

# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

## SUMARIO:

ALIENISTAS Y NEUROLOGOS AMERICANOS  
CONTEMPORANEOS. — *Dr. Raymond Crispell.*

PRIMERAS JORNADAS DEL SEMINARIO DE  
PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA  
LEGAL. — Por el *Dr. Luis G. Murillo.*

ANEXOS PSIQUIATRICOS EN LOS HOSPITALES  
GENERALES. — Por el *Dr. Samuel Ramírez Mo-  
reno.*

SITUACION DEL ENAJENADO FRENTE A NUES-  
TRA LEY PENAL. — Por el *Licenciado y Magis-  
trado Ignacio Villalobos.*

CONSIGNACION JUDICIAL HOSPITALARIA DE  
LOS ENAJENADOS. — Por *Henry Weihofen y  
Winfred Overholser, MD.*

VOL. XIII.

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 75 y 76.

DICIEMBRE DE 1946.

MEXICO, D. F.

## Sobre el efecto de Substancias Oestrógenas administradas por vía Bucal

LA hormona folicular natural al ser administrada por vía bucal, pierde gran parte de su eficacia.

De tal manera, para obtener el mismo efecto terapéutico, se necesitan dosis varias veces mayores del preparado destinado para uso bucal, que administrando el mismo producto por vía intramuscular.

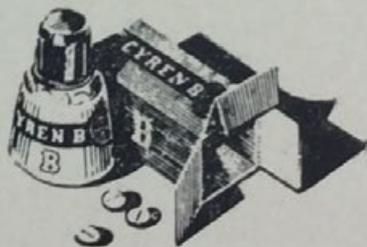
En cambio del preparado sintético

# B-CYREN

(di-propionato de dietil-dioxiestilbeno)

en su forma por vía bucal, se necesitan dosis iguales o a lo sumo dos veces mayores para obtener el mismo efecto del B-CYREN en su forma inyectable.

Reg. Nos. 23294, 23304, 23851 y 23886 D.S.P.



*Casa Bayer, S.A.*

San Juan de Letrán No. 24.  
Aportado 45 Bs - México, D. F.

ADMINISTRADA POR LA  
JUNTA DE ADMINISTRACION Y VIGILANCIA  
DE LA PROPIEDAD EXTRANJERA

**La Revista Mexicana de  
Psiquiatría, Neurología y  
Medicina Legal,**

**desea a sus estimables suscriptores**

**y anunciantes**

**Feliz Año Nuevo**

**1947**



# El tratamiento arsenical

de la **SIFILIS ADQUIRIDA**  
de la **HEREDO-SÍFILIS**  
de las **SÍFILIS ANTIGUAS**  
de algunas **DERMATOSIS**,  
debidas o asociadas a la **SIFILIS**

por:

# el Acétylarsan

*rigurosamente indoloro  
discreto, facil  
neurotónico y eutrófico*

●

Compuesto arsenical de eliminación facil  
apropiado a todas las modalidades del tratamiento mixto

Regs. No. 3777 y No. 1323 D. S. P. ~ Prop. No. 6949.

Usese por prescripción médica

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques **POULENC Frères** et **USINES DU RHONE**

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)

BREVILL.

# VITAMINA

**B<sub>1</sub>**

Simple .....	0.02 Gr.
Fuerte .....	0.05 Gr.
Extrafuerte .....	0.25 Gr.

"HORMONA"

a precios razonables



**Neumopiridina "Hormona"**

20 Tabletas de 0.50 Gr. de Sulfopiridina



**Laboratorios Hormona, S. A.**

Laguna de Mayrán 411

México, F.D.

# **Gardénal**

FENIL - ETIL - MALONILUREA

**EPILEPSIA  
CONVULSIONES  
ESTADOS ANSIOSOS  
INSOMNIOS REBELDES**

*EN TUBOS DE COMPRIMIDOS  
A 0,10, 0,05 Y 0,01*

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION  
Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
SPÉCIA**

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE  
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8<sup>e</sup>

N° 3467 D. S. P.

# BETORMON

VITAMINA B<sup>1</sup> CRISTALIZADA (ANEURINA)  
Y EXTRACTO DE CEREBRO Y MEDULA

HIPAOVITAMINOSIS B<sup>1</sup>, NEURALGIAS  
POLINEURITIS, Etc.

FORMAS DE PREPARACION:

Inyectables.

Para uso por vía oral (ampolletas bebibles).

Comprimidos.

FABRICADO EN LOS  
LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

V. IN-11-GE-125 No. 35.

MEXICO, D. F.

Registro No. 22047, D. S. P. Prop. No. 18754, D. S. P.

# HEPATO-VIT

REGISTRO No. 19483, D. S. P.

Extracto Hepático superconcentrado y desalbuminado  
y Vitamina C.

INYECTABLES  
(INDOLORO)

Caja de 5 amp. de 2 c. c.  
Extracto Hepático 2 c. c.  
Vitamina C. 1,000 U. I.

(FUERTE)

Caja de 4 amp. de 5 c. c.  
Extracto Hepático 5 c. c.  
Vitamina C. 2,000 U. I.

DEBILES  
(NIÑOS)

Caja de 10 amp. de 2 c. c.  
Extracto Hepático 2 c. c.  
Vitamina C. 1,000 U. I.

(ADULTOS)

Caja de 10 amp. de 5 c. c.  
Extracto Hepático 5 c. c.  
Vitamina C. 1,000 U. I.

LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTES No. 35

MEXICO, D. F.

# VALERIANATO PIERLOT



VALERIANATO DE AMONIACO Y EXTRACTO DE VALERIANA EN SOLUCION HIDROGLICERICA

Restablece el equilibrio del sistema nervioso

**INSOMNIOS, EXCITACION NERVIOSA, HISTERIA, EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS, COREA, NEUROSIS CARDIOVASCULARES, TRASTORNOS**

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA. Reg. Núm. 5453 D. S. P. Prop. Núm. 31913

**ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT, S. A.**

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

## LABORATORIOS KÖCH

INDICACIONES Y POSOLOGIA DEL

### BISMUTO KÖCH INFANTIL

El "BISMUTO KOCH INFANTIL" es un Bismuto metálico purísimo en estado coloidal, de granos extremadamente finos suspendidos en solución isotónica.

El "BISMUTO KOCH INFANTIL" es hasta la fecha, la forma más científica y racional de los preparados bismúticos y muy superior a todas las preparaciones bre éstas tres ventajas: exacta de sales insolubles, teniendo sodosificación, rápida absorción y completa eliminación.

**SIFILIS y HEREDO-SIFILIS:**  
Una ampolleta cada tercer día, subcutánea o intramuscular hasta llegar a una dosis de 2 a 3 centigramos según indicación médica, es decir 4 a 6 cajas.

Estas curas por el "BISMUTO KOCH INFANTIL" pueden repetirse con intervalos de uno a dos meses durante cinco o seis años, tiempo en que casi siempre se obtiene la curación de la SIFILIS.  
**NOTA.**—Agítense la ampolleta antes de usarse.—Reg. No. 17285. D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica

UNICO DISTRIBUIDOR:

**DR. MANUEL F. CASTILLO**

MANUEL MARIA CONTRERAS NUM. 106.

Ericsson 16-16-24

MEXICO, D. F.

# ORARGOL

Complejo COLOIDAL de PLATA y ORO

## ANTI-INFECCIOSO GENERAL

ORARGOL INYECTABLE, ampolletas de 5 c.c.

### F O R M U L A :

PLATA COLOIDAL ELECTRICA .....	0.00225	Gr.
ORO COLOIDAL ELECTRICO .....	0.00025	„
Goma arábica purificada .....	0.05	„
Glucosa pura .....	0.2375	„
Agua destilada, c.b.p. ....	5 c. c.	

DOSIS Y MODO DE EMPLEO: Para los ADULTOS, una inyección de 5 a 10 c.c. intramuscular o endovenosa todos los días o de 2 en 2 días.

Para los NIÑOS, 1 c.c. por año de edad.

Reg. No. 4186 D. S. P.

Prop. 22051

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

Laboratorios de los PRODUCTOS AMICROS  
64 Blvd. V. Hugo, Clichy, pres París, Francia.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS:

**ESTABLECIMIENTOS LAUZIER, S. de R L**

Av. Chapultepec, 276

Apartado 399

MEXICO, D. F.

# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

FUNDADORES:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

y

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

---

DIRECTOR

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

SECRETARIO DE REDACCION

DR. LUIS G. MURILLO

ADMINISTRADOR

LUIS A. HERRERA

---

PUBLICACION BIMESTRAL

---

VOLUMEN XIII. No. 75 y 76 SEPTIEMBRE. - NOVIEMBRE. DE 1946 MEXICO, D. F.

---

Registrada como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos de México, D. F., con fecha 11 de marzo de 1939.

---

SE SOLICITA CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

---

Los profesionistas que no reciban esta Revista y se interesen por ella, pueden enviar su dirección para que se les remita. A los que cambien su domicilio se les suplica lo comuniquen a nuestras oficinas de Génova número 39, para que no sufran retardo en la entrega de la Revista.

---

La Redacción no se hace responsable de los conceptos vertidos por los autores. Solamente consideramos el prestigio y la honradez de nuestros colaboradores. Por lo tanto, invitamos a los señores médicos a que, siempre que lo deseen y en especial cuando estén en desacuerdo con el contenido de algún artículo, dispongan de las páginas de esta Revista para contribuir al mejor estudio de la neuropsiquiatría y ramas afines.

Toda correspondencia será enviada al Director.—

GENOVA No. 39.

MEXICO, D. F.

## YODITREN COMPS. ADULTOS

Tubos de 20 comprimidos

### FORMULA:

Succinilsulfatiazol ..... 0.40 grs.  
Yodo Cloro Hidroxiquinolina ..... 0.10 "  
Excipiente c. b. p. .... 0.60 "

INDICACIONES: Enteritis, Colitis agudas o crónicas. Amebicida.

POSOSOGIA: De seis a diez comprimidos al día.

Reg. Núm. 27799 D. S. P.

## YODITREN COMPS. INFANTIL

Tubos de 20 comprimidos

### FORMULA:

Succinilsulfatiazol ..... 0.20 grs.  
Yodo Cloro Hidroxiquinolina ..... 0.05 "  
Excipiente c. b. p. .... 0.30 "

INDICACIONES: Gastroenteritis, Colitis mucosanguinolentas Amebicida.

POSOSOGIA: De tres a diez comprimidos al día, según el peso del niño.

Reg. Núm. 27799 D. S. P.

<p>INDICACIONES:</p> <p>Poderoso amebicida. Valioso auxiliar en colitis agudas y crónicas.</p>	<p><b>YODITREN Inyectable</b></p> <p>AMPOLLETAS DE 2 c. c. Caja de 6 amps.</p> <p>FORMULA:</p> <p>Yodo-oxi-quinolin Sulfato de sodio ..... 0.06 grs. Agua bidestilada estéril c. b. p. .... 2 c. c.</p> <p>Reg. No. 26482 S. S. A.</p>	<p>POSOSOGIA:</p> <p>Inyecciones intramusculares o endovenosas.</p> <p>Casos agudos: una ampollita diaria, de preferencia endovenosa; sin trastornos de ninguna especie</p> <p>Estados crónicos: una ampollita cada tercer día.</p>
--	--	---

## NEUROTONINE

Registro No. 15314

### SEDANTE — HIPNOTICO — ANTIESPASMODICO

#### FORMULA:

Sal sódica de ácido dietilbarbiturico ..... 3.00  
Extracto de raíz de valeriana fresca ..... 97.00

Utilísimo en insomnios, agotamiento nervioso, espasmos estado de ansiedad etc. etc.

#### DOSIS:

SEDANTE: Media cucharadita cafetera por la mañana y una o dos por la noche

HIPNOTICA: Una a tres cucharaditas por la noche al acostarse.

## LABORATORIOS GAVRAS, S. DE R. L.

ANTONIO SOLA No. 58

Apdo. Postal 8771 - MEXICO, D. F. - Tel. Eric 14-26-60



DR. RAYMOND S. CRISPELL.

## Alienistas y Neurólogos Americanos Contemporáneos

Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.

---

DR. RAYMOND S. CRISPELL

Este distinguido galeno nació en Kingston, Estado de Nueva York, en 1895. Hizo sus estudios profesionales en la Universidad de

Cornell, donde se graduó en el año de 1920. Desde luego, se encaminó por las rutas de la medicina mental y nerviosa, desempeñando primeramente el puesto de Neurólogo Residente en el Hospital Bellevue de la Ciudad de Nueva York, de 1921 a 1923. Más tarde fué a Europa y en la Universidad de Utrecht, en Holanda, tuvo el carácter de "Fellow" en Neurología. De regreso a su país, se le designó Psiquiatra de las Clínicas de Higiene Mental —Child Guidances—, dependientes del Departamento de Higiene Mental del Estado de Nueva York.

Posteriormente ha sido Director Médico del Sanatorio Sahler, de 1926 a 1933 y Médico Superintendente del Hospital T. B. de la Compañía Ulster; Instructor de Neurología en las Universidades de Cornell y John Hopkins; Neuropsiquiatra Consultor en el Hospital de Nueva York en Kingston.

De 1933 a la fecha, es Profesor Asociado de Neuropsiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Duke y del Hospital Durham, así como Miembro del Comité de Higiene Mental, del Estado de Carolina del Norte.

Sus actividades docentes fueron suspendidas desde 1941 hasta principios de 1946, pues con motivo de la guerra prestó sus servicios profesionales en la Marina de los Estados Unidos, donde por sus eminentes méritos, llegó a obtener el grado de Capitán, ya que fué uno de los organizadores de los Servicios Psiquiátricos en la Base Naval de Pensacola.

El Dr. Crispell no sólo ha servido valiosamente a su patria, sino que también se ha significado en la ciencia por sus numerosos trabajos acerca de Neuropsiquiatría e Higiene Mental, por lo cual ha sido diplomado por el Consejo Norte-Americano de Psiquiatría y Neurología. Pertenece a diversas sociedades médicas americanas y extranjeras. Es hombre de bien, inteligente y culto; amigo y admirador de México.



Grupo de algunos miembros fundadores y asistentes a las primeras jornadas del Seminario.<sup>1)</sup>

## Primeras Jornadas del Seminario de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal

Por el Dr. Luis G. Murillo.

La Psiquiatría, ciencia que en su parte más significativa estudia los trastornos de la conducta humana, aborda por virtud de su objeto, complejísimos y muy diversos problemas que muchas veces rebasan los límites de las ciencias estrictamente médicas, para insinuarse en los de la sociología, la pedagogía, la moral, la jurisprudencia, etc. Por eso va siendo cada vez más cierto y necesario que el psiquiatra sea —deba ser— además de técnico y hombre de ciencia, verdadero humanista, persona de cultura universal y honda

sabiduría —adquirida y vivida— que con dignidad y acierto plan-tee y resuelva las siempre arduas, difíciles cuestiones que suscita la actuación humana anormal, objeto de sus estudios y cuidados. Por eso también la conciencia de esta necesidad engendra en los psiquiatras de verdad, vida de superación personal y de esfuerzo formativo y obliga a promover, suscitar todo lo que conduzca a la evolución progresista de la Psiquiatría y de los psiquiatras. Precisamente esto explica y condiciona la existencia —entre muchas otras formas de actividades derivadas de esas mismas ideas y deseos— de las asociaciones científicas de especialistas que, integradas por los mejores, han dado tan amplios y halagueños resultados en los países donde florece la psiquiatría. Y en nuestro incipiente medio psiquiátrico —aún atomizado por instintos y pasiones de mediocres— explica del propio modo, la formación, en fecha reciente del Seminario de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal. Esta organización desea congrega a sus miembros, médicos alienistas, neurólogos, médicos legistas, abogados, criminólogos, en torno de ciertos postulados y propósitos: espíritu científico —es decir, disposición para aceptar la verdad por sí misma, independientemente de factores extrínsecos—, afán de mutua ayuda desinteresada, honradez intelectual, deseo de conocer, plantear y resolver con creciente certeza y eficacia, los problemas neuropsiquiátricos, jurídico-médicos, sociológicos, etc., que a diario se presentan a los especialistas, propósito, en síntesis, de perfeccionamiento profesional y por ende humano, individual y colectivo, de todos sus miembros.

Esta asociación, formada por la iniciativa de los destacados psiquiatras Drs. Leopoldo Salazar Viniegra y Samuel Ramírez Moreno, presenta cierta originalidad en su estructura, a la que podríamos llamar "funcional", en cuanto busca el predominio de lo dinámico, facilitando la consecución de las finalidades y propósitos fundamentales. Se ha prescindido de formulismos estatutarios y restricciones académicas que son el denominador común de nuestras sociedades científicas y por desgracia en muchos casos, motivo de bizantinismos y de mengua en el entusiasmo y en el esfuerzo.

La primera jornada de trabajos formales de este Seminario, que brevemente reseñaremos, se verificó los días 31 de octubre y el primero, dos y tres de noviembre. En ambiente cordial se realizaron las sesiones —Biblioteca del Monicomio General y Academia Nacional de Medicina— donde fueron leídos once trabajos que se dis-

cutieron con la amplitud y liberalidad permitida por reuniones de "mesa redonda". Por vez primera en mucho tiempo en México, se congregaron juristas, criminólogos, médicos, al margen de ambientes oficiales y de cualquier finalidad no científica, para tratar algunos problemas de sus especialidades y los que pertenecen a esos campos donde se imbrican o solicitan la neuropsiquiatría y el derecho.

Fueron dos ponencias en las que específicamente se abordaron temas psiquiátrico-jurídicos: la del Licenciado y Magistrado Ignacio Villalobos —profundo, sobrio— intitulada "Situación de los enajenados frente a nuestra Ley Penal" y la del Lic. Gustavo Serrano —estudioso, certero— que trató sobre "Manejo de bienes y divorcio en los enajenados".

El primero de los trabajos mencionados —que aparece publicado en el presente número de esta Revista— hace una magnífica síntesis filosófico-jurídica sobre el tema de la responsabilidad humana —base de la imputabilidad— como punto clave para plantear los problemas del enajenado-delincuente. "La imputabilidad, como capacidad de obrar culpablemente, se forma por un elemento intelectual o conciencia de nuestra propia individualidad, de nuestros actos y de sus efectos transitivos y por una potencia volitiva que nos permita la auto-determinación al acto, a la luz de los motivos captados por el entendimiento. Si en el sujeto falta o se hallan perturbadas esas facultades al grado de no comprender el acto que se ejecuta, de acuerdo con la realidad, o de no poder evitarlo, faltarán la imputabilidad, la responsabilidad y la culpabilidad; y no podrán imponerse sino medidas de seguridad, medidas administrativas, terapéuticas, pero no sanciones penales. "A la luz de estas conclusiones doctrinarias, critica nuestro Código, afirmando que su sistema se apega a estos conceptos y permite que estos mismos conceptos básicos sean clave para su interpretación. Hace la salvedad de que el artículo 68 es defectuoso de forma y fondo pues su redacción quiso ser fundamentada por doctrinas opuestas —la positiva y la clásica— y resultó contradictorio. Termina por destacar la necesidad de modificar y más que todo, de ampliar la legislación, en beneficio de la claridad y de promulgar una legislación especial para alienados, que "abarcara medidas de seguridad pública" y reglamentara los procedimientos a seguir en estos casos.

