud de la infracción"[66].

Nos resulta difícil entender la congruencia de este ordenamiento penal, entre la "locura intermitente y decrepitud" como circunstancia excluyente de responsabilidad (art. 34), y las atenuantes de "cuarta clase" enunciadas en el párrafo anterior (art. 42). A pesar de las críticas que se puedan hacer debemos considerar el mérito del legislador al haber incluído en su trabajo a especialistas en la materia, situación no repetida en el ordenamiento penal posterior.

---

65 Dichas atenuantes se encuentran en los artículos 36, 37 y 42 del Código penal El valor de las circunstancias era dividido en cuatro, contabilizándose de la siguiente forma: "Las de primera clase pertenecen a la unidad, las de segunda equivalen a dos de la primera, a tres las de tercera, y, a cuatro las de cuarta" Ibídem Págs 14 y 15.

66 CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo, Op Cit. Págs. 112 a 115.

4. MÉXICO CONTEMPORÁNEO.

4.1. Los hospitales psiquiátricos.

En el presente siglo, el general Porfirio Díaz funda en 1910 el manicomio general, conocido como "La Castañeda", teniendo un cupo para 1,000 enfermos, y fue hasta 1966 que los pacientes de ese nosocomio son distribuídos en diferentes hospitales, ya que el manicomio general se convirtió en una institución inoperante, pues llegó a albergar a más de 3,500 personas, conviviendo hombres, mujeres y niños, por lo que aunado al hacinamiento, existía gran promiscuidad. Así, la Secretaría de Salubridad y Asistencia funda los siguientes hospitales[67]:

Hospital Fray Bernardino Álvarez, en 1967, para enfermos agudos; en el mismo año se funda el hospital Juan N. Navarro para menores farmacodependientes y psicóticos; en 1968, el hospital Dr. Fernando Ocaranza, para enfermos crónicos, y; en 1967, el hospital campestre Samuel Ramírez Moreno, que aloja a enfermos mentales a disposición de las autoridades judiciales. En éste, deambulan los enfermos mentales, con su bata blanca característica, "errando, sonriendo o murmurando, cruzando los patios escasos y los jardines donde la yerba ha crecido, observando con curiosidad a los escasos visitantes, acercándose, queriendo saludarlos, desafiando, amenazando. Estos presos han llegado desde muchos lugares del país, a menudo para consumir los últimos años que les restan de vida"[68]

---

67 CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo Op Cit Págs. 112 a 115

68 Ibídem Pág. 115.

Fue hasta 1976, la inauguración del Centro Médico de Reclusorios del Distrito Federal, en donde son atendidos los enfermos mentales, los que "no pueden ir a establecimientos especializados, por falta de capacidad de éstos, y en los reclusorios normales quedan en el semiabandono, abierto el proceso o bajo medida asegurativa que nada puede frente a la imposible o improbable recuperación. En muchos de estos casos operarían grandes progresos los modernos tratamientos farmacológicos...", a lo anterior se unen otros problemas, pues "...el número de psiquiatras en establecimientos penitenciarios es tan escaso, como elevado el precio de los fármacos"[69].

4.2. Código Penal de 1929.

El Código Penal para el Distrito y Territorios Federales de 1929, de tendencia positivista, se limitó a incorporar nuevos preceptos. En la exposición de motivos[70] José Almaráz afirma que los cambios realizados se basaron en el progreso científico de las ciencias penales. Suprimen las atenuantes de cuarta clase por no corresponder al fin de la pena, pues ésta obra sobre personas dirigibles y "declarar que el loco debe ser castigado, importa declararlo dirigible"[71].

Continuando una amplia justificación sobre su fundamento en la filosofía positivista señala que el hecho de aplicarle una pena menor a

---

69 GARCÍA RAMÍREZ, Sergio. *El final de Lecumberri. Reflexiones sobre la prisión* Editorial Porrúa. México. 1979. Pág. 171.

70 LEYES PENALES MEXICANAS. Op. Cit. Pág 6

71 Ibidem. Pág 34.

la de un sujeto normal, implica el absurdo de considerar al "loco" más dirigible, situación imposible en un medio penitenciario con carencia de servicios médicos para estos individuos.

La doctrina positiva distingue el elemento psíquico normal del patológico y clasifica a los delincuentes en diferentes categorías con la finalidad de someterlos a tratamientos adecuados. En el capítulo X del Código de 1929, se establecen las sanciones para los delincuentes en estado de debilidad mental o anomalías mentales, convirtiéndose la medida de aislamiento de mayor gravedad que la sanción establecida en el Código anterior. Para los legisladores de esa época, existen tres factores que dan la medida de las normas jurídicas, de la sentencia y de la ejecución de ésta, y son:

1a. La lesión jurídica. Su gravedad se mide por las circunstancias especiales del acto y las consecuencias de éste. La ley penal garantiza ante todo la seguridad jurídica de las personas.

2a. La temibilidad del infractor. La escuela positiva diferencia entre la temibilidad social y la temibilidad criminal, refiriéndose la primera al individuo peligroso para la sociedad aún antes de delinquir, y se da por la probabilidad de que un sujeto se transforme en delincuente. La segunda depende del grado de probabilidad de que un delincuente se transforme en reincidente.

3a. Las sentencias deben ser relativamente determinadas, pues dependen de la clase y grado de temibilidad del delincuente y de sus probabilidades de enmienda y curación. Para que la reclusión satisfaga

la necesidad social de una defensa, deberá graduarse en proporción al peligro de una recaída.

Así, como medios para una defensa social eficaz, se asigna a la sanción los siguientes fines:

1o. Eliminar temporal o definitivamente a los delincuentes, es decir, ponerlos en la imposibilidad de dañar con sus acciones.

2o. Obtener la enmienda o regeneración de los delincuentes, es decir, transformarlos en aptos e idóneos para convivir en el grupo social a que pertenecen.

3o. Apartar a otros del delito por la amenaza y ejecución de la sanción, y;

4o. Alejar al delincuente, a quien se previene de la comisión de nuevos delitos.

Así, se unen prevención especial y general, predominando la primera que se enfoca directamene hacia la personalidad del sujeto. Mediante estos fines de la sanción se realiza la defensa social, y como no todos son iguales, a los menores, toxicómanos, anormales y reincidentes, es totalmente justificable aplicarles, en lugar de una sanción, una medida de seguridad, que si bien puede inflingir sufrimiento -por lo que su naturaleza es controvertida[72]-, es una

---

72 ANTOLISEI, Francesco *Manual de Derecho penal. Parte general* Octava edición Editorial Temis Colombia 1988 Págs. 555 y sigs

consecuencia secundaria, "se trata de una medida no penal, que después de haberse cometido un delito, se aplica con fines defensivos, no retributivos; es decir, no a título de castigo, sino para prevenir que el agente cometa delitos posteriores, exponiendo a peligro el orden jurídico"[73].

Esta legislación, además de las críticas que recibió por designar a los enfermos mentales como "locos, idiotas e imbéciles"[74], inspirada en el criterio positivo de la defensa social, autorizó la reclusión de todos los elementos peligrosos, y el enfermo mental que delinquía era separado de la sociedad para aplicársele un tratamiento que lo transformara en un "sano mental", sin importar que el tiempo de tratamiento superara la duración del máximo de una sentencia aplicada a un sujeto "normal" por el mismo hecho ilícito.

4.3. Anteproyecto de Código Penal de 1930.

El anteproyecto de Código Penal para el Distrito Federal y territorios federales de 1930, tuvo las siguientes reformas: las causas excluyentes de responsabilidad se amplían al estado de inconciencia determinado por el empleo accidental de substancias tóxicas, embriagantes o estupefacientes, o por un estado toxinfeccioso

---

73 MAGGIORE, Guiseppe. *Derecho penal.* Volumen II Editorial Temis Colombia 1989 Págs 403 y 404.

74 Estos términos se criticaron por carecer de valor científico, pues no eran apropiados para los avances científicos de la época, pero es sabido que el lenguaje de nuestros ordenamientos jurídicos, no siempre van a la par con los progresos de la ciencia médica

involuntario de carácter patológico y transitorio; cambia los términos de "locos, idiotas e imbéciles" por "locos, degenerados y quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos"[75].

4.4. Anteproyecto de Código Penal de 1938 y de 1963

En 1938 otro anteproyecto de Código Penal[76], ya habla de los que cometen infracciones penales sufriendo un trastorno mental permanente o transitorio, suprimiendo los términos peyorativos encontrados en las anteriores legislaciones.

El proyecto de Código Penal tipo para la República Mexicana de 1963, contempla la inimputabilidad como la falta de desarrollo mental, la falta de salud mental y el trastorno mental transitorio, imponiendo como sanción el internamiento en establecimientos especiales (artículo 33, fracción V). Este anteproyecto no tuvo influencia en nuestro Código vigente, pero lo incluimos en este inciso, por ser un documento jurídico que intentó unificar criterios discrepantes que se manejaban en el territorio nacional.

---

75 HIDALGO Y CARPIO, José *Introducción a la medicina legal mexicana* Editorial Botas. México 1960. Pág 79

76 LEYES PENALES MEXICANAS. Op Cit. Pág. 280 Artículos 57 58 y 59

4.5. El Código penal de 1931 y la política seguida por el legislador.

El Código Penal vigente[77] hasta enero de 1994, conservó las disposiciones casi intactas, quedando de la siguente forma:

"ART. 15.- Son circunstancias excluyentes de responsabilidad penal:

II. Padecer el inculpado, al cometer la infracción, trastorno mental o desarrollo intelectual retardado que le impida comprender el carácter ilícito del hecho, o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad intencional o imprudencialmente; "

Este numeral, vigente desde 1984, corrigió las terminología empleada por la legislación original, ya que suprime términos correspondientes a la ausencia de conducta como "estado de inconciencia" por "empleo accidental e involuntario de sustancias", e incluye el desarrollo intelectual retardado.

"ART. 24.- Las penas y medidas de seguridad son:

...

3. Internamiento o tratamiento en libertad de inimputables y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos.

..."

---

77 Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de agosto de 1931 y reformado por Decretos publicados los días 30 de diciembre de 1991, 17 de julio y, 28 de diciembre de 1992

Este numeral tiene una estrecha relación con los que a continuación se enumerarán, y por tanto adolece de los mismos defectos, en virtud de ser necesario el apoyo de algún responsable del enfermo, para evitar que éste sea privado de su libertad en lugares inadecuados, carentes de medicamento y personal capacitado para lograr la readaptación o al menos la remisión de su patología, a través del tratamiento individualizado que requieran.

"ART. 67.- En el caso de inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente.

Si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento.

..."

Esta fórmula, nos remite a un "procedimiento", que en el caso de los menores infractores sí se encuentra previsto, pero tratándose de adultos, existe omisión por parte del legislador.

"ART. 68.- Las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizando, por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

La autoridad ejecutora podrá resolver sobre la modificación o conclusión de la medida, en forma provisional o definitiva, considerando las necesidades del tratamiento, las que se acreditarán mediante revisiones periódicas, con la frecuencia y características del caso."

Esta disposición establece una garantía para los enfermos mentales, pero la realidad nos muestra tres grandes obtáculos: el frecuente abandono familiar; los casos excepcionales que cuentan con el apoyo de su familia y médicamente están rehabilitados, no se externan por haber cometido un delito grave, y por último, debido a la ausencia de regulación jurídica especial, no se establece un término que obligue a realizar las "revisiones periódicas" por parte de la autoridad ejecutora.

"ART. 69.- En ningún caso la medida de tratamiento impuesta por el juez penal, podrá exceder de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito. Si concluído ese tiempo, la autoridad ejecutora considera que el sujeto continúa necesitando el tratamiento, lo pondrá a disposición de las autoridades sanitarias para que procedan conforme a las leyes aplicables."

Si bien es cierto, que resulta un derecho elemental para el enfermo mental y para cualquier sentenciado, no continuar recluido por más tiempo del que fija la ley, también es verdad que en los Centros de reclusión rara vez, la autoridades responsables (Consejo Técnico Interdisciplinario) tienen a la vista las fechas de egreso de de los internos o su traslado a un hospital o granja psiquiátrica. Estas

disposiciones son efectivas sólo en los centros de reclusión donde existe constante supervisión por parte de las autoridades penitenciarias y de las Comisiones de Derechos Humanos nacional y estatales.

La Suprema Corte de Justicia ha sentado jurisprudencia en el sentido de la necesaria intervención del perito con un dictamen médico psiquiátrico para establecer si la inimputabilidad se debe a un estado patológico transitorio en el que se aplicará el artículo 15, fracción II, o un estado patológico permanente, aplicándose en tal caso el precepto establecido en el numeral 68[78].

La Comisión revisora del Código Penal de 1931, encabezada por Alfonso Teja Zabre[79], estableció lineamientos generales que pueden resumirse en el párrafo siguiente:

Ninguna escuela, ni doctrina, ni sistema penal, puede servir para fundar íntegramente la construcción de un Código Penal. Sólo es posible seguir una tendencia ecléctica y pragmática, es decir, práctica y realizable. La fórmula "no hay delitos, sino delincuentes", debe completarse diciendo "no hay delincuentes, sino hombres" y añadiríamos que no hay locos, idiotas, imbéciles ni degenerados, sino enfermos mentales.

