



Psiquiatría Forense en Chile

Tesina

Escuela de Derecho

Universidad de Valparaíso

Alumno: Paula Cáceres Andaur.

Curso: Seminario de Licenciatura 2010.

Profesor Guía: Armando Guzmán Carvajal.



Tabla de Contenidos.	
Resumen.....	2
Palabras Clave.....	2
Introducción.....	2
Capítulo I: Nociones Preliminares.....	3
1. Significado.....	3
2. Concepto.....	3
3. Ámbito de aplicación.....	5
4. Ubicación.....	5
5. Objeto.....	5
6. Métodos.....	6
Capítulo II: Las Enfermedades Mentales.....	7
1. Reseña Histórica.....	7
2. Definición.....	8
3. Causas.....	8
4. Clasificación.....	10
4.1. Generalidades.....	10
4.2. Diversas Clasificaciones.....	10
4.2.1. Clasificación de Guillermo Uribe Cualla.....	10
4.2.2. Clasificación de las enfermedades mentales en Rusia (Sluchevski)...	11
4.2.3. Clasificación de las enfermedades mentales según Kraepelin.....	11
4.2.4. Clasificación de las enfermedades mentales según Cousiño.....	12
4.2.5. Clasificación de las enfermedades mentales del V Congreso Brasileño de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal.....	13
4.2.6. Clasificaciones contemporáneas.....	14
4.2.6.1. Generalidades.....	14
4.2.6.2. Síntesis de las clasificaciones.....	15
4.3. Referencia a los Grandes Síndromes Psiquiátricos.....	21
Capítulo III: Aspectos Legales.....	32
1. Ámbito Penal.....	32
2. Ámbito Procesal Penal.....	36
3. Ámbito Civil.....	38
4.Ámbito Código Sanitario.....	41
5. Ley 18.600.....	42
6. Decreto Supremo N° 570.....	43
Conclusión.....	46



Resumen.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de la Psiquiatría Forense como disciplina, estudiando su aplicación en nuestro ordenamiento jurídico y develando las posibles falencias que puedan existir en el mismo, en relación a los avances logrados en la actualidad en esta disciplina.

Palabras Claves.

Psiquiatría Forense, enfermedad mental, psicosis, neurosis, trastorno, oligofrenia, diagnóstico, culpabilidad, eximente, inimputabilidad, incapacidad, responsabilidad, demente, loco, enajenado mental, interdicción, internación.

Introducción.

Me parece necesario realizar un análisis a cerca de la Psiquiatría Forense como disciplina para lograr entender su aplicación en nuestro ordenamiento jurídico.

Para ello resulta indispensable analizar el actual estado en que se encuentra nuestra legislación civil, penal y sanitaria respecto de situaciones relacionadas con la salud mental de las personas y todas las consecuencias jurídicas que de ello puedan derivar.

Con los años se han desarrollado muchos avances en la psiquiatría y en el estudio de las patologías mentales, con todas sus implicancias. Ello debería verse reflejado en nuestro ordenamiento jurídico a través de una normativa más acabada que le permita estar a la altura de dichos avances.

Por otro lado los términos legales referidos a este tema resultan imprecisos y no deben entenderse en el sentido técnico que actualmente les da la psiquiatría moderna. No se diferencian patologías ni procesos evolutivos de las mismas.

Por lo demás con el agitado y estresante estilo de vida actual, surgen nuevas anomalías que pueden alterar la conducta y el normal desarrollo del ser humano y que en el tiempo de dictación de las leyes y códigos resultaban impensadas.

Como consecuencia de lo anterior pueden darse situaciones de inequidad, inobservancia de derechos y un retroceso en nuestro sistema legislativo y judicial.

Considero necesario un acercamiento por parte de nuestra legislación a esta disciplina y sobre todo a sus avances.



Capítulo I: Nociones Preliminares.

1º Significado.

Antes de comenzar a desarrollar este tema sobre Psiquiatría Forense, se considera necesario aclarar el significado del término Forense.

Según el Diccionario de la Lengua Española (1970), Forense viene del latín Forensis, de forum, foro, plaza pública, perteneciente al foro, antiguo, público y manifiesto.

El Diccionario Jurídico de Guillermo Cabanellas (1976) lo define así: Forense es lo que concierne al foro, o sea, a los tribunales y a sus audiencias. Por extensión, a lo jurídico en general.

La Real Academia Española (1970) expresa: Foro, del latín Forum, plaza donde se trataban en Roma los negocios públicos y donde el Pretor celebraba los juicios. Por extensión, sitio en que los Tribunales oyen y determinan las causas.

Es necesario señalar otras denominaciones atribuidas a nuestra disciplina; entre ellas tenemos: Psicología Medicolegal (Krafft Ebing), Psicopatología Forense (De Sanctis y Ottolenghi), Medicina Legal de los Alienados (Krafft Ebing), Psiquiatría Medicolegal (Claude), Psiquiatría Forense (Tanzi) y, por último, Psiquiatría Jurídica (Ruiz Maya).

2º Concepto.

Se han dado numerosas definiciones de Psiquiatría forense las cuales no son del todo satisfactorias dado al gran avance que en la práctica, ha venido experimentando esta disciplina; entre éstas:

La Psiquiatría médico-legal o Psiquiatría forense es la rama de la psiquiatría que se ocupa del estudio de las conductas psicopatológicas en relación con la legislación de cada país. Se relaciona con el Derecho tanto en aspectos civiles como penales. . (Patitó, 2000: p. 335)

La Psiquiatría Forense según Pasmanik se ocupa de la patología neuropsíquica de los individuos que transgreden la legislación del país.

Cabanellas (1976) quien la concibe como la ciencia auxiliar del Derecho Penal, que estudia las enfermedades mentales de los delincuentes, a fin de determinar su responsabilidad atenuada o nula, dentro de los principios criminales clásicos o la necesidad de uno u otro de los tratamientos que por conveniencia individual y medidas de seguridad deba adoptarse.

Bonnet (1980) la denomina Psicopatología Forense y, para él, estudia las personalidades anómalas no psicóticas en relación de dependencia con la legislación de cada país y agrega: la Psiquiatría Forense realiza el estudio de las formas de alienación mental en relación de dependencia con la legislación de cada país.

Según Nerio Rojas (1964): abarca el estudio de todas las cuestiones legales vinculadas a los alienados.

J.M. Codón y López S. (1968), al referirse a la Psiquiatría Jurídica en su obra Psiquiatría Judicial Penal y Civil, señalan: cuando los conocimientos de la psiquiatría son aplicados a la vida del Derecho, ésta recibe con toda propiedad, el nombre de



Psiquiatría Jurídica. Añaden los citados autores que, según Weigandt, es la ciencia que se propone aclarar los casos en que alguna persona, por el estado especial de su salud mental necesita una particular consideración ante la ley.

Bonnet: Realiza el estudio de las formas de alienación mental en relación de dependencia con la legislación de cada país.

Achaval: Psiquiatría Médico-Legal o Psiquiatría Forense o Psicopatología Médico-Legal o Forense, es aquella parte de la Medicina Legal que estudia las cuestiones legales de los estados de anormalidad psíquica.

Uribe: Es la aplicación de los conocimientos médicos en patología mental, a todos aquellos casos de orden civil o penal en que es importante comprobar el estado mental de un individuo.

Serpa: Es el conjunto de nociones médico-legales psiquiátricas que tiene importancia en el derecho (penal, civil, laboral, canónico) y que se relacionan generalmente con algunos aspectos de la capacidad natural mental y psíquica.

Wilhelm: La aplicación de conocimientos psiquiátricos y médicos y de las técnicas de investigación psicológicas y psiquiátricas para juzgar a las personas cuyo comportamiento se aparta de los cánones sociales y legales, que deben ser internadas contra su voluntad en instituciones psiquiátricas para preservarlas a ellas o a la comunidad.

Rojas: Abarca el estudio de todas las cuestiones legales vinculadas con los alienados. Más amplio es el sentido de la expresión psicopatología médico-legal o forense, que comprende todas las cuestiones legales planteadas por los diversos estados de anormalidad psíquica: alienación mental, inconsciencia y la denominada semialienación.

Basile: Es la disciplina científica aplicada, sustanciada en el estudio teórico de las neurociencias, vinculada al conocimiento de la personalidad anormal o patológica, con interés jurídico o en función del derecho legislado.

Dorsch: Parte de la psiquiatría que se ocupa de las enfermedades y trastornos mentales que, fundamentalmente o en casos aislados, pueden originar conflictos con la justicia.

Vargas: Es la rama de la Medicina Legal cuya misión es el examen mental de todo sujeto a quien, dentro del juicio civil o penal, se le presume afectado de enfermedad o anomalía psíquica, para determinar así su grado de capacidad o de imputabilidad. (Silva, 1995: p. 34-35)

Aportar una definición que abarque toda la relación de la Psiquiatría con el Derecho es difícil; para ello deberá tomarse en consideración dos tipos de criterios: "estrictu sensu" y "latu sensu"; según el primero, sería la aplicación de los conocimientos psiquiátricos para determinar la capacidad jurídica de una persona en el momento en que, por mandato judicial, sea necesario, así en el campo penal, se determinará la capacidad de imputación, en el Campo Civil, la capacidad de discernimiento y en el Laboral, la capacidad de trabajo. En sentido "latu sensu", comprendería la colaboración de la Psiquiatría, en el Derecho Penitenciario, con la Criminología, con la Criminalística y con las nuevas corrientes que se están desarrollando en Norteamérica y Europa cuyo objetivo es el estudio de todas aquellas situaciones psiquiátricas que se relacionan con el Derecho y que se ha denominado Psiquiatría y Ley.



3° *Ámbito de aplicación.*

El término *Psiquiatría Forense* se aplica en un sentido amplio a todos los aspectos legales de la psiquiatría que incluyen la ley civil y las leyes que regulan la práctica psiquiátrica, así como también, la subespecialidad relacionada con los delincuentes enfermos mentales.

En consecuencia, en la práctica médica, se necesita un conocimiento operacional de las dos clases de leyes, aquellas relacionadas con los pacientes examinados en la práctica clínica ordinaria y aquellas relacionadas con delincuentes enfermos mentales.

El primer grupo comprende las leyes que regulan la práctica clínica, en especial la detención obligatoria de pacientes en hospitales y la aplicación de tratamiento sin el consentimiento del paciente; incluye también las leyes civiles que abordan temas, tales como, la capacidad del paciente para hacer un testamento o para velar por sus pertenencias.

La segunda clase de leyes trata sobre los delincuentes enfermos mentales, es decir, delincuentes criminales que padecen algún trastorno mental o un retardo mental. Estos problemas incluyen temas tales como, si un delincuente necesita tratamiento psiquiátrico y si este debiera proporcionarse en la comunidad, en un Hospital Psiquiátrico especializado, o en prisión y su estado de peligrosidad.

4° *Ubicación.*

En lo referente a su ubicación, existe disparidad de criterios, así, si observamos los textos de *Psiquiatría Forense* cuyo autor es profesional de la Medicina, la ubica como una rama de la Medicina Legal; por el contrario, cuando el autor es un Jurista, se señala en forma separada a la Medicina Legal y la *Psiquiatría Forense* como Ciencias Auxiliares del Derecho Penal.

5° *Objeto.*

Según Pasmanik tiene por objeto práctico establecer el estado de las facultades mentales de aquellos individuos que han ejecutado un acto ilícito penal, delimitando el grado de responsabilidad penal, y en otros casos su capacidad civil. Esta función resulta fácil, pero restringida en cuanto se refiere a los cuadros de clara aletaración mental, en los que juega la inimputabilidad penal y la incapacidad civil. De mayor expectativa y posibilidad es, sin embargo, su papel frente al amplio espectro de deficiencia intelectuales y caracterológicas, debilidad mental y alteradas estructuras de personalidad, que constituyen fuente inagotable y permanente de infinidad de situaciones conflictivas, dentro y fuera del margen de la ley, y en cuyo planteamiento y solución es necesario actuar con un doble criterio biológico (psiquiátrico) y normativo (jurídico).

La *Psiquiatría Forense* enfoca al individuo en sus estructuras psíquico-caracterológicas, en sus manifestaciones conductuales antisociales, alcancen estas o no, expresión delictual.

Su papel, por tanto no se limita hoy, a una mera función diagnóstica y de asesoría del derecho. La luz que ha aportado acerca de los oscuros móviles y desarrollo de la conducta antisocial, coloca a la *Psiquiatría forense* como un pilar fundamental de



la criminología moderna y su manejo y conocimiento resulta indispensable para comprender correctamente la dinámica del acto delictual.

Surge la necesidad que la Psiquiatría forense salga del marco puramente legista, formal y penalista, para entrar en una etapa reconstructiva de rehabilitación social. La Psiquiatría es esencialmente una ciencia de la conducta y la Psiquiatría forense, como capítulo de aquella, es la ciencia de la conducta antisocial. Por ello quienes aborden hoy día la Psiquiatría forense no deben hacerlo con un criterio purista y especializado. Aislada nada explica, y sólo resulta comprensible y útil en el conjunto de conocimiento socio-psiquiátrico, cultural y ambiental.

En la moderna Psiquiatría médico legal, no sólo interesa establecer si el delincuente es o no alienado, si no también sus posibilidades de reformación y readaptabilidad social. Este importante papel corresponde a los psiquiatras, debiendo analizar la peligrosidad del delincuente y formular los principios generales de su tratamiento carcelario o en libertad.

6° Métodos.

Según Pasmanik el método de trabajo de la psiquiatría legal consiste básicamente en la aplicación de los esquemas clínicos al caso planteado, con la intención de establecer un diagnóstico médico-legal. Este se refiere principalmente a determinar la imputabilidad penal, capacidad civil, peligrosidad, o a la formulación de medidas terapéuticas de rehabilitación o prevención. La problemática enunciada constituye la clínica psiquiátrica forense, y es de esta labor de análisis del caso individual de donde deben extraerse las enseñanzas y concepciones generales que la psiquiatría puede aportar al estudio de la criminología general.

Para los fines de la investigación psiquiátrica legal, los psiquiatras aplican semiología clínica corriente, encuadrada dentro de los síndromes y enfermedades mentales según las clasificaciones y nosología en uso. Los exámenes clínicos directos se referirán tanto a los aspectos somáticos, generales y especiales, y neurológicos, como al examen de las funciones psíquicas. Se complementarán con el estudio de la inteligencia y personalidad mediante baterías de tests y exámenes de laboratorios (líquido céfalo-raquídeo, electroencefalograma, etc.). Finalmente, toda pericia psiquiátrica debe necesariamente completarse con los antecedentes del expediente judicial, estudio de las motivaciones y conducta delictual.

Se hace necesario prevenir, acerca de la tentación de querer aplicar un diagnóstico psiquiátrico a toda conducta criminal, indiscriminadamente. En un plano teórico puro en una sociedad químicamente "normal", constituidas por hombres que respondan al ideal de la normalidad, el crimen pasaría ser siempre un síntoma de patología. Pero en nuestra sociedad bastante lejos aún de ese status, se debe aceptar la existencia de una vasta gama de actos criminales cometidos dentro de los límites de la "normalidad". Al aplicar la psiquiatría estos aspectos de la conducta humana se debe tener siempre presente el marco social y cultural en que éstos se han cometidos. Así, cuando no se encuentra patología neuropsiquiátrica, un caso puede calificarse de "normal" por exclusión.

Capítulo II: Las Enfermedades Mentales.

1° Reseña Histórica.