Las tesis medulares sustentadas por el Lic. Villalobos fueron calurosamente elogiadas explícitamente por los licenciados Víctor Velázquez, Salazar Hurtado y los doctores Leopoldo Salazar Viniestra y Samuel Ramírez Moreno y a moción del Lic. Salazar Hurtado, —acogida por todos los miembros del Seminario y desde luego por el ponente—, se tomó el acuerdo práctico de que el propio Seminario, por conducto de sus iniciadores —Dres. Salazar Viniestra y Ramírez Moreno— hiciera ver al Jefe del Ejecutivo la necesidad de que se estudie y apruebe una legislación para alienados. Se acordó igualmente que, en caso de encontrarse disposición de apoyo por parte del Presidente de la República, el Seminario se abocaría al estudio y redacción de un proyecto de ley para enfermos mentales, como labor patente de servicio social de esta asociación científica.

El tema que abordó el licenciado Serrano analiza las disposiciones expresas del código civil en relación con la administración de bienes y el divorcio de los alienados, dando a conocer los fundamentos doctrinarios de que se desprenden, así como su alcance. Se recalcó la importancia del dictamen pericial psiquiátrico, documento que es el punto de partida y la clave para la aplicación o no aplicación de los artículos respectivos, en los diversos casos que pueden plantearse. Precisamente, teniendo en cuenta esa importancia, se tomó el acuerdo, a proposición del Dr. Baledón Gil y del Lic. Vela, de que en la próxima reunión del Seminario, se aborde concretamente el tema del peritaje psiquiátrico, su valor y su alcance legal.

En las restantes ponencias se trataron problemas exclusivamente médicos. Una de ellas, la del Dr. Samuel Ramírez Moreno, titulada "Anexos Psiquiátricos en los Hospitales Generales", dió motivo, —como la del Lic. Villalobos— para que se tomara iniciativa práctica por parte del Seminario. En este trabajo, —que se publica en esta Revista— el distinguido psiquiatra hace breve síntesis histórica de la evolución que han seguido los procedimientos asistenciales para alienados, haciendo referencia con especialidad a nuestra Patria, —Bernardino Alvarez, Hospital de San Hipólito, La Canoa, La Castañeda, etc.— y termina por fundamentar con claridad la conveniencia de que se establezca en los hospitales generales anexos para asistencia psiquiátrica. Tal cosa, como lo asienta el Dr. Ramírez Moreno, entre múltiples ventajas, tendría la de acercar la psiquiatría a las demás ramas médicas, con lo cual el

enfermo mental sería visto y asistido en su integralidad psico-somática.

Los doctores Fernando de la Cueva, de Guadalajara, Rivero Caso, de Puebla, Simón Riojas, de Monterrey hicieron uso de la palabra y manifestaron su aprobación al trabajo del Dr. Ramírez Moreno, dando a conocer, además, la desastrosa condición —abandono, sufrimientos, vejaciones—, que guardan en los Hospitales generales de la provincia los alienados que logran ser admitidos en ellos.

El Seminario aprobó sin modificaciones este trabajo y acordó dirigirse oficialmente al Jefe del Ejecutivo —por conducto de los Dres. Ramírez Moreno y Salazar Viniegra— para tratar de hacer efectiva la proposición del propio Dr. Ramírez Moreno: fundar en los Hospitales Generales anexos para asistencia psiquiátrica.

El Dr. Salazar Viniegra presentó en estas jornadas dos trabajos: "La esquizofrenia" y "Alcoholismo y Toxicomanías". En ambos demostró agilidad polémica y brillantez expositiva. En el primero de ellos, además, dió a conocer puntos de vista novedosos, en relación con el concepto del pensamiento esquizofrénico: afirmó, —apoyándose en agudos análisis y observaciones, en amplia y escogida casuística— que el pensamiento esquizofrénico no es, en resumen, modificación del síntoma o normal, sino una variación exclusivamente cuantitativa del mismo. Se define no por un alejamiento cualitativo del normal, sino por el objeto al que se aplica. Efectivamente, el esquizofrénico puede reconocerse por dos notas esenciales: su pensamiento, aplicado con urgencia, con exclusividad, al tema de la existencia —to be or not to be— y la voluntad de extinción, que resulta del mismo.

El Dr. Fernando de la Cueva felicitó a Salazar Viniegra por la brillante exposición realizada y secundó la tesis de que la voluntad de extinción es característica definitiva del esquizofrénico.

El Dr. Ramírez Moreno hizo remembranza histórica sobre el concepto de esquizofrenia: Psicosis discordantes de Chaslin —la incoherencia es el elemento sintomático principal— demencia precoz de Krapelin —psicosis juveniles en las que desde el punto de vista descriptivo el síntoma básico es la disgregación —y esquizofrenia de Bleuler—, psicosis que descriptivamente se definen por la disgregación, el autismo y la ambivalencia —y desde el punto de vista

de su explicación psicogenética— que toma en cuenta los conceptos del psicoanálisis —significan la regresión a etapas primitivas de la psicoontogénea. A la luz de la historia de las ideas acerca de la esquizofrenia, se aprecia —dice el Dr. Ramírez Moreno— que la concepción doctrinaria del Dr. Salazar Viniegra encaja parcialmente dentro de los conceptos bleulerianos, aunque tiene algunos puntos de originalidad indiscutible que, por otra parte, quizás no serán universalmente aceptados.

El Dr. Dionisio Nieto, que previamente presentó, como parte de la ponencia sobre esquizofrenia, una magnífica síntesis sobre su anatomía patológica, —no se ha encontrado nada específico o característico—, expone que en la actualidad existen dos corrientes principales que tratan de explicar esta enfermedad: la orgánica, neurológica y endocrinológica de modo especial —y la psicológica. Las tesis del Dr. Salazar Viniegra encajarían desde luego en el segundo grupo. Por su parte él, —histopatólogo— es partidario del criterio orgánico, más por temperamento que por algún hecho o razón suficiente.

Rivero Casa, de Puebla, objeta, como también lo hizo Ramírez Moreno, el uso de la palabra voluntad para designar la tendencia a la extinción de los esquizofrénicos. Piensa que se trata más de un fenómeno sub-consciente o inconsciente y en tal virtud opina que es impropio usar la palabra voluntad, consagrada por la psicología clásica para designar fenómenos plenamente conscientes.

En su segundo tema, "Higiene Mental y legislación, Alcoholismo y Toxicomanías" Salazar Viniegra hizo hincapié en algunas de sus viejas y comprobadas tesis: la marihuana no puede considerarse como causa eficiente de trastornos mentales; las drogas heroicas —opio, morfina, cocaína, etc.— son problema psiquiátrico y social de escasa importancia en México; el alcoholismo, en cambio, representa importante papel como causa de alteraciones mentales y asimismo de "peligrosidad" social. Hizo ver la necesidad de modificar y ampliar nuestras leyes en lo referente a la situación legal de los alcohólicos, para fin de ejercer no sólo medidas terapéuticas, sino también y de modo muy especial e importante, preventivas e higiénicas. Intencionalmente soslayó el punto referente a los artículos concretos del código en relación con toxicómanos, a fin de tratarlo con amplitud y orden, en las ponencias psiquiátrico-jurídicas.

El Dr. Ernesto González Tejeda desarrolló el tema "Psicometría" dando en su trabajo mayor tiempo e importancia a los problemas, técnica de aplicación y resultados de la escala de Binet-Simón. Fué de lamentarse que el Dr. González Tejeda, de indiscutible preparación teórica y práctica en psicometría, no haya dado a su tema un carácter más general, planteando las cuestiones básicas de esta ciencia —su valor, sus limitaciones, sus posibilidades frente a otras técnicas exploratorias, sus resultados comparativamente a los de diversos procedimientos de investigación psicológica, etc.— y dando a conocer sus aplicaciones prácticas en las distintas ramas del saber y de la actuación humanos.

Teodoro Flores Covarrubias, médico neurólogo y físico de gran conocimiento presentó un valioso trabajo, —ilustrado con 50 diapositivas—, sobre la Electroencefalografía. Nos dió a conocer las bases fisiológicas y físicas de este procedimiento —electricidad animal, corrientes de acción, de lesión, técnica para su registro, etc.— e hizo en seguida una accesible y clara descripción de los aparatos empleados para recoger las corrientes eléctricas originadas en la corteza cerebral, para inscribirlas, lo que constituye propiamente el electroencefalograma. Posteriormente y con método digno de elogio, expuso las posibilidades y el valor de este procedimiento en el diagnóstico de las alteraciones orgánicas y funcionales del manto cerebral, haciendo mención también de las posibilidades que se entrevén para la EEG en el campo de las psicosis "funcionales".

Fué muy felicitado por su trabajo, de modo explícito, por los doctores Salazar Viniegra, Ramírez Moreno y Velasco Suárez.

El doctor Ramírez Moreno, presentó además del trabajo que ya reseñamos, otro, de índole netamente técnica, sobre la Penicilina en Neuropsiquiatría, en el que revisó la literatura que hay sobre este tema y a su vez dió a conocer sus propias observaciones mediante acuciosa y demostrativa estadística de los casos tratados en su práctica privada. Por lo que se refiere a la penicilina en neurosífilis, concluye que deben usarse siempre dosis altas —promedio 5 millones— aplicando pequeñas cantidades intrarraquídeas y que este antibiótico no desaloja a la malarioterapia de su primer lugar como terapéutica en las sífilis nerviosas. De todos modos, es un recurso valioso y debe asociarse siempre a la piretoterapia.

En torno a este tema y comentando lo expuesto por el Dr. Ramírez Moreno, habló el Dr. Dionisio Nieto, quien sustentó el criterio de que la penicilina era un recurso por sí mismo suficiente para curar la neurosífilis: fundamenta su aseveración en la estadística del pabellón de Neurosífilis del Manicomio General, donde se han tratado alrededor de un centenar de casos con el sólo, antibiótico de referencia. Piensa por otra parte, que no es imprescindible usar la vía intratecal.

El Dr. Fernando de la Cueva piensa también que no es imprescindible el uso de penicilina intrarraquídea.

El Dr. Salazar Viniegra se pronuncia en el mismo sentido y afirma por otra parte que el uso simultáneo de malarioterapia y penicilina representa el tratamiento más eficaz contra la neurosífilis, en la actualidad.

Dos ponencias más versaron sobre terapéutica en neuropsiquiatría: la del Dr. Francisco Núñez Chávez "Tratamientos por choque" y la del doctor Manuel Velasco Suárez titulada "Tratamientos Quirúrgicos en Psiquiatría". El Dr. Núñez Chávez disertó con amplitud acerca de los diversos procedimientos de choque en psiquiatría: metrazol, insulina, acetil-colina, electro-choque, dando a conocer las teorías que pretenden explicar su modo de acción curativa, su técnica e indicaciones y los resultados obtenidos. En este último aspecto, aportó su experiencia personal que coincide con la que se tiene en casi todas las partes del mundo. Su trabajo fué comentado por los doctores Abraham Fortes —quien hizo algunas indicaciones sobre los peligros que entraña este tratamiento y la forma de evitarlos— el Dr. Fernando de la Cueva, el Dr. Rivero Caso —que hizo mención de las apneas prolongadas que tienen como causa malformaciones y obstrucciones en las vías áreas superiores—, el Dr. S. Ramírez Moreno —introdutor de esta terapia en México— quien dió a conocer algunas de las técnicas que sigue en su práctica para evitar las posibles fracturas y luxaciones —empleo del curare, del pentothal, y el Dr. Salazar Viniegra, quien hizo patente su poco afecto a los tratamientos por choque, a los que tiene gran desconfianza y piensa que es sólo el entusiasmo y festinación de los 'alienistas' lo que les ha dado carta de naturalización en la terapia psiquiátrica

Manuel Velasco Suárez, —joven, entusiasta,— circunscribió el amplio tema: Tratamientos Quirúrgicos en Psiquiatría y expuso una

metódica y brillante monografía sobre la Psicocirugía, "que es la intervención cruenta sobre el cerebro anatómicamente intacto, que se practica con el propósito de aliviar determinados desórdenes mentales". Los hechos e hipótesis anatomofisiológicos sobre los lóbulos frontales —fundamento de la intervención llamada leucotomía— fueron expuestos ordenada y demostrativamente por el Dr. Velasco, quien en seguida habló sobre la técnica operatoria que sigue —la que preconizan Freeman y Watts con quienes estuvo trabajando algún tiempo— dando a conocer por último las indicaciones de la intervención quirúrgica y su estadística particular. Concluye que la lobotomía prefrontal es el medio más radical para dominar algunas psicosis, pero el resultado depende esencialmente de la selección de los pacientes: éxitos más frecuentes y completos se obtienen en enfermos con tensión obsesiva, melancolía ansiosa y psicosis evolutivas. En la esquizofrenia los resultados son muy variables, pudiendo en general afirmarse que se consigue alivio.

Este trabajo, salpicado de anécdotas y "vivencias" del autor, que con su fogosidad les imprime colorido, tiene sobre todo el mérito de representar la vanguardia en México de los tratamientos quirúrgicos de padecimientos mentales.

El Dr. Leopoldo Salazar Viniegra elogió la forma y el fondo del trabajo mencionado. Felicito al Dr. Velasco Suárez por su monografía y expresó que había un abismo entre este procedimiento terapéutico —fundado en la ciencia— y las prácticas brutalmente empíricas de electrochoques y demás terapia de shock. Los doctores Abraham Fortes y Luis G. Murillo hicieron también explícitas sus felicitaciones y dirigieron al ponente algunas preguntas.

El Dr. Ramírez Moreno, a quien el Dr. Velasco mencionó varias veces en su trabajo por ser enfermos de él la gran mayoría de los operados por el mismo Dr. Velasco, hizo igualmente suyas las felicitaciones que se habían expresado para el neuro-cirujano y dió a conocer además, las impresiones de su reciente viaje a Estados Unidos, en relación con el desarrollo que va adquiriendo la psicocirugía, la cual se está practicando con profusión, aún por médicos como los de Harvard.

Reseñamos por último el trabajo presentado por el Dr. Angel Ortiz Escudero, acerca de la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales, al frente de la cual ha estado laborando. Se trata

de una institución dedicada a la asistencia de alienados y que tiene como base terapéutica la ocupación adecuada de los mismos. Presentó un minucioso informe del funcionamiento interno del establecimiento y remarcó las enormes ventajas, —médicas, sociales y económicas— que se han obtenido en la Granja de Recuperación, comparativamente a las de otras instituciones para enfermos mentales crónicos, en especial, frente a las del Manicomio General. Este trabajo, en sí mismo valioso, ya que reseña y analiza el primer resultado de consideración en el campo de la terapia ocupacional en México, lo es también porque trasluce la obra meritísima, apostólica, que el joven psiquiatra Ángel Ortiz Escudero ha realizado en beneficio de los enfermos mentales.

El Dr. Salazar Viniegra hizo elogiosos comentarios a la ponencia presentada y más aún, a la actuación limpia y sencilla, llena de verdad, del Dr. Ortiz Escudero. En este mismo sentido hablaron los doctores Velasco Suárez —amigo y condiscípulo—, el Dr. Ramírez Moreno, el Dr. Abraham Fortes y el Dr. Francisco Garza. Este último lo hizo con visible emoción, ya que pudo aquilatar el esfuerzo callado y noble del Dr. Ortiz Escudero durante los seis meses que estuvo como Médico en Servicio Social en la citada Granja de Recuperación.

En síntesis, las primeras jornadas científicas del Seminario de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, constituyeron una primera y vigorosa afirmación de vida fecunda por parte del mismo. Quedó en la conciencia de todos sus miembros la utilidad que para ellos mismos representa la actividad científica y desinteresada en común y la trascendencia que habrá de tener —si persiste en la ruta iniciada— esta asociación profesional que tiene y tendrá vida, en tanto quienes la constituyen sean, sigan siendo, capaces de darle lo mejor de sí mismos como hombres y como profesionistas.

—ooOoo—

## Anexos Psiquiátricos en los Hospitales Generales <sup>(1)</sup>

Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno

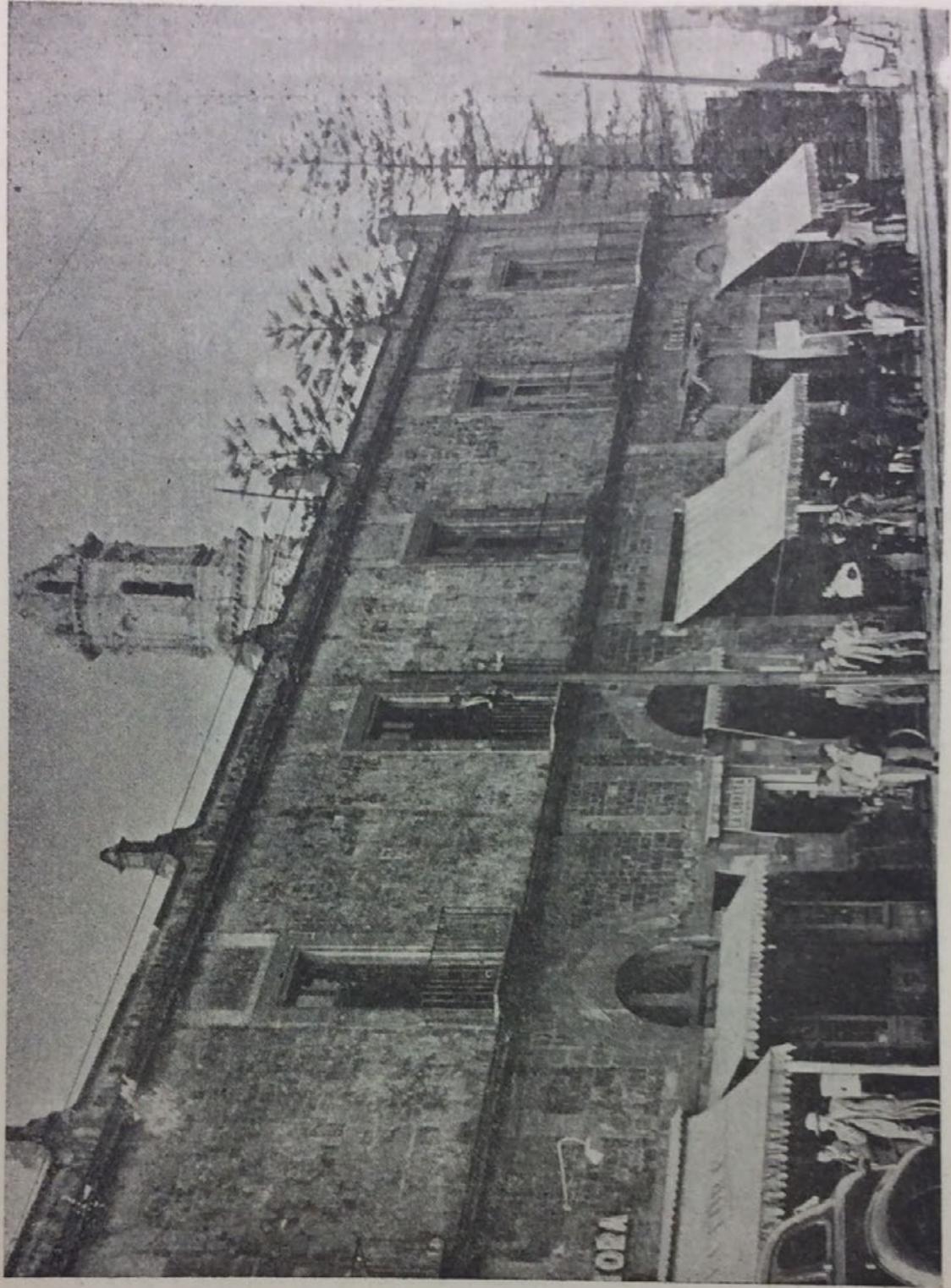
A pesar de que nuestro país fué el primero de América y uno de los primeros del mundo en fundar un hospital para enajenados —el de San Hipólito, establecido el 2 de noviembre de 1566 por el



BERNARDINO ALVAREZ —Fundador del Hospital de San Hipólito,  
el primero para enajenados que hubo en México.

traile Bernadino Alvarez, de la Congregación de los Hermanos de la Caridad—, muy poco se ha hecho en beneficio de estos pacientes y debemos confesar que México ha estado en considerable

(1) Trabajo presentado en las primeras jornadas del Seminario de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal.