---

78 Cfr. Suprema Corte de Justicia Jurisprudencia definida. Sexta época Segunda parte Número 152; S.C. Tesis relacionada. Sexta época. Segunda parte Tomo LXVIII. Pág 18 Anales de jurisprudencia. Tomo I. Pág. 51; A. J. T. XIII. Págs. 298 y 707; A J. T XIX. Págs 295 y 298, A J.T. XI. Pág. 344

79 LEYES PENALES MEXICANAS. Op Cit Págs. 289 a 300.

El propósito del Código Penal vigente fue el de simplificar y adaptar racionalmente, integrando de manera efectiva la individualización de la pena o medida de seguridad tratándose del estado peligroso[80].

A pesar del esfuerzo del legislador por adaptar las normas a la realidad, los preceptos no carecen de contradicciones, que en buena parte han sido aclaradas por la jurisprudencia. El artículo 15 señala como causas excluyentes de responsabilidad el "trastorno mental" que resulta en una adecuada relación con la opinión sustentada por la Suprema Corte y el criterio de los psiquiatras forenses; este término puede abarcar cualquier enfermedad transitoria o permanente. En cambio, "desarrollo intelectual retardado", implica un deficiente desenvolvimiento de las facultades mentales, y a juicio de muchos expertos no podría encuadrarse como una enfermedad, esta situación es contemplada por nuestro máximo tribunal como la inimputabilidad prevista en el numeral 67.

Referente a lo establecido en el Código de Procedimientos Penales sólo se señala como una causa de suspensión del procedimiento[81], situación analizada en el primer capítulo.

La solución dada por el legislador al tratamiento de inimputables (artículos 67, 68 y 69), consideramos que utópicamente es adecuada,

---

80 El estado peligroso es un concepto criminológico introducido por Rafael Garófalo Para profundizar en el tema, se recomienda la obra de PINATEL, Jean. *La criminologie* S.P.E.S. France. 1960. Pág. 581. y sigs.

81 Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. Ediciones Andrade México. 1994. Artículo 477, fracción III.

porque en la realidad existen problemas difíciles de modificar, algunos imputables a las instituciones (hospitales psiquiátricos y reclusorios preventivos), y otros al medio social donde se desenvuelve el enfermo mental que ha cometido una infracción a la ley penal.

Los primeros se reducen a la falta de presupuesto, lo que ocasiona ausencia de personal preparado para el manejo de estos sujetos[82] (en los reclusorios existe un promedio de dos psiquiatras por trescientos pacientes); falta de medicamentos para lograr un control -en muchos de los casos la curación es imposible-, de la enfermedad mental; falta de instalaciones adecuadas para actividades laborales que efectivamente puedan ser realizadas por los enfermos, y; la ausencia de una bolsa de trabajo para lograr una readaptación, mínimamente satisfactoria de estos sujetos una vez que egresan del hospital o reclusorio.

La legislación penal establece la posibilidad de que el familiar responsable, pueda sacar al sujeto siempre que otorgue la caución correspondiente, hipótesis relacionada a un núcleo familiar en donde se "quiere" y se "acepta" al enfermo; familia preocupada por el tratamiento y mejoría del sujeto. Pero en la realidad, el paciente psiquiátrico internado en reclusorios, se encuentra abandonado por parte de la familia, cuyos miembros por necesidades económicas o de otra índole consideran un serio problema el cuidado y el trato continuo con él; en la mayoría de los casos las familias de estos sujetos, otorgan la caución

---

82 En condiciones óptimas, un centro psiquiátrico debe funcionar con cinco enfermeros para cada paciente The Psychiatrics Clinics of Noth America. "Law and Psychiatry" Vol 33 Number 1 January 1993

correspondiente con la finalidad de internarlos en un hospital psiquiátrico, pero no por buscar una mejor atención médica, sino para evitar que el enfermo sea despedido de su trabajo, y durante el internamiento poder disfrutar del salario del enfermo.

4.6. Una extraña ley.

Muchos de los enfermos mentales, además de su peligrosidad para ellos mismos y para los demás, y por la posibilidad de transmitir su patología a su descendencia, no pueden ser considerados capaces de ejercer una paternidad responsable, por lo que sería de gran beneficio para ellos, su esterilización. En los hospitales psiquiátricos se realizan esta intervenciones siempre con la autorización del paciente, y cuando no está en condiciones de expresar su consentimiento, basta con la aceptación del familiar responsable.

Desafortunadamente, por incomprensión o ignorancia de la familia del enfermo, éstas no se realizan con la frecuencia deseada.

El 6 de julio de 1932, se expidió en el Estado de Veracruz la Ley Número 121, de Eugenesia e Higiene Mental y su respectivo Reglamento[83], que si bien en algunos aspectos resultaría violatoria de garantías, en lo que respecta al tratamiento de enfermos mentales, es la

---

[83] LEYES PENALES MEXICANAS T. II. Ley 121 del Estado de Veracruz-llave Págs 22 y sigs.

única legislación en nuestro país que ha tratado de solucionar este problema.

En sus Considerandos encontramos los siguientes planeamientos:

"Que por ser del más alto interés público y social el mejorar la especie humana, la promoción de todas las medidas que tiendan a eliminar las lacras, que transmisibles por herencia, sean susceptibles de tratamiento científico y de acción metódica del Poder Público, la H. Legislatura del Estado tuvo a bien expedir la Ley número 121.. . "

Esta ley señala que es necesario aplicar los descubrimientos de la experimentación sanitaria, médica, biológica y psicológica que atestiguan de una manera indubitable, la posibilidad de aplicar a la raza humana métodos concretos de previsión eugénica que permitan esperar resultados patentes y prácticos en la reproducción que ha de formar la colectividad del futuro, suprimiendo así, hasta donde sea posible, las probabilidades de degeneración o decadencia específicas[84].

En los mismos Considerandos manifiesta que la experiencia y la estadística son pruebas indubitables de que la regulación de la natalidad, ejercida espontánea y libremente por los individuos, sin la intervención del Estado, está produciendo el fenómeno de reducir la procreación justamente entre los "ejemplares sociales más selectos", en

---

[84] Ibidem Pág. 28

virtud de que en proporción a una mayor educación técnica, se acentúa la falta deliberada de descendencia, al mismo tiempo que se observa la reproducción sin restricción y a menudo con notorio exceso, de los "ejemplares menos deseables de reproducirse; con todo lo cual se está provocando una indeseable degeneración de la especie", emergencia ante la cual la sociedad debe actuar con urgencia y son serena orientación hacia objetivos muy importantes.

Cualquiera que sea el aspecto del problema de la población y aún cuando no se trate de contrarrestar el exceso numérico de ella, siempre será indudable y perentorio que el poder público atienda cualquier motivo de decadencia, degeneración u obstáculo de perfeccionamiento que se presente con visos de peligro sobre el porvenir de la raza y de la especie; principalmente si ese peligro amenaza con mayor gravedad al proletariado y a los miembros de la sociedad que viven en una situación de dependencia o desvalimiento.[85]

Continúa señalando aspectos que pudieran parecer violatorios a los Derechos Humanos, pero consideramos que esta ley tuvo la virtud de enumerar a aquellos individuos incapaces de ejercer una paternidad responsable. Indica que la esterilización de los seres humanos es práctica ya consagrada por las leyes en los países cultos cuando se trata de individuos afectados de enfermedades hereditarias, de idiotismo, amnesia o deficiencia mental y enajenación mental, y en algunos casos extendiéndose por mandato legal a los degenerados,

---

[85] Idem

viciosos y delincuentes incorregibles, por lo que señalaba la conviencia de ir introduciendo la esterilización legal en el Estado de Veracruz, siquiera en lo que respecta a los casos más típicos y unánimemente aceptados en la ciencia.

"Que la esterilización eugénica administrada en debida forma debe considerarse una medida protectora no sólo de los intereses de la especie y de la raza, sino benéfica para el hogar, saludable para la familia y conveniente aún para los mismos individuos esterilizados, que en la mayoría de los casos, especialmente las hembras, resienten la indebida función orgánica y aún de situaciones patológicas que ponen en peligro su vida, por lo expuesto...."[86]

La Ley consta de siete artículos en donde se señala la creación y funciones de la Sección de Eugenesia y Salud Mental, dependiente de la Dirección General de Salubridad del Estado tiene a su cargo:

El estudio de las enfermedades y defectos físicos del organismo humano, susceptibles de transmitirse por herencia; aplicará en cada caso, las medidas de profilaxis que científica y experimentalmente sancionadas, prevengan a las generaciones contra las enfermedades, defectos físicos y mentales hereditarios.

El Reglamento de dicha Ley consta de catorce artículos y establece los estudios y procedimientos que deben seguirse para proceder a esterilizar, sin que esta intervención se considere como una

---

[86] Ibidem. Págs 28 y sigs.

pena ignominiosa o infamante, y en el artículo 6o. establece que se practicará siempre que concurran las siguientes circunstancias:

"I. Que se trate de enajenados, idiotas, degenerados o amantes a tal grado, que ha juicio de la Sección, la lacra del individuo se considere incurable y transmisible por herencia;

II. Que un consejo de tres peritos médicos por mayoría de votos cuando menos, dictamine por medio de procedimientos científicos la incapacidad mental o deficiencia psicológica incurable del sujeto;

III. Que la Sección, en vista del dictamen anterior y del suyo propio ordene la esterilización;

IV. Que la operación quirúrgica o el procedimiento técnico en virtud del cual se realice la esterilización no cause al sujeto más que la incapacidad genésica pero le conserve en cambio todas las demás funciones sexuales; y,

V. Que el procedimiento técnico por medio del cual se obtenga la esterilización, no implique mutilación, ni deformación anatómica visible, ni traiga consigo la pérdida de las aptitudes psíquicas o fisiológicas que sean necesarias para la educación del sujeto o para que pueda bastarse a sí mismo social y económicamente."[87]

Como se observa, ya desde el siglo pasado, se han tratado de

---

[87] Idem

implementar disposiciones relativas al control de la natalidad, en personas con serias limitaciones para cuidar de sí mismos y su descendencia. En la actualidad se realizan esterilizaciones siempre con el consentimiento del enfermo mental o del familiar responsable, lo que implica un mínimo de estas intervenciones, pues por la dinámica e ignorancia existente en muchas de las familias con paciente psiquiátrico, les resulta más sencillo no tomar decisiones importantes respecto del futuro y bienestar de su enfermo.

5. MARCO JURÍDICO REFERENTE TRATO AL ENFERMO MENTAL EN RECLUSIÓN

5.1 Documentos Internacionales

Los documentos emanados de los organismos internacionales, tienen la característica de ser sólo enunciativos de los criterios que deben normar la función del personal de salud, pero no imponen obligaciones jurídicas a los Estados signantes pues sólo son imperativos de carácter moral.

5.1.1 Principios de ética médica aplicable a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes[88].

En este documento se establecen bases generales exhortando a los gobiernos para que difundan los principios que deben regir la actividad de los médicos y paramédicos. Señala en su primer principio que el personal de salud que atienden a las personas presas o detenidas tienen el deber de proteger la salud física y mental y de tratar su enfermedad con la misma calidad que brindan a las personas en libertad[89]. Asimismo, se establece que cualquier procedimiento coercitivo a personas presas o detenidas es contraria a la ética médica, a menos que se determine que dicho procedimiento es necesario para la protección de la salud física o mental o la seguridad del propio preso o detenido, de los demás, o de sus guardianes y no presenta

---

[88] Resolución 37/194, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1982. Este documento tiene como antecedente la Declaración de Tokio o Guía para Médicos, adoptada en 1975. CNDH. *Compilación de documentos nacionales e internacionales en materia penitenciaria.* Impresos Chávez México 1996 Págs 129, y 223

[89] Ibídem. Págs 130-131

peligro para la salud del preso o detenido[90]. Estos principios, establecen normas éticas mínimas que se deben cumplir para evitar la participación del personal médico y paramédicos en actividades difíciles de conciliar con la ética médica, y que antentan contra la integridad física o mental de las personas privadas de su libertad, y pueden constituir delitos.

5.1.2 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos[91]

De acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas, este documento constituye una fuente de derecho consuetudinario internacional para los Estados miembros y, se subraya la necesidad de que estas Reglas Mínimas se incorporen a la legislación de cada nación, en virtud de que se reconoce como fundamento de los principios que deben regir en materia de justicia penitenciaria. Señala los elementos esenciales que deben cumplir los sistemas penitenciarios modernos, sin soslayar las limitaciones imperantes en los países miembros.

En el capítulo de Reglas de aplicación general, se establece la necesidad de que todo sistema penitenciario cuente con un servicio médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos[92], para proporcionar a los reclusos atención médica, física y mental, y en caso necesario realice el diagnóstico y tratamiento que corresponda para evitar el deterioro de dichos enfermos.