Se afirma que la primera descripción específica de la enfermedad mental aparece hacia el año 3.000 A.C., en el antiguo Egipto; sin embargo, se considera a Hipócrates (460-337 A.C.) como el responsable del concepto de psiquiátrica en la ciencia médica; él describe trastornos mentales agudos con fiebre y sin fiebre, histeria y lo que llamó la enfermedad de las escitas (transvestismo). Más adelante, Galeno señala algunas formas clínicas, como la melancolía; sucediendo una regresión del concepto en la Edad Media y comienzos de la Época Moderna, donde nuevamente se entiende que la enfermedad mental se debe a causas sobrenaturales, sino maléficas. Ya en el siglo XVI se reconocen la deficiencia mental y la demencia (Platter, 1536-1614); no obstante, la idea era que los diferentes síndromes se debían solo a un proceso patogénico, hasta que se advierte que cada enfermedad responde a una causa específica. Con el médico francés Philippe Pinet (1745-1826) se reconocen ciertos tipos clínicos fundamentales: manía, demencia e idiotismo; vuelve en esta forma al sistema de clasificación no complejo hipocrático. Se crean con él los primeros asilos o sanatorios psiquiátricos en Francia. Hacia el siglo XIX, la enfermedad mental es considerada como la manifestación de una patología física, investigándose el desarrollo de una enfermedad como base de clasificación. Se dicta en Francia la primera ley sobre alienados, en 1838, la que se ha dicho sirve de base a la ley de 1852, que crea en Chile la “Casa de Orates”. Esta legislación nos rigió hasta la dictación del Código Sanitario, en 1925.

Pero es con Emil Kraepelin (1856-1926) que se ingresa a la Psiquiatría contemporánea; él sintetizó tres enfoques principales: el clínico descriptivo; el somático, y la consideración del curso de la enfermedad. Considerando las enfermedades como entidades nosológicas orgánicas, otorga la repetición de clasificarlas en base a su etiología, curso y resultado de ellas. Dentro de su sistema de clasificación incluye por primera vez los conceptos de “neurosis psicógena y personalidades psicopáticas”. Cabe a J. Prichart (1835) la responsabilidad de haber manifestado por primera vez los trastornos de personalidad en estas clasificaciones. Por su parte, A. Koch (1891) aporta el concepto de “personalidad psicopática”; y, finalmente, los conceptos dinámicos de Freud rebasan el concepto de enfermedad mental de tal modo que la lleva a las formas de desviación de la personalidad. Los especialistas hoy se lanzan en la búsqueda nosográfica de especies morbosas, se trata de describir cuadros y evoluciones típicas dando lugar a la Psiquiatría contemporánea, que debe proporcionar un esquema de diagnóstico y pronóstico, previa observación de los trastornos mentales. Se afirma que todas las clasificaciones actuales sobre las enfermedades mentales giran en una u otra forma en torno a las nueve clasificaciones kraepelinianas. Para otros, los modelos de clasificación no existen, pues se trata de una mezcla extraordinaria de ítem en número casi indefinido, que se supone está destinado a poner orden en las estadísticas, pero que en realidad constituyen un laberinto más tendiente a falsear los problemas que a resolverlos. . (Romo, 2000: p. 499)

2° Definición.

Don Eduardo Hamilton: Consiste en una falta absoluta o relativa de facultades intelectuales, afectivas y volitivas, de carácter más o menos permanente, o un desorden, o desequilibrio entre estas facultades.

Nerio Rojas: Es un trastorno general y persistente de las funciones intelectuales, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo, y que impide



la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, sin provecho para sí mismo ni la sociedad.

Eduardo Vargas: Por enajenación mental se entiende una enfermedad mental transitoria o permanente, que produce falta de autocrítica sobre el carácter patológico del propio estado, que altera las funciones mentales superiores (razonamiento, comprensión, análisis, orientación, memoria, etc.), que desadapta familiar o socialmente al individuo, cuya conducta se torna más o menos peligrosa o inapropiada respecto a sí mismo o a su medio ambiente.

Profesor José María Rodríguez Devesa: Se entiende un proceso morboso del cerebro que transforma las leyes y fenómenos psíquicos en términos que afectan a la personalidad del sujeto que lo padece. Psicosis y enfermedad mental son expresiones equivalentes. En cambio no tiene este significado las palabras vulgares locura y demencia.

Tieghi: Se considera a aquella como una conducta, un síndrome psicológico o un patrón clínicamente significativo que aparece en el sujeto, asociado de modo típico a un síntoma perturbador o deterioro funcional.

Vicente P. Cabello Es el resultado de un proceso cerebral, orgánico o funcional, que poniéndose de manifiesto mediante síntomas provistos de tipicidad, acepta una etiología reconocida o postulada, en cuya virtud se produce una alteración de la personalidad que imposibilita adoptar una conducta acorde con los valores sociales en vigencia. . (Silva, 1995: p. 36-37)

3° Causas.

En relación al individuo hay una multiplicidad de factores que interactúan dentro del plano biológico, psicológico y sociocultural; tales factores podemos definirlos como desencadenantes, predisponentes y modificantes de estos trastornos; siendo los primeros aquellos representados por hechos que en forma sorpresiva ocurren con precedencia a la aparición de la enfermedad mental. En cuanto a lo segundo, representan situaciones que se dan con alguna asiduidad en el sujeto, de modo de desempeñarse con cierta cronicidad a su respecto. Finalmente, en el caso de los factores modificantes, son aquellos que representan en el sujeto un cambio considerable en su esquema habitual y primigenio de vida. Los factores interactuantes incidirán en el sujeto de acuerdo a cantidad, intensidad y frecuencia, abundando otros elementos constitucionales y de prevalencia para configurar el cuadro anómalo psíquico. Para la generalidad de los especialistas, en el desarrollo de las enfermedades mentales siempre existen causas concurrentes.

O. Bunke establece las siguientes:

- Herencia: El individuo depende del genotipo transmitido de generación en generación, y puede requerir del concurso de más de una predisposición. Debe tenerse en cuenta la consanguinidad que puede originar debilidades en cuanto a predisposiciones patológicas, acentuando las tendencias hereditarias de ciertas peculiaridades familiares. La investigación de la herencia de una enfermedad mental permite conocer la existencia de una predisposición hereditaria en su totalidad a determinada enfermedad mental, y si dicha enfermedad la han poseído los descendientes predispuestos antes de su muerte. Una predisposición puede no ser suficientemente intensa para exteriorizarse en el fenotipo. La mayor parte de las variaciones que se producen en una



especie determinada no son hereditarias, y están destinadas a desaparecer, no pudiendo radicarse ni alterar el plasma germinal. Excepción de ello son las mutaciones, esto es, alteraciones transmisibles por herencia, que son el fundamento de una nueva variedad. Estas desviaciones de la de la normalidad se transmiten recesivamente en su mayor parte, por lo que la predisposición patológica se manifestará después de varias generaciones, al coincidir los dos progenitores afectos en la misma predisposición recesiva. Los portadores de una predisposición patológica puede ser que funden familia y tengan hijos. Tal sucede con los estados maníaco-depresivos, la esquizofrenia y la epilepsia.

- **Lesiones Germinales:** Si bien la biología admite que el clima y la alimentación puede influir sobre las células germinales, la experiencia clínica ha demostrado que determinados tóxicos (alcohol) no está claro que dañen la descendencia, más bien estos descendientes son afectados por transmisión hereditaria de enfermedades, no pudiendo afirmarse que el tóxico dañe dichas células. En materia de intoxicaciones, por ejemplo se afirma que la lúes puede originar abortos y nacimientos prematuros, y afectar entonces la próxima generación, existiendo perturbaciones psíquicas innatas que no reconocen otra causa; sin embargo, tales perturbaciones no son frecuentes. Otras enfermedades infecciosas, como la influenza, la fiebre tifoidea y otras afecciones microbianas también son capaces de atacar la descendencia.
- **Causas posteriores al nacimiento:** Se debe mencionar ante todo las infecciones graves, como así también la influenza etiológica de los partos prolongados y las consecuencias de una alimentación insuficiente o inadecuada. Los traumas y afecciones cerebrales, así como las infecciones e intoxicaciones; en cuanto a estas últimas, se citan como ejemplo los procesos esquizofrénicos y una gran parte de las psicosis epilépticas y del climaterio. En ellas se admite la existencia de alteraciones químicas como causa primitiva del trastorno mental observado. Por otra parte, las alteraciones endocrinas originan el problema de averiguar la influencia que en la producción de la psicosis pueden ejercer las perturbaciones de las glándulas endocrinas como son las perturbaciones psíquicas propias del climaterio femenino, y las anomalías psíquicas que se exteriorizan durante el embarazo.
- **Causas Psíquicas:** La existencia de estados y procesos psicopáticos sin aparente alteración orgánica (cerebral), pone de manifiesto el papel de las causas psíquicas en la etiología de las enfermedades mentales. Generalmente existirán otros factores que serán el substrato de la enfermedad desencadenado. Así por ejemplo el trastorno que puede provocar el médico con su intervención en un sujeto con ideas sobrevaloradas hipocondríacas.

Por último se debe analizar aquellos elementos derivados del plano social del medio ambiente del sujeto. (Romo, 2000: p. 504-506)



4º Clasificación.

4.1) Generalidades.

Una de las materias más complejas en la Psiquiatría es la clasificación de las enfermedades mentales, toda vez que existen criterios diferentes para ello. Incluso ciertas enfermedades mentales son encasilladas en distintos grupos, según los patrones que se empleen, como por ejemplo su etiología, y según los adelantos de la investigación en la Psiquiatría.

Desde antiguo se diferenciaron la epilepsia, el delirio, la oligofrenia y la histeria, por tener características o manifestaciones distintas. En el largo período de la Edad Media hubo un retroceso o ninguna novedad. Posteriormente Pinet, por el año 1801, hace una importante clasificación. Distingue la manía, la melancolía, la demencia y la idiocía. Más adelante aparecen otras, de Hecker, Nalbaum, Kraplin, Bleuler, Schneider, etc. También en una serie de conferencias y congresos internacionales sobre Psiquiatría, Criminología, Neuropsiquiatría, se presentaron y aprobaron algunas clasificaciones. . (Silva, 1995: p. 45-47)

4.2) Diversas Clasificaciones.

4.2.1) Clasificación de Guillermo Uribe Cualla.

- Sicopatías por Lesión
 - 1) Sicopatías Orgánicas
 - a) Idiotez, Imbecilidad y Debilidad Mental.
 - b) Mixedema
 - c) Epilepsia
 - d) Parálisis General
 - e) Demencia Precoz
 - f) Demencia Senil
 - g) Demencia Orgánica
 - 2) Sicopatías Toxico infecciosas
 - a) Neurastenia
 - b) Confusión Mental
- Sicosis Constitucionales
 - a) Paranoia
 - b) Locura Moral
 - c) Mitomanía
 - d) Manía Melancólica
 - e) Hiperemotividad

4.2.2) Clasificación de las enfermedades mentales en Rusia (Sluchevski)



- 1) Esquizofrenia
- 2) Epilepsia
- 3) Sicosis maniaco-depresiva
- 4) Arteriosclerosis cerebral y otras enfermedades vasculares
- 5) Sicosis preseniles
- 6) Sicosis seniles
- 7) Sífilis del cerebro
- 8) Parálisis general progresiva
- 9) Sicosis motivada por infecciones y enfermedades virulentas
- 10) Sicosis alcohólicas y alcoholismo crónico
- 11) Narcomanías
- 12) Trastornos síquicos relacionados con enfermedades de los órganos internos, avitaminosis y trastorno de metabolismo. Endocrinopatías con alteración síquicas
- 13) Trastornos síquicos en los traumatismos cerebrales
- 14) Lesiones orgánicas del sistema nervioso
- 15) Oligofrenia
- 16) Desarrollo patológico de la personalidad (sicopatías)
- 17) Neurosis, siconeurosis o estados reactivos
- 18) Otras enfermedades neurosíquicas

4.2.3) Clasificación de las enfermedades mentales según Kraepelin.

- 1) Alteraciones en los traumatismos craneales.
- 2) Alteraciones síquicas en otras encefalopatías orgánicas
- 3) Alteraciones en las intoxicaciones (endógenas y exógenas)
- 4) Alteraciones mentales en las enfermedades e infecciones
- 5) Alteraciones mentales en la sífilis
- 6) Procesos arterioscleróticos y de regresión
- 7) Epilepsia genuina
- 8) Esquizofrenia (comprendía la demencia precoz y las parefrenías)
- 9) Sicosis maniaco-depresiva (comprendía la predisposición maniaco-depresiva y la sicosis maniaco-depresiva: manía, melancolía y estados mixtos)
- 10) Las sicopatías (incluidas las personalidades histéricas). Entre ellas las nerviosas, neurosis obsesivas, excitables, inestables, débiles de voluntad, impulsivos, impulsivos patológicos, perversos sexuales, discutidores extravagantes, mentirosos, personalidades histéricas, camorristas y asociales.
- 11) Reacciones sicógenas (comprendía neurosis y sicosis de situación, estados nerviosos y reacciones histéricas).
- 12) Paranoia
- 13) Oligofrenias
- 14) Casos oscuros

4.2.4) Clasificación de las enfermedades mentales según Cousiño.

- Perturbaciones Mentales

- 1) Personalidades Paratípicas
 - a) Cicloide



- b) Esquizoide
 - c) Paranoide
 - d) Explosiva
 - e) Perversa
- 2) Psiconeurosis
- a) Histérica
 - b) Obsesivo-compulsiva
 - c) Psicastenia
 - d) De ansiedad
- 3) Oligofrenias
- a) Idiotismo
 - b) Imbecilidad
 - c) Debilidad mental
- 4) Disfrenias (Psicosis)
- a) Endógenas
 - Esquizofrenia
 - Manías y depresiones
 - Epilepsia
 - Paranoia
 - b) Exógenas
 - Orgánicas y toxicoinfecciosas
 - Demencia senil
- 4.2.5) Clasificación de las enfermedades mentales del V Congreso Brasileño de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal.
- 1) Psicosis por infecciones
- a) Trastornos agudos
 - b) Estados mentales consecutivos
- 2) Psicosis debidas a la sífilis
- a) Parálisis general
 - b) Otras formas
- 3) Psicosis exotóxicas
- a) Alcoholismo
 - b) Toxicomanías
 - c) Profesionales
 - d) Accidentales
- 4) Psicosis endotóxicas
- a) Por alteraciones viscerales funcionales
 - b) Por alteraciones metabólicas



- c) Por alteraciones endocrinas
- d) Otras formas

- 5) Psicosis por lesiones cerebrales
 - a) Demencia senil
 - b) Arteriosclerosis cerebral
 - c) Traumatismos craneanos
 - d) En el curso de tumores intracraneanos
 - e) Otras formas como enfermedad de Alzheimer, de Pick, etc

- 6) Oligofrenia
 - a) Debilidad mental
 - b) Imbecilidad
 - c) Idiotez

- 7) Epilepsias
 - a) Psicosis epilépticas
 - b) Otras formas

- 8) Esquizofrenias
 - a) Forma simple, hebefrénica o catatónica
 - b) Formas paranoides o parafrénicas
 - c) Paranoia

- 9) Psicosis maniaco-depresivas
 - a) Formas maniacas
 - b) Formas melancólicas
 - c) Formas mixtas
 - d) Otras formas, como las marginales

- 10) Psicosis Mixtas o asociadas

- 11) Psicosis Psicógenas, como las de situación o reactivas

- 12) Neurosis
 - a) Estados histéricos de conversión
 - b) Estados ansiosos
 - c) Estados fóbicos
 - d) Estados compulsivos
 - e) Estados neurasténicos
 - f) Órgano-neurosis
 - g) Neurosis traumática

- 13) Personalidades psicopáticas (Silva, 1995: p. 47-51)

4.2.6) Clasificaciones contemporáneas.

4.2.6.1) Generalidades.