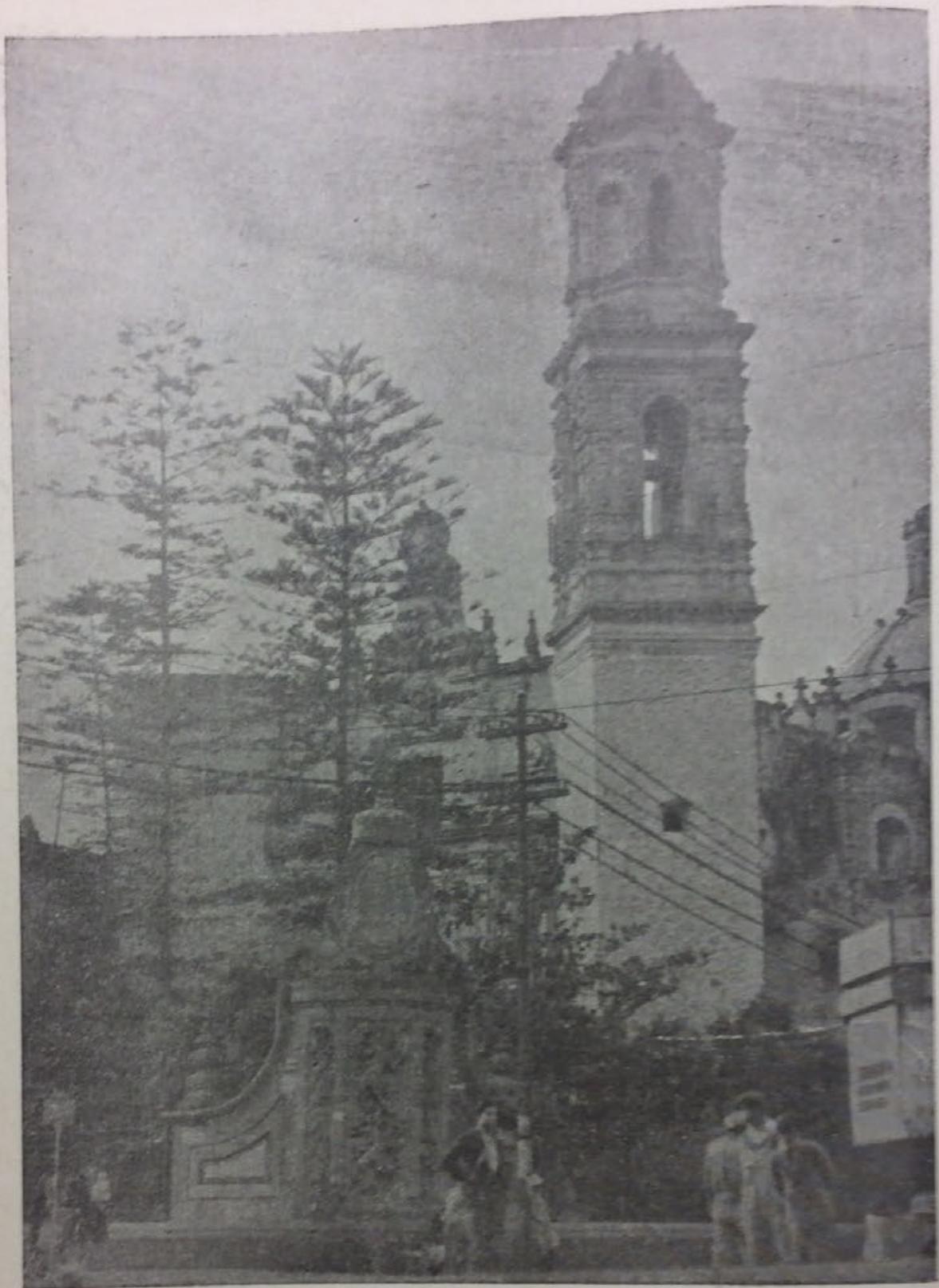


Estado que guarda en la actualidad el antiguo Hospital de San Hipólito

Aquí estuvo el Hospital de San  
Hipólito primero para dementes  
que hubo en América Fundado  
por Bernardino Alvarez.

1577.

Catalogo de la Insp. Gral. de  
Monumentos Artísticos e Históricos



Iglesia de San Hipólito, anexa al Hospital.

atraso con respecto a su atención médica y asistencia social. Para darnos cuenta de ello, basta echar una ojeada a las páginas de nuestra historia.

El referido hospital de San Hipólito —exclusivo para varones—, surgió por la iniciativa privada de ese gran hombre, Bernardino Alvarez, quien en un principio se dedicó a atender enajenados con la ayuda de Miguel Dueñas y su mujer, Isabel de Ojeda y posteriormente, fundó la Orden de los monjes que por su altruismo y filantropía, se dedicaron al cuidado de los enfermos mentales.

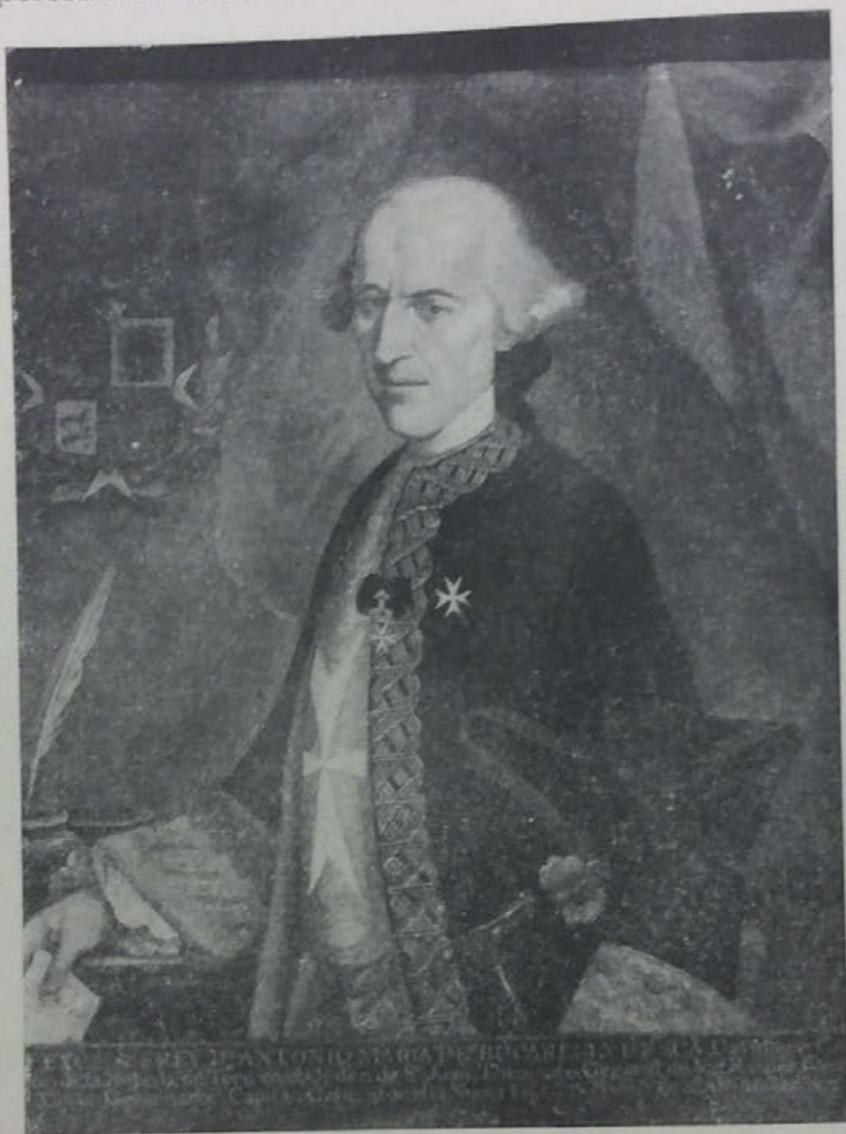
Desde la Conquista hasta la Independencia, el Estado no hizo casi nada en su favor, y sólo podemos citar al magnánimo virrey Bucareli, quien después de una visita que efectuó al frenocomio, se preocupó tanto por los pacientes que escribió aquella carta al Rey, en la que decía "Afligido mi corazón al contemplar la extrema miseria y triste situación de una casa que por ser la única del Reyno y crecido el número de enfermos que encierra..." etc.; dispuso que se hicieran mejoras en el edificio, se aumentara el subsidio y dió ayuda económica de su propio peculio.

En la misma situación de abandono estuvo el "Hospital para Mujeres Dementes", también uno de los primeros de América, que fué iniciado por dos almas generosas: el carpintero José Sáyago y su mujer, quienes en un principio atendían en su humilde casa a enajenadas, después obtuvieron la ayuda del filántropo Arzobispo de México, Don Francisco Aguiar y Seijas y este último arregló un edificio adecuado en la calle de "La Canoa", que encomendó precisamente a las monjas de la Congregación del Divino Salvador, el cual se abrió en el año de 1700.

Ambos establecimientos sufrieron vicisitudes y pobreza, pues con frecuencia el Gobierno los olvidaba y sólo pudieron sostenerse por el esfuerzo del personal religioso que se encargaba de ellos.

En el informe que el Padre General del Consulado dirigió al virrey Bucareli en el año de 1774, a propósito de la primera de estas instituciones, entre otras cosas decía: "La miseria en que están los enfermos es grande, se encuentran desnudos, sin medicinas, hambrientos y con peligro de morir por los techos que están desplomándose..."

Después de la Independencia, la situación de los enfermos siguió igual o peor. Fué el llamado emperador Maximiliano, quien después de enterarse del bien documentado informe acerca del hospital de San Hipólito, que le envió Don José María Andrade el 18 de julio de 1864, se preocupó mucho por los pacientes y de sus gastos personales dió importante donativo.



El Virrey Don Antonio María de Bucareli y Ursúa, benefactor del Manicomio de San Hipólito.

En el libro "La Beneficencia en México", de Juan de Dios Peza, impreso en el año de 1881, se lee: "Las celdas que existían en el comedor del segundo piso, carecían de luz y ventilación...", "durante muchos años se empleó en la cocina batería de cobre y fué muy grande el número de dementes envenenados hasta que el cobre se estañó...", etc.

En el México independiente, antes de 1910, nada sabemos de algún gobernante que se hubiera preocupado por estos hospitales y en cambio, se dejó sentir la funesta influencia de Santa Anna, quien no sólo no mejoró su asistencia, sino que vendió los bajos del edificio de San Hipólito y las accesorias anexas a la iglesia.



El Presidente don Antonio López de Santa Anna, quien en 1842 vendió la planta baja del Hospital y las accesorias de los costados de la iglesia de San Hipólito.

El cuidado de los enfermos dejó mucho que desear desde que las monjas del Divino Salvador y los Padres Hipólitos se alejaron; las primeras, por haberse extinguido su Orden desde la expulsión de los Jesuitas y La Canoa se pudo mal sostener desde 1824 hasta

1861, gracias a que se le concedió parte de las utilidades de una lotería. Cuando se suprimió la orden de los Hipólitos en 1821 y pasó el Manicomio al Municipio, éste tuvo que arreglar que los religiosos exclaustrados siguieran cuidando a los enfermos, hasta el año de 1843, en que definitivamente se acabó la filantrópica



Maximiliano I, Emperador de México, bienhechor del Manicomio de San Hipólito.

Comunidad y entonces, tuvo que encargarse el Gobierno de ese nosocomio.

De mediados del siglo pasado a principios del presente, ambos hospitales estuvieron en enorme abandono y descuido y se les veía

con horror por la Sociedad, pues de ellos se contaban leyendas terroríficas y anécdotas espeluznantes. Muy pocos médicos se dedicaban a la atención de estos pacientes y el movimiento mundial encabezado por Pinel y Esquirol en Francia, no repercutió hasta nosotros, pero sin embargo, hay que recordar a los Dres. Miguel Alvarado, Francisco Echeverría y muy particularmente a Juan Peón del Valle padre, quien fué la primera figura médica que surgió para beneficio de los enajenados y realizó eficiente labor en el hospital de La Canoa, no sólo en la asistencia de las enfermas, sino también en los importantes estudios psiquiátricos que llevó a cabo. A él en primer lugar y después al Dr. Enrique O. Aragón, se debió la iniciativa de fundar un gran hospital, ideal que tuvo



El Hospital para mujeres dementes "El Divino Salvador", en la antigua calle de la Canoa. Este hospital fué demolido y en su lugar se encuentra uno de los edificios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

realización en el Manicomio de Mixcoac, el cual fué inaugurado en 1910 por el presidente Porfirio Díaz, con motivo de la conmemoración del Centenario de la Independencia Mexicana.

A pesar de que se contaba con espléndidos edificios, construídos en el enorme y bello parque de la que fué Hacienda de La Castañeda, la atención psiquiátrica siguió siendo muy deficiente y no hubo cambios apreciables en los cuidados médicos para los enfermos; la ignorancia y el abandono continuaron; los reducidos médicos que prestaban sus servicios, salvo pocas excepciones, eran gente de escasa capacidad y de nulos conocimientos y ni las autoridades de la Beneficencia Pública tenían el más mínimo interés por el establecimiento, al grado de que hubo algún presidente de

dicha Institución, profesionista y hombre a quien se tenía por culto, que expresaba con frecuencia: "Debemos preocuparnos por los niños enfermos, por las mujeres embarazadas, por los tuberculosos, pero por los locos... a éstos no hay que hacerles nada". . . . .

Sin embargo, no debemos olvidar a otro de los dirigentes de la referida Beneficencia, el Gral. Eduardo Hay, quien dió todo su apoyo para reorganizar el Manicomio y gracias a ello se estableció con mayor amplitud la terapia ocupacional, las actividades gimnásticas y recreativas para los enfermos, etc., aunque sólo transitoriamente, ya que después volvió a caer en el tradicional abandono y recuerdo que siendo yo Director, al hacer un pedido de útiles agrícolas para cultivar los campos y plantar hortalizas, cundió un des-



Grupo de enfermos de "La Canoa".—1905

contento no exento de ironía en los corrillos de la Beneficencia Pública, señalándose que: "El Director del Manicomio se había vuelto loco también, pues eso de pensar en darles herramientas a los enajenados, era para que se matasen unos a otros y constituía la mayor de las chillaaduras". No obstante, desde entonces se dieron los primeros pasos serios en la asistencia psiquiátrica y los beneficios obtenidos fueron palpables: menor número de fugas, ahorro de narcóticos, disminución de riñas, orientación hacia el trabajo, lo cual, con las cátedras de enfermería y nociones de psiquiatría a los enfermeros prácticos de ambos sexos, además de la selección de médicos, significó positiva mejora en la Institución.

Los Directores del Manicomio han tenido siempre empeño para mejorarlo y casi todos han hecho algo en su favor, pero han tropezado con la poca o ninguna ayuda de las altas autoridades del

Estado, con la escasa colaboración de los subalternos y sobre todo, desgraciadamente, con la política interna de algunos médicos.

Desde luego, hay que señalar que siendo un hospital **para enajenados del Distrito Federal**, recibe no sólo enfermos de todas nuestras Entidades Federativas, sino también repatriados que se envían de Norte-América; teniendo capacidad máxima para 1,500 enfermos, alberga en la actualidad 3,139 y necesitando para realizar sus gastos en debida forma, la cantidad de \$ 2,200.000 anuales, sólo cuenta con \$ 1,400.000. Para la atención médica de sus pacientes, sólo tiene 40 médicos y aunque teóricamente, si hubiese igual repartición de aquéllos, tocarían a 78 por galeno —que aún así serían demasiados pacientes—, debe descontarse a los especialistas de otras ramas médicas: cirujanos, dentistas, oftalmólogo, laboratorista, patólogo, etc. y hay que tener en cuenta que la diversa agrupación de pacientes en los pabellones, obliga a que en algunos, un sólo médico tenga que atender a 300 enfermos o más.

El actual Director realiza intensa labor para desarrollar la terapia ocupacional en talleres y campos, fomenta los deportes, además de otras actividades higiénicas y se empeña por terminar la



Una sala del mismo Hospital de "El Divino Salvador" en 1690.



El Dr. Juan Peón del Valle, padre, con una enferma catatónica en "La Canoa".—1906.

construcción de edificios anexos, para pasar ahí a las mujeres, pero no ha podido obtener mayor ayuda económica, ni aquella entrada de las utilidades del Frontón, que desde hace mucho tiempo viene solicitando.

Y esto es lo que se refiere al centro psiquiátrico más grande de la República.

Con relación a los esfuerzos y a la iniciativa privada para la atención médica de estos pacientes, debemos aclarar que entre los galenos, hasta poco antes del año de 1925, eran contados aquellos que dedicaban algún interés a la Psiquiatría. Sólo podemos citar



Genl. Porfirio Díaz, ex-presidente de México, durante cuyo gobierno fué inaugurado el Manicomio de "La Castañeda".

los nombres de los Dres. Adolfo Ruiz Erdozain, Enrique O. Aragón, José Mesa Gutiérrez, Miguel Lasso de la Vega, Nicolás Martínez y Antonio Alfaro.

Como Sanatorios particulares, el primero existente en el Distrito Federal, fué el "Dr. Rafael Lavista", de Tlálpam, cuyo Director, el Dr. Luis A. García, durante largos años se sacrificó por el cuidado de los enfermos y quien ya anciano y cansado, sólo recibió

como premio el olvido y la ingratitud. También debe ser de gran memoria el nombre del Dr. Eladio Gutiérrez, quien realizó significativa labor en nuestro pobre medio psiquiátrico.

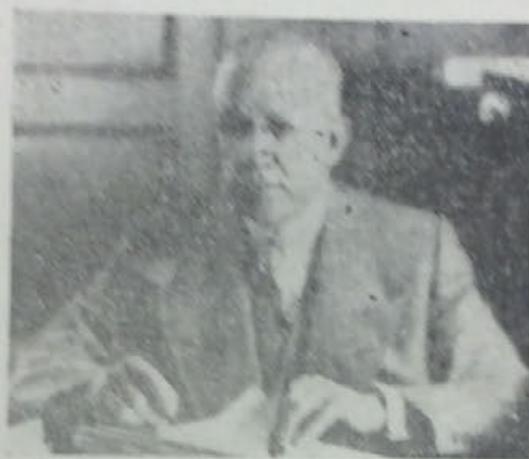
De 1925 a la fecha, se han abierto nuevos sanatorios particulares en la Capital y en los Estados como resultado del esfuerzo e interés de algunos médicos que han deseado dedicarse a las enfermedades mentales, pero especialmente en los últimos años, su número ha ido en aumento, aunque algunos de ellos se han fundado más por interés financiero que científico y son albergues de enfermos, pues carecen de aquellos servicios indispensables como laboratorios, gabinetes radiológicos, de electrodiagnóstico, electroterapia, etc., que deben formar parte de las instituciones que ostenten propiamente el nombre de sanatorio.