En el numeral marcado con el número 33, encontramos los medios de coerción[93] permitidos (esposas, cadenas, grillos y camisas de fuerza), no como sanciones, sino como medidas precautorias, por razones médicas u orden del director para dominar a un recluso, con la finalidad de controlar la

---

[90] Principio 5 del mismo documento. Pág. 132

[91] Este documento fue aprobado por el Consejo Económico y Social de la ONU, en 1957 y 1984.Comisión Nacional de Derechos Humanos. OP. Cit. Págs. 135 y sigs.

[92] Ibidem. Pág 141.

[93] Ibidem. Pág. 144.

violencia física auto y heterodirigida y, evitar que cause daños a otros reclusos, al personal, o produzca daños materiales.

En las Reglas aplicables a categorías especiales, numerales 82 y 83, se señala que los "alienados y enfernos mentales"[94] no deben ser recluidos en las prisiones, y durante el tiempo que allí permanezcan, deben estar bajo la vigilancia de un médico. Prevé también la necesidad de implementar la asistencia postpenitenciaria de carácter psiquiátrico. La norma que implementa dicho documento señala la necesidad de que el tratamiento médico psiquiátrico se realice en una institución especializada para enfermos mentales y dirigida por médicos, con el objeto de que la atención sea integral, y no sufra los inconvenientes por falta de una infraestructura adecuada, medicamentos y personal especializado, para lograr su rehabilitación, además de señalar la conveniencia del seguimiento en externación para evitar recaídas, en la medida de lo posible.

5.1.3 Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental[95].

Este documento, al igual que los anteriores, no impone obligaciones jurídicas a los Estados miembros, pero enuncian los principios éticos fundamentales para el trato de los enfermos mentales. Fue aprobado por el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas en 1991, y da sostén a la posiblidad de internar a un individuo con alteraciones de juicio y/o conducta graves, es decir, que se considere peligroso; en este caso debe ser previsible, que la afectación mental puedan desembocar en la comisión de un delito, situación que sería dañina para el sujeto y la sociedad.

---

[94] Ibídem. Pág. 156

[95] Comisión Nacional de Derechos Humanos Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos México, 1995. Pags. 5-14

Recordemos que el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, define a éstos, como algo inherente a la naturaleza humana, y la autoridad está obligada a respetar y proteger. Uno de esos derechos es el relativo a la protección de la salud física y mental

El documento señala dos formas de internamiento (Principio 1.3) en instituciones psiquiátricas: la voluntaria e involuntaria, esta última puede realizarse cuando un médico calificado y autorizado por la ley para esos efectos determina que una persona padece una enfermedad mental, y considere que existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para aquél o para terceros.

Desafortunadamente, un número importante de personas con trastornos mentales no reciben la atención adecuada, por diferentes motivos: falta de acceso a los servicios de salud mental, inadecuado diagnóstico por parte del personal de primer nivel de atención, y falta de conciencia de la mayoría de los pacientes acerca de su enfermedad y de su derecho a la protección de la salud[96].

Lo anterior resulta adverso para aquéllos enfermos mentales que ya cometieron una conducta antijurídica, y se encuentran privados de su libertad, ya que si su trastorno mental es cíclico y no resulta evidente durante el procedimiento, por regla general son segregados con la población general dentro de los Reclusorios preventivos y posteriormente en Centros de Readaptación, situación que contribuye a deteriorar la posibilidad de rehabilitación.

---

[96] Ibídem. Pág. 7.

5.1.4 Declaración de Hawai

Este documento surgió en 1977 en el VI Congreso Mundial de Psiquiatría y constituye la primera fuente doctrinaria para orientar la práctica profesional de la salud mental (Numeral 1)

5.2 COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

5.2.1 Criterios para la Clasificación Penitenciaria[97]

Con este documento se pretende que en todos los Centros penitenciarios del País, se realice una adecuada ubicación de los internos, en aras de lograr una estancia digna dentro de la prisión, lo que garantiza la seguridad de los internos, del personal y, se evita que la pena o el tratamiento impuestos por el juez, aumenten los efectos desfavorables que el mismo sistema de ejecución penal impone.

Los criterios Tercero y Cuarto para la clasificación de la población interna en los Centros Penitenciarios, reconocen la igualdad formal de los internos sin importar la zona de sus respectivos dormitorios y, señalan que en todos los lugares, deben contar con características que eviten un nivel de vida degradante[98]. Se señala a los enfermos mentales dentro del grupo de población que requiere cuidados especiales y, por ningún motivo deben ser ubicados en instituciones de alta seguridad, ya que la clasificación pretende agrupar a los internos atendiendo a sus circunstancias y características particulares.

También existe la posibilidad de separación temporal en los casos de brotes agudos y sólo por el tiempo que sea necesario. La separación

---

[97] Documento elaborado y publicado en 1994. CNDH *Compilación de documentos nacionales e internacionales en materia penitenciaria.* Op. Cit Págs 49 a 64

[98] Ibidem Pág 54

temporal no debe ser confundida con el aislamiento temporal, éste constituye una sanción de carácter administrativo por violación al Reglamento Interno de la Institución, y la separación temporal, implica que una persona pueda ser enviada a la zona de población que requiere cuidados especiales para que se le aplique el tratamiento médico que necesite.

5.3 LEGISLACIÓN NACIONAL

5.3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En el artículo 18, encontramos el fundamento del sistema penitenciario en nuestro país, con base en la educación, el trabajo y la capacitación para el mismo, con miras a lograr la readaptación social. Se establece la separación entre procesados y sentenciados, hombres y mujeres y, menores de edad; asimismo lo relativo a la celebración de convenios entre la Federación y los Estados, y entre aquélla y países extranjeros, para el traslado de reos. Con relación a los inimputables debemos remitirnos a la normatividad federal y del Distrito Federal.

5.3.2 Ley General de Salud

Esta Ley, señala que la Secretaría del ramo, establecerá las normas necesarias para que se preste atención a los enfermos mentales que se encuentren en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental, estableciendo la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas, y otras según corresponda[99]. Asimismo, el Reglamento respectivo señala que se deberá contar con los recursos necesarios físicos y humanos para la adecuada seguridad, protección y

---

[99] Artículo 76, de la *Ley General de Salud*. Decimocuarta edición actualizada. Editorial Porrúa México. 1997 Pág 15

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

atención de los enfermos, y tratándose de reclusorios y centros de readaptación social, también rige la reglamentación interna[100].

En el ordenamiento del Distrito Federal, se señala la obligatoriedad de que los reclusorios y centros de readaptación cuenten con servicios médicos quirúrgicos generales, de psiquiatría y odontología[101]. En ambos ordenamientos, se encuentran establecidas normas mínimas que protegen a los "incapaces" dentro de los centros de privación de libertad, pero en la realidad, se encuentran en peores condiciones que los internos "sanos", y no siempre se cuenta con el medicamento necesario para ellos.

5.3.3 Ley que establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados.

Esta Ley señala que la ejecución de sanciones, tratamiento, y /o medidas de seguridad impuestas por autoridad judicial, están a cargo de la Dirección de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social, (ahora Dirección General de Prevención y Readaptación) dependiente de la Secretaría de Gobernación, y en el caso de inimputables, autoriza la intervención de la autoridad sanitaria[102], para el cumplimiento de los objetivos del sistema penitenciario, el tratamiento debe ser individualizado, progresivo y técnico, para tal efecto, la normatividad señala los hospitales psiquiátricos, entre otros establecimientos penales (artículo 6°)[103]. Desafortunadamente, muchos enfermos mentales, son ubicados con la población general, por un inadecuado diagnóstico por parte del personal médico[104], ya que, como

---

[100] Artículos 126 y 127. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. Op. Cit. Pág.130.
[101] Artículo 51. *Ley de Salud para el Distrito Federal*. Op. Cit. Pág 101.
[102] *Ley que establece las normas mínimas sobre readaptación social de sentenciados*, Artículo 3°, *Compilación de Documentos nacionales e internacionales*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1996. Pág. 15.
[103] Ibídem. Pág. 16.
[104] COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. *Derechos humanos de los pacientes psiquiátricos*, CND, México, 1995, Folleto; Pág 7

veremos en otro capítulo, en los establecimientos penales no se contempla dentro del personal médico, al especialista en psiquiatría, excepto en los CERESOS que cuentan con zona de inimputables y en el Centro Federal de Readaptación Psicosocial.

5.3.5 Código Penal Federal

Nuestro ordenamiento sustantivo señala que el juzgador tiene facultad de imponer como medida de seguridad el internamiento de inimputables o su tratamiento en libertad, previo el procedimiento correspondiente[105], entregar al inimputable a quienes corresponda hacerse cargo de él, mediante medidas de tratamiento y vigilancia adecuadas, dando facultades a la autoridad ejecutora para resolver sobre la modificación o conclusión de la medida, en forma provisional o definitiva, considerando las necesidades del tratamiento, las cuales se acreditarán mediante revisiones periódicas, con la frecuencia y características del caso.

Por otra parte la medida de tratamiento impuesta por el juez penal, en ningún caso podrá exceder del máximo de la pena que corresponda al delito, pero si al concluir ese tiempo la autoridad ejecutora considera que el inimputable aún necesita continuar se tratamiento, lo pondrá a disposición de la autoridad sanitaria, para que procedan conforme a las leyes aplicables[106] Es de resaltar, que ninguno de nuestros ordenamientos prevén el "procedimiento correspondiente" que señala nuestro Código Penal Federal y en el acápite relativo al procedimiento, sólo se señala la suspensión del procedimiento ordinario y la apertura de uno especial y el envío a un establecimiento adecuado para su tratamiento

---

[105] Código Penal Federal, artículo 24 número 3, y 67
[106] Artículos 68 y 69 del mismo ordenamiento

5.3.6 Código Federal de Procedimiento Penales

Nuestra ley adjetiva regula parcialmente lo relativo al enfermo mental procesado por la comisión de algún delito, señalando dos alternativas para el mismo supuesto:

La primera señala que al momento de sospecharse enfermedad mental del procesado, se le someterá a revisión por parte de peritos, sin perjuicio de que continúe el procedimiento en la forma ordinaria, ordenando la reclusión temporal del procesado, en un manicomio o departamento especial[107] y continúa utilizando los términos ya superados como loco, idiota e imbécil. En el siguiente numeral (art. 496 CFPP), se ordena la apertura de un procedimiento especial, que deja al arbitrio del juzgador, la forma de investigar la infracción cometida por parte del inculpado.

La segunda opción, es señalada por el artículo 498, que establece la suspensión del proceso por locura del inculpado, remitiéndolo al establecimiento adecuado para su tratamiento. Es notorio que nuestra legislación federal procesal, se ha quedado a la zaga de los cambios en la materia, encontrándose un gran vacío en lo que se refiere al "procedimiento especial", ya que todavía habla de manicomios.

Lo anteriormente señalado, es la solución que da nuestro Código en el supuesto de enfermos mentales procesados, ya que los sentenciados deben ser enviados al Centro Federal de Readaptación Psicosocial, en el que permanecen algunos enfermos mentales por un lapso que no debe exceder de 60 días.

---

[107] Código Federal de Procedimientos Penales Artículo 495

5.3.7 Código Penal para el Distrito Federal

Nuestro ordenamiento sustantivo local repite lo señalado en la legislación federal, motivo por el cual omitimos realizar algún comentario en este inciso.

5.3.8 Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal

Esta ley, en el numeral 477 fracción III, señala la suspensión del procedimiento, remitiendo a la última parte del artículo 68 del Código Penal y, a los demás casos que la ley ordene expresamente la suspensión del procedimiento, lo que implica regresar a lo señalado por el Código Federal adjetivo.

5.3.9 Ley de Ejecución de Sanciones Penales para el Distrito Federal

Esta Ley[108], señala en su artículo 2° la diferencia entre inimputable y enfermo psiquiátrico, y define al primero como la persona así reconocida por el órgano judicial conforme a lo señalado en el artículo 15, fracción VII del Código penal y, establece que el enfermo psiquiátrico es el individuo que en el transcurso del cumplimiento de su sentencia llega a padecer una patología psiquiátrica, diagnosticada por un especialista. El mismo numeral establece que el sistema penitenciario del Distrito Federal se conforma por centros preventivos,

---

[108] Publicada en la Gaceta oficial del Distrito Federal y en el Diario oficial de la Federación los días 17 y 30 de septiembre de 1999.

de ejecución de sanciones y de rehabilitación psicosocial, además de los que corresponden a la asistencia postpenitenciaria[109].

Esta ley tiene la virtud, de establecer la diferencia temporal entre la persona que comete un hecho ilícito por padecer un trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, y aquélla que, comete un delito con plena capacidad de entender y querer, es considerada responsable del hecho imputado y, al estar cumpliendo su sentencia, se desencadena un trastorno mental.

El mismo ordenamiento, contempla la posibilidad de realizar alguna actividad productiva, de acuerdo a las limitaciones personales para quienes sufren alguna discapacidad o incapacidad[110], lo que implica la posibilidad de que los inimputables o enfermos psiquiátricos, puedan acceder, como parte del tratamiento a alguna actividad laboral, cuando el cuadro clínico agudo sea controlado.