Las dos clasificaciones que más se utilizan dentro del ámbito internacional son la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sin lugar a dudas arranca de la necesidad cada vez más intensa de definir la salud en general, que es amplia y exhaustiva y que pretende abarcar todo tipo de alteración mental, aun cuando se advierte en ella el concepto de trastorno mental, lo que paradójicamente la convierte en rígida, atendida la circunstancia de que no hay posibilidad de introducir nuevas alteraciones o comportamientos dentro de la referida calificación. Por otra parte tenemos el DSM IV, esto es, la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, precedido por los anteriores DSM-I, DSM-II y DSM III. El equipo redactor de ellos es la Asociación Psiquiátrica Americana de Estados Unidos, la que después de un trabajo de seis años, presenta sus conclusiones. Se pretende, con esta clasificación, la agrupación de todas las depresiones bajo el término de trastornos afectivos; se desglosa el término neurosis, que conceptualmente se integran dentro de los trastornos de la ansiedad. Su expansión y publicidad por todo el orbe, y el enfoque multiaxial que emplea en su desarrollo, según una valoración sobre cinco tipos primarios de información, consiguen crear un lenguaje común para una comunicación en la descripción de la clínica, lo que a la postre devenga la posibilidad de investigación de los especialistas; así también incluye la descripción de diagnósticos diferenciales empleando y creando criterios de exclusión.

4.2.6.2) Síntesis de las clasificaciones

- Clasificación del DMS IV

1º Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

El manual agrupa en este apartado los trastornos que surgen en esta edad (aunque no necesariamente se diagnostiquen durante la infancia o adolescencia).

- Retraso mental
- Trastornos del aprendizaje
- Trastorno de las habilidades motoras
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador
- Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez
- Trastornos de tics
- Trastornos de la eliminación
- Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:

2º Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

El manual los define como un déficit clínicamente significativo en las funciones cognoscitivas o en la memoria que representa un cambio en relación con el nivel previo de actividad. Pueden ser:

- Delirium o delirio
 - Delirium debido a enfermedad médica
 - Delirium inducido por sustancias
 - Delirium por abstinencia de sustancias
 - Delirium debido a múltiples etiologías
 - Delirium no especificado



- Demencia
 - Demencia tipo Alzheimer
 - Demencia vascular
 - Demencia debida a enfermedad por VIH
 - Demencia debida a traumatismo craneal
 - Demencia debida a enfermedad de Parkinson
 - Demencia debida a enfermedad de Huntington
 - Demencia debida a enfermedad de Pick
 - Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
 - Demencia debida a otras enfermedades médicas
 - Demencia persistente inducida por sustancias
 - Demencia debida a múltiples etiologías
 - Demencia no especificada
 - Trastornos amnésicos
 - Trastorno amnésico debido a enfermedad médica
 - Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias
 - Trastorno amnésico no especificado
 - Trastorno cognoscitivo no especificado
- 3° Trastornos mentales debidos a enfermedad médica
- Trastorno catatónico debido a enfermedad médica
 - Cambio de personalidad debido a enfermedad médica
 - Trastorno mental no especificado debido a enfermedad médica
- 4° Trastornos relacionados con sustancias
- Abuso de sustancias
 - La dependencia de sustancias
 - Trastornos relacionados con el alcohol
 - Trastornos relacionados con alucinógenos
 - Trastorno relacionados con anfetaminas
 - Trastornos relacionados con la cafeína
 - Trastornos relacionados con cannabis
 - Trastornos relacionados con cocaína
 - Trastornos relacionados con inhalantes
 - Trastornos relacionados con nicotina
 - Trastornos relacionados con opiáceos
 - Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 - Trastorno relacionado con varias sustancias
 - Trastornos relacionados con otras sustancias o con sustancias desconocidas
- 5° Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Esquizofrenia.



- Trastorno esquizofreniforme.
- Trastorno esquizoafectivo.
- Trastorno delirante.
- Trastorno psicótico breve.
- Trastorno psicótico compartido
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica.
- Trastorno psicótico inducido por sustancias.
- Trastorno psicótico no especificado.

6° Trastornos del estado de ánimo

- Episodios afectivos
- Trastornos depresivos
- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo no especificado

7° Trastornos de ansiedad

- Trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

8° Trastornos somatomorfos

- Trastorno de somatización
- Trastorno somatomorfo indiferenciado
- Trastorno de conversión
- Trastorno por dolor
- Hipocondría
- Trastorno dismórfico corporal
- Trastorno somatomorfo no especificado

9° Trastornos facticios

- Trastorno facticio
- Trastorno facticio no especificado

10° Trastornos disociativos

- Amnesia disociativa
- Fuga disociativa
- Trastorno de identidad disociativo



- Trastorno de despersonalización
- Trastorno disociativo no especificado

11° Trastornos sexuales y de la identidad sexual

- Trastornos sexuales
- Parafilias
- Trastornos de la identidad sexual
- Trastorno sexual no especificado

12° Trastornos de la conducta alimentaria

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

13° Trastornos del sueño

- Trastornos primarios del sueño
- Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental
- Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica
- Trastorno del sueño inducido por sustancias

14° Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

- Trastorno explosivo intermitente
- Cleptomanía
- Piromanía
- Juego patológico
- Tricotilomanía
- Trastorno del control de los impulsos no especificado

15° Trastornos adaptativos

- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso
- Trastorno adaptativo mixto con estado de ánimo depresivo y ansioso
- Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento
- Trastorno adaptativo con alteración mixta del comportamiento y de las emociones.

16° Trastornos de la personalidad

Grupo A:

- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno esquizotípico de la personalidad

Grupo B:



- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno narcisista de la personalidad

Grupo C:

- Trastorno de personalidad por evitación
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- Trastorno de la personalidad no especificado

17° Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

- Factores psicológicos que afectan al estado físico
- Trastornos motores inducidos por medicamentos
- Problemas de relación
- Problemas relacionados con el abuso o la negligencia
- Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención médica

- Clasificación internacional de la OMS 10ª Revisión

F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
F00	Demencia en la enfermedad de Alzheimer
F01	Demencia vascular
F02	Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar
F03	Demencia sin especificación
F04	Síndrome amnésico orgánico no incluido por alcohol u otras sustancias psicótropas
F05	Delirium no incluido por alcohol u otras sustancias psicótropas
F06	Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática
F07	Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
F09	Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opiodes
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos



F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína)
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos
F17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas
F20-29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
F20	Esquizofrenia
F21	Trastorno esquizotípico
F22	Trastornos de ideas delirantes persistentes
F23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F24	Trastorno de ideas delirantes inducidas
F25	Trastornos esquizoafectivos
F28	Otros trastornos psicóticos no orgánicos
F29	Psicosis no orgánica sin especificación
F30-39	Trastornos del humor (afectivos)
F30	Episodio maniaco
F31	Trastorno bipolar
F32	Episodios depresivos
F33	Trastorno depresivo recurrente
F34	Trastornos del humor (afectivos) persistentes
F38	Otros trastornos del humor (afectivos)
F39	Trastornos del humor (afectivos) sin especificación
F40-49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F40	Trastornos de ansiedad fóbica
F41	Otros trastornos de ansiedad
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo
F43	Reacciones a estrés grave y trastorno de adaptación
F44	Trastornos disociativos (de conversión)
F45	Trastornos somatomorfos
F48	Otros trastornos neuróticos
F50-59	Trastorno del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos



F50	Trastornos de la conducta alimentaria
F51	Trastornos no orgánicos del sueño
F52	Disfunción sexual no orgánica
F53	Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar
F54	Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar
F55	Abuso de sustancias que no producen dependencia
F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación
F60-69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F60	Trastornos específicos de la personalidad
F61	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
F62	Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral
F63	Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
F64	Trastornos de la identidad sexual
F65	Trastornos de la inclinación sexual
F66	Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales
F68	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación
F70-79	Retraso mental
F70	Retraso mental leve
F71	Retraso mental moderado
F72	Retraso mental grave
F73	Retraso mental profundo
F78	Otros retrasos mentales
F79	Retraso mental sin especificación
F80-89	Trastornos del desarrollo psicológico
F80	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
F81	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar
F82	Trastorno específico del desarrollo psicomotor
F83	Trastorno específico del desarrollo mixto
F84	Trastorno generalizado del desarrollo
F88	Otros trastornos del desarrollo psicológico



F89	Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación
F90-98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
F90	Trastornos hipercinéticos
F91	Trastornos disociales
F92	Trastornos disociales y de las emociones mixtos
F93	Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia
F94	Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
F95	Trastornos de tics
F98	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
F99	Trastorno mental sin especificación

4.3) Referencia a los Grandes Síndromes Psiquiátricos. (Sainsbury, 1978: p. 127)

- Psicosis.
- Neurosis.
- Trastornos de la Personalidad.
- Desviaciones y Trastornos Sexuales.
- Retraso Mental.

1° Psicosis.

a) Concepto.

Trastorno mental generalmente severo que desorganiza la personalidad, incapacita psicológicamente al sujeto y lo desconecta del mundo real al tomar por verdaderas sus propias producciones mentales patológicas (alucinaciones, ideas delirantes, etc.). Otro rasgo distintivo del paciente psicótico es que carece de conciencia de enfermedad mental, es decir, no se considera enfermo.

b) Clasificación.

Las psicosis pueden ser divididas siguiendo a K.Schneider (1948 y 1951) de la siguiente manera:

b.1) Psicosis de fundamento somático desconocido: también denominadas psicosis endógenas o funcionales (el término funcional se prefiere al de endógeno), representadas principalmente por las esquizofrenias y las psicosis afectivas, depresión unipolar, psicosis maníaco-depresiva o enfermedad afectiva bipolar, etc.

b.2) Psicosis de fundamento somático conocido: son también llamadas Psicosis somatógenas, y en la vieja tradición psiquiátrica se les conoce como Psicosis exógenas por oposición a las psicosis endógenas. Se pueden deslindar las siguientes subcategorías:

- Psicosis sintomáticas: de etiología originariamente extraencefálica (es decir, la causa no tiene su asiento en el encéfalo), sin sustrato cerebral



histopatológico, o cuando más, con alteraciones cerebrales reversibles. Presentan sintomatología aguda y reversible. El modelo sindrómico más representativo (se habla de modelo sindrómico más representativo porque es el que se ve de preferencia; sin embargo no resulta extraño observar otros cuadros patológicos) es el síndrome de obnubilación de la conciencia, también llamado síndrome exógeno agudo, síndrome confusional, síndrome confuso-onírico, delirium, etc.). Entre los factores etiológicos de las psicosis sintomáticas están las infecciones, las enfermedades metabólicas, las enfermedades endocrinas, etc.

- Psicosis orgánicas: determinadas por procesos orgánicos cerebrales que provocan daño de la célula nerviosa. Son psicosis crónicas y generalmente irreversibles. El modelo sindrómico más representativo es el síndrome demencial o psicosis orgánica. Entre los factores etiológicos de estas psicosis se encuentran los tumores cerebrales, los traumas craneales, las alteraciones cerebro-vasculares, la sífilis neurológica o neurosífilis, etc.
- Psicosis exotóxicas: provocadas por agentes tóxicos provenientes del exterior como el plomo, el manganeso, el mercurio, el óxido de carbono, el alcohol. No tienen un modelo sindrómico característico. Se pueden observar síndromes de obnubilación de la conciencia y síndromes demenciales, entre otros.

2° Neurosis.

a) Concepto.

Una de las características más importantes de las neurosis es que son trastornos originados por "traumas" psicológicos. De acuerdo con el modelo teórico psicodinámico, uno de los tantos que pretende explicar el origen de los trastornos mentales, las neurosis surgen como consecuencia de conflictos intrapsíquicos que, no obstante ser reprimidos por inaceptables y dolorosos para el sujeto, generan angustia, una emoción extremadamente penosa y que termina por resultar insoportable. La angustia se convierte así en "la fuente dinámica común de las neurosis". Sin embargo, en la neurosis de angustia, "subforma básica" de las neurosis, no hay interposición de mecanismo de defensa alguno, expresándose la angustia libremente como angustia flotante.

Para controlar la angustia el individuo suele recurrir a mecanismos de defensa o de adaptación patológicas. El tipo de neurosis que se constituye resulta del mecanismo de defensa utilizado. En la histeria los mecanismos de defensa operantes son la conversión y la disociación; en la neurosis fóbica, el desplazamiento, etc.

Para la teoría del aprendizaje, otro de los importantes modelos teóricos que intentan explicar el hecho psicopatológico, las neurosis, por el contrario, son pautas patológicas de conductas, aprendidas que surgen cuando el individuo se ve enfrentado a estímulos psicológicos dolorosos e intolerables y, desde luego, se ve obligado a reaccionar ante ellos.

b) Clasificación.

Las neurosis se clasifican de la siguiente manera:



b.1) Neurosis de angustia: En su concepción tradicional, la neurosis de angustia es definida por la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud como "Combinaciones varias de manifestaciones físicas y mentales, no atribuibles a un peligro real, y que se presentan ya sea de manera de ataques o bien como un estado persistente. La ansiedad es generalmente difusa y puede llegar al pánico". Esta definición, que parte del carácter unitario de la neurosis de angustia (integrada tanto por ataques de angustia como por estados persistentes de ansiedad) está siendo fuertemente cuestionada, y tiende a ser abandonada en la actualidad. Un conjunto de observaciones muy sólidas sugieren que lo que hasta ahora había sido considerada como entidad única, está en realidad constituida por cuadros clínicos que presentan notables diferencias clínicas, terapéuticas y hasta etiológicas.

b.2) Neurosis histérica (conversiva y disociativa): La histeria de conversión se manifiesta a través de trastornos somáticos de naturaleza funcional (pérdida o distorsión de una función corporal), en cuya base no existe substrato orgánico alguno que los explique. Es tal el polimorfismo de sus síntomas que el gran clínico inglés Sydenham, dijo en el siglo XVII que la histeria imitaba casi todas las enfermedades que afectan al género humano.

b.3) Neurosis fóbica: La neurosis fóbica es definida como una alteración en la cual el rasgo psicopatológico esencial es el miedo excesivo, persistente e irracional a un objeto (por ejemplo, miedo a los animales como en las fobias simples o específicas), a una actividad (por ejemplo, hablar en público, como en las fobias sociales) o a una situación específica (por ejemplo, estar solo en lugares públicos como en la agorafobia), lo cual conduce al individuo afectado a evitar el objeto, la actividad y la situación temidos, es decir, a huir de los estímulos fobógenos. Dicho temor, además, es reconocido por el propio sujeto como excesivo e irracional y produce cierto grado de deterioro social y laboral.

b.4) Neurosis obsesivo-compulsiva: La neurosis obsesivo-compulsiva (o trastorno obsesivo-compulsivo) es una afección de curso crónico, cuyos síntomas predominantes son las obsesiones y las compulsivas. Las obsesiones son ideas iterativas, absurdas, indeseadas, que se imponen a la conciencia del sujeto en contra de su voluntad y que determinan intensas manifestaciones de angustia. Las compulsiones son actos repetitivos que, al igual que las obsesiones, están fuera del control voluntario del sujeto.

b.5) Neurosis depresiva: Esta neurosis es englobada dentro de los trastornos del estado de ánimo.

b.6) Neurastenia: En el origen de la depresión neurótica se ponen de manifiesto situaciones conflictivas que datan generalmente de la infancia, tales como pérdida o separación de los padres, desarmonía en las relaciones padre-hijo, tensiones intrafamiliares, etc. Habitualmente estos sujetos suelen exhibir ya que en edades tempranas algunos rasgos de la serie neurótica, como por ejemplo, trastornos del habla, enuresis, temores nocturnos, ansiedad, etc. Sometida más tarde, en la edad adulta, a nuevas situaciones de tensión (incluidas no solamente las tensiones psicológicas sino también las biológicas, como por ejemplo, ciertas fases críticas del desarrollo como el



embarazo, el parto, el puerperio, etc.), la persona puede desarrollar fácilmente un cuadro depresivo neurótico.

b.7) Hipocondría: (Hipocondría o Trastorno Hipocondríaco) La Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales define la hipocondría de la siguiente manera: Trastorno neurótico cuyas características conspicuas son la preocupación excesiva por la salud propia en general o por la integridad y el funcionamiento de alguna parte del propio cuerpo o, con menos frecuencia, de la propia mente. Usualmente está asociada con ansiedad y depresión; y puede presentarse como un trastorno mental severo.

c) Diferencias entre Neurosis y Psicosis.