Fachada principal del Manicomio General de "La Castañeda", en la época en que se inició la terapia ocupacional y la nueva organización en la asistencia psiquiátrica.

Durante los últimos gobiernos, el Estado ha dado un amplio impulso a la Asistencia Médica en México, pues no sólo se han fundado numerosos hospitales especializados, como el de Cardiología, el de Niños, el de Tuberculosis, el de Nutriología, maternidades y también hospitales generales, como el Militar y el de los Ferrocarriles, siendo además numerosos los que se han proyectado en los Estados, por la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, cooperando con las entidades federativas; algunos ya terminados y varios en construcción, pero en su conjunto destinados a pacientes de todas las enfermedades, mas ¿Qué ha pasado con la asistencia de los enfermos mentales en los Estados? Fuera de la creación de la Granja en San Pedro del Monte, cerca de León, Guanajuato, dependiente del Manicomio General y que tiene más

de 300 enfermos, modelo de organización gracias a los esfuerzos de su Director, Dr. Angel Ortiz Escudero, el Gobierno en verdad no se ha preocupado por ellos. ¿No son tan enfermos como los otros y tan dignos de ser cuidados y protegidos? Es verdad que nuestro país tiene una proporción muy escasa de enajenados reclusos, pues he calculado que no llegan a 6,000 para una población de 22,000,000 de habitantes, lo cual es sumamente bajo en relación con otras naciones, como por ejemplo Holanda, donde antes de la guerra había 20,000 enfermos mentales internados para 8,728,569 habitantes, o los Estados Unidos, donde se calcula que por cada 100,000 habitantes existen 25 enfermos mentales reclusos, pero hay que tener en cuenta que en México hay aún muchísimos pa-



Genl. e Ing. Eduardo Hay, quien siendo Director General de la Beneficencia Pública en los años de 1929 y 1930, dió todo su apoyo para la reorganización del Manicomio General de "La Castañeda".

cientes que no están hospitalizados y deben internarse. Aunque sean pocos en su totalidad y se haya pensado en su mejor asistencia, ¿por qué se les deja para el último?

Si el Estado cuida de la salud física de los habitantes, debe cuidar tanto o más de la salud mental de los mismos y ahora cabe preguntar: ¿Dónde están los consultorios externos para pacientes psiquiátricos, fuera de los que tiene el Manicomio General? ¿Dónde los de Higiene Mental? La labor que el Estado tiene que desarrollar para dar la debida atención a los enfermos de la psiquis, es tiempo ya de que se emprenda, pero no cargando sobre el Manicomio todo su esfuerzo, o creando en los Estados otros hospitales para vesánicos, sino que el problema lo puede resolver en forma mucho

más fácil, fundando anexos psiquiátricos en los hospitales generales.

Estos anexos, en algunos ya existen, pero están en las más deplorables condiciones, quizás peor que las cárceles, sucios y destantalados; los pacientes desnudos, mugrosos y tirados en el suelo, los alimentos inmundos, es decir, que en esos lugares, las condiciones en que se tiene a los enfermos son tal vez peores que en la Edad Media, cuando se les veía como demoníacos o poseídos.

El paciente mental es como cualquier otro enfermo, un ser que requiere cuidados médicos y atenciones sociales y desde que se le reivindicó por Pinel y pasó a su verdadera categoría, es decir, a la de enfermo, debe ser así tratado por todos los pueblos y por todas las sociedades.

Las terapéuticas modernas han modificado enormemente la condición de los enajenados; de casos que antaño se consideraban incurables, ahora se obtienen recuperaciones manifiestas y muchísimos enfermos, curados o mejorados, vuelven al medio familiar y social. Ya no se observa ese **loco furioso** o ese **hombre fiero**, que la ignorancia y los prejuicios de las gentes habían forjado en su imaginación.

En Norte-América, país esencialmente de criterio práctico y que en muchos aspectos va a la vanguardia mundial en el progreso de la Medicina, no obstante que cuenta con recursos económicos inmensos, se está fomentando la creación de los servicios psiquiátricos en los hospitales generales, en lugar de la construcción de nuevos manicomios, que en muchos aspectos ya se consideran anticuados y cuyo sostenimiento es muy costoso.

El eminente psiquiatra Dr. A. E. Bennett, iniciador de esta cruzada en su país, señala que: "Antes de 1940, había en los Estados Unidos 4,302 hospitales generales y más del 90% rehusaban admitir enfermos mentales; después, 89 empezaron a dar facilidades para el cuidado de algunos, siguiendo el generoso ejemplo del hospital de Albay, donde se hizo construir, en el año de 1902, un pabellón para vesánicos". Este distinguido médico ha demostrado con la creación de un Departamento Psiquiátrico en el Hospital Clarckson de Omaha, Nebraska, E. U. A. los enormes beneficios que este sistema reporta.

Nosotros creemos que en México se puede llevar a cabo tal innovación y por ello, hemos reunido en cinco grupos, las ventajas más salientes, desde diversos puntos de vista:

1o.—Ventajas para el Estado:

- A).—Resolvería en forma más fácil y conveniente la obligación que tiene de mejorar la asistencia de los enfermos mentales.
- B).—Descongestionaría el Manicomio, al cual se daría su capacidad normal, dedicándolo a la atención de enfermos únicamente del Distrito Federal y haciendo en él un gran centro psiquiátrico de coordinación, de investigación, y de consulta.
- C).—Se erogarían mucho menores gastos, pues de acuerdo con el estudio que se hiciera del número de enfermos hospitalizables en cada región, zona o Estado, se construiría desde una sala hasta un pequeño pabellón, con las adaptaciones adecuadas de aislamiento, protección contra ruidos, puertas de seguridad, etc, y solamente se adquirirían los aparatos indispensables para las diferentes terapéuticas, como electropirexia, electrochoques, electronarcosis, etc.

En algunos hospitales, aún se podrían establecer desde habitaciones hasta secciones para pensionistas, todo lo cual contribuiría al sostenimiento de estos anexos.

2o.—Ventajas para los enfermos:

- A).—Serían objeto de mejor estudio y recibirían los tratamientos adecuados, sin tener que alejarse del lugar de su residencia y además, se les levantaría al nivel moral en que deben ser colocados, uniéndolos a otros enfermos.
- B).—Tendrían para su mejor atención, los servicios de las otras dependencias del hospital: cirugía, ginecología, oftalmología, oto-rino-laringología, cardiología, electrodiagnóstico, electroterapia, radiología, etc.

3o.—Ventajas para el personal médico:

- A).—Los médicos especialistas de los Estados y los que deseen especializarse en Psiquiatría, tendrían la gran oportunidad de contar con mayor campo de acción y con el contingente de pacientes para estudio y tratamiento. Se impulsaría así, el conocimiento de la patología mental y la formación de nuevos psiquiatras, que tanto necesitamos en la provincia, donde en algunos sitios, las condiciones actuales no les permiten su desenvolvimiento.
- B).—En los lugares donde hubiera Facultad de Medicina, se darían las cátedras psiquiátricas de manera práctica, con gran beneficio para la enseñanza médica.
- C).—Los propios psiquiatras ya formados o en formación, tendrían contacto con los médicos de otras especialidades, estando así al corriente en muchos otros aspectos de la medicina que ignoran y su labor, en conjunto con la de aquéllos, serviría para mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Recibirían sin esfuerzo, mayor cultura médica general, de la que con frecuencia se desatienden.
- D).—Los practicantes de Medicina, siguiendo un servicio rotatorio, adquirirían mejores conocimientos acerca de los enfermos mentales y se interesarían más en la especialidad, ya que la enseñanza psiquiátrica debe ser amplia para todo médico del presente y del futuro.

Otro tanto puede decirse de las enfermeras y demás personal, el cual comprendería mejor a estos pacientes, los vería con naturalidad y destruiría todos aquellos prejuicios que todavía existen entre quienes se dedican a cuidar enfermos.

4o.—Ventajas para los hospitales generales:

- A).—Los enfermos agudos estarían bajo tratamiento médico, pero en cambio, los crónicos e incurables podrían ser utilizados para el aseo y para trabajar en

diferentes dependencias del hospital, como lavanderías, cocinas y jardines. También se podría poner bajo su cuidado gallineros, hortalizas, establos y aún granjas en el mismo sitio o en lugares cercanos. Estos enfermos pueden realizar tales actividades dentro de la terapia ocupacional y en ese sentido es admirable el ejemplo que tenemos del hospital Víctor Larco Herrera, de Lima, Perú, donde las verduras que salen de sus hortalizas y la leche que se obtiene en sus establos, no solamente sirven para su propio consumo, sino para el de todos los establecimientos de beneficencia de esa capital.

- B).—Los médicos, enfermeras y practicantes, prestarían su atención a pacientes de otros servicios que presentasen cuadros mentales, delirantes, de agitación, etc., como es tan común observar en los casos de traumatología craneana, en los de enfermedades infecciosas, etc.
- C).—Los médicos no psiquiatras adquirirían mejores conocimientos de psicopatología y limitarían sus intervenciones y tratamientos en los casos de pacientes con órgano-neurosis. Además, tendrían mayor facilidad para resolver algunos de sus problemas, con el consejo y la ayuda de sus colegas alienistas, aprenderían a cuidar y comprender no sólo la parte física del enfermo, sino también su mente. Podrían hacer psicoterapia.

#### 5o.—Ventajas para la Sociedad:

- A).—Recibiría verdadera educación psiquiátrica, disminuyendo las ideas erróneas y los prejuicios que en nuestro medio se tienen acerca de estos enfermos.
- B).—Los familiares de los pacientes, aceptarían con menos escrúpulos el internamiento de éstos en los hospitales generales que en los manicomios y ya no pensarían que la reclusión, como dice Bennett "es un estigma que le queda a la persona, si llega a curar".

C).—La desconfianza hacia estos manicomios pequeños, con su carácter de anexos psiquiátricos, disminuiría y tal vez desaparecería así como esos conceptos erróneos que con tanta frecuencia surgen en nuestro medio, aumentados y fomentados por la prensa, de secuestros, abusos, malos tratos, etc., que casi siempre han sido producto de la ignorancia y de los prejuicios de las gentes.

En fin, si a estos anexos se agregan consultorios psiquiátricos y de higiene mental para atender los casos de las anormalidades de tipo emocional que con tanta frecuencia se presentan, de las psiconeurosis y de las psicosis y psicopatías incipientes, se completaría la labor que el Estado aún no desarrolla.

Si lo expuesto en este trabajo, los comentarios que he hecho y las razones aducidas, después de ser discutidas, son de tomarse en cuenta, hago la siguiente y única proposición:

QUE EL SEMINARIO DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL, SOLICITE DEL EJECUTIVO DE LA UNION Y DE LOS GOBERNADORES DE LOS ESTADOS, LA CREACION DE ANEXOS Y CONSULTORIOS PSIQUIATRICOS EN LOS HOSPITALES GENERALES DE LA REPUBLICA Y EN LOS QUE EXISTAN, SEA MEJORADA LA ASISTENCIA SOCIAL Y LA ATENCION MEDICA DE LOS ENFERMOS MENTALES.

#### COMENTARIOS

Dr. Fernando de la Cueva. Felicita al Dr. Ramírez Moreno por su acertado trabajo. Recalca algunas de las ventajas señaladas por el mismo acerca de la incorporación de anexos psiquiátricos en los hospitales generales y hace ver la situación desgraciada que priva en la provincia —concretamente en Guadalajara—, para los alienados. En el hospital civil de esa población se reserva un reducido espacio —habitaciones paupérrimas—, abandono, suciedad —para los enfermos mentales— a los que prácticamente no se atiende, sino se tolera.

Dr. Rivero Caso. Felicita asimismo al Dr. Ramírez Moreno por su generosa iniciativa y como el Dr. De la Cueva, reseña las pésimas condiciones asistenciales para alienados en "su provincia", Puebla.

Dr. Riglas: Como los doctores De la Cueva y Rivero Caso, comunica los problemas asistenciales psiquiátricos en el interior de la República y hace mención de los que ha tenido oportunidad de conocer y afrontar en Monterrey. Pide que la iniciativa de entrevistar al Presidente de la República en solicitud de ayuda para llevar a la práctica la fundación de anexos psiquiátricos modernos en los hospitales del Estado, se haga extensiva a los Gobernadores de las entidades federativas.

El Lic. Emilio César dice que son tan grandes y numerosos los problemas de México, que cree hay muy pocos que los conozcan, al menos superficialmente. Le parece imposible que en México —en relación con la asistencia pública social— haya situaciones como las que describieron los doctores Ramírez Moreno, De la Cueva, Rivero Caso y Simón Riojas.

Encuentra valiosísima y urgente la iniciativa presentada en su trabajo por el Dr. Ramírez Moreno, a quien elogia con entusiasmo.

Expresando conceptos semejantes a los apuntados e insistiendo sobre la importancia de la iniciativa, hablaron también los doctores Salazar Viniestra, Buentello y Baledón Gil.

El Dr. Ramírez Moreno agradece las felicitaciones que se le han dirigido y acepta la adición que propuso el Dr. Riojas a su iniciativa mencionada.

# Situación de los Enajenados Frente a Nuestra Ley Penal

Por el Lic. Ignacio Villalobos  
Magistrado del Tribunal Superior de Justicia.

Trabajo presentado en las Primeras Jornadas del Seminario de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal.

El desarrollo del tema que se me ha señalado, habría de requerir una gran extensión puesto que en él se halla implicado el abstruso y delicadísimo problema de la responsabilidad; sin embargo, dado el programa de este Seminario, debo presentar solamente líneas esquemáticas para provocar el estudio, la discusión y el curso de las opiniones de ustedes, que son los que habrán de fijar y depurar los conceptos.

Desde luego el Derecho Penal, sin perjuicio de ampliaciones y concomitancias de que luego se hablará, es, originaria y genuinamente, una rama del derecho público interno cuyas disposiciones se encaminan a sostener el orden social, reprimiendo los delitos por medio de las penas. Es una aplicación, en lo social, del castigo como recurso educativo y conservador de la disciplina; y conviene tener presente que, entre los muchos recursos que el Estado emplea para prevenir y evitar la comisión de actos inconvenientes, el Derecho Penal es sólo uno de ellos, con naturaleza específica y características propias, siendo una tendencia involutiva la de quienes pretenden, con poco afinamiento de criterio, confundirlo todo en una masa proteiforme que de ninguna manera favorece la claridad.

La pena por consiguiente, a despecho de algunas utopías que se han hecho circular con escasa fortuna y descontado el hecho de que la privación de libertad brinda oportunidad para intentar la reeducación del reo, sigue siendo un castigo, un dolor, un sufrimiento con que se conmina a los hombres para que se abstengan

de delinquir. Este carácter finalista de la pena es intuitivo y, aunque alguna escuela o algún grupo de personas se lo ha querido atribuir como un descubrimiento propio y como un rasgo de la "ciencia moderna", la verdad es que en todo tiempo se ha reconocido explícitamente y para demostrarlo es usual citar las viejas palabras de Séneca: "Nemo prudens punit quia peccatum est sed ne peccetur"; o aquellas con que Protágoras y Platón convenían en que, "a menos de querer obrar como los malvados, no se castiga al malhechor porque haya delinquido, ya que el hecho ha ocurrido y no puede ser anulado por el castigo; sino que se castiga para él porvenir, con el fin de que el reo no vuelva a delinquir y los otros hombres sean disuadidos del delito".

Nadie desconoce, por supuesto, que en la genética de la conducta humana juegan papel importante todos aquellos impulsos biológicos, todos aquellos apetitos que denuncian el temperamento y que forman el "ello", lo impersonal, en la conocida gráfica freudiana; lo que debemos rechazar es el simplismo de quienes quisieron resolver el problema cerrando a medias los ojos para no ver su parte difícil y pretendían reducir a esa parte material todo el origen de un acto humano, relegando lo demás a la cómoda categoría del "incognoscible" y congratulándose luego de hallar las cosas elementales y sencillas. La conducta humana constituye un problema complejo por su origen, su mecanismo, sus influencias, y así debe afrontarlo quien verdaderamente aspire a su resolución y a encontrar su tratamiento adecuado sin salirse de él, pretendiendo que todo es netamente orgánico ni que todo delincuente es un "anormal".

"Hubo un tiempo —dice Marañón en su estilo maravilloso y con su indiscutible autoridad— en que llegó a suponerse que cada pecado manaba de una glándula de secreción interna... conforme pasan los años, agrega, me siento más apegado al caminar tranquilo, y paso a paso, calzados los pies con las botas cautelosas de la responsabilidad y el criticismo, que no al aleteo atrevido de la hipótesis, desde cuya altura, es cierto, se descubre a veces de un golpe el interior de la selva inaccesible; pero desde la cual, también, se confunden con ejércitos de leones las hormigas... las glándulas de secreción interna, reguladoras y adaptadoras del conflicto perpetuo entre el ambiente y la trayectoria individual, tienen una responsabilidad importante... pero de esto, que es cierto, a hacer emanar la responsabilidad de nuestros actos de nuestra situación

endócrina, hay una distancia que ni en los momentos orgásticos de la hipótesis es dado franquear".

No llamemos, pues, al delito un "hecho natural" sino un "acto humano"; ni pretendamos tener como esencia de la responsabilidad "el hecho de vivir en sociedad" que no es más que un presupuesto de la misma: Libre albedrío o no libre albedrío, cuidémonos de equiparar la digestión o la circulación con los actos intelectivos y volitivos y advirtamos, por ende, que entre la conducta del niño, del adulto normal y del enajenado existen diferencias de origen, de mecanismo y de naturaleza que no podemos pasar inadvertidas; que la solución, si el progreso consiste en ir afinando el criterio y ahondando en los conocimientos, en la división del trabajo y en "el paso de lo homogéneo confuso a lo heterogéneo coordinado", como dijera Spencer, no puede realizarse volviendo a la mera epidermis de las cosas y confundiendo burdamente todos los casos, todas las situaciones y a todos los hombres, "cualquiera que sea su estado bio-psicológico", en una llamada "responsabilidad social" que aún para la gramática es una injuria.

La imposición de las penas requiere un elemento subjetivo en el delito, la culpabilidad, que en los casos normales determina o demuestra una peligrosidad en el sujeto. La práctica, empero, ha tropezado frecuentemente con los mismos hechos nocivos y antijurídicos, ejecutados sin culpabilidad por sujetos que representan otra clase de peligrosidad y que no tienen la capacidad necesaria para ser influenciados por la conminación penal; que no tienen discernimiento suficiente para justipreciar su conducta dentro de la realidad objetiva; que viven "en un mundo autístico e irreal", faltando identidad entre el supuesto yo que actúa en sus delirios y aquel que podría ser destinatario de la prohibición o del mandato jurídicos. La objetividad de los actos, de los resultados dañosos y del peligro que tales sujetos representan, urgen de igual modo la adopción de medidas preventivas o de defensa social y por ello se dispone asegurar a los inconscientes o enajenados, neutralizando su peligrosidad y procurando su curación antes de restituirles a la vida social. **Pero estas últimas son simples medidas de seguridad, diversificándose de las penas por la conducta subjetiva que las origina, por su naturaleza y por su modus operandi, aun cuando unas y otras tiendan, como fin último, a la defensa social.**

Los juristas, se ha dicho con gran experiencia y con profundo acierto, necesitan más que nadie tener ideas claras; por eso debemos dejarnos ya de coquetear con ingeniosidades y verbalismos sofisticados, para fijar los conceptos angulares de la imputabilidad: La Culpabilidad no es más, genéricamente, que el desprecio egoísta del orden social, de la solidaridad, de los intereses ajenos y de las normas jurídicas que son prohibición o mandato; la imputabilidad, por consiguiente, como capacidad de obrar culpablemente, se forma por un elemento intelectual o conciencia de nuestra propia individualidad, de nuestros actos y de sus efectos transitorios, y por una potencia volitiva que nos permita la auto-determinación al acto, a la luz de los motivos captados por el entendimiento. Si en el sujeto faltan o se hallan perturbadas esas facultades al grado de no comprender el acto que se ejecuta, de acuerdo con la realidad, o de no poder evitarlo, faltarán la imputabilidad, la responsabilidad y la culpabilidad; y no podrán imponerse sino medidas de seguridad, medidas administrativas, terapéuticas, pero no sanciones penales.