El tratamiento tanto para inimputables como enfermos psiquiátricos, se plantea en dos modalidades:

1ª En internamiento[111] remitiendo a lo señalado por el código penal, con la posibilidad de modificar la medida para mejorar la atención del individuo; al respecto sería conveniente el cambio de léxico, en virtud de que el legislador utiliza la palabra "sancionado", en el caso de los inimputables,lo que resulta contradictorio a la medida de seguridad

---

[109] Artículo 2°, fracciones XI, XII, V, y 26 respectivamente.*Ley de Ejecución de Sanciones Penales para el Distrito Federal*. Editorial Sista. México. 2000 Pág.176.
[110] Ibidem. Artículo 16
[111] Artículo 59 Op. Cit..

impuesta, pues nos encontramos en el supuesto de la realización de un ilícito bajo un trastorno mental.

2ª En externación[112] para inimputables y enfermos psiquiátricos, los últimos deben cumplir ciertos requisitos para que el tratamiento pueda ser realizado fuera del centro de reclusión, como:

a) Contar con valoraciones psiquiátrica y técnica, la primera para acreditar un buen control farmacológico y un adecuado nivel de rehabilitación y, la valoración técnica para determinar un adecuado control por parte de la familia y un bajo riesgo social y,

b) Que el enfermo psiquiátrico cuente con un responsable legal frente a las obligaciones que imponga la autoridad ejecutora.

En ambos casos, la autoridad ejecutora tiene el deber de realizar la modificación, conclusión y supervisión de los individuos, con base en el informe que rinda el área técnica correspondiente. Esta ley constituye un gran avance en relación al trato y tratamiento que debe otorgársele al inimputable y enfermo psiquiátrico, ahora sólo queda esperar los resultados en lo referente a su efectividad, sobre todo en relación al tratamiento en externación por la problemática familiar a la que se enfrenta el enfermo mental que sufre crónicamente episodios agudos.

---

[112] Artículo 37, fracción III, y 61 a 63 de la misma ley.

5.4 Intervención de la Secretaría deSalud.

En los últimos años. la Secretaría de Salud ha implementado una gran cantidad de normas para el trato, tratamiento y rehabilitación de pacientes psiquiátricos, realizados por la Comisión para el bienestar del enfermo mental[113], dicha Comisión, instalada formalmente por Jesús Kumate el 10 de marzo de 1992, formada por personas expertas y de alta calidad académica, y tiene como misión "expresar opiniones en asuntos que por su naturaleza controvertida requieran ser examinados de manera objetiva y responsable y brinde asesoría a las autoridades de salud en relación con problemas relacionados con el trato y tratamientos de los enfermos mentales"[114].

Los objetivos de esta Comisión, condensan las mismas demandas y las mismas soluciones que se han planteado hace más de diez años; pero al menos se ha avanzado en el sentido de la creación de un ordenamiento y un cuerpo colegiado que atenderá los problemas que plantea la atención médica psiquiátrica, los objetivos se resumen en seis puntos:

1. Estimar sobre datos objetivos, la situación de los enfermos mentales en el país y de las instituciones que se ocupan de su cuidado.

2. Proponer alternativas para la mejor atención médico - psiquiátrica de los enfermos, teniendo como interés primordial su bienestar.

3. Promover el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes y las normas éticas nacional e internacionalmente aceptadas para el manejo de los enfermos.

---

[113] SECRETARÍA DE SALUD Comisión para el bienestar del enfermo mental. Documentos elaborados. Junio 1992- julio 1993

[114] Ibidem Pág. 1.

4. Proponer ante quien corresponda el perfeccionamiento de los ordenamientos en la materia, la mejoría sustancial de las instalaciones existentes y en su caso, la creación de otras nuevas

5. Tomar conocimiento y expresar su opinión acerca de los problemas específicos que le sean presentados.

Los derechos de los enfermos mentales encuentran su fundamento legal en nuestra Carta Magna (derecho a la salud), en la Ley General de Salud (capítulo VII), una norma técnica[115] relacionada con la prestación de servicios de atención médica en los hospitales psiquiátricos, en los códigos civil, penal, y de procedimientos civiles y penales para el Distrito Federal.

En la sección marcada con el numeral 2 llama la atención el planteamiento legal señalado al caso de internamiento involuntario, que ha costado a dos psiquiatras la pérdida de la libertad al ser acusados por privación ilegal de la libertad y a otros más visitas innecesarias a la Comisión de Derechos Humanos para responder por diversas imputaciones hechas por los enfermos; y llama la atención, porque al señalar los tipos de internamientos clasificados en voluntarios e involuntarios (contra la voluntad del paciente teniendo como fundamento la peligrosidad para sí mismo o para los demás, o la incapacidad de cuidar de sí) que por lo general se trata de internamientos urgentes, proponen un juicio de interdicción para realizar un internamiento de esta clase, lo que consideramos fuera de toda lógica, en virtud de que lo más probable es la remisión del cuadro agudo antes de la sentencia del juez familiar.

---

[115] Norma técnica 114. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de marzo de 1988

Aunado a lo anterior consideran el juicio de interdicción como el procedimiento legal "para mantener hospitalizados contra su voluntad a los enfermos cuyo estado mental lo amerite. La interdicción, es la suspensión transitoria de derechos civiles a un enfermo mental incompetente, requiere la intervención de juez familiar y los peritos designados por él. Se recurre a ella cuando hay dudas, discrepancias, inconformidades y litigios". Esta concepción de la institución jurídica echa por la borda los "derechos de los enfermos mentales", situación que se comprende al analizar el surgimiento de estos documentos.

En los últimos congresos de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, a nivel nacional e internacional, celebrados en nuestro país, donde han acudido científicos reconocidos en el área de la salud mental, han sufrido la incansable molestia de un grupúsculo que lucha por los derechos humanos de los enfermos mentales. Estas personas, equipadas con altavoces, mantas y todo lo necesario para acampar en cualquier sitio se dedicaron a sabotear los eventos científicos, interrumpiendo a conferencistas nacionales e internacionales, con gritos contra las autoridades mexicanas en materia de salud.

Los dirigentes de este movimiento han manifestado a los medios informativos, la malversación de los fondos donados para la atención de los enfermos mentales y el maltrato de que son objeto en algunos de los centros de tratamiento, pero son ellos, los incapaces de cuidar y aceptar a sus familiares y pretenden obtener de los hospitales un asilo permanente para sus enfermos, situación imposible por el alto costo de la atención psiquiátrica, el escaso presupuesto destinado a este rubro y la ausencia de infraestructura adecuada para albergar a enfermos crónicos.

Las denuncias han sido presentadas por enfermos mentales que conocen el sistema penal en nuestro país, y las denuncias ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos por enfermos con un nivel cultural elevado.

Y nuevamente los enfermos mentales sujetos a medidas de seguridad en los Reclusorios Preventivos de la Ciudad de México y Centros de Readaptación, fueron olvidados.

5.5 Reformas al Código Penal que entraron en vigor el 1° de enero de 1994.

El Código Penal[116] artículo 15 en su fracción VII - antes fracción II -, regula la inimputabilidad como causa de exclusión del delito entendida tal figura, como aquélla que nulifica la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho típico o de conducirse de acuerdo a esa comprensión; exceptúa las acciones libres en su causa con carácter doloso o culposo, sustiuyendo con estos términos el carácter intencional o imprudente que se manejaba en el numeral reformado.

Es de destacar que en el segundo párrafo de dicha fracción se señala el supuesto de imputabilidad disminuída, caso en el cual se sancionará hasta con las dos terceras partes de la pena que correspondería al delito cometido, o la medida de seguridad a que se refiere el artículo 67 o bien ambas en caso de ser necesario; por lo anterior, podemos afirmar válidamente que para que la inimputabilidad opere como causa de exclusión del delito debe ser plena.

---

[116] Código Penal para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia Federal. Editorial SISTA Mexico. 1998 Pág 7

El artículo 52, también reformado en forma total, tiene como consecuencia el delinear en forma innovadora el sistema jurídico penal mexicano, superando las bases para la individualización de la pena, ya que antes la peligrosidad - término comentado y propio de la escuela positiva -, permitía que al sujeto activo se le sancionara por lo que era y no por lo que hacía, es decir, por la conducta que hubiere desplegado u omitido.

Con esta reforma, la individualización se funda en el principio de culpabilidad, lo que trae como consecuencia que sea ésta, el límite para la imposición de la pena, lo cual es un indicador de un sistema jurídico liberal y democrático de Derecho, evidenciándose del análisis de las fracciones que integran este artículo, las que versan sobre el efecto, naturaleza, circunstancias y medios de la conducta, además de la forma y grado de intervención del agente en el acto imputado, así como los datos que reflejen su forma de vida en la fecha de comisión del delito, el comportamiento posterior del acusado con relación al delito, para determinar con ello la culpabilidad del agente en la acción u omisión realizadas.

Se adiciona el artículo 69 bis, por ser necesario, dados los lineamientos de la reforma penal, ya que regula la punibilidad para el caso de imputabilidad disminuída, prevista en la fracción VII del artículo 15, a juicio del juzgador, según proceda, se impondrán hasta dos terceras partes de la pena que correspondería al delito cometido o a la medida de seguridad a que se refiere el artículo 67, o bien ambas, en caso de ser necesario tomando en cuenta el grado de afectación de la imputabilidad del autor, es de precisarse que en el caso de imputabilidad disminuída, la punición se hará alternativamente entre pena y medida de seguridad, pero existe la posibildad de que se apliquen ambas, quedando la decisión en poder del juzgador, es decir, a su arbitrio, pero no a su arbitrariedad, por lo que también debe reforzarse el concepto de que el arbitrio judicial debe estar respaldado con

6. SIMILITUD ENTRE LAS CÁRCELES Y LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

6.1. La antipsiquiatría

Dentro de las diversas corrientes de la psiquiatría crítica se han realizado estudios señalando la similitud entre la prisión y el hospital psiquiátrico o manicomio.

Surge un fuerte movimiento crítico, encabezado por Franco Basaglia, quien conoció la cárcel cuando fue encerrado durante la guerra por los fascistas y el "manicomio" cuando fue designado Director de un centro hospitalario de este tipo. De esas experiencias como "internado" (en prisión) y como "internador" (hospital psiquiátrico), llegó a la conclusión de que éstas instituciones no sirven para la rehabilitación del prisionero o del enfermo mental. A este problema, le ha dado un enfoque sociológico y político.

Las técnicas "psi"[117], han sido utilizadas para victimizar y torturar a los disidentes políticos, pues señalan que la "enfermedad mental" tiene connotaciones políticas, pues ésta se da en un contexto histórico-social, y no es posible la curación de ésta, con un tratamiento individual

La corriente antipsiquiátrica tuvo como principios el decir no a la expropiación de la salud mental por sus técnicos, a la masificación "idiotizante" de sus fármacos, a la represión brutal en los manicomios, a los electrochoques, a la normalización de los valores de la sociedad capitalista o

---

[117] El término "psi" es utilizado por los antipsiquiatras para referirse a todas aquellas técnicas utilizadas para lograr un "lavado de cerebro" MARCOS, Silvia. *Manicomios y prisiones* Red-ediciones. México. 1983 Pág 5

burguesa, a la interpretación de la locura como mala intrínsecamente, y a la normalidad enajenada.

La gran proeza de Basaglia -que fue intentada en algunos hospitales mexicanos, con terribles resultados-, fue el haber inaugurado el hospital abierto, por haber abierto las rejas, quitado las camisas de fuerza y los psicofármacos. Lucha abanderada con el lema de "La lucha contra el manicomio, es la lucha contra la miseria".

En ambos casos los individuos están aislados de la sociedad, comparten una rutina diaria y son encerrados en forma involuntaria, lo que Basaglia denomina "instituciones de la violencia". Considera que responden a una exigencia del sistema social que pretende la marginación. Ésta es una consecuencia de los objetivos sociales de lograr la eficiencia y eficacia productivas. Considera la cárcel como institución que enseña a delinquir, porque recibe a hombres destruidos que vuelven a la misma.

Otras similitudes entre ambas instituciones son las del automatismo, como tener que levantarse a una determinada hora, comer y acostarse a determinada hora. Ambos sufren el etiquetamiento y la marginación social. Por otro lado, los que se consideran "técnicos", que sostienen ser neutrales, en el fondo están haciendo política y no ciencia, porque tanto el paciente como el recluso encierran una problemática social.

Al ingresar a cualquiera de las dos instituciones, los internos sufren una serie de degradaciones, depresiones y humillaciones, lo que inicia con la separación del sujeto con el mundo exterior. La "domesticación" comienza con el ingreso del interno ya se trate de trámites en un centro de reclusión u hospital psiquiátrico, se le da ropa de la institución -que en ocasiones no corresponden a su medida y son degradantes-, se le asigna un cuarto Luego

vienen las reglas de sumisión u obediencia, los "motes" peyorativos y el despojo de las cosas recibidas desde el exterior.