Son muchas las diferencias que separan las neurosis de las psicosis. Se enunciarán las más sustantivas:

- En el plano etiopatogénico, porque en la estructuración de las neurosis siempre participan conflictos psicológicos y, en cambio, el establecimiento de la psicosis obedece fundamentalmente a un proceso morboso corporal o a una disposición endógena constitucional (psicosis somatógenas y endógenas respectivamente o dicho en términos más actuales, psicosis orgánicas y funcionales).
- En el plano sintomatológico, porque las manifestaciones mórbidas son mucho más intensas en las psicosis, quedando reducidas en las neurosis a una cierta disminución de la libertad frente a sí mismo, esto es, la libertad interior (en la psicosis, la pérdida de libertad frente a sí mismo es mayor), y a la aparición de la angustia que impregna todo el ser. No está demás insistir con respecto a las psicosis en la pérdida del sentido de la realidad (alucinaciones, ideas delirantes), que está muy relacionada con la pérdida de la libertad frente a sí mismo. Habría que añadir que mientras el neurótico se reconoce enfermo y acude espontáneamente al psiquiatra, el psicótico por el contrario no se considera portador de ningún trastorno y por lo tanto, no solamente no busca la ayuda del psiquiatra, sino que puede incluso oponerse activamente a ello.

3° Trastorno de la Personalidad.

a) Historia.

A Philippe Pinet se le acredita el mérito de haber descrito a comienzo del siglo XIX por primera vez este trastorno con el nombre de manía sin delirio. En 1835 el médico inglés James C. Pritchard acuña el término de locura moral para referirse al mismo disturbio. Koch en 1891 introduce un concepto de inferioridad psicopática. En 1923 Kurt Schneider publica en Alemania su libro Las personalidades psicopáticas que ha ejercido una influencia decisiva sobre muchos aspectos conceptuales básicos del problema. Sus tipos clínicos psicopáticos, a saber, el hipertímico, el depresivo, el inseguro de sí mismo, el fanático, el necesitado de estimación, el lábil de ánimo, el explosivo, el desalmado, el abúlico y el asténico, perviven en la Asociación Psiquiátrica Norteamericana como en la OMS.

b) Definición.



La décima revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, define los trastornos de la personalidad como alteraciones graves de la constitución caracterológica y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden directamente de enfermedades, daños o de otros traumas del cerebro, ni de otros trastornos psiquiátricos. Habitualmente comprometen varias áreas de la personalidad y casi siempre se acompañan de considerable sufrimiento personal (ansiedad y depresión y de desorganización de la vida social. Generalmente se manifiesta desde la infancia o desde la adolescencia, manteniéndose durante la vida adulta.

A todo esto habría que agregar, en algunos trastornos de la personalidad, la dificultad para colocarse en el lugar del otro, es decir, la incapacidad para empatizar.

Pese a que existen muchos tipos clínicos de trastornos de la personalidad, han sido identificados algunos rasgos comunes, si no a todos, a muchos de ellos, como se puede inferir de la definición que ha sido transcrita:

1) Los trastornos de la personalidad se expresan a través de trastornos (graves) del carácter y de la conducta (el carácter y la conducta son precisamente las manifestaciones objetivas de la personalidad, que en cierta manera, es una abstracción, una construcción teórica).

2) No son debidos dichos trastornos, al menos directamente, a una lesión cerebral (es decir, a un daño orgánico) ni a otro trastorno psiquiátrico. Por tanto, según este criterio, de exclusión, el trastorno de la personalidad no es debido a un trastorno mental orgánico, a una psicosis, a una neurosis, a un retraso mental ni a cualquier otra afección mental.

3) Habitualmente el trastorno comienza en la infancia y en la adolescencia y continúa durante la edad adulta, con tendencia a experimentar cierta mejoría en la edad madura y en la vejez. Se trata por tanto, de un padecimiento esencialmente duradero, crónico

4) Debido a las persistentes alteraciones de su conducta, estos sujetos son propensos a sufrir y a provocar el sufrimiento de cuantas personas les rodean.

5) Es manifiesto en ellos la incapacidad para colocarse en lugar de las otras personas.

c) 1º Clasificación según la Asociación Psiquiátrica Norteamericana

c.1) Extraños o excéntricos

- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno esquizotípico de la personalidad

c.2) Teatrales, emotivos y volubles

- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad



- Trastorno narcisista de la personalidad

c.3) Ansiosos o temerosos

- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- Trastorno pasivo- agresivo de la personalidad

2° Clasificación Internacional de Enfermedades.

- Trastorno paranoide de la personalidad.
- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- Trastorno asocial de la personalidad.
- Personalidad emocionalmente inestable.
- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno anancástico de la personalidad.
- Personalidad ansiosa
- Personalidad dependiente.

4° Trastornos de la Conducta Sexual.

a) Historia.

Dentro de una línea de investigación a la cual se puede atribuir ya un cierto carácter científico, se debe situar al psiquiatra alemán Krafft-Ebing (1840-1902) como un auténtico pionero en el área de la sexualidad humana. En 1886 publicó su *Psychopathia sexualis*, que aún hoy día por la magistral descripción de sus cuadros clínicos, constituye un estupendo estudio de las desviaciones sexuales. Con esta obra Krafft-Ebing contribuye de manera notable a fijar dentro de ciertos lineamientos empíricos, el problema de las llamadas entonces "aberraciones sexuales".

Si bien es cierto que esta obra en general, tiene un balance positivo, no lo es menos que, dado el inmenso prestigio de que gozaba el autor, muchos errores contenidos en su obra tendieron a consagrarse como grandes verdades como por ejemplo, el atribuir carácter patológico a la masturbación y sostener la heredabilidad de las desviaciones sexuales.

Henry Havelock Ellis, médico inglés nacido en 1859 y muerto en 1939, vivió gran parte de su vida bajo los rígidos principios morales del puritanismo victoriano. Este clima de torpe oscurantismo, muy tempranamente orientó a su espíritu inquieto y de penetrante curiosidad intelectual, a "develar los misterios del sexo". Fruto de su admirable capacidad creadora es una producción vasta y de altísima calidad donde destacan sus *Estudios sobre la psicología del sexo*, escrito en siete volúmenes, apareciendo el primero de ellos en 1898. Sus obras fueron calificadas de obscenas por la censura inglesa de la época y, una de ellas, *La inversión sexual*, fue prohibida por la censura. Muchas de las propuestas de Ellis en torno a la sexualidad mantienen aún plena vigencia.

El trabajo de Freud publicado en 1905 consiste en tres ensayos sobre una teoría de la sexualidad, donde el creador del psicoanálisis introduce la teoría de la libido, a la



vez que describe la actividad sexual en el niño, destruyendo el mito prevaleciente hasta entonces de que la infancia era sexualmente neutra.

Alfred Charles Kinsey (1894 – 1956), es un zoólogo norteamericano que en 1948 sorprendió al mundo científico con su libro *Conducta sexual del varón* elaborado en base al método de las encuestas. El trabajo de Kinsey condujo a un notable cambio en los conceptos dominantes en la sociedad norteamericana de entonces sobre determinadas conductas sexuales tales como la masturbación, la homosexualidad, las experiencias prematrimoniales, etc. El estudio reveló, en contra de las creencias generalmente aceptadas, una alta incidencia de homosexualidad, prácticas masturbatorias, relaciones buco-genitales y otras conductas sexuales consideradas tabúes.

Willian Masters, Ginecólogo, y Virginia Johnson, psicóloga, ambos norteamericanos, fundadores de la "Reproductive Biology Research Foundation" de San Luis, Missouri, publicaron en 1966 una obra que pronto alcanzó gran notoriedad. *Respuesta Sexual Humana*. En este libro, escrito tras once años de investigaciones, se describe por primera vez en términos rigurosamente científicos la filosofía de la respuesta sexual humana. Es ya clásica la división que hacen Masters y Johnson de la respuesta sexual: excitación, meseta, orgasmo y resolución. En 1970 los mismos autores dieron a la luz el libro *Human Sexual Inadequacy*, donde estudian las disfunciones sexuales y se fijan las bases para una nueva técnica de tratamiento basada en la terapia de conducta. La mayoría de los métodos de terapia sexual utilizados en la actualidad, se fundamentan en los principios de Masters y Johnson.

En 1974 la Asociación Psiquiátrica Norteamericana excluye la homosexualidad de sus manuales argumentando que, lo que hasta entonces había sido considerada una parafilia, no constituye en realidad un trastorno mental. Este punto de vista de la Asociación Psiquiátrica Americana, no era compartido por las Asociaciones Psiquiátricas de otros países, ni tampoco por la OMS, hasta 1987, fecha en la cual esta organización sintoniza con la Asociación a través de un borrador de la décima revisión de la clasificación de enfermedades, que entró en circulación a partir de 1993.

Entre los cambios sociales que ha llevado a una transformación profunda de la sexualidad merecen citarse: la adquisición de mayores derechos ciudadanos y mejoras económicas por parte de la mujer; el desarrollo de los medios de comunicación y transporte masivos; el descubrimiento de métodos de control de natalidad como amplio rango de seguridad (anticonceptivos hormonales, etc.) que han hecho posible separar la sexualidad de la reproducción.

b) Clasificación.

Los trastornos sexuales son registrados por la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS que rigió a partir de 1993 en dos categorías separadas: por una parte, las disfunciones son estudiadas dentro del grupo de trastornos denominado disfunciones fisiológicas asociadas con factores mentales o conductuales y, por la otra, las parafilias y los trastornos de la identidad sexual, dentro de los trastornos de la personalidad.

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana establece la siguiente clasificación:

-Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Son los relacionados con la sexualidad. Son de tres tipos:



- Trastornos sexuales: las llamadas disfunciones sexuales, entendidas como alteraciones del deseo, cambios psicofisiológicos en la respuesta sexual normal, malestar o problemas interpersonales relacionados con el tema:
 - Trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo y trastorno por aversión al sexo)
 - Trastornos de la excitación sexual (en la mujer y de la erección en el varón)
 - Trastornos orgásmicos (femenino y masculino, y eyaculación precoz)
 - Trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo)
 - Trastorno sexual debido a una enfermedad médica, inducido por sustancias, o no especificado.
- Parafilias: son impulsos sexuales, fantasías, o comportamientos recurrentes e intensos que implican objetos o actividades poco habituales. Sin embargo, para considerarse un trastorno mental debe además causar daño a otro (por ejemplo, la pedofilia), o deteriorar la vida del sujeto:
 - Exhibicionismo
 - Fetichismo
 - Frotismo
 - Pedofilia
 - Masoquismo sexual
 - Sadismo sexual
 - Fetichismo transvestista
 - Voyeurismo
 - Parafilia no especificada (escatología telefónica, clismafilia, zoofilia, necrofilia, coprofilia, urofilia y parcialismo)
- Trastornos de la identidad sexual (disforia de género)
- Trastorno sexual no especificado

La homosexualidad fue eliminada en 1973 del DSM-IV y la ONU la eliminó como trastorno mental el 17 de mayo de 1990, fecha considerada como Día Internacional contra la Homofobia y la Transfobia.

5° Retraso Mental.

a) Introducción.

El retraso mental (deficiencia mental, retardo mental, subnormalidad mental, oligofrenia, déficit mental, debilidad mental, amencia) consiste en una detención del desarrollo mental que se expresa primordialmente por un déficit de la inteligencia. Sin embargo, la sintomatología del retraso mental no queda reducida a una simple insuficiencia, ya que otras áreas de la personalidad se encuentran también afectadas.

Desde Esquirol, a comienzo del siglo XIX, el concepto de retraso mental se ha opuesto al de demencia, en el sentido de que el primero es de origen congénito o de comienzo precoz y el segundo aparece como un deterioro de la inteligencia, luego que ésta ha alcanzado su pleno desarrollo.

Las causas del retraso mental son múltiples y su prevalencia significativamente alta (es una de las alteraciones más comunes en la infancia y la adolescencia). Por último, la asistencia de este problema implica un cúmulo de demandas de tipo social que deben ser cubiertas, y la intervención de la más amplia gama de profesionales, tales como psiquiatras, genetistas, neurólogos, psicólogos, psicopedagogos, etc.



b) Definición.

Hubo una época, durante el período de mayor auge y expansión de la psicometría, en que el retraso mental fue definido en base a los resultados obtenidos en las pruebas de inteligencia. Así, un sujeto que en un test de inteligencia alcanzara una puntuación por debajo del promedio era calificada como retrasado mental, sin tener en consideración sus otras características mentales. Puesto que las pruebas de inteligencia no son capaces de explorar y evaluar otras áreas de funcionamiento psicológico, ocurría que muchos niños diagnosticados de retrasados mentales podían desempeñarse con tanta idoneidad como un niño normal fuera del aula. Como resultado de esta observación, al clásico criterio intelectual, se añadió el de adaptación social, con el fin de que la definición estuviere más acorde con los hechos.

A tono con esta más perspectiva, la Asociación Psiquiátrica Americana define el retraso mental de la siguiente manera: el retraso mental se refiere al funcionamiento intelectual general significativamente por debajo del promedio, asociado a un deterioro de la conducta adaptativa y manifestado durante el período de desarrollo.

En la definición transcrita, el retraso mental se ubica por debajo de un cociente intelectual inferior a 70, o lo que es lo mismo, dos desviaciones estándar por debajo de la medida en un test determinado.

c) Descripción de los Niveles o Grados de Retraso Mental.

c.1) Retraso Mental Leve.

Es denominado también déficit mental o morón. Según el criterio psicopedagógico, los oligofrénicos ubicados en este nivel son educables porque tienen capacidad para la instrucción. Su cociente intelectual es de 50 a 70. Constituye el mayor grupo de retrasados mentales; su frecuencia es alrededor de 85%. Los niños que funcionan en este nivel intelectual, durante el período preescolar, entre 0 y 5 años, pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación y tienen un déficit mínimo en las áreas sensoriomotrices, lo que los diferencia poco de los niños normales, y obliga a establecer el diagnóstico en edades posteriores. Los adolescentes pueden aprender distintas habilidades hasta el nivel de sexto curso. Durante la vida adulta, pueden adquirir fácilmente habilidades de tipo social y profesional que les permitan tener una independencia mínima. No obstante, pueden necesitar orientación y asistencia cuando eventualmente se encuentren sometidos a estrés social y económico.

c.2) Retraso Mental Moderado.

En la psiquiatría tradicional conformaban juntamente con los retrasos mentales graves, el grupo de los imbeciles. Según el criterio pedagógico, los retrasados situados en este nivel son entrenables. Acusan un cociente intelectual de 35 a 49. Representan el 10% de todos los retrasados mentales.

Cuando niños, pueden mantener una conversación y aprender habilidades de comunicación durante el período pre-escolar. Pueden también beneficiarse del aprendizaje de habilidades sociales y laborales, aunque los que siguen estudios son incapaces de progresar más allá de segundo grado. Pueden aprender a viajar de forma independiente por los lugares que les resulten más familiares. Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer normas sociales pueden interferir en sus relaciones interpersonales.



En la adultez, pueden contribuir a su propio mantenimiento efectuando trabajos que no requieren gran habilidad, bajo estrecha supervisión en talleres protegidos o en otros ambientes. Necesitan orientación y supervisión cuando se encuentran en situaciones de estrés. Se adaptan bien a la vida comunitaria, aunque normalmente viven en grupos de viviendas protegidas.

c.3) Retraso Mental Grave.

El retraso mental grave representa el 3 a 4% de la población oligofrénica. Su cociente intelectual es de 20 a 34.

En la niñez, y específicamente durante el período preescolar, se observa un desarrollo motor pobre y el niño adquiere pocas o nulas habilidades verbales para la comunicación. Ya en la etapa escolar, el niño retrasado puede aprender rudimentos de conversación (vocabulario reducido y de frases simples) y de hábitos de higiene (por ejemplo, regulación de esfínteres), mediante entrenamiento.