Pues bien, el sistema de nuestro Código, contra lo que algunos han creído, corresponde exactamente a estos conceptos que, por lo mismo, podemos tomar como claves para su interpretación: En efecto, basta leer la declaración categórica de su artículo 80., sobre que los delitos son intencionales o de imprudencia, para comprender que los actos de un alienado, aun cuando sean típicamente antijurídicos, no constituyen siquiera delitos, por falta del elemento subjetivo de culpabilidad y por no encajar, por tanto, en las categorías fijadas por ese artículo 80.; que todo demente se halla exento de responsabilidad penal, aun cuando su caso no se mencione en las eximentes catalogadas en el artículo 15; y que sólo cabe aplicarle medidas de seguridad y no penas, categorías una y otra que tiene buen cuidado la Ley de diferenciar en su artículo 24. Sin esta interpretación, si el hecho del enajenado se tuviera como delito y la reclusión de enfermos se equiparase a las penas, no podría tener una duración indeterminada por prohibirlo nuestra Constitución Federal; ni serían practicables los procedimientos libres instituidos para casos de menores y reglamentados para enfermos mentales por los artículos 495 a 499 del Código Federal de Procedimientos Penales.

Nada más desafortunado, sin embargo, que la redacción del artículo 68 de nuestro Código Penal, que dice: "Los locos, idiotas,

imbéciles, o los que sufran cualquiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, serán reclusos en manicomios o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación; y sometidos, con autorización de facultativo, a un régimen de trabajo. En igual forma procederá el juez con los procesados o condenados que enloquezcan, en los términos que determine el Código de Procedimientos Penales".

En efecto, prescindiendo de la mayor o menor propiedad técnica de los términos empleados para expresar lo que se quiere, sorprende que se coloquen en un mismo plano y que de igual manera se sustraigan a las consecuencias penales de sus actos, para someterlos únicamente a tratamientos curativos, a todos los que sufran "cualquiera debilidad, enfermedad o anomalía mentales". La gama de estas anomalías es infinita y no siempre justifica semejante actitud legislativa, pues tomado al pie de la letra lo que allí se dice, resultaría que, al comprobar que el homicida sujeto a proceso es simplemente un tonto, ya no habría que imponerle sino la medida correspondiente a su debilidad mental; y acaso lo mismo sucediera con un genio científico, que ciertamente suelen todos ellos estar fuera de lo normal. Desde que la antropología y la Sociología han buscado los orígenes de la conducta para instituir tratamientos causales adecuados, lo menos que se puede hacer, por lo que respecta al hombre mismo, es distinguir dos situaciones perfectamente diferenciadas: La de quienes pueden seguir una **conducta normativa**, que determinan sus actos por **motivos** y que por tanto pueden ser gobernados por **normas de obligatoriedad**, sujetos únicos de Derecho Penal y para quienes será útil sumar a la propia motivación el concepto de la solidaridad y el temor a la pena; y aquellos otros cuya falta de formación o cuya anormalidad les fuerza, por **leyes de necesidad**, a una conducta que puede no ser de acuerdo con los conceptos y las voluntades de la mayoría considerada como el patrón de la normalidad. Así, será una regla inequívoca la de usar recursos normativos (Derecho Penal) para quienes orientan su vida de esta manera, y dejar fuera del concepto de incumplimiento, de responsabilidad y de culpabilidad, a todos aquellos incapaces de obligarse y cuyos actos son extraños a su yo personal, como nacidos de una falta o de una desviación de sus facultades intelectivas y volitivas. El caso más frecuente, en que en el mismo sujeto se encuentran disfunciones o pequeñas anomalías que influyen sobre

la conducta, **sin llegar a privar de la posibilidad inhibitoria o rectora por el psiquismo superior**, indicará la procedencia de medidas penales que actúen sobre este último, asociadas a los tratamientos correctivos o terapéuticos que mejoren aquellas influencias.

El problema de interpretación de la Ley positiva consiste, pues, en fijar el grado de profundidad de la deficiencia o de la perturbación mentales, para ver si amerita el paso radical de un plano de justicia penal a otro meramente administrativo y terapéutico; teniendo por cierto que sólo aquellas debilidades, anomalías o enfermedades **que priven de reconocerse a sí mismos como agentes, que impidan conocer la naturaleza del acto o anulen el ejercicio de una voluntad acorde con el juicio, pudiendo ser causa de especial peligrosidad**, están sujetas a lo dispuesto en el precepto que estudiamos. Las otras, que sólo significan reducción en el discernimiento o en los mecanismos inhibitorios, o exaltación de los impulsos temperamentales, implicarán una diferencia de grado en la culpabilidad y una necesidad de tratamientos complementarios, pero no una diferencia específica en la naturaleza de la conducta y sus consecuencias jurídicas.

Por estas mismas reflexiones podemos asegurar que, cuando la fracción II del artículo 15 del Código Penal habla de que se halle el acusado "en estado de inconciencia de sus actos", se refiere a esa perturbación mental que impide conocer o que falsea los conceptos, como en los casos en que haya un desdoblamiento de la personalidad y se cree que es otro el que actúa; cuando al disparar un arma de fuego se entiende ejecutar otro acto cualquiera inofensivo; cuando el agente vea en la enfermera o el pariente que se aproxima para traer una medicina, a un enemigo mortal que le persigue y que seguramente viene para agredirle, procediendo a la defensa; etcétera. En estos casos, si el trastorno es pasajero, no se requiere siquiera medidas de seguridad por no haber un peligro permanente en el sujeto.

Desgraciadamente es más difícil hacer caber en ese término "inconciencia", las aberraciones de la voluntad, que también excluyen la imputabilidad, como en los verdaderos casos de piromanía, de cleptomanía y de otras impulsiones incoercibles aun cuando a veces perfectamente comprendidas.

El perito debe, pues, en estos casos, referir su dictamen a la existencia de un trastorno que llegue a los extremos apuntados.

Volviendo al artículo 68, es necesario decir que no adolece sólo de un defecto de formulación, sino que probablemente el ojo experimentado y perspicaz de los señores psiquiatras habrá ya advertido en él la fisonomía desencajada y el síndrome de un verdadero extravío de fondo que trataré de explicar:

Nuestro Código refleja la lucha ideológica de su época y así, aun cuando hemos visto que, en tesis general, adopta los conceptos de culpabilidad, imputabilidad y responsabilidad dependientes del entendimiento y de la voluntad, tratando médicamente a los enfermos y penalmente a los delincuentes, el artículo 15 enumera las excluyentes de responsabilidad suprimió deliberadamente a los enajenados, recayendo en la poderosa y arraigada sugestión ferriana y creyendo establecer la "responsabilidad social" y abarcar en ella a esta clase de "delincuentes" que en otra parte del mismo Código se establece que no lo son. Por eso es que según el artículo 68, el juez debe seguir un proceso completo, idéntico al proceso penal, para declarar en una sentencia si el procesado cometió el acto e imponerle, como "sanción", la estancia en un sanatorio. Los señores médicos que me escuchan y todos los no especializados en materia de achaques jurídicos, se extrañarán justamente al advertir que, según lo anterior, enjuiciando a un demente, a un idiota, a un oligofrénico, a un loco o enajenado plenamente, el juez debería despojarse de su serena majestad para sentarse frente a su reo y simular una diligencia encaminada a tomarle declaración; carearle con sus testigos, exigirle protestas y asumir otras muchas actitudes pintorescas que compiten con la desviación mental del enjuiciado.

Cuando se trata de un reo que pierde sus facultades durante el proceso o al estar cumpliendo su condena, dice la Ley, debe procederse "en igual forma", es decir, recluyendo al enfermo en el hospital correspondiente; pero es de notar que para el primer caso, el artículo 477 del Código de Procedimientos Penales dispone la suspensión del proceso, con lo cual ya no se puede tomar la reclusión decretada como una sanción, puesto que no se ha comprobado ni declarado que el reo sea autor o partícipe en el delito; y para el segundo, es decir cuando se trate de un reo con sentencia que se halla fuera ya de la jurisdicción del juez, cabe preguntar como es que sea éste quien deba ordenar la reclusión del enfermo así como si tal medida es de duración indeterminada y substituye a la pena primeramente impuesta.

Ceniceros y Garrido, miembros distinguidos de la Comisión redactora del Código de 1931, critican el concepto uniforme de sanción", y hacen presente que el nuevo Ordenamiento se inspira en la doctrina de Alfredo Rocco que distingue las penas de las medidas de seguridad, diciendo de estas últimas, que, de hecho, son **"medidas administrativas aplicadas judicialmente, siendo materia, más que del Derecho Penal, de la Política Social"**. Sin embargo más adelante, en el capítulo XXV de su comentario a la Ley Penal Mexicana, son arrastrados por la corriente caudalosa del medio y del momento, paladean el inevitable parangón entre la Escuela Clásica y la Escuela Positiva, nos hablan de la "responsabilidad" de los dementes y nos refieren cómo mi querido y respetado amigo Manuel Rivera Vázquez fué el inspirador del actual artículo 68, al formular un estudio en que habló de aplicar "sanciones" a los locos, idiotas, imbéciles, débiles mentales, psicopatológicos, ebrios habituales, toxicómanos, etc., haciendo hincapié en que se trata de una "acción penal" y que las referidas sanciones deben imponerse "al término de un proceso".

No cabe duda, pues, sobre que la interpretación del artículo 68, así como la mente de algunos de sus autores, conduce a esa aberración del proceso con todas las garantías constitucionales, como si se tratara de un proceso penal, jurisdiccional, y no de diligencias administrativas encomendadas a los jueces, máxime si se atiende a literalidad del precepto que impone la reclusión a enfermos "que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidas como delitos", antecedente que ineludiblemente deberá comprobarse. El desideratum sería indudablemente que, para ser consecuente consigo mismo, el Código que en otra parte afirma en la certeza de que no se trata de "delitos" cuando los autores no pueden llenar el elemento subjetivo requerido por el artículo 80.; que en tales casos no se trata de exigir "responsabilidades" ni de "declarar derechos", sino de prevenir una peligrosidad patológica; y que no se pretende tampoco imponer "penas" o "sanciones" a los dementes sino de adoptar medidas administrativas, tutelares y de seguridad, conviniera en que "las garantías constitucionales instituidas para los delincuentes o procesados y para la materia penal, no tienen aplicación, como ya se ha dicho por la Suprema Corte del País que no la tienen tratándose de menores que cometen homicidio, robos, etc.; que se modificara y completara la legislación en beneficio de la claridad: que se reglamentaran los procedimien-

tos con la amplitud necesaria, como no lo ha hecho siquiera el Procedimiento Federal, puesto que sigue requiriendo la comprobación del delito y de la participación del enfermo en su ejecución, en tanto que, cuando la locura sobreviene durante el proceso, la reclusión es automática; y puesto que uno de los estados peligrosos cierta y científicamente comprobables lo constituye la enajenación mental, que se expidiera una legislación especial para esta clase de enfermos, que abarcara las medidas de seguridad y en la que, así como actualmente se declara la interdicción para efectos civiles, en el terreno administrativo se pudieran adoptar las medidas elementalmente requeridas por la seguridad pública, **con la sola comprobación de ese estado peligroso** y sin necesidad de esperar, monstruosamente, a que el enfermo haya cometido un homicidio o un incendio previsible, y se tramite el sainete de un proceso penal que no lo es.

Entre tanto sería de desear que nuestra jurisprudencia abandonara su tradicional timidez y, en un gesto de superación y de audacia, tratara de aproximar la interpretación al sentido general de la Ley, a la razón y a la doctrina moderna, hasta donde los términos expresos y categóricos del texto no lo impidan. Por la interpretación teleológica, dice Eugenio Mezger, debe irse más allá de los textos, tratando de descubrir los fines de la ley misma, su sentido integral; "si la interpretación se propone captar realmente el valor propio del Derecho, no puede detenerse en el precepto aislado y en su fin concreto sino que es preciso que se remonte a los fines del total ordenamiento jurídico, a los propios fines del Derecho"; y sólo de esta manera la hermenéutica, con arreglo a su propia esencia, desempeñara una función social elevada.

Se ha hecho notar que, por una parte, los artículos 68 del Código Penal y 477 del de Procedimientos del ramo, disponen la suspensión del procedimiento y la reclusión del procesado en un sanatorio, cuando enloquece durante el proceso; que tal suspensión y la medida de seguridad, correspondiente **no se deben precisamente al momento en que se presenta la incapacidad mental**, sino a ésta misma que imposibilita la secuela del juicio y hace al reo incapaz de ser considerado como sujeto pasivo de penas; **que estas mismas características concurren** en cualquier caso en que se descubre que el individuo sujeto a proceso se halla enajenado, aun cuando su mal provenga de épocas anteriores a la fecha en que se cometió

el delito. Por tanto es natural sentir la tentación de aplicar uniformemente la segunda parte de ese artículo 68 a todos los casos de enajenación, haciendo a un lado la parte absurda y antijurídica de ese precepto; pero la ley es obligatoria y la interpretación rebasaría sus límites si donde dice blanco estableciera que ha de ser negro; por tanto y por defecto de la Ley, debemos concluir que la jurisprudencia local, lo más que puede hacer por interpretación del artículo 68 de nuestro Código Penal, es proceder como expresamente se ha establecido ya para la materia federal.

Tratándose de reos sentenciados que se hallen extinguiendo una pena privativa de libertad, será el Departamento de Prevención Social el que disponga su traslado a un hospital adecuado, siempre que por enfermedad se requiera; y sólo que al expirar el término de la pena subsista un estado peligroso de enajenación mental, será el mismo juez del proceso quien pueda ordenar la permanencia del enfermo en las condiciones a que se refieren los artículos 68 y 69 del Código Penal.

#### COMENTARIOS

Lic. Salazar Hurtado.—Elogia las tesis sustentadas por el ponente y hace ver las deficiencias de nuestra legislación penal que, en relación con los alienados es confusa en muchos puntos e insuficiente para guiar al jurista en la resolución de algunos problemas que la práctica le plantea. Desea que se haga esfuerzo por subsanar esas deficiencias legislativas y para ello propone concretamente que el Seminario formule un proyecto de legislación para alienados, que venga a resolver y aclarar muchos puntos y problemas de procedimiento, de jurisdicción, de competencia, etc.

Lic. Víctor Velázquez.—Se muestra entusiasmado de encontrar en el Lic. Villalobos —hombre probo y estudioso— a un partidario de sus ideas en relación con los puntos básicos del derecho penal —responsabilidad, imputabilidad, sanción, castigo, “defensa social”, etc.— Elogia el valor y la honradez intelectual con que el Magistrado encara la lucha ideológica reflejada en nuestra legislación penal y la solidez de su crítica contra las tesis “modernas” de origen positivista. En torno de estos problemas filosófico-jurídicos hace consideraciones históricas de gran erudición y termina por apoyar la iniciativa de que se cree una legislación especial para alienados.

Dr. Baledón Gil.—Plantea el problema de que la promulgación de leyes para alienados es imposible, mientras no se reforme la Constitución General de la República.

Dr. Samuel Ramírez Moreno.—Hace cálidos elogios al trabajo del Magistrado Villalobos y apoya la idea de que se redacte un proyecto de legislación para alienados.

Dr. Abraham Fortes.—Sustenta la tesis de que, según las concepciones modernas sobre la dinámica de la conducta no puede realmente existir la responsabilidad criminal y por tanto la imputabilidad. Para ilustrar su tesis pone un ejemplo.

Dr. Salazar Viniegra.—Se muestra decidido partidario de la legislación para alienados. Pero cree más práctico que, antes de que el Seminario estudie y redacte un proyecto de ley, se investiguen las posibilidades reales de que sea aceptado por nuestros cuerpos legislativos. Para ello propone en concreto que se entreviste al Jefe del Ejecutivo, con objeto de que sea él quien envíe a las Cámaras —en caso de estar anuente— el proyecto que, entonces sí, debería redactar el Seminario.

El licenciado Villalobos agradeció los comentarios elogiosos a su trabajo y se hizo solidario de la iniciativa concreta del Lic. Salazar Hurtado y del Dr. Salazar Viniegra. Resolvió la dificultad planteada por el Dr. Baledón Gil —no es necesario reformar la Constitución— y la que opuso el Dr. Fortes —el acto humano no es sólo un hecho natural, dependiente de factores biológicos, sino genuinamente el resultado de un factor intelectual-congnoscitivo y una potencia volitiva indeterminada.

## “BISMUTO KOCH”

EL “BISMUTO KOCH es un Bismuto metálico purísimo en estado coloidal, de granos extremadamente finos, suspendidos en solución isotónica.

EL “BISMUTO KOCH” es, hasta la fecha, la forma más científica y racional de los preparados Bismúticos y muy superior a todas las preparaciones de sales insolubles, teniendo sobre éstas, tres ventajas: exacta dosificación, rápida absorción y completa eliminación.

SIFILIS y HEREDO-SIFILIS:  
Una ampollita cada tercer día, subcutánea o intramuscular hasta llegar a una dosis de 3 a 5 centigramos según indicación médica, es decir tres o cinco cajas.

Estas curas por el “BISMUTO KOCH” pueden repetirse con intervalos de uno o dos meses durante cinco o seis años, tiempo en que casi siempre se obtiene la curación de la SIFILIS.

Reg. No. 17284, D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

UNICO DISTRIBUIDOR:

DR. MANUEL F. CASTILLO

Manuel María Contreras No. 106

Eric.: 16-16-24

MEXICO, D.F.

## Consignación Judicial Hospitalaria de Psicópatas

Henry Weihofen y W. Overholser.



WINFRED OVERHOLSER

Anualmente alrededor de 250,000 personas son admitidas en las instituciones mentales de este país, y a veces sobre pasan a medio millón el número de pacientes en instituciones de este tipo. Aunque el promedio de altas está lejos de ser insignificante y la estancia puede ser de corta duración, permanece el hecho de que muchas personas se encuentran recluidas, algunas de ellas por largas temporadas, en tales hospitales. Una de las características de los trastornos mentales serios es que aún cuando existen perturbaciones de la conducta, el enfermo no lo aprecia ni reconoce que ne-

cesita tratamiento. Un enfermo con neumonía o con una fractura probablemente busca voluntariamente su ingreso al hospital o al menos accede al tratamiento del médico; pero un paralítico general o un paranoide no puede esperarse que obren en el mismo sentido. Como consecuencia, se hace necesario algún procedimiento legal (judicial) para obligarlo a ingresar a una institución y hacerlo permanecer allí tanto tiempo como su estado lo haga necesario. Los métodos de "arresto", siendo procedimiento de aplicación de la fuerza policial de los diversos estados, varían de grado de una entidad a otra; algunos métodos son tan rigurosos que dan la impresión de un proceso del orden criminal, en tanto que otros, reconociendo en el alienado un enfermo, más que un peligroso elemento, permiten el internamiento a un hospital mental con el mínimo de rigor.