La degradación se observa en la mala alimentación, falta de higiene, en la vigilancia total, fomentada por la existencia de barrotes y grandes paredes[118].

El otro grave problema surge cuando el "interno" -preso o enfermo mental-, tiene que abandonar la institución, la ansiedad aumenta, pues además de encontrarse desculturizado, sufre el estigma y las dificultades para conseguir empleo ante el rechazo de la sociedad. Ambos tienen que enfrentar los problemas de integración con la familia y la sociedad, que habitualmente no están preparados para aceptarlos y comprenderlos.

El movimiento antipsiquiátrico, como toda reacción y tomando en cuenta el origen de su fundador, -y que nos trae a la memoria las ideas de Zaffaroni en su obra "En busca de las penas perdidas"- ha llegado a extremos negativos para los médicos especialistas y peor aún para aquéllos enfermos mentales a quienes el tratamiento farmacológico puede ayudarlos. Pero tuvo la cualidad, de sacar a la luz pública -una vez más-, el gravísimo problema de cientos de enfermos mentales abandonados, quienes al ser una carga para la familia, y haber cometido un delito, quedan internados de por vida en las granjas psiquiátricas.

---

[118] MARCÓ DEL PONT, Luis. Derecho penitenciario Cárdenas editor y distribuidor México. Pág 204

Recuerda a Zaffaroni en el sentido de que la psiquiatría forma parte de los mecanismos de control social con los que cuenta el Estado para cumplir sus intereses, que siempre están sujetos a las órdenes superiores del "poder central"; así, elimina, suprime, y tortura -con apoyo de las técnicas psiquiátricas-, y cuando es posible "rehabilita" al "enfermo mental" (entiéndase disidente).

Creemos que en México, los seguidores de las corrientes antipsiquiátricas -ante el asombro de los europeos- no han podido reproducir los esquemas de lucha contra la institución psiquiátrica por varias razones: Es imposible comparar la situación de estos movimientos en países europeos, pues la democracia es todavía un ideal; por la imposibilidad de descentralizar el poder, siendo que la línea política en nuestro país, tiende al control absoluto de la sociedad a través de las diversas instituciones de carácter "social" o "socializadas", manipulando sus objetivos.

6.2. De "La Castañeda" a las clínicas campestres o granjas.

Debido a las pésimas condiciones en que se encontraban los internos de "La Castañeda", Díaz Ordaz (1967), decidió inaugurar granjas-hospitales que serían un modelo a seguir, y allí fueron trasladados más de 5,000 enfermos que habitaban la antigua "Castañeda". Se aseguró, que la vida de los internos sería de lo más positiva, pues el adecuado tratamiento médico, la atención del personal auxiliar y el contacto con la naturaleza, permitirían a muchos de estos

infelices, recuperarse; la rehabilitación sería posible. En el caso de los incurables, pasarían una vida sin sufrimiento ni dolor, serían bien atendidos y tratados como seres humanos.

Así, trasladaron a los enfermos a hospitales nuevos y llenos de luz, en donde el trabajo en el campo sería el mejor medio para rehabilitar a muchos de ellos, pero al igual que en las nuevas prisiones, fueron trasladados también el mismo personal, la misma corrupción y los mismos vicios.

Al igual que en la prisión, a las granjas llegan aquéllos que nada tienen, ni siquiera el derecho a una atención médica adecuada que los haga útiles al menos a ellos mismos, y sólo les resta esperar su final en esas granjas.

En la actualidad, la situación de quienes habitan esas granjas es igual o peor aún que en el gran hospital de Mixcoac.

6.3. El personal de las granjas

Al igual que en las prisiones, se trata en su mayoría de gentes corruptas, que "han perdido la capacidad de crítica, indignación o asombro respecto de lo que ahí pasa"[119]. Son abúlicos, con la personalidad trastornada por tantos años de trabajo con enfermos

mentales, sin ninguna preparación previa para desempeñar este tipo de trabajo. El grado promedio de estudios es de primaria, algunos tienen conocimiento elementales de enfermería, y a excepción de los residentes y psiquiatras de planta, carecen de la mínima capacitación para el trato y manejo de enfermos mentales.

Al igual que en las cárceles, el trabajo es "heredable", y esto, aunado a la carencia de preparación, a la ausencia de apoyo psicológico a estos trabajadores, sufren como consecuencia su propio deterioro, y las terribles condiciones de trabajo ocasionan agresiones y frustraciones que se reflejan en el maltrato y abuso de todo tipo en contra de los enfermos.

Si bien existen grandes similitudes entre la prisión y los hospitales psiquiátricos, consideramos un absurdo, la negación de la verdadera enfermedad mental, y por las propias características de ésta, resulta una consecuencia lógica que los enfermos sufran los mismos -o peores- maltratos que los prisioneros. El remedio a esta situación tiene los mismos obstáculos que se presentan en las prisiones.

---

[119] MARCOS, Silvia Op Cit. Pág 78.

6.4. La Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Esta Comisión ha elaborado diversos documentos en los que encontramos algunos criterios sobre el sistema penitenciario; así en sus "Criterios de Clasificación de la Población Interna en los Centros Penitenciarios"[120], encontramos los criterios Décimosegundo y Décimonoveno, en los que se establece lo siguiente:

"DECIMOSEGUNDO. Por ninguna circunstancia podrán ser ubicados en instituciones de alta seguridad:

a) Enfermos mentales
b) Discapacitados graves
c) Enfermos terminales
d) Las personas que se encuentren en condiciones no previstas por el criterio décimoprimero"

El objetivo de este criterio es el de garantizar la ubicación de internos en zonas donde la seguridad sea acorde con sus circunstancias particulares y con la pena que se compurga. Así, los sujetos señalados en el criterio transcrito, no deben permanecer en instituciones de alta seguridad.

"DECIMONOVENO. Por población que requiere cuidados especiales se entiende a aquéllos internos que por razón de su edad o de su salud física o mental, requieren de una atención diferenciada de la del resto de la

---

[120] COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS *Criterios para la Clasificación de la Población Penitenciaria.* Agosto. 1994. México. Pág. 18

población. De común acuerdo con el interno, y siempre que las condiciones de habitación se ajusten a lo dispuesto en el criterio cuarto, esta población podrá ser ubicada en espacios predeterminados, de acuerdo con los puntos siguientes:

a) Personas que por su avanzada edad tengan dificultades para desplazarse o realizar actividades sin riesgo de dañarse a sí mismas

b) Personas que presenten serias deficiencias físicas (discapacitados)

c) Personas que presenten patología psiquiátrica, siempre que la separación sea compatible con el tratamiento que reciba el interno, y por el tiempo necesario para la remisión de los cuadros agudos

d) Personas que presenten padecimientos infectocontagiosos, siempre que se establezca, en escrito fundado y motivado, la posibilidad objetiva de contagio al resto de la población, y de acuerdo con los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos de quienes sufren estos padecimientos

e) Personas que presenten adicción a alguna droga y que por esta razón estén recibiendo voluntariamente tratamiento"

En la siguiente página, encontramos una tabla representativa de los criterios reales para la ubicación de la población en los centros de reclusión, en donde se observa que -contrariando los criterios de la Comisión Nacional de Derechos Humanos-, los enfermos mentales, se encuentran en Centros de Reclusión de baja, media y alta seguridad, en la mayoría de las cárceles conviven con la población general y, en gran

parte de estos centros, no se cuenta con la presencia permanente de un especialista en psiquiatría, a pesar de la existencia de enfermos mentales[121]:

En otro trabajo de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, intitulado los "Aspectos Reales de los Centros Penitenciarios de Reclusión en México"[122], encontramos un estudio realizado en veinte Centros de Reclusión en los que se analizaron diversos problemas como la sobrepoblación, la separación entre procesados y sentenciados, los servicios médicos, las visitas familiar e íntima y nos interesa en particular lo relativo al personal de vigilancia y custodia, y el "área de psiquiatría".

---

[121] Ibidem. Pág. 19.

[122] COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Aspectos reales de los centros de reclusión en México México 1993.

RIOS[123]	Baja Seguridad				Media Seguridad				Alta Seguridad			
	Proc		Sent		Proc		Sent		Proc		Sent.	
	Hs	Ms	Hs	Ms	Hs	Ms	Hs	Ms	Hs	Ms	Hs	M
ón de ingreso												
ción que requiere especiales:												
avanzada con para desplazarse	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si				
citados	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si				
ología psiquiátrica	Si	Si			Si	Si			Si	Si		
ecimientos agiosos	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
ción en riesgo												
an pertenecido a ación policiaca					Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
an pertenecido a siderados como a organizada											Si	Si
ción sancionada miento temporal	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
ción general												
da en los cuatro eriores	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
ga afinidades en de vida	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
tamiento cional			Si	Si			Si	Si			Si	Si
enciados en tad			Si	Si								

H. *Criterios para la clasificación de la población penitenciaria*. Op Cit. Pág 19. Las abreviaturas proc. y sent correspo
los y sentenciados, así como las letras Hs. y Ms a hombres y mujeres, respectivamente.

24	Número de enfermos mentales	Conviven con población	Reciben tratamiento especializado	Psiquiatras adscritos	Reciben apoyo externo
gán Mor.	No hay				
Gto	No hay				
oalcos Ver	4	Si	No	No hay	No
Col	30	Si	Si	1	No
Gro	No hay				
cingo Gro	1	Si	No	No hay	No
3 C	3	Si	Si	2	Si
llo Col	3	Si	No	No hay	No
Yuc	70	Si	Si	2	Si
a Hgo	3	No	Si	1	Si
Coah	No hay				
ro Mich	3	Si	No	No hay	No
Gto	No hay				
Pue	13	Si	Si	2	Si
dro Coah	3	Si	No	No hay	No
n Col	13	Si	No	No hay	No
Coah	7	No	Si	1	No
ngo Hgo	1	Si	Si	No hay	No
Stez Chis	3	Si	No	No hay	No
n Mich	8	Si	No	No hay	No

H. *Aspectos reales de los Centros de Reclusión en México* Op. Cit. Pág.19

Respecto al “área de psiquiatría", de los veinte Centros visitados, se encontró que en quince de ellos, habitan algunos internos que "aparentemente eran enfermos mentales". En ocho de estas instituciones no se proporcionaba tratamiento especializado; en trece casos, los aparentes enfermos mentales convivían con la población general y en nueve centros no había psiquiatra.

Los “aparentes enfermos mentales” deben ser valorados por un especialista a fin de diagnosticarlos y, en su caso, proporcionarles tratamiento. "Debe darse especial énfasis en los casos de los aparentes enfermos mentales e inimputables recluidos en los centros. Si el motivo de prisión es el haber infringido las leyes, la autoridad judicial deberá dictar una medida de seguridad que se cumpla en una institución psiquiátrica o en su defecto en áreas exclusivas dentro de los centros de reclusión, aislados del resto de la población interna, donde se les proporcionará el tratamiento correspondiente"[125].

La Comisión señala que es deprimente encontrar que en la mayoría de los centros de reclusión vivan internos con estas características en condiciones de insalubridad y abandono por parte de las autoridades y de sus familiares, y sean objeto de burlas y víctimas de otros reclusos que conviven con ellos.

---

[125] Ibidem Pág 19 y 20

Al observar la siguiente gráfica[126] , llama la atención la situación de nueve de estos centros, en donde no existe psiquiatra adscrito, pero sí se recibe tratamiento especializado; es curioso también que en donde no existe psiquiatra, no hay enfermos mentales, lo que hace pensar que la afirmación correcta sería que "no se han detectado enfermos mentales por ausencia de psiquiatra", y lo más preocupante, que en once centros "no" exista "apoyo externo", lo que podemos traducir, -tomando como base esta estadística, y siendo optimistas- en setenta y seis futuros habitantes de las granjas psiquiátricas.

Afirmamos tal número como mínimo, pues los familiares, de estos enfermos, parece que acuden a sus visitas por "calmar un poco su conciencia", siendo una realidad, el rechazo hacia ellos, y así, pudiendo garantizar su libertad ante el juez, no lo hacen, porque saben el camino que seguirá ese externamiento del Centro de Reclusión, es decir, ingreso al hospital psiquiátrico, alta por remisión del cuadro y la "intolerable" convivencia con el enfermo, hasta su siguiente recaída.

En prisión, la obligación de la familia se reduce al mínimo, además de que existe la esperanza del envío a una granja psiquiátrica, y por tanto, olvidarse del problema que constituye cuidar a un enfermo mental.