En la adultez este grupo de retrasados puede realizar tareas sencillas bajo una estrecha supervisión. Deben vivir en viviendas protegidas o en el medio familiar.

c.4) Retraso Mental Profundo.

Antiguamente se llamaba oligofrenia profunda o idiocia. También se le ha denominado custodiables, porque la única acción de ayuda que se puede brindar a estos pacientes es la custodia. Cociente intelectual menor de 20. Constituyen el 1 a 2% de todos los retrasos mentales.

Durante los primeros años del desarrollo estos sujetos muestran una capacidad mínima para el funcionamiento sensoriomotriz. Exigen cuidados y control permanentes. No existe un real desarrollo del lenguaje, que está reducido a palabras aisladas. El desarrollo motor es igualmente pobre. Sin embargo, tanto el lenguaje como la motricidad pueden mejorar algo mediante un entrenamiento adecuado. Es frecuente la incontinencia de esfínteres. Deben vivir en ambientes muy protegidos y estructurados, bien sea con familia o en instituciones apropiadas.

d) Grados de retraso mental.

- Leve 50 – 70
- Moderado 35 – 49
- Grave 20 – 34
- Profundo Menos de 20

e) Diagnóstico.

Hay que comenzar por una relación detallada:

De los antecedentes tanto del paciente como de los padres. Habitualmente en el retraso mental, la información es suministrada por los padres. Dado que un elevado porcentaje de subnormalidad mental es de origen hereditario, es de absoluta necesidad investigar la presencia de trastornos hereditarios en ambas ramas familiares, paterna y materna (hay que tener muy en cuenta que muchos padres tienden a negar la ocurrencia de enfermedades hereditarias en la familia por considerarlas un estigma vergonzoso). Es preciso preguntar a la madre si presentó alguna complicación médica durante el embarazo como rubéola u otras infecciones virales, toxoplasmosis, diabetes, eclampsia,



etc.; si ingirió algún tipo de medicamento de los que se conoce o se supone que son teratógenos, si tiene hábitos alcohólicos (no es necesario que la madre sea una alcohólica declarada para que se produzca el síndrome alcohólico fetal, cantidades que pudieran ser moderadas en otras circunstancias, durante el embarazo pueden producirlo también). Se debe prestar gran atención a los trastornos perinatales (traumas de parto, prematuridad, dificultades respiratorias, hipoxia, infección, etc.) y a las enfermedades sufridas por el niño durante la niñez (meningitis, encefalitis, etc.).

El examen físico puede suministrar datos de gran valor para el diagnóstico. Muchas oligofrenias se acompañan de dismorfias, evidenciables a la simple observación: el tamaño del cráneo (macrocefalia, microcefalia) y la forma (braquicefalia, dolicocefalia, turricefalia, etc.); el aspecto de la cara (los rasgos faciales típicos del síndrome de Down, el hipertelorismo o aumento de separación entre los ojos, el puente nasal liso, los pliegues epicánticos, las orejas de implantación baja y pequeñas, la macroglosia, los trastornos de la dentición, etc.). También hay que tener en cuenta el color y textura de la piel, la altura de velo del paladar, el tamaño de la glándula tiroidea, la estatura, el tamaño del tronco y de las extremidades, los pliegues palmares, etc.

El examen neurológico puede asimismo suministrar datos incipientes sobre el niño retrasado. Puede haber anomalías de tono muscular, tales como rigidez o hipotonía, de los reflejos (ejemplo, hiperreflexia), y del movimiento (movimientos coreatéticos). Se pueden observar alteraciones de los sentidos como el oído y la vista. En uno casos, el niño retrasado parece irritable e hiperactivo, pero en otros se presenta excesivamente quieto. Generalmente hay trastornos de lenguaje. Las convulsiones son frecuentes. El estudio radiográfico y mediante tomografía computarizada está indicado en las craneostenosis (braquicefalia, dolicocefalia, etc.), en la esclerosis tuberosa, en la toxoplasmosis, etc.

Los exámenes de laboratorio son valiosos en aquellos síndromes con marcadores bioquímicos (oligofrenia fenilpirúvica, por ejemplo). En los cuadros en que se sospeche un origen cromosómico, está indicada la determinación del cariotipo.

La exploración se completa con los estudios psiquiátricos y psicológicos. El estudio psiquiátrico está dirigido fundamentalmente hacia los aspectos psicopatológicos del retraso mental. El estudio psicológico tiene como fin evaluar el nivel de funcionamiento intelectual, lo cual tiene importancia no solamente para el diagnóstico, sino también para el tratamiento. Con los lactantes, los test más utilizados son los de Gesell, Bayley y Cattell. Para los niños de más edad se utilizan fundamentalmente el Stanford-Binet y el test de inteligencia de Weschler para niños.

Para detectar lesión orgánica cerebral se ha empleado el test de retención visual de Benton.

El estudio psicológico debe incluir también la exploración de la personalidad la afectividad y la adaptación social.

Capítulo III: Aspectos Legales.

1º Ámbito Penal.

La disposición del Código Penal que alude al tema tratado es el artículo 10 N° 1: "Están exentos de responsabilidad criminal:

1º El Loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se haya privado totalmente de razón"



Desde el punto de vista doctrinal los autores han discutido el caso de la demencia y la locura, como falta de razón y mayoritariamente sostienen algunos autores que no existiría la voluntad, elemento subjetivo del delito.

- Gustavo Labatut Glana: El “Loco o Demente” trae aparejado una imperfección técnica al no tener o haberse contado con el sustrato científico de los vocablos, por lo que coincide con otros autores de actualizar y adecuar esta terminología y salvar su deficiencia mediante una interpretación progresiva, de tal modo de incluir en la norma legal al ser interpretada, toda forma de enajenación mental reconocida por la psiquiatría que destruya o perturbe gravemente la personalidad psíquica, aún cuando no afecte propiamente a la razón, a la inteligencia de modo que abarque las oligofrenias, los estados demenciales y la sicosis, los tres grandes grupos de enfermedades mentales para su época, dejando la interpretación progresiva en manos de los sentenciadores.

Establece sobre el tema que la inimputabilidad por enajenación mental de acuerdo al estado y avances psiquiátricos de esa época, era muy arriesgado conceptualizar y clasificar lo que debía entenderse por enajenación mental porque en muchas enfermedades se desconocía el origen y la anomalía patológica.

Reproduciendo el concepto legal de enajenación mental, contenido en el artículo 16 del Reglamento General para la Organización de los Servicios de Salubridad y Hospitalización y Reclusión de Insanos, de fecha 26 de enero de 1927, y que era el antiguo inciso 2 del artículo 172 del Código Sanitario de 1925, Derogado, "Se entiende por enajenación mental el conjunto de estados psicopatológicos de origen orgánico o funcional más o menos sensibles y permanentes, caracterizados por el impedimento, perversión o función desordenada de los procesos intelectuales, volitivos o afectivos", expresándose ser ésta una definición más amplia que la de enajenación mental, comprendiendo tanto el consciente como el inconsciente de la psiquis.

Respecto al “Intervalo Lúcido”: Enuncia que existen diferencias entre algunas perturbaciones mentales, como las oligofrenias que las clasifica en continuas y permanentes, y las psicosis maniaco depresivas en donde el paciente recobra real o aparentemente la normalidad psíquica.

Señala que los intervalos lúcidos se deben al francés *Régis*, definido "como la supresión temporal y completa de los síntomas de la enfermedad mental". El Profesor Labatut, sostiene que la psiquiatría moderna ha dejado atrás los intervalos lúcidos, toda vez, que en ellos tan solo desaparecen las manifestaciones externas de la insanidad mental y que debemos dejar que el examen psiquiátrico esclarezca estos puntos en cada caso particular, y que si hubo una recuperación de la salud mental del paciente que ha cometido un punible.

“Privado totalmente de Razón por causas independientes a su voluntad”: El profesor Gustavo Labatut Glana, no hace un mayor desarrollo sobre éste tópico, pero a contrario razona sobre el enfermo mental que no está privado total, sino parcialmente de razón, atribuyéndole una inimputabilidad disminuida y haciendo mención al apoyo que ha tenido esta posición doctrinal en la solución jurisprudencial en diversos fallos, al interpretar el artículo 11 N° 1 del Código Penal. (Labatut, 1995: p. 133-135)

- Eduardo Novoa Monreal con respecto a “El Loco o Demente”: Expresa una opinión distinta sobre el tema acudiendo a una interpretación teleológica del legislador al crear esta causal. Deben aplicarse en todos aquellos individuos que por causa patológica presentan una insuficiencia o alteración grave de sus mentes en términos tales que han de estimárseles faltos de razón o voluntad, teniendo como propósito el natural cambio de significado científico experimentado por dichos vocablos, alejándose entonces de la posibilidad de cometer un error hermenéutico en la interpretación



progresiva legal, sino acercando la solución al desarrollo mismo que ha tenido el significado científico de los términos.

“Intervalos Lúcidos”: No comparte la existencia de los intervalos lúcidos y como la ley vigente tiene fuerza obligatoria, a pesar de las críticas que se le puedan formular es preciso dar un criterio que señala la forma correcta de aplicar el mandato legal, encontrándola en la idea de que un sujeto fuera actuar con capacidad volitiva en un momento determinado y en otros no la posea, teniendo episodios de lucidez para poder hacer aplicable el mandato legal de los intervalos lúcidos.

“Privado totalmente de Razón por causa independiente a su voluntad”: en esta sede, en la hipótesis legal del privado de razón por causas distintas a una enfermedad mental, señala que el privado totalmente de razón no puede ser un estado permanente, porque sino, estaríamos ante un enajenado mental con sus mismas consecuencias, por eso que la privación total y transitoria de razón se debe buscar en fenómenos fisiológicos normales, como el sueño; fenómenos artificiales, provocados por sustancias o operaciones especiales (narcóticos, hipnosis) o causas patológicas de características principalmente somáticas, ejemplo: una fiebre, un desmayo, una infección, o por último la predisposición anormal del individuo, como el sonambulismo. (Novoa, 2010: p. 456-482)

- Alfredo Etcheberry: Con respecto a “El Loco o Demente”: Entiende que los vocablos loco o demente fueron tomados en su sentido natural y obvio y no en su concepto científico o técnico, o de los que profesan una ciencia o arte, significación que no ha variado de acuerdo a su autor hasta nuestra época, y a fin de evitar confusiones terminológicas derivadas del uso de voces análogas en sentidos distintos y que actualmente se prefiere hablar "enajenado mental" que es un término amplio que comprendería como para comprender todas las anormalidades mentales constitutivas de esta eximente. El autor hace una referencia en su texto a que los artículos 81 y 397 del Código Penal emplean indistintamente la palabra insano y demente, finalizando con establecer que el Loco o Demente para nuestra ley, según el autor, es la persona que presenta una alteración profunda de sus facultades psíquicas, de tal modo de no poder dirigir su conducta de acuerdo con las exigencias legales del derecho, haciendo el último alcance de que en los términos loco o demente no solo caben las enfermedades mentales propiamente tales, sino otras anormalidades de distinto origen, siempre que se alcancen el necesario grado de profundidad.

“Intervalo Lúcido”: Expresa que los intervalos lúcidos son periodos de remisión aparentes del trastorno mental, en los que externamente el sujeto no da muestras de encontrarse loco y se comporta de modo razonable. Expresa que la psiquiatría ha rechazado el concepto de intervalo lúcido, estimando que la remisión en tales casos es solo aparente, que la enfermedad sigue latente e influyendo en los procesos psíquicos. Esta denominación presenta problemas especialmente por su naturaleza en dos enfermedades mentales, la psicosis maniaco depresiva y la epilepsia en razón de presentar ciclos de mejoramiento, tanto en su razonamiento como en su conducta, pero que sin embargo subyace el criterio psiquiátrico que negará los intervalos lúcidos, debiendo el Juez proceder a su valoración.

“Privado Totalmente de Razón por causa independiente a su voluntad”: Aunque aquí no se habla de privación temporal, se deduce que esta transitoriedad es necesaria, ya que si se trata de una privación permanente estamos ante el primer párrafo del artículo 10 N° 1, esto es el loco o demente, necesitando como requisitos privación total de razón y una causa independiente de la voluntad del sujeto, como ejemplo el sueño y los estados a fines, la embriaguez del sueño, el sonambulismo, el hipnotismo, la embriaguez y otras intoxicaciones. (Etcheberry, 2002: p. 198-202)



- Enrique Cury Urzua, con respecto a “El Loco o Demente” señala que los vocablos fueron tomados en su sentido natural, más bien, coloquial y no en su sentido técnico propio de la psiquiatría y que son expresiones sinónimas que manifestaban la insanidad o enajenación mental de una persona, lo que se ve reflejado en interpretaciones jurisprudenciales con respecto a comprender al loco o demente como un enajenado mental, para luego tener consagración legal en el libro IV del antiguo Código Adjetivo Penal, y hoy el mismo vocablo es empleado en el Código Procesal Penal, al referirse al tratamiento jurídico que se le debe dar al enajenado mental

“Intervalo Lúcido”: El profesor en su obra señala que la ciencia actualmente niega la existencia de tales intervalos lúcidos, ya que la enfermedad mental es un trastorno permanente, latente y emboscado y que los periodos de lucidez no son mas que apariencia de ésta.

Señala que si la ciencia así lo establece, pareciera que el intervalo lúcido constituye un error legislativo que atribuye importancia decisiva a lo que no es, sino una manifestación compleja del estado patológico ininterrumpido.

En la práctica, según el autor, el intervalo lúcido ha jugado un papel perturbador, cuando se trata de apreciar los hechos de un epiléptico, toda vez, que éste tiene estados de manifestación externa y concreta de la enfermedad (a través de ataques y tónico y clónicos), haciendo creer algunos juristas que cuando no están presentes dichos ataques la persona está lúcida y puede ser imputable, pero él soluciona dicha controversia en forma más adecuada, expresando que es posible que en la epilepsia larvada que se está generando, pudiese servir dicha apreciación, pero no se tiene la certeza por lo que para decidir se debe hacer una apreciación completa sobre la capacidad efectiva del paciente para entender el significado de su acción y autodeterminarse conforme a esa comprensión.

“Privado Totalmente de Razón por razones independientes a su voluntad” El autor señala. La privación total de razón consiste en una incapacidad temporal para comprender lo injusto del actuar y autodeterminarse conforme a esa comprensión, debida a una causa exógena o endógena. Para que tal situación determine la inimputabilidad del sujeto, es preciso, además que su origen sea independiente de la voluntad de aquél. (Cury, 1999: p. 38-47)

- Sergio Politoff, Jean Piere Matus, y María Cecilia Ramírez: Con respecto a “El Loco o Demente”: Los autores, coinciden en que fue una ventaja que los redactores del Código Penal emplearan las expresiones loco o demente, y más recientemente enajenados mentales por su flexibilidad y amplitud que incluye, además de las anomalías tradicionales descritas en los libros de medicina legal reconocidas invariablemente por la jurisprudencia, otros cuadros morbosos de carácter durable que corresponden a nuevos criterios de los avances de la psiquiatría.

“Intervalos Lúcidos”: con respecto a este tema sus autores, dicen que deben ser analizados con mucha atención porque no es lo mismo que recuperarse de una enfermedad como una pulmonía a una enfermedad mental, y que existen enfermedades mentales, cuya recuperación es posible, sin que deje secuelas en el ex paciente que inicia su vida normal y que la mayoría de los casos de este tipo de enfermedad es incurable, irreversible y permanente, y los autores hacen una excepción en la epilepsia que es tratado farmacológicamente obteniéndose resultados favorables para el paciente.

Finalmente critican que el derecho penal no está para acechar a una persona de enferma mental "con apariencia normal", y para imponer una sanción, apartándose de los principios y juicios de la culpabilidad, y poniendo en riesgo la estabilidad en la normalización y readaptación del hechor psíquicamente perturbado.