No intentamos hacer una descripción de los diversos procedimientos de consignación judicial en los estados; un resumen excelente de ellos fué hecho en 1939 por el Dr. Grover Kempf (Suppl. 157, Pub. Health Reports) y los edictos posteriores a tal fecha están a la disposición de quien se interese. Únicamente trataremos de exponer las principales consideraciones de orden médico y de orden legal que intervienen en los procedimientos de internamiento judicial y atención de los alienados mentales, junto a algunos comentarios y ejemplos de las prácticas existentes.

**Tipos de procedimientos para la admisión en hospitales mentales.**—El término **commitment** (orden judicial de internamiento), que comúnmente denota la admisión a un hospital mental bajo cierta formalidad legal, debía reducirse en este concepto tan solo a aquellos casos en los cuales el paciente es enviado a un hospital mental por un lapso indeterminado para su cuidado y tratamiento, después de haber sido calificado por una especie de jurado de que se encuentra necesitado de tal atención. Se usa más extensamente en los otros tipos de admisión de los hospitales mentales: en aquellos estados en que existe autorización para que un paciente busque admisión voluntariamente, algunas veces se hace mención de "Commitment voluntario" lo cual es hasta paradójico.

Hay otras formas de admisión a una institución mental, no voluntarias, pero que no implican necesariamente la intervención de un tribunal que juzgue que el enfermo debe sujetarse a tratamiento en una institución.

**Admisiones de emergencia: legalidad de tales.**—En un número crecido de estados existen medidas legalizadas para internamiento en un hospital mental amparadas por un certificado de un oficial sanitario (para resolver emergencias cuando un individuo desconocido en un lugar se encuentra en necesidad de recibir cuidados hospitalarios y no existen familiares o médicos que conozcan el caso del individuo), o de un certificado firmado por dos médicos (para resolver una emergencia inesperada y seria, si no hay un funcionario judicial para autorizar tal medida), cuando menos temporalmente y por un número limitado de días. Es un principio legal establecido que un agente de policía, o cualquier ciudadano, tiene derecho a arrestar en un sitio adecuado a una persona que se encuentra alienada mentalmente y que constituye un peligro, por la naturaleza de sus actos, contra sí mismo o contra otros, en tanto que esta detención sea temporal y se continúe únicamente hasta que los procedimientos de ley para su internamiento judicial hayan sido extendidos. El derecho a detener a un enfermo mental, que en libertad pudiera ser peligroso para sí mismo u otros, es análogo al que hay cuando se encuentra delirante por un proceso febril y pudiera evadirse de sus vigilantes o de alguien que tiene una enfermedad contagiosa. Sin embargo, quien priva de su libertad a

otro, bajo pretexto de que está incapacitado para reprimirse y comportarse debidamente, adquiere la responsabilidad de demostrarlo y la necesidad de justificar la urgencia del uso de sujeción mecánica. También está expuesto a demanda en caso de que cometa un error de juicio.

Sin embargo, este derecho al uso de medios mecánicos de sujeción se practica libremente en algunas entidades. En Mass., por ejem., casi la mitad de todas las admisiones a los hospitales públicos del Edo. se efectúan bajo lo que se llama comúnmente "por una temporada de cuidado". Bajo esta previsión cualquier agente policíaco, médico u oficial sanitario de una ciudad o pueblo puede firmar una solicitud bajo la cual un individuo queda bajo custodia por espacio no mayor de diez días en un hospital mental. Dentro del término de esta medida hay tiempo suficiente para que se instituya el procedimiento adecuado para su internación, ante el tribunal correspondiente. Puede apreciarse que en esta práctica legalizada no se autoriza a llevar al enfermo hasta el hospital; el transporte lo hace la policía o los familiares del enfermo.

Aun hay otro tipo de procedimiento para admisión temporal que se conoce como "commitment para observación", esto es, cuando el tribunal concierne no encuentra que el sujeto es un alienado, sino que sus síntomas mentales son de tal naturaleza que debe sujetársele a observación para determinar si hay necesidad de internarlo para su cuidado hospitalario. El tiempo de observación está limitado también por la ley. Después de que el Hospital informa al respecto se procede ya sea a dar de alta al paciente o a iniciar los procedimientos para su internamiento judicial o voluntario.

Autorización para admisión voluntaria existe en 34 estados de la Unión Americana. Llena un propósito muy loable, ya que un individuo que reconoce ser necesario el internarse en un hospital mental o que comprende hallarse en el principio de un trastorno mental le está permitido que haga una solicitud para ser admitido en un hospital adecuado, reservándose el derecho de ser dado de alta al solicitarlo por escrito. Si después de solicitar su alta su estado es tal que pudiera ser peligroso el permitirle salir, hay un intervalo suficiente para que se proceda a tramitar adecuadamente la continuación de su residencia en la institución. Queda abierta la cuestión de si es ético o no el que después de haber aceptado el atender a un enfermo y dejarlo en libertad en el momento que lo solicite, no se haga así. El único fallo en ese sentido conocido por los autores (no publicado y dado por un solo juez de la Suprema Corte Judicial de Mass.) sostuvo que era apropiado el obtener adecuada autoridad legal, por medio de una orden de internamiento judicial, en el caso de que un paciente, admitido originalmente como voluntario, se encuentra a tal grado enfermo que no reconozca la necesidad que tiene de atención médica y la razón por la cual

está en el hospital. Se ha fallado que la detención por un período razonable después de haber solicitado el alta es apropiada. Sin embargo, también se ha reconocido que el rehusar dar de alta sin tener autorización después de que un asilado voluntario así lo ha solicitado, implica la responsabilidad de responder al cargo de daños por aprisionamiento indebido.

**Procedimientos vigentes para la internación judicial de enfermos mentales.**—La ley que autoriza la solicitud voluntaria de internamiento en un hospital mental reconoce plenamente que un enfermo mental está o tiene derecho a recibir atención como tal. La mayor parte del medio millón de enfermos en los hospitales mentales de Estados Unidos se encuentran allí, sin embargo, por medio de los resultados de las investigaciones de un tribunal, es decir, se encuentran allí por orden judicial.

Los procedimientos de hoy día en los diversos estados se diferencian considerablemente, pero pueden ser agrupados sucintamente como sigue:

A.—Orden expedida por una Corte:

- 1.—Por medio de un juicio mandatorio (Miss., Tex.).
- 2.—Después de audiencia judicial, con o sin jurado. (Ala., Mass., Mi., N. J.).
- 3.—Después de audiencia judicial con el examen de dos o más médicos. (Ariz., Ark., Cal., Conn., Fla., Illi., Ind., Kan., Ky., La., Mich., Minn., Mon., Nev., N. H., N. Y., O., Ore., R. I., S. C., Tenn., Utah, Ver., Wash., Wis., Wy.) (De estos estados siete permiten juicio con jurado a discreción del juez o por demanda: Illi., Kan., Ky., Mich., Ver., Wash., Wy.).
- 4.—Después de audiencia judicial con el examen de un médico. (Idaho y N. M.).
- 5.—Después de un examen por la Comisión de Salud Mental, establecido por la ley (D. C.).
- 6.—Después de un examen por la Comisión de Alienación nombrada por el Juez. (Ga., Co., Pa., Va.).
- 7.—Sin audiencia, con el certificado de dos o más médicos. (Pa., método de alternativa).

B.—Orden expedida por el encargado de la corte, después de examen por dos o más médicos. (N. C.).

C.—Orden expedida por una Mesa o Comisión.

- 1.—Con el Juez como presidente. (N. D., Oka., S. D., W., Va.).
- 2.—Con el Encargado de la Corte como miembro. (Iowa, Neb.)
- 3.—Formada exclusivamente por miembros médicos.

a).—Patronato médico de los hospitales del Estado. (Del.) .

b).—Miembros del personal médico del Hospital Psicopático del Estado. (Iowa, método alternativo).

D.—Orden expedida por los oficiales del Ayuntamiento o del Condado después del exámen de dos médicos. (Me., Md.).

(En Maryland, este procedimiento queda sujeto al derecho de solicitar un juicio ante jurado).

Como muestra el resumen anterior, solo en un estado, Delaware, el procedimiento completo es llevado a cabo exclusivamente por médicos, independientemente de cualquier autoridad judicial. Según el procedimiento, en Delaware el enfermo es examinado por dos médicos, cuyo certificado, acompañando a la solicitud, se envía directamente al Superintendente del Hospital del Estado. El enfermo se pone en observación en el hospital, y si se encuentra necesaria la continuación de su internamiento, el Superintendente lo reporta así a la Dirección de encargados. La Dirección tiene derecho de convocar un jurado de seis miembros, si el enfermo o sus familiares lo solicitan. Cuando no se hace esta petición, la Dirección nombra una comisión de dos médicos especialistas y con licencia para que hagan un examen, archivándose el reporte por escrito. La Dirección procede bajo este certificado. La persona tiene derecho para apelar al Canciller de Estado.

En Iowa, el internamiento puede verificarse con el solo requisito de una solicitud de quien se haga responsable y el certificado de dos médicos licenciados. Tal es el procedimiento en no menos del 60% de admisiones, probablemente.

La falta de uniformidad en los procedimientos entre los diferentes estados es debida al hecho de que la consignación judicial de los enfermos mentales es un problema de índole local, que la Constitución Federal deja a la competencia de los Estados. El Gobierno Federal no tiene ingerencia en el asunto con excepción del Distrito de Columbia.

El procedimiento general de consignación judicial en los diversos estados sigue los siguientes pasos.

1.—Petición.—Los trámites de internamiento judicial comienzan por una solicitud "bajo protesta" presentada ante la Corte competente. En algunos estados se formula como si se tratara de un proceso penal, y la solicitud se reconoce como acusación. Los reglamentos especifican qué personas pueden formular la solicitud — parientes cercanos, amigos o determinados funcionarios—. En algunos estados la solicitud puede ser llenada por cualquier ciudadano respetable. En Fla. se requiere la firma de cinco personas, una de las cuales puede ser familiar; esto es muy restrictivo, indebidamente, pues es muy difícil reunir tantas personas para formular un

testimonio de que, a su parecer, el sujeto se encuentra perturbado en sus facultades mentales. En los estados en que el proceso se hace por una junta en lugar de un juez o una corte, la solicitud es formulada ante esa junta o un miembro de la misma. Una vez que un procedimiento se ha iniciado no existe facultad para retirar la petición, porque entonces se considera el asunto como de interés público.

2.—Certificado.—En lo general, un certificado asentando que el sujeto es un enfermo y que se encuentra en necesidad de asilo hospitalario, firmado por uno o más médicos respetables, debe acompañarse a la solicitud. Un requisito común es que el médico que certifica no tenga parentesco con el enfermo ni conexión financiera o de otro género con la institución en que se desea hacer el internamiento.

3.—Notificación.—La mayoría de la legislación de los estados requiere que se notifique a la persona inodada, del procedimiento abierto en su contra. Aun en aquellos estados en que no está especificado textualmente, se asienta que una notificación deberá ser hecha dentro de un plazo razonable. Si se hace notificación expresa, el requisito esencial de procedimiento legal se llena, aún en aquellos casos en que los reglamentos no lo especifican así. Cuando la persona inodada se encuentra en el proceso es, necesariamente, porque ha recibido notificación. Los reglamentos requieren que la notificación se haga previamente a la audiencia; si la notificación es entregada el día de la audiencia no tiene valor adecuado. En N. York y en otros estados, si el juez considera que la notificación personal sería inútil o en detrimento de la salud del sujeto, tal notificación se hace a los familiares o a los amigos.

4.—Detención.—En Ala., Cal., Col., I., Mon. y algunos otros estados, la persona supuestamente alienada es servida a la vez con una copia de la denuncia y de la orden de arresto en su contra enviada al alguacil, para que quede bajo custodia y sea trasladada a un hospital o a la Corte. Una explicación de esta práctica ha sido formulada por la Suprema Corte en Ala.: "La adecuada medida, instituida por el reglamento, de que la persona inodada quede bajo custodia del alguacil, sirve para darle noción del proceso que se sigue en su contra y si acaso se encuentra en uso de sus facultades mentales se defienda para no perder sus libertades; y que si hay personas interesadas en su libertad y sus derechos acudan a ayudarlo. Otra medida distinta no puede ser aprobada como legal".

La "adecuada medida" de Ala. no ha sido reconocida como tal en otros estados que tienen la legislación más moderna y cuidadosamente preparada a este respecto. Estos estados no lo hacen así: asumen que una persona a quien no se le hace comprender por otros métodos que se ha instituido en su contra un proceso de

alienación tampoco comprenderá si es arrestada por el sheriff. Es más, en la mayoría de los estados está prohibido por ley detener en la cárcel o aprisionar a los enfermos mentales.

En 1941, North Carolina dictó una medida en el sentido de que si el testimonio asienta que el sujeto es un peligro para sí mismo o para otros, o si el sheriff consideraba tal, el comisario debe ordenar su detención en la cárcel pública hasta que su estado mental sea judicialmente determinado. Esta medida hace legal lo que hasta entonces se practicaba en N. C.

**Examen médico.**—En la mayoría de los estados, como se hace mención antes, la Corte nombra médicos para que examinen la condición mental de la persona. Estos exámenes se hacen habitualmente en la casa de los enfermos o en el hospital en que se encuentran asilados. Los examinadores hacen su informe a la Corte. La Suprema Corte de Michigan ha mantenido que el requisito de reglamento de que los certificados de perturbación mental hecha por dos médicos reputados y bajo protesta, habiendo sido nombrados por el tribunal de interdicción del lugar de residencia del individuo es "jurisdiccional", y que al omitir el cumplir estrictamente con el reglamento nulifica el proceso.

**Audiencia.**—Tan solo en unos cuantos estados no es de reglamento que haya una audiencia. Generalmente la audiencia se verifica ante un juez o una corte; algunas veces se hace ante una comisión de alienación nombrada por la Corte. Naturalmente que en los cuatro estados en que la comisión es la autoridad competente para hacer la consignación, sin intervención de otro tribunal, la audiencia se hace ante la comisión.

**Juicio.**—Solo 2 estados hacen obligatorio el juicio ante tribunal, pero otros 9 permiten o autorizan un juicio bajo la discreción del juez o si es pedido por la persona afectada, sus familiares o parientes. Además en algunos estados que no lo requieren en sus reglamentos para consignación, se practica en algunas ocasiones cuando así se pide. En algunos estados se estatuye que la audiencia, hecha ante un juez, debe de ser completamente en privado.

La persona supuestamente enajenada debe, en lo general, estar presente en la audiencia, para no privarla del derecho de conocer los cargos y carearse con los testigos en su contra. Un reducido número de estados reconoce que el hacer obligatoria esta práctica puede ocasionar al inodado más perjuicio que bien en su salud. Estos estados proveen que el individuo no necesita presentarse cuando según criterio de la corte o de la comisión, su presencia pudiera ser perjudicial para su salud.

El asunto de un juicio público ha promovido muchas discusiones y hay grupos que, impresionados por las medidas de garantía tomadas en el caso de los acusados criminalmente, desearían que

fueran aplicadas también en los problemas de orden médico-psiquiátricos. La Constitución de la Nación no autoriza que haya jurado popular en estos casos y en algunos estados se declara que conforme a sus códigos no está estatuido tampoco; pues los reglamentos se refieren exclusivamente a los procedimientos penales. Sin embargo, algunos estados conceden tal derecho bajo los ordenamientos de sus leyes.

En Texas el proceso es llevado a cabo por el fiscal del Condado en representación del estado, que es el demandante, contra el sujeto, quien está representado por sus defensores. El "cargo" de enajenación mental es comunicado al sujeto, y el procedimiento debe ser anotado en los archivos de la corte. Una copia es enviada al hospital si el enfermo es consignado.

El resultado es concluyente y constituye un fallo. Texas es probablemente el ejemplo más demostrativo de la antigua costumbre de considerar a un enajenado en la misma categoría que un delincuente. No hay garantía en Texas ni de que una persona normal sería absuelta, ni de que el enfermo sea consignado. Mucho perjuicio, sea absuelta, ni de que el enfermo sea consignado. Mucho perjuicio, yendo, por ideas delirantes, ser un criminal. Con seguridad, una vez terminado el proceso, tiene derecho de pensar que ha quedado sin un amigo o familiar en quien confiar.

**Consignación.**—Habiéndose determinado que una persona se encuentra afectada en sus facultades mentales al grado que necesita ser consignado a un hospital, la corte extiende una orden autorizando su ingreso. En algunos estados, la ejecución de esta orden se efectúa como el arresto y aprisionamiento de un delincuente. Una orden es dada a la policía para poner a la persona bajo custodia y llevarlo al hospital desionado. En algunos estados hasta se les esposa. En otros, primero se les lleva a la cárcel y son detenidos allí hasta que se hacen arreglos para su admisión al hospital. Las autoridades hospitalarias han protestado por esta práctica. El Hosp. Psicopático de Colorado en ocasiones ha hecho sentir su protesta rehusándose definitivamente a aceptar pacientes que fueron llevados hasta allí en el carro de la policía. En N. Y. y otros quince estados, los empleados de los manicomios públicos están a la disposición para conducir a los enfermos. Al menos en 26 estados se ha dispuesto que una enferma debe ser acompañada por el esposo, un pariente consanguíneo o una empleada, además de la policía. La razón de esta medida es obvia.

Un estudio hecho hace algunos años muestra que de 18549 casos admitidos en 26 hospitales públicos más de 12000 (64%) fueron conducidos por el comisario o por agentes de policía; 29% de estos enfermos, estuvieron temporalmente en los cárceles antes de ser transportados a los frenocomios.

**Custodia (tutela) o incompetencia.**—Es oportuno hacer notar la diferencia entre la determinación judicial de incompetencia y la consignación judicial a un hospital. Si una persona se encuentra perturbada en sus facultades mentales al grado de tener incompetencia para manejar sus asuntos, la ley establece procedimientos que permiten el nombrarle una tutela, privándole de sus derechos para manejar sus negocios y otros asuntos de carácter financiero. Esto constituye una medida de importancia ya que puede dar lugar a la clausura de un negocio, disolución de una sociedad, etc.

La consignación judicial a un frenocomio en los estados con mayor población no incluye la interdicción por incompetencia. En tales estados el que una persona sea o haya sido un paciente mental sirve, sin duda, como evidencia cuando se investiga la capacidad mental de la persona, pero no aparece como factor decisivo concluyente. En algunos estados sí es una evidencia de importancia. Solo un corto número de los individuos consignados a los frenocomios están también interdictados y tal vez la opinión de las autoridades sería que en aquellos casos con probalidades de recuperación, —ya que sus asuntos pueden ser administrados interinamente sin recurrir a la interdicción—, el intentar tal procedimiento, con la consiguiente publicidad, costo y otras embarazosas circunstancias, debe evitarse si fuera posible. Muchos individuos que precisan de atención psiquiátrica pueden atender satisfactoriamente sus negocios; en igual forma hay gran número de pacientes internados en hospitales con otras enfermedades que les capacitan para atender sus responsabilidades, y no hay quien sugiera que se les nombre un apoderado aunque estén internados por largo tiempo.