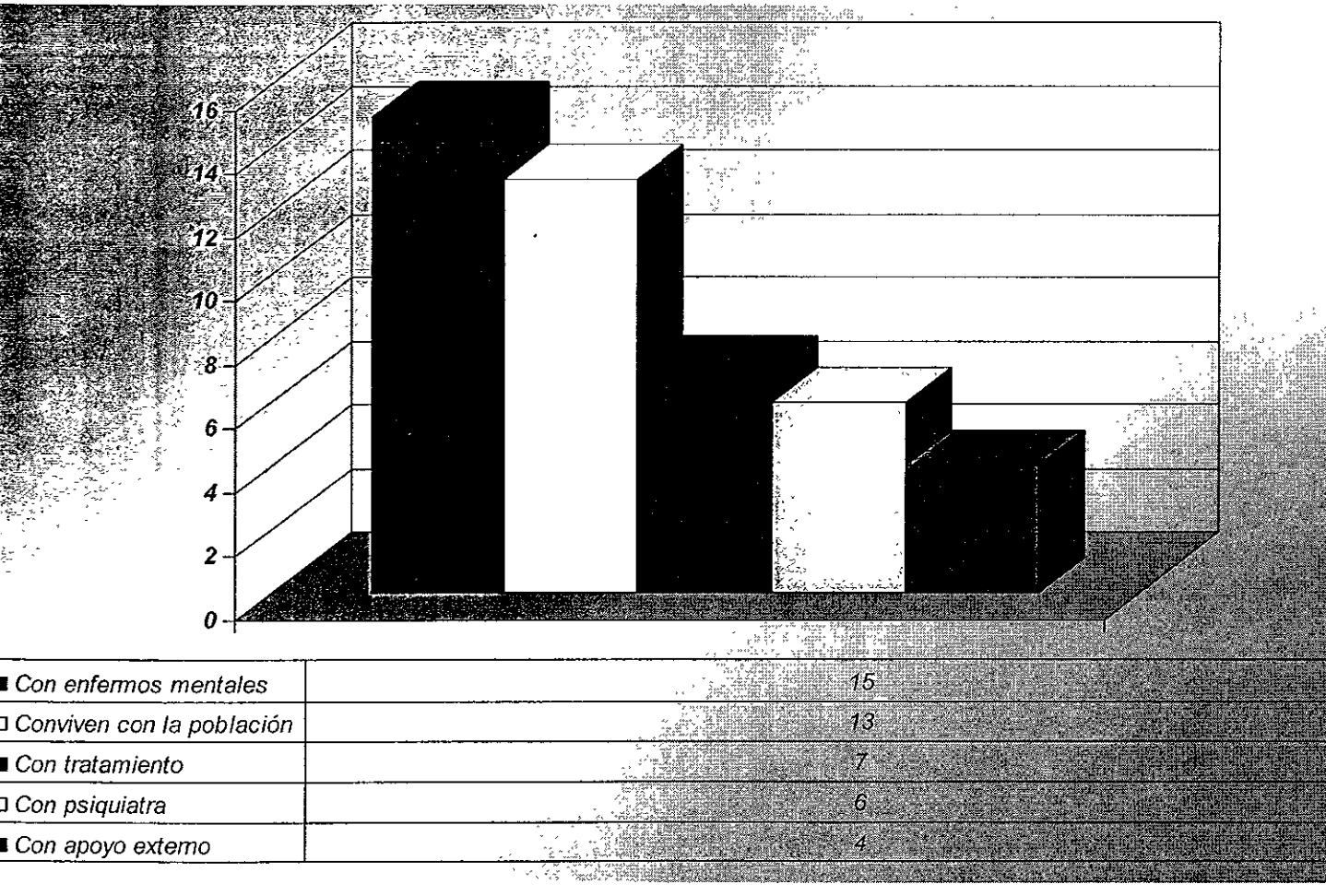
Por supuesto que la situación inversa también se presenta, pero en la mayoría de los casos, la libertad es solicitada por los familiares, no por buscar un mejor tratamiento en una insititución hospitalaria, es

---

[126] Correlacionada con el cuadro estadístico de la página 102

decir, cuando se trata de enfermos mentales productivos, resulta más conveniente el internamiento que la reclusión, pues, implica gozar del salario del enfermo durante el tiempo que dure su internamiento, lo que sería imposible, si éste se encontrara en un Centro de Reclusión.

Enfermos mentales en prisión



6.5. El Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

La Dirección General de Prevención y Readaptación Social, dependiente de la Subsecretaría de Protección Civil, y Prevención y Readaptación Social, elaboró el Plan Nacional de Atención Psiquiátrico Penitenciaria (incluido en este capítulo). Este plan de salud mental para la población recluída, pretende dar respuesta a la grave situación de los enfermos mentales e inimputables, con lineamientos basados en medicina preventiva y curativa, y contempla cinco planes de acción:

1º A nivel preventivo, es decir, se ocupará de realizar las actividades necesarias para preservar la salud mental de los individuos privados de su libertad.

2º Al igual que en el área de salud para la población en general, tenemos un primer nivel de atención, en donde encontraremos a médicos generales, quienes establecerán programas de tratamiento penitenciario y de readaptación, es decir, entre sus funciones tratarán las depresiones leves, los síndromes de abstinencia y elaborarán la historia de los internos.

Consideramos inadecuada la medida de dejar en manos de médicos generales esta etapa, pues no dudamos de los conocimientos y experiencia

de estos galenos, pero sabemos que sólo un especialista (psiquiatra), es capaz de detectar trastornos mentales que en ocasiones al ser ocultados por el interno pueden desencadenar agresiones auto y heterodirigidas. La historia clínica, si bien puede realizarla un médico general, por la situación tan especial de los sujetos recluidos, sería conveniente dejarla a cargo del especialista ya citado, además de la imprescindible ayuda de psicólogos, trabajadoras sociales y criminólogos.

Por otra parte, aparece como un grave error, el dejar en manos de médicos generales los programas de tratamiento penitenciario, ya que en este punto es necesaria la intervención de personas con amplia experiencia y conocimiento en el área, pues no sólo se requiere de la buena voluntad para la adecuada marcha del programa, y esperamos que esta deficiencia no sea la causa de un futuro fracaso de este ambicioso plan. Es necesario evitar los mismos vicios de las prisiones, como los graves problemas que ocasionan las improvisaciones en lo referente al personal que tiene a su cargo la custodia de los individuos privados de su libertad, situación que se complica si no se tiene algún conocimiento sobre el manejo de los enfermos mentales.

3º Se plantea el segundo nivel de atención psiquiátrica, que consta del internamiento, tratamiento y medicina rehabilitatorias a cargo de psiquiatras, con un periodo de internamiento a corto plazo, es decir, de cinco a quince días.

Este nivel funciona dentro de los Reclusorios Preventivos y en los Centros de Readaptación Social, y en caso de no darse la remisión, el enfermo será enviado al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

internos), y como ejemplo tenemos el Anexo del Reclusorio Sur, en donde existe una población flotante de 200 a 250 enfermos mentales, en donde según la versión oficial tienen todos los medicamentos necesarios para el tratamiento farmacológico de los enfermos, es decir, se encuentran en condiciones óptimas para el tratamiento de quienes están abandonados por sus familiares, y cuyo fin será la granja penal o una Casa de Protección Social; en contraste, observamos los graves problemas y carencias sufridas tanto por la población "normal" recluida en estos sitios, como por los enfermos mentales.

4º Tercer nivel. El objetivo principal del Centro de Rehabilitación Psicosocial, es el de proporcionar atención psiquiátrica especializada a la población penitenciaria del país en un régimen de hospitalización de corta y mediana estancia, para aquéllos enfermos mentales que se encuentren procesados (en suspensión) y sentenciados, así como la custodia, tratamiento y peritación de pacientes que ingresen por expreso mandato judicial, para tales fines.

Se pretende que las actividades y operaciones de los centros ya existentes en toda la república, sean dirigidas por este Centro Federal, como órgano rector.

Llama la atención que acepten pacientes por expreso mandato judicial, y contradigan las disposiciones legales existentes en su norma operativa, que en su fracción XXI señala a la letra: "Determinar previa valoración médico psiquiátrica de los adultos inimputables, la institución para su tratamiento, la entrega a su familia o a la autoridad sanitaria, así como modificar o dar por concluida la medida de seguridad";

consideramos que sólo deberían tener atribuciones para modificar o dar por concluido el tratamiento, tratándose de procesados con suspensión del procedimiento, pues será en este sitio donde se observará la evolución del enfermo, pero no deben inmiscuirse en la función que corresponde al juzgador.

5º El plan señala que la atención médico técnica en salud mental se desarrollará en un ambiente propicio y dentro de una cultura terapéutica comunitaria; este Centro está concebido como una "aldea autónoma" con todos sus servicios.

El hablar de una cultura terapéutica comunitaria implica experiencia y conocimiento de la enfermedad mental, requerirán a los profesionales ya mencionados en el punto 1º con su respectiva especialidad en psiquiatría, y debe incluir atención y apoyo a quienes presten sus servicios en estos Centros, pues el trato constante con enfermos mentales, conduce a un progresivo deterioro de la personalidad del trabajador.

El Centro Federal se planificó con pequeños módulos para atender a los internos según su clasificación penitenciaria, psiquiátrica, ocupacional y terapéutica y atendiendo a la norma internacional, su población no deberá exceder de 500 internos.

Cuenta con 60 puestos estructurales, y un total de 997 plazas presupuestales, con novedosas denominaciones como "especialistas en

readaptación, oficial de prevención y técnico en readaptación" y esperamos que estas "rimbombantes" denominaciones correspondan al personal con el perfil necesario para el cumplimiento de sus funciones. Consideramos que la cantidad de personal, no será suficiente, pues en una situación ideal, se necesita un mínimo de cinco personas para cada enfermo mental, pero es un buen comienzo.

Dentro de sus políticas se señala el mantener en cautela a todos aquéllos que no sean susceptibles de remediar. En este aspecto, existe una contradicción, pues dentro de sus planes de acción se establece que el Centro Federal aceptará a pacientes para un internamiento de corto y mediano plazo, y omiten señalar el rumbo que seguirán los inadaptables -que suponemos se trata de pacientes crónicos deteriorados y agresivos, y los psicópatas-, y de pronto aparece esta política, omitiendo mencionar la granja "Samuel Ramírez Moreno" (quizá por su negro historial) y las Casas de Protección Social. En algunos países europeos, como Dinamarca y Francia, existen lugares de custodia de por vida para este tipo de enfermos, en donde se les proporciona trabajo dentro de sus limitadas capacidades y un régimen especial para los psicópatas.

La creación de èste Centro surgió por el severo cuestionamiento que se dio, respecto a la grave situación de los enfermos mentales en la última Reunión sobre Derechos Humanos celebrada en Viena, y del Seminario sobre intercambio y planteamiento de ideas para la creación de un Centro Penitenciario Psiquiátrico, celebrado en Querétaro, en 1993, en donde se planteó y exhortó a realizar un esfuerzo adicional por

parte de las autoridades en la materia para atender y coadyuvar en el mejoramiento y especialización del trato y tratamiento de los enfermos mentales.

Se señala la necesidad de crear, establecer y utilizar áreas específicas en cada uno de los Centro Penitenciarios del país, destinados para la atencion del interno paciente que presenta brotes de enfermedad mental. Así, es obligación de cada institución de reclusión, por muy pequeña que sea el adaptar un espacio, dormitorio o zona, siempre dependiendo del número de pacientes psiquiátricos y de la capacidad arquitectónica y estructural de la institución de que se trate.

Es importante, como siempre lo han señalado los especialistas en materia penitenciaria, mantener separados a los enfermos mentales de la población "normal", ya que los primeros siempre son objeto de burla y graves abusos por parte de los demás.

A continuación se observan los siguientes documentos:

1º El organigrama de la Dirección del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

2º Estadística del mes de octubre del mismo año, de la población penitenciaria con problemas mentales e inimputables. En este documento resulta difícil explicar la situación de Nuevo León, quizá la inflación en la gráfica se deba a los criterios seguidos por los psiquiatras de ese Estado, es decir, porque incluyan como enfermedad mental las neurosis, problemas de adaptación y otros padecimientos no considerados como psicosis, y no se sigan estos criterios en los demás

Estados; quizá existan más psiquiatras en los Centros de Readaptación de ese Estado y por tanto se detecte un número mayor de enfermedades mentales, pero éstas son especulaciones porque carecemos de la interpretación adecuada de dicha gráfica.

3º Plan Nacional de Atención Psiquiátrico Penitenciaria de la Dirección General de Prevención y Redaptación Social, de la Subsecretaria de Protección Civil, y Prevención y readaptación Social, dependiente de la Secretaría de Gobernación.

7. PROPUESTAS

7.1 Legislación

Nuestro país cuenta con una legislación sustantiva de primer orden con relación al tratamiento de las personas privadas de su libertad tanto normales, como aquéllas diagnosticadas con trastornos mentales, pero es necesaria la voluntad política, para que dicho marco normativo sea una realidad.

Nuestra Carta Magna, señala los medios idóneos para la readaptación a la sociedad de aquéllos que la han ofendido, como la educación, el trabajo y la capacitación para el mismo; la Ley General de Salud tiene entre sus prioridades la creación de programas que propicien la salud mental en los niveles preventivo, curativo y de rehabilitación, de la población en general y de quienes sufren una pena privativa de la libertad.

La normatividad que establece los lineamientos del sistema penitenciario, el tratamiento y el trato en esa materia, señala las reglas generales para lograr los anhelos del Constituyente de 1917 en este rubro

Con relación a los códigos adjetivos, es necesario unificar los criterios en aras de la seguridad jurídica y crear el procedimiento especial que señala la ley, con el objetivo de remitir a la brevedad, al establecimiento adecuado a quien lo requiera y brindarle la atención especializada para evitar el deterioro mental por ausencia de tratamiento médico oportuno.