“Privación Totalmente de Razón”: Los autores establecen, que la segunda parte del artículo 10 N° 1, trae aparejado varias diferencias, destacándose entre ellas las sanciones a aplicar ya que al loco o demente puede imponerse una medida de seguridad, pero el privado de razón totalmente por causa independiente a su voluntad, no puede aplicarse una medida de seguridad, porque alude a un estado temporal y no es un enajenado mental.

Se exige la privación total de razón y la involuntariedad en esa privación que no de ser total constituye una causal de atenuación y no de eximición de responsabilidad (artículo 11 N° 1 en relación al artículo 10 N° 1 del Código Penal).

La causal de exculpación contiene dos hipótesis legales que se encuentran unidas en un solo precepto, al tratar la locura o demencia que no ha obrado en un intervalo lúcido, y el privado de razón por causa ajena a su voluntad de la privación de razón o enfermedades

Que pasa con las demás personas que obran con el demente en su actuar ilícito, la comunicabilidad de la eximente es sin lugar a dudas indiscutible por su naturaleza personal, pero se echa de menos que no exista norma legal alguna que agrave la pena con respecto al coimputado que se hace valer de un enajenado mental para la comisión de un delito o lo emplea como cómplice o encubridor, como suele ocurrir en los casos de los mayores de edad que en la comisión de un ilícito emplean a menores de edad, artículo 72 inciso final del Código Penal, y sólo en los delitos sexuales y el delito de lesiones se considera al enajenado mental como víctima, agravando la pena del autor de la misma, no puede ser para el legislador indiferente que un individuo mayor de edad y capaz de reproche legal se hubiere prevalido de enajenados mentales para la comisión de un ilícito, pudiendo ser apreciada esta circunstancia de la misma forma que lo hace el Juez en conciencia cuando se trata del empleo de menores de edad.

Debemos tener en consideración que el enajenado mental no tan solo puede ser autor de un hecho típico y antijurídico, sino que también lo será en los casos de complicidad y encubrimiento, como los distintos casos de autoría en donde se deberá acreditar el hecho punible y la participación en él, lo que de acuerdo a las normas procesales penales es materia de prueba al igual que la acreditación de la enajenación mental. (Politoff, Matus, Ramírez, 2002: p. 299-303)

Resultan elogiadas las publicaciones efectuadas por el Servicio Médico Legal, tendientes a explicar desde el punto de vista médico legal, los conceptos de loco, demente, intervalos lúcidos, inimputabilidad disminuída, imputabilidad.

De acuerdo a una publicación efectuada por Alejandro Koppmann. Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile y Servicio Médico Legal. Daniela Portilla. Psicóloga. Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile. María José De la Maza y Siomara Chahuán. Psicólogos. Servicio Médico Legal, quienes definen los siguientes conceptos:

- Inimputable: El individuo que padece un proceso enajenante que anula la capacidad de conocimiento de la antijuricidad de sus actos o su capacidad de obrar con arreglo a ese conocimiento, o, en otras palabras, el que tiene abolida su inteligencia o voluntad. Por ello es irresponsable. Se considera de este modo inimputables a las personas que sufren de: psicosis, demencias, retraso mental, moderado, grave o profundo (CI bajo 55) y estados confusionales.
- Imputabilidad disminuida: El individuo que sufre una anomalía, deficiencia o enfermedad mental que perturba intensamente sus funciones psíquicas superiores sin anular totalmente su inteligencia o su voluntad. El factor de mayor controversia en este punto es el referido a los trastornos de personalidad, ya que si bien, la imputabilidad no estaría afectada por ellos, en algunos casos calificados, como el de los trastornos paranoides o explosivos, puede existir un



actuar con menor control volitivo cuando ciertas situaciones ambientales son favorables o predisponentes. Ahora bien, también, es cierto que este aspecto individual de la patología se cruza con el interés social contenido en el artículo referido a la peligrosidad de ciertos trastornos haciendo más difícil la tarea del perito.

Se considera que la imputabilidad puede estar también comprometida en algunas neurosis tales como aquéllas que afectan el control de los impulsos o en trastornos disociativos no elaborados conscientemente.

De manera excepcional puede también aplicarse este criterio para algunos trastornos afectivos graves o dependencias a sustancias psicoactivas cuando la cronicidad y el grado de dependencia así lo aconsejen.

- **Imputable:** Es aquella persona normal o que teniendo alguna anomalía mental no se encuentra afectada en su capacidad para conocer el valor y determinismo de sus actos, es decir, su entendimiento y voluntad.

El Servicio Médico Legal, a fin de elaborar su examen se basan en la última versión del Manual de Diagnóstico y Estadísticos de los trastornos mentales (DSM) o de la clasificación Internacional de enfermedades mentales (ICD), haciendo un diagnóstico psiquiátrico del trastorno mental del imputado, ya sea que se trate de una insuficiencia o de una alteración de las facultades mentales y la gravedad del trastorno mental.

Haciendo una relación pormenorizada entre el hecho punible y el trastorno mental, explicando la capacidad de comprensión que posee el imputable sobre el hecho punible, o cuando esta capacidad de imputabilidad se vea alterada o inalterada en menor medida, disminuyendo su capacidad de comprensión conforme a su actuar, duración de su trastorno mental, probabilidad de cura, sugerencias de tratamiento, y la probabilidad concreta de poder atentar contra sí mismo o contra otras personas de acuerdo al tipo, características y gravedad de su enfermedad mental.

Los elementos que integran la imputabilidad penal son dos copulativos:

- a) Capacidad de comprender o tener conciencia sobre el conjunto de su actuar perteneciente ámbito jurídico penal determinado.
- b) La capacidad para autodeterminarse en forma distinta a la que se manifestó, como lo fue el hecho típico, antijurídico y culpable.

Con esos elementos se produce el reproche legal de su actuar en el ámbito penal.

2º Ámbito Procesal Penal.

El régimen de internación en materia penal aplicable a los juicios llevados ante los nuevos Tribunales de Justicia Penal se encuentra estructurado en base a los siguientes principios:

El criterio para determinar si existe o no internación se encuentra en el artículo 455 del Código Procesal Penal que señala que sólo se podrán aplicar medidas de seguridad en contra del enajenado mental que hubiere realizado un hecho típico y antijurídico y siempre que existieren antecedentes calificados que permitieren presumir que atentará contra sí mismo o contra otras personas. Se destacan los antecedentes calificados, criterio que viene en reemplazar la sola opinión del perito psiquiátrico.

Las clases de medidas de seguridad que se pueden aplicar son la internación en un establecimiento psiquiátrico o la entrega del enajenado mental a su familia, a su guardador, o a alguna institución pública o particular de beneficencia, socorro o caridad. Cuál de ella se dispondrá, dependerá de la gravedad del caso y no sólo de la peligrosidad del enfermo.



Jamás se podrá llevar a cabo una medida de seguridad en un establecimiento carcelario. Se producirá en una institución especializada o, si no la hubiere en el lugar, se habilitará un recinto especial en el hospital público más cercano.

Para el caso en que se lleve un procedimiento en contra de un enajenado mental, éste no podrá seguirse conjuntamente con personas que no lo fueren. Se llevará el juicio a puerta cerrada y sin la presencia del enajenado, cuando su estado imposibilitare la audiencia.

La ejecución de las medidas de seguridad se encuentra sujeta a control por parte del ministerio público, quien debe inspeccionar los lugares en donde se llevan a efecto las medidas.

La modificación o cese de las medidas de seguridad son resueltas por el juez de garantía, con el sólo mérito de los antecedentes que se le proporcionaren, citando a una audiencia al ministerio público y al representante legal del enajenado mental.

Distingue, el Código Procesal Penal, entre las medidas de seguridad aplicables al sujeto inimputable por enajenación mental, al imputado que cae en enajenación mental durante el procedimiento y al condenado que cae en enajenación mental.

a) Sujeto inimputable por enajenación mental.

Se trata del sujeto que ha incurrido en un acto que reviste caracteres de delito, pero que al cometerlo se encontraba loco o demente, conforme al N° 1 del artículo 10 del Código Penal. Para su estudio podemos distinguir los siguientes pasos:

- 1° Si en el curso del proceso aparecen antecedentes que permitieren presumir la inimputabilidad del imputado por enajenación mental, el ministerio público o el juez de garantía, de oficio o a petición de parte, solicitará un informe psiquiátrico. El procedimiento, respecto del imputado señalado, se suspende mientras no se evacue este informe y, de ser necesario, se le nombrará un curador ad litem.
- 2° El fiscal, si hallare mérito, podrá solicitar dentro de los diez días siguientes al cierre de la investigación, el sobreseimiento definitivo o temporal de la causa. Si concurriere la causal del N° 1, artículo 1° del Código Penal, podrá proponer medidas de seguridad. Esta solicitud la realzará por escrito, en presentación conforme a las menciones del escrito de acusación. A esta solicitud, el querellante particular podrá oponerse.
- 3° El Juez de garantía no podrá considerar que el sujeto se encuentra “loco o demente” cuando apreciare que de los antecedentes no se permite establecer con certeza la inimputabilidad. En tal caso, sólo podrá continuar con el juicio el querellante particular que se haya opuesto a la solicitud de sobreseimiento. Pero el juez puede ordenar que continúe el ministerio público.
- 4° La sentencia absolverá si no constatare la existencia de un hecho típico y antijurídico o la participación del imputado, en caso contrario, esto es si lo condena, podrá imponer al inimputable una medida de seguridad.
- 5° Cabe señalar que, conforme al artículo 464 del Código Procesal Penal, procede la internación provisional del imputado, siempre que sea a petición de parte, previo informe psiquiátrico, y concurriendo los requisitos generales de la prisión preventiva, esto es:
 - Que existan antecedentes que justifiquen la existencia del delito que se investiga,
 - Que existen antecedentes que permiten presumir fundadamente que el imputado ha tenido participación en el hecho como autor, cómplice o encubridor y,

- Que existan antecedentes calificados que permitieren al tribunal considerar que la internación preventiva es indispensable para el éxito de diligencias precisas y determinadas de la investigación, o que la libertad del imputado es peligrosa para la seguridad de la sociedad o del ofendido.

b) Imputado que cae en enajenación mental durante el procedimiento.

Se trata del caso del imputado que ha incurrido en un hecho que reviste caracteres de delito con sus facultades psíquicas plenas, no cabe aplicar la eximente de responsabilidad del artículo 10, N° 1, pues no actuó en estado de locura o demencia, pero en el devenir del procedimiento cae en enajenación mental. Los pasos a seguir son los siguientes:

- 1° El juez de garantía decretará, a petición de cualquiera de los intervinientes, previo informe psiquiátrico, el sobreseimiento temporal, si la enajenación fuere curable, o el sobreseimiento definitivo, si la enajenación mental fuere incurable.
- 2° Si el imputado cae en enajenación una vez formalizada la investigación o deducida la acusación en su contra, y se estimare que corresponda adoptar una medida de seguridad, se procede de la misma forma que si fuere un inimputable por enajenación mental.

c) Condenado que cae en enajenación mental.

Se trata de quien, luego de ser condenado por una sentencia definitiva en juicio penal, cae en enajenación mental. En tal caso se procederá de la siguiente forma:

- 1° El juez de garantía, oyendo al fiscal y al defensor, dictará una resolución fundada declarando que no se deberá cumplir la condena restrictiva o privativa de libertad.
- 2° Dispondrá, a su vez, según el caso, la aplicación de la medida de seguridad que correspondiere.

3° *Ámbito Civil.* (Urbano Salerno: p. 184)

3.1 Generalidades.

El Código Civil establece en su artículo 1445 “Para que una persona se obligue a otra por un acto o declaración de voluntad es necesario: 1° que sea legalmente capaz...”

Artículo 1446 “Toda persona es legalmente capaz, excepto aquellas que la ley declara incapaces”

Artículo 1447. “Son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y los sordos o sordomudos que no pueden darse a entender claramente.

Sus actos no producen ni aun obligaciones naturales, y no admiten caución”

En nuestro Derecho se conciben 2 tipos de capacidad propiamente tales:

a) Capacidad de Goce

Es la aptitud legal para adquirir derechos y obligaciones, ésta ha sido la definición clásica y parece ser la apropiada.

b) Capacidad de Ejercicio o de Obrar

Es la aptitud de las personas humanas para obrar por sí mismas en la vida civil, sin autorización o sin el ministerio de otra persona.

Las hipótesis del artículo 1447 son casos de incapacidades de ejercicio.

Estos casos son posibles de clasificar de la siguiente forma:



a) Incapaces Absolutos.

En general, son personas que carecen de voluntad jurídicamente eficaz, ya sea, porque no la tienen (dementes, impúber) o bien, no pueden exteriorizarla apropiadamente (sordomudos que no pueden darse a entender claramente).

b) Incapaces Relativos.

Son, aquellas personas que no carecen absolutamente de juicio, pero no pueden administrar eficientemente sus negocios, por lo que se prefiere protegerlas por parte del legislador civil.

3.2 Dementes

3.2.1. Concepto de demencia

En concepto del Derecho, son dementes, todos los que estén privados de razón o que tengan sus facultades mentales substancialmente alteradas. Este estado debe ser habitual, así lo indica el artículo 456 del Código Civil.

La clave, para entender la incapacidad por demencia, es que la persona afectada por la demencia, tiene alteradas sus facultades mentales careciendo de la aptitud necesaria para dirigir su persona o para administrar sus bienes (Gaceta, t. 2, N°3325, p. 613. Corte de Concepción, 27 de Agosto de 1986)

Este concepto es del Derecho, ya que desde el punto de vista de la Medicina, demente es un concepto bien determinado y diverso, pero aquí prevalece la interpretación legal por sobre el concepto técnico que la ciencia da al respecto (artículo 21 de nuestro código): “comprende la ley en la palabra demencia la enajenación mental bajo todas las formas que pueda presentarse y en todos sus grados, cualquiera que sea el nombre que se le dé; se aplica a todo trastorno de la razón que impide a una persona tener libre voluntad de obligarse y la responsabilidad de sus actos, haciéndola absolutamente incapaz” (Rev. T. 58, sec. 2°, p. 21. Corte de Santiago, 11 de Septiembre de 1958.)

3.2.2 Prueba de la demencia: efecto de la declaración de demencia (interdicción)

a) En primer lugar, la demencia es una cuestión de hecho, por lo tanto, en principio, requiere prueba al efecto, la que deberá ser rendida dentro del proceso de interdicción que se inicie contra el presunto demente. La prueba usual será el informe de perito médico que dará un diagnóstico de la situación del presunto demente.

b) A partir de la declaración judicial de demencia (artículo 465) se presume de derecho que el sujeto es demente, por lo tanto, incapaz absoluto, luego, todos los actos celebrados por éste a partir de esta declaración serán nulos absolutamente aun cuando se alegue la existencia de un intervalo lúcido (éstos no existen para derecho). También son efectos de esta declaración, la privación de la administración de los bienes por parte del demente y la designación de un curador de bienes que la asuma.

c) Distinta es la respuesta respecto de los actos celebrados con anterioridad por dicho demente, ya que antes, no habrá tal presunción de derecho, y se aplicará la presunción simplemente legal del artículo 1446. En otros términos, quien demande la nulidad del acto celebrado por el demente antes de la declaración de interdicción, deberá acreditar el estado de demencia que ya en aquel tiempo afectaba al sujeto. La sentencia judicial de interdicción, por tanto, no es constitutiva del estado de incapacidad, pero sí constituye

un presunción de derecho respecto de los actos del demente realice o ejecute en el futuro, los que serán nulos absolutamente.