**Consignación de trastornos especiales no psicóticos.**—Hasta aquí nos hemos referido a la consignación de enfermos mentales, o hablando en términos jurídicos, enajenados. Hay otros grupos de pacientes con alteraciones mentales de otras naturalezas para quienes se han dictado medidas permitiendo que sean hospitalizadas, ya en forma voluntaria o forzada. El más importante grupo es el de los débiles mentales u oligofrénicos: personas cuyo desarrollo intelectual nunca ha sido completo. Aunque para la ley, el débil mental sea un enajenado, para el psiquiatra está catalogado como un paciente no psicótico, es decir que no ha tenido un trastorno mental "adquirido". Desde luego que un oligofrénico puede desarrollar una psicosis, y entonces puede ser consignado a un frenocomio como enajenado. Pero la mayoría de los débiles mentales son pacíficos y ordenados y algunos de ellos requieren educación e instrucción especiales. La mayor parte de los estados tienen instituciones para débiles mentales a los que preferentemente se llama escuelas, en lugar de hospitales, ya que se da mayor desarrollo a las actividades instructivas y educativas. Así como en tiempos de Coke se hacía una distinción entre "el idiota o tonto

de nacimiento" y "el lunático" encontramos que en los estados no se mezcla a los débiles mentales en los tribunales calificadores para enajenados. Generalmente los débiles mentales entran bajo la jurisdicción de las cortes que manejan las adopciones, tutelaje de menores, etc. Los mismos lineamientos generales se requieren para la consignación a estos establecimientos: audiencia y certificado médico. Generalmente no se argumenta la peligrosidad del sujeto, sino la necesidad de protección, para obtener la admisión de un oligofrénico. La razón es que todos los sitios disponibles están sobre poblados y que hay largas listas de candidatos pendientes para ingresar a los centros educacionales para oligofrénicos. Además de la consignación judicial para los deficientes mentales, algunos sitios permiten que el padre solicite de su propia iniciativa la admisión de un hijo oligofrénico a las instituciones adecuadas, como un derecho otorgado por la patria potestad y que sólo se limita a los menores de edad. En el caso de que un oligofrénico sea afectado por un trastorno psicótico agudo estando internado, se le traslada a un frenocomio mediante los trámites establecidos en la localidad.

**Epilépticos.** — Fenómenos convulsivos que se acompañan de pérdida de la conciencia es lo que se denomina epilepsia (o epilepsias). Las convulsiones pueden ser un síntoma de un padecimiento orgánico nervioso tales como un tumor encefálico, la P.G.P., etc.; pero en la mayoría de los casos su etiopatogenia es imprecisa y entonces se califica el padecimiento como epilepsia idopática o esencial. Muchos epilépticos pueden estar bien adaptados a la vida social; pero algunos presentan periódicamente alteraciones de conducta y pueden mostrar un considerable deterioro intelectual, que justificaría su consignación hospitalaria. Lo mismo por lo que se refiere a los accesos de furor que el epiléptico presenta de vez en cuando. Hay otros que no presentan trastornos conativos, pero que debido a los frecuentes ataques necesitan atención y cuidado (protección). De aquí que haya establecimientos especiales para epilépticos en los estados más poblados. La admisión se hace por solicitud voluntaria o cuando el padre la presenta en los casos de menores de edad. En pocos estados existe un procedimiento de consignación judicial para epilépticos, aun cuando no se encuentren enajenados. Este grupo de enfermos es tan reducido que no motiva ninguna diligencia legal de consideración.

**Alcohólicos y toxicómanos.**—Por casi un siglo se ha reconocido que la ebriedad es un problema de orden médico más que un problema penal. Un dispensario para alcohólicos fué fundado en 1858 en Nueva York y unos cuantos estados han tenido o intentado abrir establecimientos dedicados a la atención de alcohólicos y toxicómanos, con resultados variados. Con excepción de los hospitales del Departamento de Salubridad Pública para los toxicómanos, puede decirse que no ha habido institución que haya

logrado éxito en este aspecto. El alcohólico, durante la intoxicación aguda, y el toxicómano, ya sea durante la fase de consumo o durante la fase de deshabituación, están indudablemente en necesidad de cuidados médicos. Sin embargo, durante la abstinencia de alcohol o de narcóticos pueden parecer bien adaptados en el medio social, aunque la experiencia acusa que en la mayoría de los casos se ven expuestos a recaídas en el hábito. No son sujetos que muestren alteraciones inmediatas o aparentes, precozmente; pero en su propio provecho y para obtener su curación debieran ser recluidos en un sanatorio por un período prolongado, aún contra su voluntad. En el caso de los adictos a los estupefacientes, las leyes federales autorizan su traslado al Servicio de Salubridad Pública como un trámite administrativo, sin recurrir a ningún juicio. Su hospitalización por supuesto, no puede prolongarse más que la sentencia. En algunas entidades, la consignación judicial de los toxicómanos en lugar de ser indefinida, como en el caso de los enajenados, especifica un período con límite máximo que no excede de 2 años. El establecimiento designado puede ser de tipo correccional o puede ser esencialmente de tipo terapéutico. Se ha intentado algunas veces reglamentar la hospitalización voluntaria en problemas de este tipo, pero los resultados han sido insatisfactorios y en los estados que promulgaron tales reglamentaciones, ya las han desechado y no las toman en cuenta.

Los delincuentes psicópatas. Las medidas para la consignación de individuos enjuiciados o sentenciados penalmente son tan distintas de las usadas para los casos en que no existe problema de ese orden, que deben ser estudiadas por separado. La promoción de existencia de un trastorno mental puede presentarse en diferentes fases de un proceso penal. Desde el momento de que el sujeto se encuentra detenido no hay necesidad de efectuar tramitación alguna para arrestarlo por este concepto. Si alguna promoción se hace en el sentido de disturbio mental ya sea por la defensa o por las autoridades penitenciarias u otra persona, o si el acusado tiene, según el juez, necesidad de ser puesto en observación para determinar si es apto para ser sometido a juicio, el juez puede ordenar que sea examinado en la cárcel o enviado directamente a un hospital para que sea puesto en observación.

En Colorado se ordena que el acusado sea enviado por un lapso de 30 días a un hospital, para ser observado, si se alega un trastorno mental. El tribunal sigue teniendo jurisdicción sobre el acusado y puede ordenar su traslado a la cárcel cuando lo crea conveniente. La corte puede hallar que existe un trastorno mental y consignarlo a una institución mental hasta que su estado sea propio para proseguir el juicio. Los reglamentos autorizan esta consignación ya que en otra forma únicamente habría autorización a tenerlo en la cárcel. Se hace hincapié en que la investigación mental no significa necesariamente irresponsabilidad judicial.

El acusado puede argüir en su favor, aunque se le encuentre cuerdo, que en el momento en que cometió su falta se hallaba sin razón y que por ello no existe culpa. Esto es un problema que queda a ser resuelto por el jurado, ya que el estado mental de un acusado es un factor esencial en la determinación de su culpabilidad. Si durante el proceso el individuo pierde la razón, el juez puede suspender el caso hasta que sea averiguado aquél, o como sucede en las cortes Federales, someter este incidente al juicio del jurado. En la mayoría de los estados, la declaración de un trastorno mental puede ser considerada en la categoría de apelación de inocencia. En algunos de ellos se debe hacer por separado la declaración de "inocente de un cargo por perturbación mental" y en tres estados, se debe hacer por separado una investigación del estado mental. En California la culpabilidad de una acción es determinada primero y en segunda instancia se determina el estado mental del acusado cuando cometió la falta. Este procedimiento ha sido criticado y resulta engorroso y largo.

Cuando un jurado falla que no hay delito que perseguir por existir un trastorno mental, queda por resolver qué se va a hacer con el acusado. En 4 estados se dictamina si el sujeto se halla aún perturbado y en necesidad de hospitalización. Esto resulta también una medida torpe y objetable. Por derecho común el juez está capacitado para ordenar que el sujeto sea confinado después de su absolución por ser un perturbado mental, cuando en su opinión esa detención es necesaria para la seguridad del prisionero o del público y en 38 de los estados, el juez debe o puede consignarlo judicialmente a un frenocomio.

Nass. y Mich. tienen un procedimiento interesante, que deriva de la práctica inglesa fundado en las Disposiciones para Lunáticos de 1900 que continúa siendo la ley en Inglaterra. En Nass., cuando el delito es homicidio con agravantes y el acusado es absuelto por razones de trastorno mental, se le interna por vida a un hospital mental. La libertad sólo puede ser otorgada por indulto del Gobernador, bajo un certificado del Departamento de Higiene Mental de que el prisionero puede ser libertado sin que exista peligro para sí mismo o los demás. La semejanza con el decreto de detención "hasta que S. M. así lo designe" es obvia. Tal facultad no impide al prisionero pedir amparo; cuando un individuo ha sido absuelto de un delito bajo la existencia de un trastorno mental o intenta obtener su libertad por encontrarse cuerdo, puede hacer su petición por medio de las reglas establecidas y ante autoridades competentes o puede recurrir al derecho de amparo.

Si un convicto, que está cumpliendo su condena, se vuelve enajenado, hay en la mayoría de los estados procedimientos aplicables para consignarlo a un manicomio. Algunas veces solo se hace un traslado bajo medidas administrativas; pero en otras oca-

siones es preciso seguir todo un proceso. La residencia en un hospital mental se toma en cuenta en la sentencia y si es dado de alta por orden judicial o por el hospital antes de haber cumplido el término de su sentencia, debe volver para completarla, al sitio de donde se le transfirió.

En los casos de los condenados a muerte que se trastornan mentalmente, se concede una suspensión caucional y se le consigna a un hospital hasta su recuperación mental.

**Delincuencia psicopática sexual.**—Durante los últimos años cuatro estados: Cal., Ill., Mich., y Mim. han dictado leyes que permiten la consignación indeterminada a un centro especial, o al menos no de tipo correccional, de personas que han cometido una ofensa sexual por motivo de su personalidad psicopática. La primera ley expedida fué la de Michigan en 1937, pero fué tachada de anti-constitucional y hubo que hacer enmiendas que se reconocieron en 1939. La disposición de Mim. no tiene aspecto penal: reconoce los trastornos de la personalidad psicopática como factor que permite o necesita hospitalización, pero no admite que se interpongan como un argumento de irresponsabilidad para la defensa de un acto delictuoso. La Ley de Ill. designa como delincuentes sexuales psicopáticos a "todos los individuos que padecen de alteración mental sin ser psicópatas ni débiles mentales y cuya alteración ha existido por un período no menor de un año de anticipación a la petición presentada de tal trastorno como concomitante causal de la comisión de delitos sexuales". La S. Corte de Mich. ha sostenido que se trata no de un procedimiento penal sino que es más afin con los procedimientos civiles para determinar la responsabilidad mental de un individuo.

**Delincuencia de retrasados mentales.**—Otro grupo que no es manifiestamente psicópata pero que necesita de medidas especiales por el estado de sus condiciones psíquicas es lo que se denomina: "retrasados delincuentes". Nass. fué el primer estado en promulgar leyes que se encargan del cuidado especial de este grupo (1911) y Nueva York el primero en proveer de un centro adecuado para su cuidado y tratamiento.

Existe un grupo de individuos de nivel intelectual deficiente que presentan trastornos de la personalidad que les hacen inadecuados a las formas ordinarias de corrección, cuando cometen un acto delictuoso. Estos individuos deben ser procesados y reconocidos como retrasados mentales y siendo peligrosos por la razón de su incapacidad psíquica se les debe considerar como delincuentes retrasados mentales y ser consignados por un período indefinido, a los centros dedicados a tales propósitos. Se sostiene que del fallo no se infiere que se tomen precauciones correccionales sino que se cumple con el deber del estado como guardián del orden público, en su papel de "parens patriae". La determinación

de delincuencia por retraso mental no equivale a la calificación de irresponsabilidad mental.

**Alta hospitalaria.**—Una de las faltas de apreciación respecto a los frenocomios es el pensar que una vez admitido un paciente es difícil, que se le permita salir. Las estadísticas comparativas de los ingresos y salidas de enfermos mentales en Estados Unidos, de acuerdo con la Dirección de Censos, ofrece amplia refutación a este concepto. En relación a la cifra anual de 250,000 ingresos, hay 160,000 altas, sin incluir las defunciones y los traslados a otros hospitales.

Por regla general, la jefatura administrativa de la institución a la cual fué consignado un paciente, es la capacitada para dar de alta o permitir la salida de este enfermo, muchas veces sin necesidad de consultar con la autoridad que les consignó, aunque hay algunas excepciones; desde luego en el caso de los que cumplen una sentencia siendo costumbre el remitir a las autoridades competentes al sentenciado. El núm. de estos casos es reducido. En los casos de consignación temporal, tales como para observación por solicitud voluntaria, para una emergencia, etc. el alta es definitiva. Cuando se trata de personas consignadas judicialmente, existe una práctica consistente en permitir la salida condicional ya sea por un período de visita o en "parole". La supervisión de un paciente puede continuar por un período limitado de 6 a 12 meses; durante este tiempo se puede buscar la readaptación del enfermo al medio social, ya sea por la búsqueda de una ocupación o residencia. Estas medidas están respaldadas por la Corte Judicial que en un reciente caso dictaminó que eran medidas obvias de servicio público.

Algunos estados permiten acomodar al paciente por un período indefinido en el seno de una familia. Este recurso, fuera del hospital pero bajo su poder, se conoce como "cuidado familiar". Al enfermo se le considera como aún residente en el Sanatorio. Durante el período de permiso de visita o de cuidado familiar, el enfermo puede ser reinternado en el hospital sin más trámites.

Si el paciente no regresa al hospital después de expirado el permiso de visita, se le considera dado de alta y habrá necesidad de tramitar una consignación nueva para su readmisión. Algunos estados han dictado medidas para forzar la traída de un enfermo al sanatorio cuando no ha salido con permiso o se ha fugado. Como la consignación judicial es del orden civil, no hay recurso de extradición cuando han salido de los límites del estado. Si un psicópata se ha fugado y es detenido en otro estado puede ser consignado en ese estado y más tarde trasladado al primero por arreglos administrativos. En el caso de que un fallo de irresponsabilidad ha sido emitido simultáneamente a la consignación hospitalaria, o si tal ha sido resuelto por separado, tramitación también por separado debe instituirse aun cuando el enfermo haya sido dado de alta en

el hospital; es decir que no son sinónimos necesariamente la restauración mental y la restauración de derechos legales.

Que sean las autoridades institucionales las capacitadas para dar salida a los enfermos es lógico. No debía refutarse que aquellos funcionarios del hospital en que el enfermo está siendo atendido y que conoce sus antecedentes y la evolución del estado mental sean las autoridades competentes para determinar su aptitud para reintegrarse al medio ambiente. Por regla general los hospitales públicos están abarrotados, de modo que hay deseo de conceder la salida de los enfermos. Por otra parte, los directivos de estos hospitales son funcionarios públicos, como los jueces y es de presumir su respetabilidad y competencia. De por sí, la opinión pública se inclina a aceptar que muy escasos son los detenciones indebidas en las instituciones públicas. Pudiera pensarse distintamente de aquellos establecimientos particulares en que la internación es voluntaria y a veces promotora; en ellos puede recaer la sospecha de prolongar la estancia por razones de conveniencia pecunaria, en algunas ocasiones.

#### **AMPARO (Habeas Corpus)**

Ya sea que el confinamiento en un hospital mental sea con objeto de tratamiento o no lo sea, incuestionablemente constituye una privación de la libertad; por tanto, cualquiera persona así confinada tiene derecho a pedir a una corte o juzgado competente, un amparo de garantías individuales para determinar si la detención es legal. Como ya se ha visto, algunas limitaciones hay al derecho de petición, en algunos estados, en casos especiales; pero éstos son raros.

En algunos estados el escrito de amparo es un recurso que no se concede a los enfermos mentales, mientras que en otras jurisdicciones, especialmente en el Departamento de Columbia, el número de peticiones hechas por enfermos en hospitales psiquiátricos ha llegado recientemente a tales proporciones que ha llamado la atención judicial, para su corrección. El recurso de amparo en casos mentales, puede dar lugar a dos cuestiones. 1a.—Si el procedimiento del encierro del paciente fué de acuerdo con la ley y fué llevado ante ante tribunal competente. 2a.—Si el procedimiento de encarcelamiento fué legal que si la condición que dió causa al confinamiento, es decir la locura, existe, o al contrario, si el paciente ha recobrado su salud mental y debe por tanto soltársele. Se sostiene que una Corte o Juzgado, no debe, en procedimiento de amparo, considerar testimonio para probar si el peticionario estaba sano al tiempo del encierro. Así lo resolvió la Suprema Corte de Massachussets en 1853.

La Suprema Corte de los Estados Unidos ha declarado que si el Gobierno presenta motivos suficientes para una detención, el

prisionero no debe ser soltado por defectos del primer arresto o encarcelamiento.

Un enfermo, sea considerado incapacitado o no, se le presume con suficiente habilidad mental para poner en movimiento a la maquinaria de la Corte. Además debe ser representado por un defensor o un tutor nombrado por la Corte.

Se presume que el peticionario debe estar en posición de producir alguna prueba o evidencia para sostener su reclamación de que ha recobrado su salud mental. Esto coloca al peticionario en situación difícil porque le es imposible emplear los servicios de un psiquiatra que le haga un examen y certificado privado. Por esta razón la Corte de Apelaciones del Distrito de Columbia ha autorizado a los peticionarios a solicitar el testimonio experto de los miembros de la Comisión de Salud Mental, que son las autoridades encarceladoras del Distrito, nombradas por los jueces de la Corte de Distrito. También la Corte puede requerir a la Comisión que examine al peticionario y dictamine.

Otras Cortes han señalado que una Corte asume grave responsabilidad cuando ordena la libertad de un peticionario que en opinión del Superintendente de una Institución no debe andar suelto por razones de seguridad pública. En un caso se declaró que una corte debe proceder con cautela al ordenar la libertad, actuando sólo cuando la orden puede ser sostenida por el peso de la evidencia, según se desprenda del expediente del caso del peticionario y de testimonio experto.

La multiplicidad de peticiones de amparo en el Distrito de Columbia ha llegado a tal grado de intensidad en la primera parte de 1945 que la Corte de Apelaciones cáusticamente comentó que "aquí las peticiones de amparo se usan no sólo para proteger personas infortunadas contra los descarríos de la Justicia, sino también como un medio para molestar a la Corte, a los tutores y oficiales ejecutores, con multiplicidad de peticiones improcedentes. "Se encontró que durante un período de cerca de cinco años una persona había presentado cincuenta peticiones; otra veintisiete y aún otra veinticuatro y que un total de 119 personas habían presentado un promedio de cinco peticiones cada una durante ese período. De estas el 44 (cuarenta y cuatro) por ciento fueron de pacientes del Hospital Mental en el Distrito de Columbia. La Corte derogó una decisión antigua, que fué grandemente responsable del vasto e infundado aumento de peticiones y estableció nuevas reglas respecto al procedimiento. Brevemente la Corte resolvió que un amparo es obtenible no para determinar la condición mental de un peticionario, sino como un método para iniciar un procedimiento apropiado para ese objeto. Se tomó también la de que un Juez no debe en ningún caso, ordenar la libertad incondicional en procedimiento de amparo. Sería impropio soltar a una persona sin una investiga-

ción científica, como sería intolerable obligar el confinamiento continuo de una persona cuya salud se le ha restituido.

### **El dictamen médico contra el punto de vista legal**

A pesar de la impaciencia de los médicos y otras personas ante la práctica legal, es cierto, sin embargo, que la técnica y procedimientos legales representan el esfuerzo de los legisladores para aplicar principios de equidad y justicia al tratar con los derechos del hombre, que se han establecido solo por la sangre y sudor de generaciones pasadas que vieron y sufrieron los efectos de más sumarios métodos. Es una herencia preciosa que nos da derecho a insistir en que a todo hombre se le notifique de cualquier acusación o acción legal en su contra, y para presentar pruebas o testimonios, para su defensa en lugar que se decida sobre sus derechos en una cámara o junta secreta, o se le prive de la libertad o vida por una carta oculta que ha perdido —sin que él lo sepa y pueda hacerse oír—, su confinamiento o su muerte.