Es necesario que en cada Centro de reclusión exista al menos un especialista en psiquiatría para dar atención especializada a los internos

diagnosticados con alguna enfermedad mental y el tratamiento idóneo para su restablecimiento.

Es una garantía constitucional el derecho a la educación y a la capacitación para el trabajo de las personas privadas de su libertad, y como parte de la rehabilitación de todos los internos es muy importante la creación de fuentes de trabajo y dar la posibilidad a los enfermos mentales, de realizar actividades laborales remunerativas tomando en cuenta sus limitaciones, para evitar que el deterioro de su personalidad, ya que el costo económico y social de la prevención y curación, siempre será inferior al de una rehabilitación larga, penosa y con pocas probabilidades de incorporación real a la sociedad.

7.2 Apoyo al personal penitenciario

Un aspecto trascendente para el logro de los objetivos, deriva del señalado en nuestra Ley de Normas Mínimas, respecto a la selección y capacitación del personal. Pero es una realidad, que quienes laboran en los Centros penitenciarios carecen del apoyo psicológico, económico y social para manejar el "estrés laboral " propio de sus actividades y disminuir los fenómenos de isomorfismo que se dan en las relaciones interpersonales, como el adoptar conductas similares a otros miembros de las comunidades penitenciarias.

CONCLUSIONES

PRIMERA. De lo expuesto en el presente trabajo, aparece la idea, tal vez aventurada, de que entre los habitantes de nuestro país, antes de la llegada de los españoles, no existían las enfermedades con frecuencia confundidas por los peninsulares, con brujería, pactos con el demonio, ni posesiones diabólicas, pues nuestros antepasados prehispánicos, conocían pocas patologías como la epilepsia, la depresión y el "mal del miedo", y los hechiceros de aquél tiempo eran fuertemente sancionados por el empleo de algunas plantas - con fines de venganza -, que causaban desórdenes mentales.

SEGUNDA. A la llegada de los españoles, la psiquiatría no contaba con tratamientos eficaces para ayudar a los enfermos, y la labor de los hospitales psiquiátricos creados por los peninsulares se reducía a custodiar. Por otra parte, surgieron enfermos mentales que siempre fueron compañeros inseparables de los delincuentes, porque la conducta de ambos atentaban contra los hombres y contra la divinidad, es decir, contra el derecho secular y el canónico. En España la Inquisición se convierte en uno de los poderes políticos unificadores del reino, y en nuestro país se convierte en un instrumento exterminador de infieles, brujas y posesos, que a pesar de las medidas protectoras establecidas desde la península para los nativos, la autonomía que gozaban todos los tribunales de la Nueva España, hicieron inaplicables dichas medidas protectoras.

TERCERA. Nuestro primer Código Penal inspirado en los principios de la escuela clásica, consideraba el libre albedrío, y la responsabilidad moral, como únicos elementos para sancionar al delincuente, sin embargo, por el atraso de la psiquiatría, se imponen penas aflictivas a los enfermos mentales.

En 1929, se crea un Código Penal fundado en la escuela positiva, basado en los principios de la defensa social, temibilidad y posibilidades de enmienda; a esto se añade los avances científicos de la medicina, lo que constituyó una gran ayuda para los enajenados que se encontraban hospitalizados, pero los segregados por haber cometido algún ilícito, siguieron conviviendo con los presos que tenían etiqueta de normales.

Nuestro Código vigente, introduce el concepto de "arbitrio judicial" sobretodo para fines de individualización y aplicación de las sanciones. Desde la creación del Centro Médico de Reclusorios del Distrito Federal, en 1976, los alienados reciben algún tratamiento.

La reciente reforma en materia penal, no modifica la situación, pues la legislación establece la posibilidad de salida mediante la caución correspondiente por parte de los responsables del enfermo, para internarlo en un hospital psiquiátrico, pero esta situación se da, no por buscar una mejor atención médica para el enfermo, sino para evitar que éste sea despedido del trabajo, y durante el internamiento poder disfrutar del salario del enfermo. En la actualidad gracias a los avances en la farmacéutica es posible el control de la enfermedad mental, logrando la reinserción del enfermo mental a la vida productiva.

CUARTA. En nuestro país, las normas que rigen el trato de los enfermos mentales están diseminadas en diversos ordenamientos. Las normas emanadas de la Comisión para el bienestar del enfermo mental, son declaraciones políticas, que consideramos díficiles de emprender, porque el sector salud destina recursos para cubrir necesidades más urgentes de la población: prevención de enfermedades que ocasionan alta morbilidad, creación de hospitales pediátricos, de obsetricia y de traumatología.

Consideramos el trabajo de dicha Comisión como un avance, que lamentablemente fue realizado con celeridad y no se contemplaron aspectos de protección a los médicos especialistas y la responsabilidad de familiares de los enfermos mentales. La Comisión cumplirá (efectivamente) la función de atender y resolver las denuncias que abusivamente se presentaban en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, pero no existirá Comisión para los enfermos mentales infractores de la ley penal.

QUINTA. Los enfermos mentales internados en reclusorios, son los más afectados por el rechazo familiar y la estigmatización social, y consideramos como indispensable labor la creación de bolsas de trabajo, que ayude al enfermo mental a encontrar un empleo teniendo en cuenta sus limitaciones. Conforme a nuestra normatividad, las personas sanas que cumplen sus sentencias, reciben el apoyo del Patronato de Reos Liberados, y consideramos que el mismo beneficio debía extenderse a los enfermos mentales que tienen controlada su patología y son externados de los Centros de reclusión.

SEXTA. Nuestro Legislador puso en vigencia la Ley de Normas Mínimas para la readaptación social de sentenciados, lo que refleja una filosofía avanzada, cuyo objetivo es la rehabilitación social de quienes ofenden a la sociedad, y si bien los enfermos mentales constituyen el 2% de la población en general, y el 10% de los internos en Centros de reclusión, no estaría por demás incorporarlos al régimen de la mencionada ley.

SÉPTIMA. Consideramos necesaria la creación o adecuación de lo señalado por nuestros códigos adjetivos en relación al procedimiento penal en caso de enfermedad mental del procesado, para evitar la violación de garantías de quienes sufren patologías psiquiátricas a lo largo del procedimiento, y evitar su prolongada reclusión so pretexto de suspensión de procedimiento.

OCTAVA. La Ley de Ejecución de Sanciones Penales para el Distrito Federal, constituye en gran avance respecto al destino de quienes sufren un transtorno mental, esperamos que los objetivos de esta nueva normatividad no sean frustrados, con los pretextos de falta de recursos materiales y humanos.

BIBLIOGRAFÍA

ANTOLISEI, Francesco. *Manual de derecho penal*. Octava edición. Editorial Temis. Colombia. 1988.

ARISTÓTELES & HIPÓCRATES. *De la melancolía*. Ediciones Heliópolis. México. 1994.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* . (DSM IV). 4ª edición. Editorial Mason. Barcelona. España.1994.

BECCARIA. *Tratado de los delitos y de las penas*. Edición facsimilar. Porrúa. México. 1982.

BOBBIO, Norberto. *Contribución a la teoría del derecho*. Editorial Debate. España. 1990.

BRENNAN, E.R. *Psicología tomista*. Editorial científico-médica. España. 1964.

CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo. *Aztecas, mayas y psiquiatría*. Revista de la Facultad de Medicina. Volumen XV. Número 3. Mayo-junio. México. 1972.

---------- *Esa agonía llamada locura.Historia de la psiquiatría.* EDAMEX. México. 1995.

---------- *Salud mental comunitaria.* Segunda edición. Editorial Trillas. México. 1984.

--------- *Historia de la Psiquiatría. El Siglo XVII.* Revista Médica La Salle. Volumen XV. Abril - junio. 1994. Número 2. México.

CARBONNIER, Jean. *Sociología jurídica.* Traducido por Luis Diez-Picazo. 2ª edición. Editorial Tecnos. España. 1982.

CÁRDENAS BAHENA, Soyla Rosa. *Estudio teórico-práctico de la inimputabilidad en México.*Tesis doctoral. Facultad de Derecho. UNAM, México. 1998.

CARRANCÁ Y RIVAS, Raúl. *Derecho penal mexicano. Parte general.* 8ª edición. Editorial Porrúa. México. 1995.

CARRARA, Francesco. *Programa de derecho criminal.* Parte General Volumen II. 4ª edición. Editorial Temis. Colombia. 1985.

CASO MUÑOZ, Agustín. *Fundamentos de psiquiatría.* 3ª edición. Editorial LIMUSA. México. 1982.

CASTAÑEDA GONZÁLEZ, J. Carlos y Juana Freyre Galicia "Problemas bioéticos en la atención al paciente psiquiátrico". Psiquis. Mayo-junio. Vol. 5. Núm.3. SSA. México.1996.

CUELLO CALÓN, Eugenio. *Derecho penal. Parte general.* Tomo I. Volumen segundo. Decimosexta edición. Bosch casa editorial España. 1971.

EY, BARNARD & BRISSET. *Tratado de psiquiatría*. Toray Mason. Barcelona. 1978.

FARIÑAS DULCE, María José. *La sociología del derecho de Max Weber.* Serie G. Estudios doctrinales. Número 121. Instituto de Investigaciones Jurídicas. U.N.A.M. México. 1989.

FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*. Tercera reimpresión. Tomos I y II. Breviarios. Número 191. Fondo de cultura económica. México. 1967.

GARCÍA RAMÍREZ. Sergio. *El final de lecumberri. Reflexiones sobre la prisión.* Porrúa. México. 1979.

---------- *Manual de prisiones*. Segunda edición. Porrúa. México. 1980.

---------- *La prisión*. Fondo de cultura económica. México. 1975.

---------- *Temas y problemas de justicia penal.* Seminario de Cultura Mexicana. México. 1996.

GARIBAY K., Angel María. *Mitología griega. Dioses y héroes.* Porrúa."Sepan cuántos..." Núm. 31. México 1986.

GARRIDO, Luis. *Ensayos penales.* Ediciones Botas. México. 1952.

GUTIÉRREZ RUÍZ, Laura Angélica. *Normas técnicas sobre administración de prisiones.* Editorial Porrúa. México. 1995.

HIDALGO Y CARPIO, José. *Introducción a la medicina legal mexicana.* Editorial Botas. México. 1960.

ISLAS DE GONZÁLEZ MARISCAL, Olga. *Análisis lógico de los delitos contra la vida.* Editorial Trillas. 3ª edición. México 1991.

JIMÉNEZ DE ASÚA, José Luis. *La ley y el delito.* Editorial Hermes. México. 1986.

JIMÉNEZ OLIVARES, Ernestina. *Psiquiartía e Inquisición. "Procesos a enfermos mentales*. Departamento de historia y filosofía de la medicina. Facultad de Medicina. U.N.A.M. México. 1992.

LABASTIDA DÍAZ, Antonio y otros. *El sistema penitenciario mexicano.* Instituto Mexicano de Prevención del Delito e Investigación Penitenciaria. México. 1996.

MAGGIORE, Giuseppe. *Derecho penal.* Volumen II. Reimpresión de la segunda edición. Editorial Temis. Colombia. 1989.

MARCÓ DEL PONT, Luis. *Derecho penitenciario.* Cárdenas editor y distribuidor. México. 1983.

MARCOS, Sylvia. *Manicomios y prisiones*. Red-ediciones. México. 1983.

MEDINA, José Toribio. *Historia del Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición en México.* Ampliada por Julio Jiménez Rueda. Ediciones Fuente Cultural. Segunda edición. México. 1952.

MENDOZA BREMAUNTZ, Emma. *Derecho penitenciario.* McGraw-Hill. Serie jurídica. México. 1998.

MERRYMAN, John Henry. *La tradición jurídica romano-canónica.* Fondo de cultura económica. Breviarios. Número 218. México. 1994.

MUÑOZ CONDE, Francisco. *Teoría general del delito.* Editorial Temis. Colombia. 1990.

PINATEL, Jean. *La criminologie*. S.P.E.S. France. 1960.

RODRÍGUEZ MANZANERA, Luis. *Criminología.* Octava edición. Editorial Porrúa. México. 1993.

RUÍZ DE ALARCÓN, Br. Hernando, Pedro Sánchez de Aguilar y Gonzalo de Balsalobre. *Tratado de las idolatrías, supersticiones, dioses, ritos, hechicerías y otras costumbres gentilicias de las razas aborígenes de México.* Tercera edición. Ediciones Fuente Cultural. México. 1953.

SÁINZ CANTERO, José A. Lecciones de derecho penal.*Parte general.*Bosch casa editorial. España. 1990.

SÁNCHEZ AZCONA, Jorge. *Introducción a la sociología de Max Weber.* Editorial Colofón. México. 1991.

SOLÍS QUIROGA, Héctor. *"Algunos aspectos legislativos de la deficiencia mental en México"* Revista de la Facultad de Derecho. Tomo XVIII. Núm.69-70. Enero-junio. UNAM. México.1968.