El juicio de interdicción se tramita conforme a las normas del juicio ordinario, notificándose al supuesto demente, salvo que la demencia sea manifiesta, en tal caso se le designará un curador ad litem y a éste se notificará. Podemos señalar los siguientes pasos:

- 1° Es legitimado para demandar el cónyuge, los colaterales hasta el cuarto grado, el padre, los hijos y hermanos, el defensor público, el curador del menor si le sobreviniere demencia durante la curaduría. Si la locura fuere furiosa o si causare notable incomodidad, podrá demandar el procurador de la ciudad o cualquiera del pueblo.
- 2° El juez puede decretar interdicción provisoria.
- 3° Se debe probar la existencia de la enfermedad mental, por medio de dictámenes médicos. También se debe probar la ineptitud de administrar sus bienes, lo cual se obtendrá por cualquier medio de prueba.
- 4° Los decretos de interdicción, provisoria y definitiva en su caso, deberán ser inscritos en el Registro de Prohibiciones e Interdicciones del Conservador de Bienes Raíces y publicarse por avisos conforme a la ley. Sólo así es oponible a terceros.
- 5° Declarada la interdicción será necesario se le nombre al demente interdicto un curador, conforme a las normas dadas para este procedimiento voluntario en los artículos 838 a 857 del Código de Procedimiento Civil.

Las consecuencias de la interdicción son múltiples:

- El interdicto pierde la administración de sus bienes la que pasa a un curador, junto con el cuidado inmediato del demente.
- Los actos y contratos del demente, posteriores al decreto de interdicción, serán nulos, aunque se alegue haberse ejecutado o celebrado en intervalo lúcido (Artículo 465).
- El interdicto por demencia siempre es inimputable por responsabilidad extracontractual.
- No es hábil para testar el que se hallare bajo interdicción por causa de demencia (artículo 1005, N° 3)
- Si quien cayere en interdicción es el marido, la mujer será curadora de él, teniendo la administración extraordinaria de la sociedad conyugal (Artículo 463)
- La interdicción no es prueba de demencia en materia penal.

Cabe tener presente que la nueva regulación sobre el Matrimonio Civil ha incorporado conceptos distintos en relación con la capacidad para contraer matrimonio, referente a los enajenados mentales. Señala que serán incapaces:

“Los que se hallan privados de razón”. Se trata de una causal que equivale al demente o enajenado mental. Para su aplicación no es necesario que se encuentre bajo interdicción, si ésta se presenta, será prueba de la demencia.

“Los que sufran un trastorno o anomalía psíquica, fehacientemente diagnosticada, que haga al contrayente incapaz de modo absoluto para formar la comunidad e vida que implica el matrimonio”. Se trata, en este caso, no de una privación total de razón, sino de un “trastorno psíquico” especial, referido a la imposibilidad de formar la comunidad de vida que implica el matrimonio. Sus contornos deben ser fijados por la jurisprudencia.



3.2.3 Situación de los ebrios y de personas privadas transitoriamente de razón por otra causa que la demencia.

Lo que se pretende dilucidar es qué situación ocurre con el ebrio, el hipnotizado, el sonámbulo y, en general, los que se hallan privados de razón: ¿son o no dementes?

La respuesta es negativa: no son dementes, pero en sus actos no hay realmente querer en los términos que al Derecho le interesa y reconoce: no hay voluntad jurídica.

3.2.4 Término de la demencia.

Las consecuencias de la interdicción desaparecen cuando el demente es rehabilitado para la administración de sus bienes si aparece que ha recobrado permanentemente la razón. (artículo 468). Reiteramos que los intervalos lúcidos no existen.

4º Ámbito Código Sanitario. (Frigerio, Revista Chilena de Derecho Volumen 16: p 38-40)

Esta normativa se aplica cuando el enfermo mental debe ser recluido en un establecimiento especial destinado a su observación, custodia y eventual curación. Rigen los artículos 130 a 134 del Código Sanitario, que conforman el Libro Séptimo del mismo que trata “De la observación y reclusión de los enfermos mentales, de los alcohólicos y de los que presenten estado de dependencia de otras drogas y sustancias”.

En cuanto al ingreso de los individuos que pueden padecer de alguna anomalía psíquica, es posible distinguir las siguientes internaciones:

a) Internación Voluntaria:

b) Internación No Voluntaria:

- De urgencia
- Administrativa
- Judicial

En cuanto a las facultades legales de los Directores de los Establecimientos podemos decir que todo lo relacionado con los actos jurídicos, contratos, acciones judiciales o administrativas que pueda realizar o deba ejecutar la persona recluida, debe efectuarlos en por intermedio de su representante legal. Este representante legal, que además administra el patrimonio del interno, puede ser su padre o su madre en virtud de la patria potestad; el marido, conforme de la potestad marital, o su respectivo curador general, si la persona no se halla bajo potestad de las personas antes dichas.

Ahora bien, si los reclusos en tales establecimientos carecieran de representante legal, el artículo 133 del Código sanitario otorga esta representación a los directores de los establecimientos especializados de atención psiquiátrica y los considera como curadores provisorios de los enfermos hospitalizados en ellos.

De acuerdo a la citada disposición legal, esta curaduría tiene su origen en la ley y se constituye por su solo ministerio de pleno derecho, esto es sin necesidad de declaración, trámite o autorización alguna.

En seguida la curaduría provisorio, solo procede cuando el interno no tiene padre, madre, marido o curador general que pueda velar por su persona o intereses.

En el ejercicio de esta curatela los profesionales indicados no tienen las obligaciones que deben cumplirse por todo curador, por regla general, previas al ejercicio del cargo. No se les discierne el cargo. Tampoco deben rendir fianza o



caución, y están liberados de confeccionar inventario de los bienes del pupilo, o sea, del interno.

En lo demás se rigen por el derecho común, las cuales son estrictas en lo que se refiere a exigir una buena administración del patrimonio del pupilo y a procurar el alivio de su enfermedad.

5° Ley 18600.

El artículo primero, inciso primero de la ley establece que: "la prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades constituyen derechos para las personas con discapacidad mental y deberes para su familia y la sociedad en su conjunto."

Luego, el artículo segundo expresa que, para los efectos de dicha ley, se considera persona con discapacidad mental a toda aquella que, como consecuencia de una o más limitaciones síquicas, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente, y con independencia de las causas que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social.

Esta ley además distingue distintos grados de discapacidad en rangos que oscilan entre discreta a profunda y una clasificación especial que es la las discapacidad mental no especificada. La ley regula la situación de las personas que tienen discapacidades catalogadas como graves y profundas al establecer que ellas permanecerán al cuidado de sus familias.

El artículo cuarto inciso segundo previene que, en el evento que la discapacidad se haya inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad y previo cumplimiento de los requisitos previstos en la ley N° 19.284, el padre o madre podrá solicitar al juez que se declare la interdicción definitiva por demencia, de acuerdo con el procedimiento previsto en dicho artículo.

Según la OMS, la discapacidad intelectual es una condición del desarrollo reprimido o incompleto de la mente caracterizado por discapacidad de destrezas y de la inteligencia en general en áreas como conocimiento, lenguaje y habilidades motoras y sociales.

No podemos desconocer que las personas con discapacidad representan una parte importante de la población, constituyéndose la discapacidad mental, la forma de discapacidad que porcentualmente más aumenta en nuestro país.

No obstante la norma legal establece ciertos patrones, conforme a los cuales debe ser considerada la discapacidad para los efectos de la ley, es un hecho, que bajo el amparo de tal concepto quedan comprendidas diversas clases de discapacidad, con distintos niveles de profundidad. Recibiendo, sin embargo, todas ellas igual tratamiento legal, no pudiéndose reconocer las particularidades de cada una de ellas.

Que, reconociendo lo anterior, es que se ha sostenido precisamente, que el tratamiento de las personas con discapacidad en Chile, "es escaso y pobre". Si bien existe desde 1987 una ley que se dedica específicamente a "establecer normas sobre deficientes mentales", ella está lejos de proveer un marco jurídico respetuoso de los derechos de las personas con discapacidad mental. Dicha ley fue adoptada durante los años del régimen militar, época en la que no existía instancia alguna en la cual se pudiese hacer sentir la opinión ciudadana y de las organizaciones de la sociedad civil que se dedican al tema de la discapacidad mental. No obstante su surgimiento, esta ley se ha mantenido vigente, junto a sus disposiciones altamente contrarias a los derechos de las personas con discapacidad mental.



La ley 18.600 establece un sistema de interdicción del discapacitado mental, que parte de la premisa de su incapacidad previamente constatada por procedimiento administrativos, no jurisdiccional y sin intervención del discapacitado en la promoción y reconocimiento de sus derechos, siendo el procedimiento de interdicción la única instancia de intervención del órgano jurisdiccional, en la que pueda plantearse la intervención de figuras de protección diversas a los padres, sin que su representación sea asumida o reconocida por la norma.

A su vez, y en lo que se refiere al derecho al trabajo de las personas con discapacidad intelectual, la ley otorga la posibilidad de negociar una remuneración inferior al ingreso mínimo mensual, entre el empleador y el trabajador con discapacidad, sin que se apliquen las normas generales.

Sin duda las normas referidas, constituyen señales de discriminación respecto de las personas con discapacidad, en primer término, pues la privan del ejercicio de sus derechos como sujetos de derechos, sino que son en todo momento tratados como objetos de derechos (en cuanto a la declaración de la interdicción), y por otra parte, por cuanto hay una subvaloración de sus aptitudes laborales y la adecuada retribución para las funciones que desempeñan. (Boletín N° 6247-07)

6° Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. Decreto Supremo N° 570.

Con fecha 14 de julio del año 2000, entró en vigencia.

Respecto las personas que están sujetos al régimen de internación, no los denomina enajenados mentales, sino que los llama “personas que sufren una enfermedad o trastorno mental”. Y define, a su vez, trastorno mental como “Una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variable, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente”. Las enfermedades y trastornos a los que se refiere esta definición son los contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades que dicta la Organización Mundial de la Salud, referente a los “Trastornos Mentales y del Comportamiento”. Si bien, esta definición es aplicable sólo a las materias referidas en el Reglamento, su precisión científica la hace útil para la interpretación de las normas generales que se refieren a las personas que sufren algún trastorno mental.

En materia penal, la concurrencia de la enajenación en la comisión de un hecho que reviste caracteres de delito actúa como eximente de responsabilidad o, si no concurren todos los requisitos para eximir la responsabilidad, pueden atenuarla. En materia civil, la concurrencia de una demencia puede llevar a la incapacidad de la persona para actuar como sujeto de derecho, siendo necesario que se destine a su cargo un curador o tutor.

En ambos casos, la detección de un trastorno mental puede llevarlo a que sea internado, reuniendo las condiciones legales y reglamentarias. La Internación es la hospitalización de un enfermo en un establecimiento público o particular destinado a enfermedades mentales, como medida de seguridad y protección para él mismo, y como medida de aplicación de tratamientos y terapias.

El régimen de internación en materia civil se encuentra regulado en el Código Sanitario, en su Libro Séptimo, además, especialmente se regula en el Reglamento señalado.

A esto se suma la nueva normativa dada por el Reglamento señalado el cual tiene como principal característica el establecimiento de normas con carácter garantista a favor de quienes se encuentran afectados por un trastorno mental y quienes, por esta



causa, se hayan bajo internación. Podemos distinguir las principales características de la nueva reglamentación en los siguientes puntos:

1° Toda persona que lo precise, tiene el derecho a acceder a un tratamiento psiquiátrico, otorgado conforme a una buena y actualizada práctica clínica, pudiendo participar en las instancias del tratamiento que lo requieran.

2° Limita la internación psiquiátrica sólo cuando concurra uno o más de los casos señalados en el artículo 9, y que son:

- Necesidad de efectuar un diagnóstico o evaluación clínica que no pueda realizarse en forma ambulatoria.
- Necesidad de incorporar a la persona a un plan de tratamiento que no sea posible de llevarse a cabo de manera eficaz en forma ambulatoria, atendida la situación de vida del sujeto.
- Que el estado o condición psíquica o conductual de la persona represente un riesgo de daño físico, psíquico o psicosocial inminente, para sí misma o para terceros.

3° Todo proceso de tratamiento psiquiátrico que requiera proporcionar internación a una persona con enfermedad o trastorno mental utilizará, preferentemente, el medio menos restrictivo de sus derechos y libertades personales, bajo responsabilidad del médico tratante. En este sentido, para el caso del manejo de las conductas perturbadoras o agresivas que se aprecien durante la internación, se debe considerar el método del aislamiento como el último recurso y, en el caso de ser aplicado, de no extenderse por más de las horas señaladas en el propio reglamento.

4° Establece una serie de derechos y garantías especiales a favor de quienes se internan por estar afecto a un trastorno mental, las cuales se encuentran resguardadas por un sistema de reclamos administrativos que el propio reglamento regula. Entre los derechos más destacados se encuentran:

- Derecho a un libre acceso a la internación de toda persona que lo requiera y a una atención libre de toda forma de abuso
- Derecho a recibir un tratamiento especializado, conducido por un médico, que respete los derechos personales del paciente.
- Derecho a elegir informadamente el tratamiento que se le aplicará, a retractarse y a oponerse a su aplicación.
- Derecho a una constante evaluación del tratamiento y del progreso y a ser informado de las posibilidades de alta médica.
- Derecho al resguardo de sus recursos económicos y a que éstos sean aplicados a su bienestar, confort y esparcimiento en tanto sea compatible con su régimen de internación.
- Derecho a que se resguarde su seguridad personal, su confidencialidad y su dignidad.

5° Se crean dos comisiones especializadas. El Comité Asesor Técnico y Ético, relacionado directamente con la dirección del establecimiento en la asesoría para decidir sobre la permanencia o alta de los internos en los casos señalados en el Reglamento. La Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedades Mentales que tiene facultades para conocer de los reclamos por violación de los derechos que tienen los internos, en términos de asesorar a la Autoridad Sanitaria en esta labor.

6° Los Directores de los establecimientos especializados de atención psiquiátrica serán curadores provisorios de los bienes de los enfermos hospitalizados en ellos que carezcan de curador, mientras se encuentren internados y no se les designe curador definitivo. Para ello no necesitarán del trámite del discernimiento, ni están obligados a rendir fianza ni ha hacer inventario. No recibirá remuneración laguna por ello.



7° Por último, se establece un régimen de reclamos administrativos ante el Director del establecimiento, ante la Autoridad Sanitaria y ante la Comisión Nacional señalada en el número anterior. Todo sin perjuicio de las acciones civiles y penales comunes.

La internación de un enfermo mental, puede adoptar las siguientes formas:

a) Internación Voluntaria.- Aquella que nace de un acuerdo libre e informado entre el paciente y su médico tratante basado en la comprensión de la indicación médica y/o a solicitud de la propia persona. El alta a esta internación la otorgará el médico tratante, por su propia decisión o a solicitud del paciente, siempre que su salida no constituya un riesgo para sí o para los demás. Tiene por objeto proveer el mejor tratamiento disponible para el paciente, atendido que éste no resulta conveniente o seguro de realizarse en forma ambulatoria. A los 60 días requiere de informe de un segundo médico psiquiatra para su extensión y las prórrogas más allá de 180 días requieren de pronunciamiento del Comité y de la Comisión.

b) Internación No Voluntaria.- Puede ser:

- De urgencia. Es la dispuesta por el médico, atendido a que el paciente se encuentra en situación de crisis y que no es posible contar con su consentimiento para internarse voluntariamente ni culminar el trámite de una internación administrativa. Sólo durará no más de 72 horas, al cabo del cual el médico dispondrá su alta o su tratamiento, bajo régimen de internación administrativa.
- Administrativa. Es aquella que es determinada por la autoridad sanitaria, a partir de la iniciativa de la autoridad policial, de la familia, del médico tratante o de cualquier miembro de la comunidad, con el fin de trasladar o internar en un centro asistencial, a una persona, aparentemente afectada por un trastorno mental, cuya conducta pone en riesgo su integridad y la de los demás, o bien, altera el orden o la tranquilidad en lugares de uso o acceso público. Deberá ser reevaluada cada 30 días. El alta será mediante resolución de la autoridad sanitaria, a propuesta del médico tratante.
- Judicial. Es la dispuesta por resolución de un Tribunal de Justicia. El alta sólo podrá ser ordenada por el Tribunal.