Los términos de cámaras o juntas secretas y cartas ocultas no son imaginarios sueños de abogados precavidos, sino prácticas muy reales, comunes todavía no hace muchos años, cuando las arbitrariedades, tiranías e injusticias eran prácticas acostumbradas en varias partes.

Son pues, salvaguardias para garantizar un procedimiento justo y evitar el abuso de leyes de encarcelamiento o encierro y detención de personas a quienes sería injusto privar de la libertad; no son por tanto estos procedimientos meros tecnicismos y formalidades para ser puestas de lado con ligereza en favor de algún procedimiento sumario de encarcelamiento o encierro.

Algunos médicos critican las decisiones judiciales sosteniendo por ejemplo, que solo restringen la libertad de una persona que es peligrosa a sí misma o a otras.

Una lectura a las opiniones de los casos citados a este respecto revela sin embargo que los jueces y legisladores adoptan la saludable regla de que una persona particular, actuando sólo por su propia responsabilidad y sin la sanción de proceso legal alguno, no puede confinar a otra persona basándose en que es loco o insano.

Se ha sostenido frecuentemente que el privilegio de "arrestar" derivado de procedimientos legales, debe ser limitado a los casos en que la persona confinada o no confinada, sea además de loco o insano, un peligro para ella misma o para otros.

Sin estas limitaciones cada jaula sería una casa de locos autorizada.

El problema en realidad consiste en eliminar los requisitos legales que no tienen objeto útil, que incluso podrían ser perjudi-

ciales, sin sacrificio de las seguridades de protección legal para la libertad del individuo. Para hacer esto, es necesario que los abogados reconozcan que el encarcelamiento o encierro en una Institución Mental envuelve consideraciones peculiares no comprendidas en casos ordinarios donde se presume que los individuos son sanos.

También deben comprender que los procedimientos a seguir en casos ordinarios, no siempre son adecuados para casos de locura. Así, los derechos de una persona no pueden determinarse sin una audiencia —previa notificación— en la que ella esté presente y pueda defenderse. En el caso de un enfermo mental, cuando los parientes o amigos han solicitado que sea internado en un Sanatorio Psiquiátrico y para ello han presentado certificado de dos o más médicos en que se hace constar la necesidad de tal medida, siguiendo el proceso ordinario se notificaría al enfermo que un proceso legal se ha iniciado en su contra, sin tomar en consideración el efecto que dicha notificación pueda tener sobre su condición mental —y se le obligaría a pasar por el trance terrible de comparecer ante una audiencia durante la cual sus seres queridos y los médicos de la familia— que han trabajado por ganarse la confianza del enfermo—testificarán en su contra por sus extravagancias. El lector con mente o criterio legal objetará: supóngase que la persona esté perfectamente sana: debe dársele oportunidad —por la notificación y la audiencia— de que pruebe que lo está. Desde luego que hay sobrada razón para pensar así; es necesario un procedimiento que proteja adecuadamente a las personas sanas; pero es preciso también que el procedimiento no sujete necesariamente al enfermo a torturas y crueldades mentales. Y entonces puede decirse que los procedimientos ordinarios no están adaptados para ello; se necesita uno especial. El procedimiento debido es el que se adapta al caso y al fin que persigue.

### **Notificación**

El objeto de una notificación es permitir a una persona que comparezca ante una audiencia a defender o proteger los intereses que pueden ser afectados en los procedimientos. Cuando la persona está mentalmente incapacitada para entender la naturaleza del procedimiento, o lo que con él se prepara para después, o pueda causarle daño la notificación, la protección de sus intereses puede ser más efectivamente conseguida, de otra manera que por notificación personal. Es difícil ver qué objeto útil se persiguió cuando una Corte requirió notificación formal para una persona que estaba considerada como idiota incurable desde su nacimiento y quien nunca había podido oír, hablar o cuidarse a sí mismo.

La ley ha estado en posibilidad de dispensar de notificaciones personales en situaciones especiales. Por tanto, no hay razón para

que no señale un procedimiento equitativo y racional para casos mentales de encarcelamiento o encierro. Cuando la Corte, basada en certificados médicos o en algún otro dato resuelve que la notificación puede causar daño al enfermo, ésta deberá hacerse a un pariente cercano u amigo, distintos de los que firmaron la acusación. Las tesis más modernas sostienen que tal providencia es constitucional. Cuando la persona está de hecho seriamente perturbada, la notificación a su pariente o amigo o a alguien a quien se suponga que puede estar interesado en su bienestar, posiblemente sería más valiosa para la protección del paciente que entregarle un papel que no puede comprender.

El único peligro está en la posibilidad de que a la persona a quien se entregue la notificación forme parte de una conspiración para confinar a la misma persona a una Institución. Es una verdad indudable que ha habido casos en que una persona sana ha sido encerrada en Instituciones, algunas veces por error, otras por intrigas de "amigos" y parientes o por propietarios sin escrúpulos de Instituciones. Tal conspiración es por fuerza acusable o demandable civilmente.

Si un hombre sano es encerrado o encarcelado por malicia o error no hay razón para suponer que las autoridades del Hospital no lo suelten tan pronto como el hecho resulte aparente. Los Hospitales Mentales del Estado están más que llenos y no están ansiosos de retener a nadie que pueda ser soltado sin riesgo. Más aún todos los Hospitales del Estado, y todos los Hospitales Privados o Particulares son inspeccionados por médicos oficiales del Estado.

Si las autoridades del Hospital deliberadamente o por negligencia dejan de reconocer que está sana, esa persona puede siempre solicitar o pedir a las Cortes su libertad por un escrito de amparo. Este derecho de obtener una audiencia de amparo es por sí sólo suficiente para satisfacer los requisitos para una oportunidad de ser oído. Las Autoridades del Hospital que impidan o frustren los esfuerzos del paciente para una petición a la Corte por escrito, aun cuando obren de buena fe, pueden ser personalmente demandadas por daños y perjuicios.

**Presencia en la audiencia.**—La disposición frecuentemente encontrada en la Ley de que el paciente no sea requerido a presentarse a la Audiencia, si su presencia en ella le fuese dañosa, es constitucional, siempre que haya tenido la noticia de la audiencia. Como lo dijo la Suprema Corte de los Estados Unidos al determinar si hubo negativa del derecho de notificación y oportunidad de defenderse: Nosotros nos gobernamos por la substancia, materia o fondo de las cosas y no por la forma o formulismo. La presencia de un abogado defensor es suficiente para cumplir con el derecho de comparecer y ser oído en juicio; sin embargo cuando se haya hecho notificación, si la persona está detenida en una Institución y no se

le permite asistir a la audiencia, hay una denegación de juicio o proceso correspondiente y la presencia de un abogado defensor nombrado por la Corte para representarlo en la audiencia no cura o subsana el defecto.

#### **Derecho de pedir amparo (habeas corpus) como un procedimiento debido y satisfactorio**

Aun cuando el procedimiento de encarcelamiento en la primera instancia no haya dispuesto que se hiciera notificación, ni dado oportunidad para comparecer y defenderse, el encarcelamiento no es necesariamente inválido. Se sostiene que, si a la persona se le da una oportunidad de obtener una audiencia completa en algún tiempo, ya sea antes de su encarcelamiento o poco después, no por ello se le ha negado su debido proceso. Entonces, si la Ley permite apelación en otra Corte, o específicamente concede el derecho de petición por amparo en la audiencia de petición para obtener una determinación de los méritos sobre la cuestión de enajenación, quedarían subsanadas las deficiencias en el procedimiento de encarcelamiento. Esto bajo el principio general constitucional de que un procesado no requiere más que otra oportunidad para ser oído y si esa oportunidad es factible en cualquier estado de los procedimientos; la acción preliminar no necesita más requisitos formales. Es verdad que este principio general no debe extenderse a permitir una acción sumaria que implicaría daño serio irreparable: sólo cuando haya un interés público substancial que exija tal procedimiento sumario

El castigo corporal por ejemplo, una vez ejecutado, difícilmente puede deshacerse por una audiencia posterior. Si el encarcelamiento o encierro en un Hospital Mental es una ofensa irreparable es discutible y opinable. Una corte que ha concebido el sentir de que una persona encarcelada o encerrada en un Asilo de Locos queda marcada con el estigma de alienado y lo degrada ante la estimación pública, muy bien puede rehusarse a permitir tan seria acción, sin antes concederle audiencia ante la corte. Un resultado diferente puede esperarse de una Corte que no ve base lógica o científica para diferenciar enfermedades mentales de las enfermedades físicas, en lo que respecta al cuidado apropiado o a la necesidad de Hospital; que no considera un examen científico por expertos, como procedimiento sumario y mucho menos que una declaración judicial refleje un resultado correcto en una cuestión de esta clase y que está convencida del saber psiquiátrico y la conveniencia pública sana de ahorrarle a los enfermos mentales, los dañosos efectos de una notificación judicial formal y de una audiencia. Esperamos que en la actitud posterior prevalecerá más el reconocimiento de los principios científicos inculcados en la mente de los abogados, jueces y legisladores.

**DR. ROBERTO F. CEJUDO**

**TRANSFUSIONES SANGUINEAS**

Bucareli no. 85.

Tels.: 13-34-50 y L 43-74

---

**DR. TEODORO FLORES COVARRUBIAS**

**RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO**

Génova No. 39.

Tels.: 14-20-62 y L-72-30

---

**DR. JOSE TORRES TORIJA**

Av. Madero No. 66.

Tels.: 12-45-48 y J-11-33

---

**LABORATORIO MEDICO DEL**

**DR. ALBERTO LEZAMA**

Regina No. 7.

Tels.: 12-60-02 y J-33-06

**TODAS NEURALGIAS REBELDES**

**SEDACIÓN RÁPIDA  
Y ATÓXICA**

**NAÏALGINE**

NAL ESTABILIZADO HIPERACTIVO

inyeccionese indolora - 20cc por dia

en ampolla de  
5cc. 10cc. 20cc

EMILE LOGEAS Pharmacien. 24, rue de Sully. BOULOGNE sur SEINE. PRES PARIS

"AUTORIZACION 3914 D.S.P."

**LABORATORIO MEDICO**

DEL

**DR. LUIS GUTIERREZ VILLEGAS**

**DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES**

**DE LABORATORIO**



Bacteriología - Serología - Hematología - Química -

Pruebas Funcionales - Metabolismo Basal

Bric.: 18-41-81

Plaza de la República No. 52

Mex.: L-76-86

**MEXICO, D. F.**

# SINERGIA TERAPEUTICA

realizando la auto-defensa del organismo  
en un tratamiento asociado atóxico de :



1º CINAMEINA  
(Cinamela Total)

2º CANFOLINA  
(Canforato de Colina)

**AUTO-DEFENSA DEL ORGANISMO  
PRETUBERCULOSIS**

**TRATAMIENTO ADYUVANTE de las  
TUBERCULOSIS**  
- MEDICAS Y QUIRURGICAS -

Usese por prescripción Médica

Reg. No. 16396, D.S.P.

Prop. No. 8510

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS SCIENTIFIQUES LOGEAIS, 24, rue de Silly, BOULOGNE-s/Seine  
(Francia)

LABORATOIRES BEYTOUT - FRANCE

## VERYL

Reg. No. 15649 D. S. P.

Nitrilo metileno aminato de mercurio.

- ANTISIFILITICO
- DIURETICO

1 c.c. corresponde al ctgr. de cianuro de mercurio.

Caja con 20 ampolletas de 1 c.c.

Vía intravenosa  
o intramuscular

**GRUPO ROUSSEL, S. A.**

Varsovia No. 19

MEXICO, D F.

PROFILAXIA y  
TRATAMIENTO  
"PER OS"  
DE TODAS LAS  
**ESPIROQUETOSIS**  
**DISENTERÍA**  
**AMÍBICA**  
**PALUDISMO**

POR EL

**Stovarsol**

TRATAMIENTO  
ARSENICAL  
DE LOS ESTADOS  
DE ANEMIA Y  
DE ASTENIA

**PRESENTACIÓN**

FRASCOS DE 25  
COMPRIMIDOS a 0.25

FRASCOS DE 70  
COMPRIMIDOS a 0.05

FRASCOS DE 200  
COMPRIMIDOS a 0.01

EL EMPLEO DEL  
**STOVAR SOL**  
DEBE EFECTU-  
ARSE BAJO LA  
VIGILANCIA  
DEL MÉDICO

Reg. N° 10249-D S.R.

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE**  
— *Specia* —

MARQUES **POULENC FRÈRES & USINES du RHONE**  
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3°

DRÉVILLY

# INTERNADO BINET

## CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL

Tratamiento Endócrino y Neuro-Psiquiátrico  
EXCLUSIVO PARA NIÑOS Y NIÑAS

Av. Madero 15

Eric. Local, 140

Mex. Local, 44

Tlalpan; D.F.

DIAGNOSTICOS CLINICOS — ESTUDIOS ESPECIALES MENTALES  
Y PEDAGOGICOS — TRATAMIENTO MEDICO PSICO-PEDAGOGICO

Todo el personal técnico está especializado

Director: DR. FRANCISCO ELIZARRARAS G.

Secretaria: Señorita profesora Lilia Alfaro Vega.

### PERSONAL MEDICO:

Psiquiatría: Dr. Francisco Núñez Chávez.

Neurología: Dr. Francisco Elizarrarás G.

Oto-Rino-Laringología: Dr. Fernando Meléndez.

Oftalmología: Dr. José Carlos Fernández McGregor.

Odontología: Dr. Enrique Encinas Vélez.

Pediatría: Dr. Jorge Muñoz Turnbull

Cirugía niños: Dr. Roberto Portillo Gómez.

Laboratorio: Dr. Alberto Lezama.

Laboratorio Psicotecnia: Profa. Soledad Crail Reyes.

PERSONAL PEDAGOGICO: Jefe: Profesor Miguel Huerta Maldonado.

Profesoras: Carmen Romo, Lilia Alfaro, Josefina Saloma.

Laura Alva Iniesta, María Cristina Lechuga y Elisa Catzin Besserer.

## B - E N D O - V I T

V I T A M I N A B<sub>1</sub>

Para uso intravenoso e intrarraquídeo

(También se pueden emplear las  
vías usuales de inyección)

5,000 U. I. DE VITAMINA B<sub>1</sub> POR C.C.

Reg. D. S. P. 23402

LABORATORIOS Dr. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTES No.35.

MEXICO, D. F.

# Clínica Neuropsiquiátrica

«Dr. Samuel Ramírez Moreno»

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Génova No. 39      Tels.: 14-20-62 y L-72-30      México, D. F.

DIAGNOSTICOS CLINICOS - ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO  
TRATAMIENTOS ESPECIALES

---

## SANATORIO:

Eric. 23-59-59      Av. México Núm. 10      Mex. F-06-50  
Axotla, Villa Obregón, D. F.

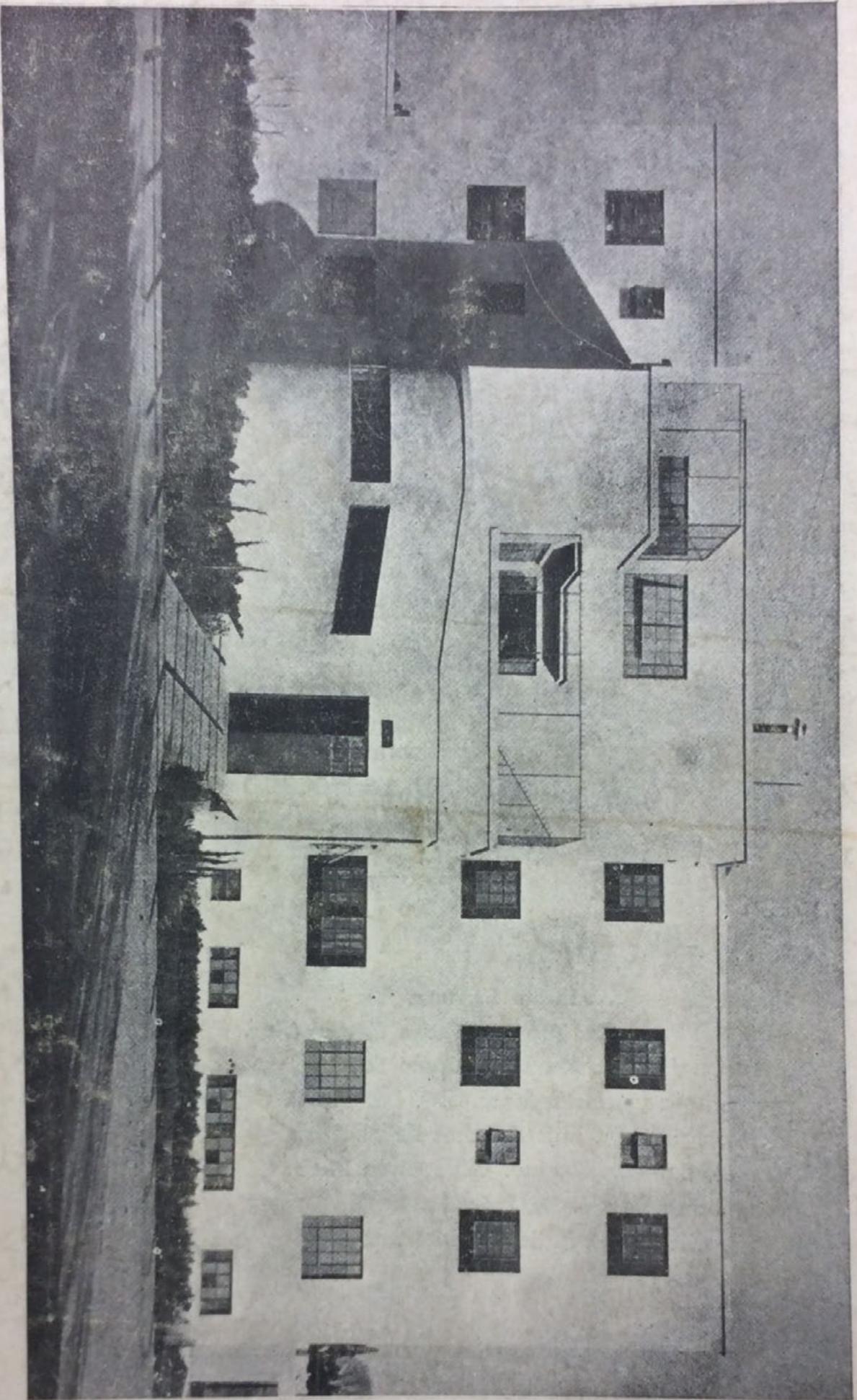
Director:

**DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO**

---

## ESPECIALIDADES:

Laboratorio.—Dr. Alberto Lezama.  
Neurobiología.—Dr. Teodoro Flores Covarrubias.  
Neurocirugía.—Dr. Manuel Velasco Suárez.  
Hematología y transfusiones.—Dr. Roberto F. Cejudo.  
Oftalmología.—Dr. Luis Sánchez Bulnes.  
Odontología.—Dr. Manuel Villalpando Moreno.  
Metabolismo basal.—Dr. Luis Gaitán G.  
Masoterapia.—Prof. Heliodoro Maldonado F.



SANATORIO NEUROPSIQUIATRICO  
Dr. Samuel Ramírez Moreno