STANLEY TURBERVILLE, Arthur. *La inquisición española.* Séptima Reimpresión. Breviarios. Número 2. Fondo de cultura económica. México. 1981.

STONE, Julius. *El derecho y las ciencias sociales en la segunda mitad del siglo.* Fondo de Cultura Económica. Breviarios. Número 234. México. 1978.

TAVIRA, Juan Pablo de. *A un paso del infierno.* Editorial Diana. México. 1989.

VALLEJO - NÁGERA, Juan Antonio. *Locos egregios.* Décimo séptima edición. Dossat. España. 1986.

--------- *Mishima o el placer de morir.* Sexta reimpresión. Colección Documento. Planeta. México. 1990.

---------- *Perfiles humanos.Memoria de la historia*. Editorial Planeta. España. 1988.

VILLENEUVE, Roland. *El museo de los suplicios*. Ediciones Martínez Roca. España. 1989.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. *Tratado de derecho penal. Parte general.*Tomos IV y V. Cárdenas editor y distribuidor. México. 1988.

---------- *Manual de derecho penal*. 2ª reimpresión. Cárdenas editor y distribuidor. México 1991.

LEGISLACIÓN

Código de Hammurabi. Traducción de Federico Lara Peinado. Editora Nacional. España. 1982.

Código Penal para el Distrito Federal en materia del fuero común y para toda la República en materia del fuero federal. Quincuagésima primera edición. Porrúa. México. 1993.

Código Penal para el Distrito Federal en materia del fuero común y para toda la República en materia del fuero federal. Ediciones Andrade. México. 1994.

Código Penal para el Distrito Federal en materia del fuero común y para toda la República en materia del fuero federal. Editorial Sista. México. 1998.

Código Penal para el Distrito Federal en materia del fuero común y para toda la República en materia del fuero federal. Ediciones fiscales ISEF. Segunda edición. México. 1998.

Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. Ediciones Andrade. México. 1994.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comentada. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Textos y estudios legislativos. Número 59. UNAM. México. 1985.

Ley de Ejecución de Sanciones Penales para el Distrito Federal. Editorial Sista. México. 2000.

Leyes Penales Mexicanas. Instituto Nacional de Ciencias Penales. Talleres gráficos de la Nación. México. 1979.

JURISPRUDENCIA

Suprema Corte de Justicia de la Nación. Jurisprudencia definida. Sexta época. Segunda parte. Número 152.

Anales de jurisprudencia. Tomos I, XI, XIII, XIX y LXVIII.

OTRAS FUENTES

BEHAVIORAL SCIENCES & THE LAW. *Persons with disabilities.* Vol. 14. No. 1. Wiley Publisher. USA. Winter 1996.

COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. *Aspectos reales de los Centros de Reclusión en México.* Folleto. México. 1993.

---------- *Competencia de la CNDH en los Centros de reclusión del país* Folleto. México. 1995.

---------- *Compilación de documentos nacionales e internacionales en materia penitenciaria.* México. 1996.

---------- *Criterios para la Clasificación de la Población Penitenciaria.* México.1994.

---------- *Derechos humanos de los pacientes psiquiátricos.* Folleto. México. 1995.

---------- *Derechos y obligaciones del personal de seguridad y custodia.* S.G. y CNDH. Folleto. México. 1995.

---------- *Enfermos mentales e inimputables. Documentos nacionales e internacionales.* CNDH. México. 1995.

---------- *La experiencia del penitenciarismo contemporáneo.* Aportes y expectativas. México. 1995.

---------- *La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos.* México. Febrero. 1995.

---------- *La supervisión de los derechos humanos en la prisión.* Guía y documentos de análisis. Unidad nacional contra la violencia. México. 1997.

---------- *Los derechos humanos en la aplicación de sanciones en los centros de reclusión penitenciaria.* Folleto. México. 1995.

---------- *Revisiones en los centros de reclusiób penitenciaria.* México. 1995.

---------- *Sistema penitenciario y Derechos Humanos.* Balance de labires realizadas por la CNDH. (1990-1996). Unidad nacional contra la violencia. México 1996.

---------- *Violencia en Centros Penitenciarios de la República Mexicana. Reporte de investigación.* Unidad Nacional contra la violencia. México. 1996.

CRIMINALIA. Año III. 1936 - 1937. Editorial Botas. México. 1937.

GACETA DE SALUD MENTAL. *Salud mental y calidad.* Enero-febrero. Año 3 Núm.9. SSA. México. 1994.

---------- *Salud mental y Derechos humanos.* Marzo-abril. Año 3 Núm.10 Año 3 Núm.10. SSA. México. 1994.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS. Diccionario jurídico mexicano. Sexta edición. D - H. Editorial Porrúa. México. 1993.

---------- Diccionario jurídico mexicano. Sexta edición. I - O. Editorial Porrúa. México. 1993.

REVIEW OF PSYCHIATRY. Psychopathology and violent and crime. Vol. 17. American Psychiatric Press, Inc. USA. 1998.

SECRETARÍA DE SALUD. *Documentos elaborados.* Comisión para el bienestar del enfermo mental. s.p.i. Junio 1992 - junio 1993.

SUBSECRETARÍA DE PROTECCIÓN CIVIL, Y PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL. Dirección General de Prevención y Readaptación Social. Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial. Plan Nacional de atención psiquiátrico penitenciaria. s.p.i.

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL. *Anales de jurisprudencia.* Publicación especial. 1994.

THE PSICHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA. *Law and Psychiatry.* Volume 33. Number 1. January. 1993.

abderética mentez, 46
Álvarez, 48, 68
América, 48, 60
antijurídico, 12
antisocial, 22
autoridad ejecutora, 30, 31, 35, 76, 77
autoridad sanitaria, 29, 31, 112
Autos de fe, 58
Babilonia, 37
brujas, 39, 62, 118
brujos, 49
Canoa, 48, 63
capacidad, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 43, 69, 90, 98, 114
Carrara, 52
Centro Federal de Readaptación Psicosocial., 30
CERESOS, 30
Cleómenes, 37
Códice Badiano, 45, 46
Códices Martinenses, 47
Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, 32
Código penal federal, 30
Código Penal para el Distrito Federal, 32, 54, 73, 90
conciencia, 13, 14, 26, 52, 55, 105
conducta, 12, 13, 17, 19, 20, 25, 26, 51, 75, 91, 118
Constitución, 28, 132
criterio biológico, 14
criterio mixto, 16
criterio psicológico, 15
culpabilidad,, 11, 20, 91
defensa, 20, 52, 53, 56, 71, 72, 120
delito, 11, 13, 17, 19, 22, 25, 31, 54, 58, 62, 72, 77, 90, 91, 96, 127, 128
demonología, 39
Derecho penal español, 42
Derechos Humanos, 24, 25, 26, 27, 30, 78, 88, 89, 99, 101, 102, 114, 121, 135
desarrollo intelectual retardado, 11, 16, 75, 79
detenido, 23, 54
diligencia, 54
disminuida, 11, 17, 18, 19
Documentos internacionales, 23
Edad Media, 38, 39, 48, 50
Egipto, 38
enajenado, 42
enfermedad mental, 14, 18, 21, 26, 31, 37, 39, 51, 80, 93, 99, 112, 114, 115, 121, 122
enfermedad sagrada, 38
enfermo, 11, 20, 21, 22, 31, 37, 41, 42, 43, 49, 51, 72, 75, 77, 80, 81, 86, 88, 93, 95, 96, 105, 106, 111, 112, 113, 120, 121, 122, 136
enfermo mental, 11, 21, 31, 41, 42, 49, 51, 73, 77, 80, 86, 88, 93, 95, 96, 105, 113, 121, 122, 136
enfermo psiquiátrico, 33, 35
enfermos mentales., 25, 43, 48, 57, 61, 78, 89, 98, 110, 114, 120, 121, 127
enfermos psiquiátricos, 34
España, 12, 37, 42, 43, 49, 50, 52, 53, 55, 57, 60, 61, 118, 124, 125, 129, 130, 131
Europa, 46, 48, 49, 51, 55, 63, 64
externación, 25, 34
Foucault, 39
Hereje, 58, 59
herejía, 50, 53
Hipócrates, 38
Historia universal, 36
hoguera, 56, 58, 60, 61
hospitales psiquiárticos, 48
imputabilidad, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 91
incapacidad, 14, 17, 19, 56, 75, 85, 86, 88
indígenas, 45, 46, 61
inimputabilidad, 11, 13, 14, 16, 20, 74, 78, 79, 90, 125

inimputable, 15, 21, 22, 30, 31, 33, 35, 76
inimputables, 14, 21, 28, 29, 30, 34, 75, 76, 80, 104, 109, 112, 115, 134
Inquisición, 50, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 61, 62, 118, 127, 128
internamiento, 21, 26, 30, 34, 74, 76, 81, 88, 105, 110, 113, 120
internos, 27, 29, 77, 95, 97, 100, 103, 104, 109, 111, 113, 122
involuntaria, 26, 94
juez, 16, 17, 19, 21, 27, 31, 52, 53, 56, 77, 88, 105
juicio inquisitorio, 52
ley, 15, 21, 26, 31, 32, 64, 65, 66, 71, 77, 80, 81, 83, 84, 121, 122, 127
Ley de ejecución de sanciones penales para el Distrito Federal, 33
Ley General de Salud, 28, 29, 88
Ley que establece las normas mínimas sobre readaptación social de sentenciados, 29, 30
libertad, 13, 21, 23, 26, 29, 30, 43, 51, 64, 65, 66, 75, 76, 88, 105, 109, 110
licantropía, 37
loco, 31, 40, 70
locura, 17, 32, 39, 40, 52, 56, 64, 65, 66, 94, 124, 126
Malleus Maleficarum, 39
manicomio, 31, 48, 56, 68, 93, 94
maya, 47
medicamentos, 25, 80, 111
médicos, 23, 25, 29, 40, 41, 45, 63, 64, 70, 85, 96, 102, 109, 110, 121
medida de seguridad, 17, 19, 22, 30, 54, 72, 79, 90, 91, 104, 112
medidas de seguridad, 18, 19, 20, 21, 22, 29, 75, 89
México, 11, 12, 23, 25, 29, 30, 40, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 54, 57, 61, 62, 63, 69, 73, 79, 89, 93, 95, 96, 100, 102, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135
miedo grave, 19, 20
Nabucodonosor, 37
normal, 19, 20, 21, 70, 73, 111, 115
normales, 12, 69, 120
normas éticas, 24, 87
nosocomio, 49, 68
Nueva España, 45, 47, 49, 119
peligrosidad, 19, 21, 22, 81, 88, 90
pena, 11, 12, 17, 18, 19, 21, 27, 31, 60, 64, 65, 70, 77, 79, 85, 90, 91, 100
penitenciaria, 23, 24, 27, 100, 111, 113, 115, 133, 134, 136
peritos, 31, 57, 85, 88
Pinel, 41
población general, 26, 30, 102, 104
población que requiere cuidados especiales, 27, 100
poseídos, 39, 62
preso, 23, 95
prisión, 27, 40, 54, 64, 69, 93, 98, 99, 104, 105, 126, 134
prisión preventiva, 55
prisiones, 25, 37, 39, 40, 93, 97, 98, 99, 110, 126, 127, 128
procedimiento, 21, 23, 26, 30, 31, 32, 76, 79, 86, 88, 122
procesado, 31, 52, 53, 55, 58, 122
proceso, 13, 22, 32, 53, 55, 58, 69
pruebas, 40, 52, 53, 57, 83
psicológica, 12, 15, 22, 83, 85
psicópatas, 17, 113
psicótico, 18, 46
psiquiatría, 29, 30, 37, 41, 42, 43, 47, 48, 64, 93, 96, 102, 103, 112, 118, 120, 124, 125, 126
Reglas Mínimas, 24
Renacimiento, 39
responsabilidad, 11, 19, 20, 64, 65, 66, 73, 74, 79, 120, 121, 134

Roma, 37
salud mental, 14, 26, 27, 29, 74, 89, 94, 109, 112
San Hipólito, 48, 62, 63
sanbenito, 60
Santo Oficio, 50, 51, 52, 58, 59, 61, 128
sentencia, 53, 54, 58, 60, 70, 73, 88
sistema penitenciario, 24, 28, 30, 100, 127
sobrenaturales, 36, 38
suspensión, 31, 32, 43, 79, 88, 111, 123
teoría del delito, 11
Tiberio, 37
Tomás de Aquino, 38
tortura, 23, 40, 56, 57, 96
transitorio, 14, 20, 43, 73, 74, 78
trastorno mental, 11, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 26, 43, 74, 75, 79
tratamiento, 18, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 73, 75, 76, 77, 80, 82, 86, 89, 94, 96, 97, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 120
tratamientos, 21, 40, 41, 46, 47, 64, 69, 70, 87, 118
Tribunal, 42, 56, 59, 128
ubicación, 27, 100, 101
valoración, 16, 112
vesanias, 38
violencia física, 25
voluntaria, 26