Conclusión

Las diversas situaciones que afectan a los pacientes psiquiátricos plantean desafíos para el derecho que la ciencia jurídica suele enfrentar, a veces, sin mucha precisión. Desde luego, no se trata de un enfoque puramente jurídico, pues la ciencia del derecho se apoya también en la ciencia médica: es ésta la que determina (a veces también sin mucha precisión) los ámbitos de sanidad y enfermedad. Con todo, los efectos de tal determinación son conclusivos e importantes, pues para el Derecho no existen estadios intermedios: el paciente psiquiátrico está o no privado de su capacidad para actuar en la vida jurídica.

La denominación que utiliza el legislador civil chileno para referirse a esta clase de incapaces absolutos no debe entenderse en el sentido que la psiquiatría moderna da a la expresión demente, sino que alusiva a todo aquel que esté privado de razón o que tenga sus facultades mentales substancialmente alteradas, es decir, como sinónimo de enfermedad mental.



En materia penal, la capacidad equivale a la imputabilidad y la incapacidad se traduce en inimputabilidad. Al igual que en el caso de la legislación civil, las expresiones "loco o demente" no están empleadas en un sentido técnico.

El derecho, en general, no hace mayores diferenciaciones en relación con los pacientes psiquiátricos, por cuanto no discrimina según los procesos patológicos de las enfermedades mentales.

Una ética de la fragilidad parece pertinente, ya que implica el deber moral de proteger a los más débiles. Precisamente, ésta ha sido la historia de los derechos humanos, una reacción frente al abuso de que han sido víctimas los más débiles. La protección de tales derechos representa un claro avance ético de la humanidad.

La fragilidad del impedido puede ser violentada por actos de comisión o de omisión. En el primer caso podría estar, por ejemplo, el sometimiento del incapaz mental a investigaciones que no supongan un beneficio real y directo para su salud o bien que no consideren su rechazo. Ello a menos que, cumpliéndose las restantes condiciones de resguardo que se establecen para personas sanas, el experimento tenga por objeto; mediante una mejora significativa del conocimiento científico del estado de la persona, de su enfermedad o de su trastorno, contribuir a lograr en un determinado plazo, resultados que permitan obtener un beneficio para la persona afectada o para otras personas de la misma categoría de edad o que padezcan la misma enfermedad, el mismo trastorno o las mismas características. Lo anterior, siempre y cuando el experimento sólo presente para la persona un riesgo o inconveniente mínimo

Finalmente, otra forma de violencia, esta vez por omisión, se produce frente al abandono del impedido por la sociedad, comunidad, equipo sanitario o familia, quienes tienen como imperativo ético y jurídico, la obligación de brindarles protección.

Las medidas de protección están establecidas en el mejor interés del impedido y no pueden significar, en modo alguno, formas de limitar los derechos que a éste competen. Habrá situaciones en que, respecto de determinados estadios de enfermedades psiquiátricas, será indispensable aplicar medidas de contención u otras que impliquen limitación de la libertad, como, por ejemplo, internación obligatoria en establecimientos psiquiátricos. Si así fuere, éstas debieran circunscribirse al tiempo indispensable para adoptar las medidas médicas que el impedido requiera, protegiendo también, y en subsidio, a la comunidad.

El derecho, por tanto, sólo toca a las situaciones en que están en riesgo los derechos de las personas, momento en el cual la norma jurídica o ley establece salvaguardas. En lo no reglado, está el amplio espacio de libertad, tanto respecto del paciente como de la familia u organización social que la reemplaza.

La psiquiatría, en especial cuando sus acciones están destinadas a la mantención o recuperación de la capacidad autogestora de las personas, enfrenta la necesidad imperiosa de definir conceptos y normas que regulen éticamente las relaciones entre los miembros del equipo de salud y las personas afectadas por discapacidad psíquica.

En la base de toda norma que pueda establecerse está el respeto de la dignidad humana, lo que implica que cualquiera sea la naturaleza o gravedad de los trastornos o deficiencias que el impedido mental sufra, tiene los mismos derechos fundamentales que el resto de las personas de su edad. Ello implica también el derecho a disfrutar de una vida lo más normal y plena posible.

El reconocimiento de la dignidad tiene que ver con el reconocimiento de la posibilidad de ser "sí mismo". Una sociedad en la que eso se reconoce y se comprende, y en la que, eventualmente hay auxilio para esa frustración, es una sociedad en la que tiene vigencia y reconocimiento la dignidad de la persona.



Al reflexionar sobre la dignidad y tutela del discapacitado, resulta ser ahí el modo en que de hecho cada sociedad valora en concreto, la dignidad de la persona que se proclama en abstracto. Esa valoración en concreto depende en particular de los recursos económicos, de su modo de jerarquizar los mismos, de su valoración y de su capacidad de gestionar sus propuestas.

En relación a lo anterior surge preocupación por las consecuencias que los progresos de la psiquiatría podrían tener para la protección de la persona humana y de su integridad física e intelectual, sobre todo en la protección de personas reclusas por enfermedades mentales.

Como orientación resulta necesario considerar los siguientes aspectos: medidas de asistencia médica que fuesen aprobadas previamente para el tratamiento de personas reclusas por enfermedad mental, procedimientos para determinar si existían razones suficientes para recluir a esas personas y aplicarles esas medidas, procedimientos y garantías jurídicas para asegurar el respeto a la dignidad intrínseca de las personas con trastorno mental y la protección de las libertades y derechos fundamentales, cuestiones relativas a la privación arbitraria de las libertades y los derechos humanos de una persona a causa de su estado de salud mental, razones para la hospitalización voluntaria o forzosa de las personas a las que se ha diagnosticado enfermedad mental, análisis del derecho de los enfermos mentales a recibir tratamiento, tipo de instituciones psiquiátricas, examen de recomendaciones para la adopción de medidas legislativas o de procedimientos, enfoques nuevos o adicionales relativos especialmente a la protección de las personas reclusas por enfermedad mental, recomendaciones sobre reformas de la legislación vigente en materia de salud mental, en los casos en que sea inadecuada o anticuada, y sobre medidas socioeconómicas y administrativas relativas al mejoramiento y modernización de los servicios de salud mental y de las instituciones psiquiátricas.

Dentro de este tema resulta mención aparte lo relativo a la Internación urgente no voluntaria y la Internación Administrativa. En ambos casos se puede requerir previamente su traslado al centro asistencial, operación que probablemente sea también resistida, haciéndose necesaria la dictación de una resolución previa de Traslado Administrativo, con el fin de que sea llevada al establecimiento donde se realizará el diagnóstico psiquiátrico y eventual posterior tratamiento, según corresponda. Le corresponde a la Autoridad Sanitaria ordenar las Internaciones y Traslados Administrativos, resguardando ante todo el derecho de libertad de la persona.

Deben velar para que, por una parte, no se aplique abusivamente, asegurando que existe una condición de trastorno mental y que es de riesgo para la persona o para terceros y, por otra, para que cuando se requiera hacer uso de ella, se efectúe con la responsabilidad de resguardar al máximo los derechos de la persona, tales como el derecho de recibir un tratamiento que no puede darse en otras condiciones o que en el caso de no otorgarse aumenta los riesgos y el derecho a ser tratado con el uso de la mínima compulsión necesaria. Al momento de efectuarse una Internación Involuntaria se le debe informar a la persona de sus derechos y deberes como paciente, tal como establece el Reglamento de Internación Psiquiátrica y se le debe informar que existe la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental, a la cual puede también recurrir si considera que sus derechos están siendo vulnerados.

En todos los casos de Internación Involuntaria se le debe explicar a la persona afectada las razones que hacen necesario este procedimiento, que está orientado a su propio beneficio, y la transitoriedad del mismo.

Se deben agotar todas las alternativas de negociación para obtener la máxima colaboración posible por parte de la persona.



Según lo establecido en el Reglamento para la Internación de Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan, le corresponde a la Comisión Nacional de Protección de las Personas con Enfermedad Mental, resguardar que durante la internación se respeten plenamente los derechos de las personas con enfermedades mentales, tanto en el sistema público como en el privado, para que no se cometan abusos o restricciones innecesarias.

Las personas están sujetas a la influencia de fuerzas económicas, políticas y ambientales. Esos problemas son a menudo exacerbados por la falta de medios económicos y políticos para proveer atención en salud. La pobreza y el estancamiento económico tienen un impacto directo e indirecto sobre el bienestar social y mental. La pobreza se traduce en hambre y desnutrición, condiciones de vida inadecuadas, mayores riesgos para la salud y, frecuentemente, servicios de salud insuficientes. La aglomeración urbana y las malas condiciones de trabajo pueden ser causa de ansiedad, depresión o estrés crónico y al mismo tiempo pueden tener un efecto perjudicial sobre la calidad de la vida de familias y sociedades.

Estamos en el medio de una crisis de la salud mental. Muchos problemas de salud mental, como el abuso de sustancias, la violencia, el suicidio, la demencia se presentan en las sociedades. Contrariamente a las creencias preponderantes, existen tratamientos efectivos para algunas enfermedades (por ejemplo, depresión, epilepsia y esquizofrenia) y algunas pueden ser prevenidas. Aun para enfermedades para las que actualmente no hay tratamiento y prevención efectivos, ya se dispone de suficientes conocimientos que pueden servir de base para la elaboración de políticas y programas y para generar investigaciones cruciales para el futuro. A pesar de lo dicho, hay renuencia en las sociedades de darle la debida prioridad a los problemas de salud mental, y a asignar recursos (humanos y materiales) para el desarrollo de políticas y programas.

El Estudio Chileno de Epidemiología Psiquiátrica (ECEP) fue desarrollado para determinar la prevalencia y factores de riesgo de las Enfermedades Mentales basados en un muestreo representativo de la población nacional. Aproximadamente uno de cada tres individuos de la población tiene un trastorno psiquiátrico de vida en Chile (36%) y sobre un quinto (22,5%) ha tenido un trastorno en los últimos 12 meses. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente encontrados en vida fueron agorafobia (11,1%), trastorno depresivo mayor (9,7%) y dependencia al alcohol (6,4%). Para los hombres el trastorno más común fue el abuso de alcohol y dependencia de alcohol (16,2%), mientras que para la mujer se trató de los trastornos ansiosos (24,9%). Un tercio de aquellos diagnosticados o que recibieron algún diagnóstico tenían un trastorno psiquiátrico.

La salud mental constituye una de las últimas fronteras que hay que franquear para mejorar la condición humana. Frente al extendido estigma y descuido respecto de la salud mental, se hace imperativo que ésta sea prioritariamente incluida en la agenda política nacional.

Ahora es el tiempo para actuar. La sociedad no puede permitir que ninguno de sus miembros pierda los beneficios de los sorprendentes progresos realizados en las cuatro últimas décadas. Si no nos decidimos a tratar la salud mental y los aspectos conductuales de la salud con la misma seriedad con que tratamos las necesidades más obvias de la salud física, se perderán las ganancias obtenidas. Deberá ser evidente para estudiantes y profesionales que las enfermedades y condiciones comúnmente desechadas como meros "problemas psicológicos" o problemas no médicos del comportamiento, tienen un impacto directo en la salud física y el bienestar.

La ventaja de haber aumentado la esperanza de vida no tiene sentido si la calidad de vida permanece baja o mediocre.



La realización de un plan de salud mental presupone que existe una política de salud mental que respalda el programa y garantiza los recursos para su ejecución.

Todo plan o programa de salud mental debe señalar concretamente cuáles son las metas que persigue. El objetivo final, la obtención de altos niveles de salud mental para todas las personas. En la práctica, los programas definen objetivos y son los siguientes:

- La restauración de la salud mental, es decir, el tratamiento y rehabilitación de los pacientes enfermos mentales.
- La prevención de las enfermedades mentales y trastornos del desarrollo.
- La promoción de conductas y la realización de intervenciones en el medio, favorecedoras del bienestar y la salud individual y colectiva.

Al iniciar el diseño de un plan o programa de salud es necesario tener una visión adecuada de las condiciones en que se encuentra la sociedad, especialmente en relación con las necesidades primarias y los recursos con que se cuenta para hacerles frente.

Las características socioeconómicas y demográficas de la población, así como el perfil epidemiológico correspondiente a su estado de salud general, son datos casi siempre disponibles a nivel nacional.

La identificación de los recursos humanos y materiales disponibles completa la situación.

Las necesidades de una población en el campo de la salud mental casi siempre se expresan en términos de servicios asistenciales, olvidándose los aspectos preventivos y promocionales. Esto se debe en parte a la existencia de una alta demanda, no satisfecha por los servicios existentes. Pero, sin pasar por alto la asistencia, es preciso incluir como parte importante del programa las labores de prevención y promoción.

La escasez de recursos humanos y materiales y su mala distribución obliga a establecer prioridades.

Existen grupos dentro de la población que están en situación de alta vulnerabilidad de padecer desajustes mentales, siendo justificado proporcionarles servicios especiales con preferencia a la población general.

El examen periódico del programa permitirá constatar cómo se está ejecutando y hasta qué punto se están alcanzando los objetivos.

Bibliografía

Silva, Hernán (1995): *Medicina Legal y Psiquiatría Forense. Volumen II*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago.

Romo, Osvaldo (2000): *Medicina Legal: Elementos de Ciencias Forenses*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago.

Cabello, Vicente (2000): *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal. Volumen I*, Editorial Hammurabi, Buenos Aires.

Cabello, Vicente (2000): *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal. Volumen II*, Editorial Hammurabi, Buenos Aires.

Patitó, José Ángel (2000): *Medicina Legal*, Editorial Centro Norte, Buenos Aires.



Mira y López, Emilio (1950): *Manual de Psicología Jurídica*, Sexta Edición, Editorial El Ateneo, Barcelona.

Calabuig, Gisbert (2004): *Medicina Legal y Toxicología*, Sexta Edición, Editorial Masson, Barcelona.

Sainsbury, M.J. (1978): *Introducción a la Psiquiatría*, Ediciones Morata, Madrid.

Labatut, Gustavo (1995): *Derecho Penal, Tomo I, Novena Edición*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago

Novoa Monreal, Eduardo (2010): *Curso de Derecho Penal Chileno, Tomo I*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago

Etcheberry, Alfredo (2002): *Derecho Penal, Tomo I*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago

Cury Urzúa, Enrique (1999): *Derecho Penal, Parte General, Segunda Edición Actualizada, Tomo II*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago.

Politoff, Sergio; Matus, Jean Piere; Ramírez, María Cecilia (2003): *Lecciones de Derecho Penal, Parte General, 2da Edición*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago.

Achával, Alfredo (2010): “Imputabilidad y su significado para el psiquiatra” en *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. Disponible en <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/index-forense.htm>. Fecha última consulta: 9 de Abril de 2010.

Kiss, Jorge (2010) “La Psiquiatría forense y social en ciertas conductas híper violentas” en *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. Disponible en <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/index-forense.htm>. Fecha última consulta: 9 de Abril de 2010.

Monchablón, Alberto (2010): “Inimputabilidad en la Epilepsia” en *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. Disponible en <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/index-forense.htm>. Fecha última consulta: 9 de Abril de 2010.

Achával, Alfredo (2010): “La confiabilidad y el perito médico en temas de Psiquiatría Forense” en *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. Disponible en <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/index-forense.htm>. Fecha última consulta: 9 de Abril de 2010.

Martínez, José María (2010): “Aportes para la legislación sobre internación de enfermos mentales” en *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. Disponible en <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/index-forense.htm>. Fecha última consulta: 9 de Abril de 2010.

Achaval, Alfredo (2010): “Temas sobre la prueba pericial médico legal en los juicios de responsabilidad médica en psiquiatría” en *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y*



Praxis. Disponible en <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/index-forense.htm>.
Fecha última consulta: 9 de Abril de 2010.

Código Civil
Código Penal
Código Sanitario

Ley 18600 Enero 1987

Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y Sobre los Establecimientos que la Proporcionan. Julio 2000

Manual de Clasificación de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana