

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE DERECHO**

**CONTROL ESTATAL DEL  
ENFERMO MENTAL**

**T E S I S**

Que para obtener el título de :

LICENCIADO EN DERECHO

p r e s e n t a :

JOSE VADO MALDONADO

México, D. F.

1968

M. 104451

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A la memoria de mis Padres:*

*Dr. Ignacio Vado Johnson*

*Ma. de los Angeles Maldonado de Vado*

*A mi Hermana:*

*Julia Virginia Vado de Dugay*

*A mis sobrinos:*

*María de los Angeles Dugay Vado*

*Ing. Silvano A. Dugay Vado*

*A mis amigos:*

*Dr. Salvador Roquet Pérez*

*Lic. Fernando Augusto García y García*

*Con sumo respeto al Sr.*

*Lic. Fernando Castellanos Tena Docto*

*Catedrático e Investigador*

*de Nuestra Facultad de*

*Derecho, por la ayuda prestada.*

*A mis maestros*

## INDICE

	Pág.
I.- EL PROBLEMA.	1
1.- Aumento y gravedad de las enfermedades mentales en la población en general.	1
2.- Ejemplos de la peligrosidad de algunos de estos enfermos.	5
3.- Falta de control legal y médico sobre los enfermos mentales.	6
4.- El psiquiatra indefenso e impotente ante la peligrosidad de algunos de sus pacientes.	25
II.- LA DOCTRINA.	29
1.- Dn. Luis Jiménez de Asua.	29
2.- "Mental Illness and Due Process" (La enfermedad mental y el debido proceso).	43
3.- Dn. Alfonso Teja Sabre.	66
4.- Dr. Alfonso Millán.	68
5.- Dr. Angel Centeno Cepeda.	70
6.- Lic. José Angel Ceniceros.	71
7.- Dn. José Ingenieros.	77
8.- Lic. Adolfo Aguilar y de Quevedo.	78
9.- Dn. Antonio Sabater.	85
10.- Departamento de Medicina Preventiva del I.S.S.S.T.E.	101

III.- LA LEGISLACION MEXICANA Y EL PROBLEMA DEL ENFERMO MENTAL.	109
1.- Código Civil de 1884.	109
2.- Código de Procedimientos Civiles de 1884.	110
3.- Código Civil de 1932.	111
4.- Código de Procedimientos Civiles de 1931.	111
5.- Código Penal de 1871.	112
6.- Código Penal de 1929.	115
7.- Código Penal de 1931.	117
8.- Código de Procedimientos Penales de 1931.	121
9.- Código Federal de Procedimientos Penales de 1934.	122
IV.- LAS LEGISLACIONES EXTRANJERAS.	125
1.- La inimputabilidad del enfermo mental permanente en muchas legislaciones extranjeras.	125
2.- La hospitalización del enfermo mental en algunas naciones europeas.	131
3.- Las medidas de seguridad en la legislación comparada.	142
V.- CONCLUSIONES FINALES.	157

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

1.- Aumento y gravedad de las enfermedades mentales en la población en general. 2.- Ejemplos de la peligrosidad de algunos de estos enfermos. 3.- Falta de control legal y médico sobre los enfermos mentales. 4.- El psiquiatra indefenso e impotente ante la peligrosidad de algunos de sus pacientes.

Debido a las tensiones de la vida moderna, la competencia intensa a que da lugar la sobrepoblación, las demandas a veces absurdas sobre la conducta de los individuos, a la vida antihigiénica que llevan numerosas gentes, al afinamiento en el diagnóstico y otras muchas causas, el número de los enfermos del sistema nervioso aumenta en todos los países. Leemos en el "Programa de Trabajo de la Oficina de Higiene Mental" de la Subdirección Médica, Departamento de Medicina Preventiva del I.S.S.S.T.E.: "Los expertos en Higiene Mental de la Organización Mundial de la Salud nos informa, que el 50% de las camas de Hospital en los países más adelantados están ocupadas por enfermos nerviosos o mentales".

En México, muestreo hecho por la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación y el Departamento de Investigaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México, en fechas recientes permitieron conocer que en el Distrito Federal, 2 de cada 3 mujeres y uno de cada dos hombres, presentaban desequilibrios más o menos serios en su conducta.

En los EE.UU., en un estudio hecho por un comité formado por miembros de la Barra de Abogados de la Ciudad de Nueva York y miembros de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cornell, leemos:

"El 10% de todos los norteamericanos tienen un contacto personal con una alteración mental tan seria, como para requerir hospitalización; mucho mayores porcentajes sufren de grados menores de enfermedades mentales, para todas estas personas como para todo ciudadano sensato, el sistema de admisión a los hospitales de enfermos mentales es un problema inmediato y urgente". (1). Tratándose de una nación de 200 millones de habitantes, quiere decir que 20 millones han pasado o van a pasar por un Manicomio u Hospital para enfermos mentales.

El problema de enfermos mentales es pues serio, y abarca muchos aspectos: *Cómo prevenir la enfermedad, cómo descubrir al enfermo (entre más pronto mejor), como curarlos o mejorarlos, cómo internarlos sin que sus garantías individuales sufran menoscabo y cómo evitar que estos pobres seres cometan delitos de los cuales como es lógico no serán responsables.*

*Desgraciadamente la enfermedad mental ataca directamente al entendimiento y al querer del sujeto poniéndolo en situación de actuar anti-socialmente*

y cometer delitos sin tener responsabilidad. No se puede decir que todo delincuente sea un enfermo mental, ni viceversa, que todo enfermo mental sea un delincuente o que vaya a llegar a serlo, pero como con toda razón nos dice el Lic. Fernando Castellanos Tena:

"1.- El delincuente es siempre un hombre, un ser humano.

2.- Entre los delincuentes existe un número de anormales mucho mayor de los que antes se creía". (2).

¿Se justifica la indiferencia y el olvido a que se somete a estos enfermos por la opinión pública y la Ley? ¿Está justificado que se espere que estos desdichados cometan un delito, para hacer que caiga todo el peso de la Ley sobre ellos? ¿Tiene sentido que se les enjuicie como seres normales y se tarden años para sentenciarlos y llegar a la conclusión inevitable de que no son responsables y deben ser internados para su curación? El Juicio de Higinio Sobera de la Flor duró 6 años para llegar a tal conclusión.

Yo pienso que la contestación a estas preguntas debe ser negativa y nos obliga a pensar en tomar medidas adecuadas y prontas dentro de las responsabilidades de la ciencia médica y de la ciencia jurídica.

No todo enfermo mental es peligroso, pero hay un buen número que los psiquiatras modernos reconocen y señalan como muy peligrosos. Toca al perito médico legal asesorar al jurista, sobre cuáles enfermos lo son. La Psiquiatría moderna sostiene que está capacitada cuando menos para determinar si un individuo está enfermo de la mente o no lo está. Y puede impedir y descubrir cualquier caso de si-

mulación o disimulación, pues cuenta con varias pruebas (Tests) y métodos para lograrlo.

El socorrido recurso del novelista barato, de la heroína recluida en un manicomio por la fuerza y declarada loca para privarla de sus bienes o de sus derechos, es algo que hay que dejar a la telenovela; pues es perfectamente factible dictar disposiciones legales que lo impiden y de hecho ya existen. Nos dice el Dr. -Kolle, eminente maestro de Psiquiatras: "Personalmente, en casi cuarenta años de ejercicio de la Neuropsiquiatría (en instituciones, sanatorios y práctica libre), nunca he tenido conocimiento de que una persona sana fuera internada y retenida contra su voluntad en un establecimiento. Pero el público, suspicaz por los procesos de la época de Hitler y por las informaciones sensacionalistas de la prensa, exige una reglamentación legal". (3).

En fin, no nos debe atemorizar el miedo al abuso para cruzarnos - de brazos ante la gravedad del problema.

En todas partes la brutalidad, la insensatez, la crueldad de los de litos cometidos por los alienados mentales llenan de horror a la opinión pública, por que es lógico que el delito cometido por un ser privado de la razón va a escapar a la razón misma y un individuo que se sube a una torre y se pone a cazar a sus conciuda danos como si fueran conejos, es algo que aterra, porque cualquiera de nosotros y - los seres que nos son más queridos, estamos en peligro y no podemos defendernos; - salvo que evitemos que el alienado actúe, internándolo para ser curado y aún en con tra de su voluntad, que por lo demás está viciada.

El problema es grave, consideremos los siguientes casos:

a).- El 14 de Julio de 1966, en Chicago, Richard B. Speck de 25 años, se introdujo por la fuerza en una pensión para estudiantes de enfermería y asesinó a 8 enfermeras, una escapó de milagro, los homicidios fueron perpetuados con lujo de crueldad y salvajismo. Uno de los Oficiales que intervinieron en la investigación dijo: "En mis seis años como investigador y en los muchos años como Cirujano Policíaico nunca había visto nada tan horrible. Este es el crimen del siglo". -- (4).

La defensa alegó alienación mental, el sujeto era un ex-conuvicto con antecedentes de conducta que hacen pensar en enfermedad mental.

b).- Un día del mes de Agosto de 1966, en Austín, Texas, un individuo de 25 años, estudiante de Arquitectura, subió a una torre en la Universidad de Texas, y desde ahí, metódicamente empezó a disparar contra toda persona que se pusiera al alcance de sus armas, durante 96 minutos; mató a 13 personas e hirió a 31 más; pero se descubrió que previamente antes había matado a su esposa y a su madre, lo que significó que mató 15 personas y lesionó a 31. Este estudiante Charles Whitman había el 29 de marzo de ese año, buscado ayuda del Dr. Mauricio Heatly, psiquiatra de dicha Universidad, pues se sentía muy mal y una de las cosas que le dijo al Doctor, y que éste anotó era que: "Estaba pensando subir a una torre con un rifle de caza" y "empezar a disparar contra la gente", el Doctor le pidió que siguiera yendo a verlo para tratarlo, pero Whitman no volvió. (5).

"Lo terrible de todos estos asesinatos es que se realizan sin nin-

guna razón, y al azar, todas las víctimas eran desconocidas para los asesinos. Fueron sacrificadas a lo irracional, fueron víctimas de la furia ciega del homicida psicótico. En los EE.UU. 2,500,000 personas fueron tratadas en hospitales y clínicas en el año pasado (1965) de los cuales una tercera parte fueron clasificados como psicóticos: Una persona que por decirlo en pocas palabras ha perdido contacto con la realidad. Muchos tipos psicóticos son inofensivos e indefensos. El tipo más peligroso es el esquizofrénico, que es un barril de emociones sexuales letales. Frecuentemente tienen profundos problemas en relación con su madre". (6).

Varios meses después:

c).- En Mesa, Arizona, Robert Benjamín Smith de 18 años, estudioso y reticente alumno de High School, un día de noviembre de 1966, según su propia declaración, fascinado por los asesinatos mencionados arriba, decidió no quedarse atrás e invadió una escuela de cultura de belleza. Llevaba bolsas de plástico que iba a poner en las cabezas de sus víctimas, para verlas morir sofocadas. Resultaron pequeñas, entonces acostó a sus víctimas como los radios de una rueda, y metódicamente empezó a disparar en las cabezas de 5 mujeres, un niño de tres años y otro de un mes. La policía lo encontró contemplando a sus víctimas. (7).

De la práctica de Psiquiatras mexicanos, me voy a permitir citar los casos siguientes, que ejemplifican la situación absurda en que se encuentra el Médico Psiquiatra, frente a enfermos peligrosos.

Caso 1. -

Estudiante Universitario de 23 años de edad, vive en colonia pro

letaria, el padre es comerciante en un mercado, la familia consta de 3 hermanos, el mayor casado con 3 niños, todos viven en una casa sola propia de 6 habitaciones. - En virtud de que son comerciantes, salen desde temprano a trabajar. El sujeto en -- cuestión se queda solo con las sobrinitas, cuando era niño lo dejaban encerrado con sus hermanos y daba rienda suelta a sus inquietudes sexuales, la madre es una figu\_ ra fuerte, autoritaria y dominante, que se hace la enferma para llamar la atención de los demás miembros de la familia. Ella fue la que educó a sus hijos y su conducta - fue de represión sexual hacia los hijos. El padre es de actitud pasiva, cede sus de- rechos del control del hogar, y es pues una figura paterna débil, pero afectiva, está absorto en su trabajo, es trabajador y suministra el dinero. Se trata de gente de pue\_ blo con poca cultura. La madre no sabe leer ni escribir. Por parte del padre hay un\_ tío carnal psicótico.

Este muchacho demuestra capacidad e interés para estudiar una ca\_ rretera profesional, lo que llena de satisfacción al padre y se convierte en el orgullo - de la familia. El hermano mayor no sirve para nada y vive a costa del padre. El estu\_ diante trata de ayudar, a veces trabaja en la tienda, pero el padre no lo deja.

El diagnóstico de este muchacho es que es un caso de Psiconeuro\_ sis, obsesiva compulsiva, con fuerte conflicto hacia la figura femenina (angustia an\_ te la mujer), lo que determina dificultad de relación con la mujer, a la cual teme y - ante la cual tiene una gran timidez, lo que tiene emparejado una gran agresividad re- primida en el sub-consciente y esto condiciona un fuerte desacuerdo sexual, que no le permite una relación sexual con la mujer adulta.

En la evolución de su padecimiento ha llegado a situaciones de --border-line y aún ha caído en un verdadero cuadro psicótico, del cual actualmente --ha salido.

Bajo la presión de la madre, el muchacho va a consultar al Psi---quiatra, alegando molestias puramente físicas, dolores aquí y allí; que se encontró --que tenían su origen en aspectos Psico-somáticos, en ulteriores consultas hace conscientes sus problemas y manifiesta toda su sintomatología psíquica, desajuste escolar, trastornos de la conducta, y aberraciones sexuales.

Esto lo ha llevado a cometer delitos de violación, corrupción de --menores y atentados al pudor con sus sobrinas, las hijas de su hermano, de 11, 8 y 6 años de edad, a las que tiene atemorizadas para que no hablen.

El paciente se somete voluntariamente al tratamiento psiquiátrico y mejora, pero no quiere continuar dicho tratamiento y lo abandona.

Pronóstico: Al no seguir el tratamiento, la enfermedad va a agr--arse. Es un sujeto que es una grave amenaza para la sociedad, como fácilmente --puede uno darse cuenta. Es un delincuente que ha cometido delitos sexuales, y los va a seguir cometiendo. ¿Cuántas criaturas van a ser sus víctimas? ¿Quién puede --decirlo? Puede llegar a matar a una de ellas; pero aún si no lo hace, estas niñas que dan enfermas para el resto de su vida. Y el médico Psiquiatra se convierte en cómplice de estos horrores, pues la Ley no le da medios para actuar.

Caso II.-

Hombre de 48 años de edad, su padre es millonario, vive en un de

partamento de lujo para él solo, en una colonia rica, tiene automóvil y anda armado, no trabaja, sin oficio ni profesión, sostenido por el padre; tiene dos hermanos, él es el mayor. La figura materna, la madre, es una esquizofrénica que nunca ha estado bajo control Psiquiátrico, pues el marido opina que sólo está un poco nerviosa. Este padre y marido es un Psico-neurótico que protege a su esposa sin preocuparse de atender médicamente el problema de ella y del hijo, al que también consiente. De los hermanos, el menor presenta un déficit mental y el segundo tiene una conducta esquizoide.

Diagnóstico: Caso de Esquizofrenia Paranóica, con gran contenido de agresividad contra la mujer, estados deliroides y alucinatorios. (Se cree presidente de todos los partidos comunistas del mundo), alcohólico, agresivo y peligroso, tiene ya antecedentes de agresión contra individuos, le dió un balazo a uno, tiró de una escalera a una mujer de la vida alegre, trató de estrangular a otra, cubrió de insultos a otra más que tuvo que huir para no ser atacada.

Este paciente se presenta con el Psiquiatra por molestias físicas, dolor en el cuello, como si tuviera un clavo. Se somete al tratamiento y la familia se muestra totalmente indiferente, en especial el padre, que ya tiene tres o cuatro opiniones de distintos Psiquiatras sobre la peligrosidad del hijo. Otra vez el sujeto es un delincuente, un enfermo muy peligro y el Psiquiatra no puede actuar ante la indiferencia de la familia.

### Caso III.-

Mujer de 34 años de edad, dedicada a labores domésticas, casada,

provinciana, vive en el D.F., 5 hijos, instrucción hasta el 4o. año de primaria, -- después lectura de novelas de cierto valor literario. Se presenta voluntariamente an\_ te el médico Psiquiatra, quejándose de dolores de cabeza, entumecimiento de las -- piernas, más adelante se determina que el origen de todo esto es Psíquico, que no - hay lesión orgánica alguna, en el curso de las consultas afloran estos hechos: 16 - años de casada, casó a los 17 años, buenas relaciones sexuales con el marido, pe\_ ro pronto se desilusiona de él, se queja de desafecto de su parte, de que él está ab\_ sorto en su trabajo, que es tímido en su carácter, falto de ambición y que se deja do\_ minar por su familia; malas relaciones con los familiares políticos, 9 años de fideli\_ dad y de ser una esposa fiel; después algunos coqueteos que no llegan a nada, y lue\_ go el adulterio con un médico que atiende a uno de sus hijos pero esto no es suficien\_ te, empieza a aceptar invitaciones con desconocidos en la calle y llega a tener rela\_ ciones sexuales con ellos, tomando dirección y teléfono, pero manteniendo la incóg\_ nita. Con todo esto tampoco sacia sus inquietudes y concurre a las casas de mala no\_ ta, donde acepta clientes si le agradan, teniendo dificultades con los encargados. Y por último seduce y tiene relaciones sexuales en su propio hogar con su sobrino epi\_ léptico (por parte de su marido), de edad adolescente. Una vez más un enfermo delin\_ cuente, una persona de alta peligrosidad social. Afortunadamente se sometió al trata\_ miento, durante el cual atacó al médico, el marido cooperó con el Psiquiatra y se\_ ha logrado mejorar notablemente a la enferma, que ha reformado su conducta. Pero - como lo reconoce el Psiquiatra, si esta persona no hubiera querido continuar el trata\_ miento, o el marido no hubiera prestado su ayuda y pagado dicho tratamiento, esta -

enferma hubiera seguido su vida desenfadada, hasta provocar quien sabe que tragedia.

Conclusiones diagnósticas: Es una persona con neurosis grave de carácter, con mal equipo biológico, y con la sintomatología siguiente: Angustia, depresión, agresividad, trastornos de conducta y transgresión de valores morales y culturales. Paciente con distorsión total de la realidad. Su vida familiar totalmente desarraigada, en peligro de desintegración. Incapacidad e imposibilidad de vivir una esfera de trabajo, por lo que cae en una improductividad evidente. Imposibilidad e incapacidad de vivir las esferas de efectividad, con intensidad. Relaciones interpersonales defectuosas. Lo frustrado de su vida y lo frustrante de su conducta la hundan en lo más aparente de su sintomatología.

Otro aspecto del problema que me preocupa lo ejemplifica el siguiente caso: Se presenta a pedir consulta de un médico Psiquiatra una joven de 19 años, estudiante de la Universidad; examinada por el médico, éste llega a la conclusión de que la muchacha padece un trastorno mental serio, el cual si no se atiende enérgicamente va a llevar a la paciente a un estado francamente Psicótico. La muchacha le cuenta que es hija de familia, que ya ha consultado a otros médicos, pero que lo tiene que hacer a escondidas de sus padres; pues éstos se niegan rotundamente a aceptar que ella puede estar enferma. El médico tiene una entrevista con los padres de la muchacha y se da cuenta de que es cierto, lo que la chica había dicho. Como ésta paciente carece de recursos propios, si los padres se niegan no podrá recibir atención médica. En ese momento el médico está seguro de poder curarla; pero está también seguro de que la paciente, si no es tratada se agravará hasta convertirse en

lo que vulgarmente se le llama una loca. Aquí tenemos un grave dilema para el médico y para la sociedad, ese enfermo que es parte integrante de la sociedad, va a convertirse en un enfermo permanente que será un peligro y una carga social. ¿No sería lógico en casos como este que el médico Psiquiatra tuviera medios para hacer intervenir a las autoridades, para que éstas a su vez, protegieran a estos seres indefensos?

Un caso más digno de ser citado, por ser notorio en nuestro medio, es el de Higinio Sobera de la Flor.

Todo lo que voy a relatar está basado en el brillante estudio publicado en la revista Criminalia, realizado por los 3 connotados Psiquiatras mexicanos Alfonso Quiróz Cuarón, Alfonso Millán y José Sol Casao. (8).

El día 11 de Mayo de 1952, por una discusión baladí entre Higinio Sobera de la Flor y el Sr. A.L.R., el primero balaceo y mata a dicho señor y de paso lesiona a la Sra. G.H.L., a raíz del crimen el criminal huye. A los 2 días, el 13 de Mayo de 1952, Higinio Sobera vuelve a delinquir, ahora cometiendo otra vez un homicidio, seguido de la profanación del cadáver, robo de un automóvil y otros delitos más, la conducta de H.S. ante el Sr. A.L.R., y ante su segunda víctima es similar, desde el punto de vista de Psicopatología se la califica como impulsiva, ya que el estímulo desencadenante es mínimo y la reacción desproporcionada. La segunda víctima fue una señorita secretaria, totalmente desconocida para él; esta señorita salía de su trabajo en el Paseo de la Reforma y H.S. al verla la abordó invitándola a que lo acompañara. Ella ofendida paró un automóvil de alquiler para esquivar

lo, pero H.S. se metió a la fuerza detrás de ella, y como él mismo dice "como ella llorara, sacó la pistola y le dió tres balazos". Estamos pues otra vez frente a un estímulo mínimo y una reacción desproporcionada. El mismo H.S. agrega "si el chofer se hubiera resistido, pensaba echárselo".

Estos crímenes tan inauditos han conmovido a la sociedad mexicana por ser de aquéllos que Gabriel Tarde ha dicho que producen la náusea social.

Pero H.S. no es responsable de sus actos, pues es un pobre enfermo mental. En el estudio en que nos estamos basando se señala muy claramente que varios años antes de convertirse en criminal, H.S. dió muestras inequívocas de su enfermedad; al grado de que ya existía un diagnóstico de un médico Psiquiatra, el Dr. Alfonso León de Garay, que en noviembre de 1948, hace un estudio médico de H.S. en el que dice:

Diagnóstico:- Personalidad Neuropática. Sufre de Psiconeurosis Psicasténica con numerosos rasgos de la constitución esquizofrénica. Pronóstico.- Que sólo puede esperarse una remisión parcial de los síntomas correspondientes a las Psiconeurosis con la aplicación de un tratamiento y en caso de no hacerse éste, existen probabilidades que el padecimiento evolucione, insidiosamente hacia la esquizofrenia. Este diagnóstico fue dado 4 años antes de que H.S. se convirtiera en un criminal.

2 años después el Dr. Alfonso León de Garay consigue internar a H.S. en un sanatorio, durante 4 meses y hace una nueva historia clínica, observando la evolución del padecimiento de su cliente y concluye:

Diagnóstico.- Psicosis Esquizofrénica de forma procesal -- que evoluciona lentamente e insidiosamente con muchos síntomas ocultos o larvados, con elementos sintomáticos de carácter neurótico que se desarrolla en un sujeto de personalidad Psicopática. Pronóstico.- El vital es benigno. Los elementos procesales de la Psicosis agravan el pronóstico, máxime si se toma en consideración la existencia de la personalidad psicótica. La reclusión prolongada, la Psicoterapia educativa y el tratamiento mediante choques pueden mejorarlo. Dada la disminución de la autocrítica, el debilitamiento de la auto-conducción la inestabilidad Psico-efectiva, los errores de conducta y la tendencia a las reacciones agresivas, el sujeto no es apto para conducirse en los actos de la vida civil y debe permanecer internado durante tiempo prolongado y en estrecha observación, no es apto para manejar sus bienes. (9)

El Dr. Alfonso León de Garay, al practicar la prueba de Jung Bleuler precisa la existencia de claros trastornos en los mecanismos asociativos. Y al hacer un Narco-análisis a H.S. descubre la existencia de profundas alteraciones -- instintivas: Conducta homosexual en ciertas ocasiones impulsiva y agresiva, bestialidad, fetichismo, masoquismo, narcisismo, exhibicionismo y ansiedad por no poder hacer uso sexual de si mismo. No obstante indicaciones tan claras del médico tratante de H.S., tenemos a éste en la calle libre y yendo a consultar al Dr. Gustavo Peter en 1952, poco antes de sus crímenes, porque cree que no tiene estómago. Este le aconseja ver a un especialista en enfermedades mentales. Cuando fue detenido andaba rapado, pues se había hecho él mismo una herida en la cabeza tratando de ope-

rarse de un tumor que él se imaginaba tener en la misma. Para entonces H.S. era -- huérfano de padre y la mamá carece de influencia decisiva sobre él. El señor G.S., tío de él, aconseja a la madre de éste, en febrero de 1952, que "para su bien y el de los demás" se le internara, no haber seguido estas indicaciones es lo que hoy ha ce lamentar los sucesos que dan origen a este estudio.

Como ya dijimos varios años antes de los crímenes, H.S. había - dado muestras de la enfermedad mental que hasta la fecha lo aqueja. A raíz de la -- muerte de su padre se manifiesta en H.S. una conducta excéntrica que se va agravan do y revela un franco desequilibrio mental, pues hay trastornos de la expresión, de - la ideación y de los mecanismos asociativos, hay autismo y verbigeración, dos fu-- gas del hogar y trastornos de la cenestesia, H.S. abría las llaves de las bombas -- contra incendio, se tiraba a dormir en horas hábiles en el pórtico del edificio donde su padre había tenido su despacho, lo que dio origen a que se le prohibiera entrar a ese edificio; no hablaba coherentemente, cortaba las frases, hablaba con palabras -- inventadas por él. Se sentaba en la acera de la Avenida Juárez en las tardes, habla ba muy raro, en los restaurantes se acostaba en el suelo delante de los demás clien tes. Creía que la gente lo insultaba; todo esto quedó comprobado por el dicho de nu merosos testigos, lo que le permite a dos Psiquiatras decir que H.S. tenía cambios inmotivados de humor, distímias, autismo, verbigeración, manerismo y estereotipias verbales. El Sr. B.M.V., jefe de las Comisiones de Seguridad de Cd. Juárez, Chih. nos dice que en el mes de febrero de 1952 fue detenido dos veces H.S. por dormir en los bancos de la plaza pública, cosa innecesaria, pues H.S. era un individuo adi

nerado. "Durante las dos ocasiones en que se detuvo a H.S. no se le notaron síntomas de intoxicación alcohólica ni de otra índole y sólo pudimos darnos cuenta de su marcado desequilibrio mental".

En un viaje a Veracruz en noviembre de 1951, fue detenido H.S. por la policía, por bañarse en Mocambo totalmente desnudo y tuvieron que lazarlo -- con una cuerda para poder sacarlo. El personal del Hotel donde paraba lo consideraba loco, pues exhibía sin ropa frente a las recamareras Este nuevo elemento psicopatológico que encontramos en la conducta de H.S., es el exhibicionismo que no es -- sino una perversión del instinto sexual. Freud, lo considera como un infantilismo sexual. Gardnier lo ha definido como una perversión sexual obsesiva o impulsiva. En el caso de H.S. es un síntoma más de su trastorno mental. En H.S. no existía evidencia de trastornos en el dominio de las funciones mentales intelectuales y sí en el de las funciones mentales efectivas, según el testimonio de profesores, compañeros, amigos, vecinos y simples conocidos que por ser profanos sólo percibían los trastornos muy claros o notables en la conducta. Estos testimonios profanos están acordes en haber percibido en H.S. trastornos de la expresión hablada, que desde el punto de vista de la Psicopatología pueden identificarse con Estereotipias verbales, Neologismos, verbigeración, incoherencia y trastornos asociativos, pues decía que se sentía "Deca", cuando se sentía deprimido, decía "Clare", "Chapul", "soño", "urda", "soy el nuevo mesías", "soy el rey de los mares". Al ir pasando el tiempo sus trastornos de conducta son peores, a veces vestía con ropas de magnífica calidad pero no se ponía calcetines y llevaba un sombrero corriente de palma, otras veces andaba

muy sucio y desaliñado, va y compra ropa y al llegar a su habitación la tira por la -  
ventana, en las cantinas pedía una copa la pagaba y no se la tomaba.

Después de cometidos los crímenes H.S. fue estudiado por 10 --  
Psiquiatras y todos estuvieron de acuerdo en que era un caso de Esquizofrenia Pro--  
cesal. Los 3 Psiquiatras sobre cuyo estudio me estoy basando, nos dice que H.S. -  
encuadra perfectamente en lo que Rinder Kenesht designó con el nombre de "Heboi--  
des criminales", o Kalhbaum como Hebeodofrenia que no es otra cosa que una varie--  
dad de la Hebefrenia, caracterizada por la violencia y el descaro. Resulta así H.S.  
ser un criminal por vocación, es decir que llegó al delito por un franco predominio --  
de los factores endógenos, mesológicos o sociales. El gran criminólogo belga E.D.  
Greef ha hablado de crímenes y destino, aceptando en cierta forma un destino bioló--  
gico y éste resulta ser el caso de H.S.; viene a ser él un representante del "Iter Cri--  
minis", del sujeto que sigue el camino del delito. Según esta teoría, el delito no se  
manifiesta sino gradualmente pasando de las formas leves a las más atroces y atrocí--  
simas o como lo expresó Recine: "Los crímenes atroces van siempre precedidos de -  
otros, al igual que la virtud, el crimen tiene sus grados".

El "Iter-Criminis" había conducido a H.S. a su lugar, el Sanato--  
rio para enfermos mentales, la temeraria salida a la calle le abrió ampliamente las -  
puertas de la Penitenciaría. Con que gran razón los tres Psiquiatras de este estudio  
nos dicen: "La sociedad es la que lamenta y paga ahora la imprudencia de carecer de  
una adecuada Ley relativa, al internamiento de los enfermos mentales". (10).

Antes de convertirse en criminal, H.S. había dado muestras claras

del trastorno de su mente por los trastornos de su conducta que determinara que se le internara en un establecimiento para enfermos mentales, vemos que existe una continuidad en la vida de H.S., su conducta es anómala antes de los delitos, tan anó— mala que es internado en un sanatorio de enfermos mentales y que no estando a gus— to con su internación y el tratamiento que se le aplicaba, tranquilamente se sale de dicho establecimiento para cometer los crímenes atroces, morbosos, que hemos na— rrado. Después de matar al Sr. A.L.R. huye, pero sin ningún remordimiento, ni — preocupación se va a pasear por el bosque de Chapultepec, va a dormir al Hotel don— de se hospedaba, pues no quería vivir con su mamá. En el Hotel, esa noche y el día siguiente, no le notan ninguna alteración en su manera habitual de ser, en la tarde — sale a pasear por el Paseo de la Reforma y el azar pone en su camino a la Srita. H. que va a ser su nueva víctima, consumados los delitos nuevamente huye; pero no to— ma ninguna precaución para ocultarse y ocultar las huellas de sus delitos, ni mues— tra tampoco el menor arrepentimiento al ser detenido. Ya en la Penitenciaría del D.F. su conducta sigue mostrando su desquiciamiento mental, pues es imposible sostener conversaciones ordenadas con él, con extraordinaria facilidad se irrita e incluso agre— de físicamente a quien le molesta. Con sus familiares unos días los tolera y habla — con ellos, pero otras veces deja de hablarles sin motivo lógico y aún los golpea. De— bido a las lagunas de nuestra Ley, H.S. al ser detenido, es considerado como un — criminal común, como un sujeto plenamente responsable y queda preso con los demás detenidos de la cárcel. A pesar de los esfuerzos de sus abogados defensores se le — sigue tratando como un delincuente vulgar durante todo su proceso que duró 6 años.—

Los mismos Psiquiatras que lo estudiaron a través de este largo período de tiempo - nos dicen que su enfermedad mental lógicamente se agravó y no es de extrañar que - volviera a delinquir, cometiendo ahora el delito de lesiones contra uno de los cela-- dores de la prisión y daño en propiedad ajena, que fue valuado en un peso, pues con-- sistió en romper 2 vidrios de su celda, esto originó un nuevo proceso en contra de - él. A veces estando preso, este procesado se enfurecía y decía que ya se había abu-- rrido de estar en su celda y que ya quería irse a su casa, que porqué no lo dejaban - salir.

Los antecedentes familiares de H.S. no son nada halagüeños, el hermano mayor de él J.S. fue declarado en estado de interdicción por el Juez Pupi-- lar el 23 de febrero de 1948, en virtud de una demanda presentada por el Sr. B.G. en su carácter de albacea de la sucesión testamentaria del Sr. J.S. (padre de H.S.) tres médicos del Servicio Médico Legal y dos médicos del enfermo, estuvieron de - acuerdo que J.S. padece una enfermedad mental: Esquizofrenia Paranoíde, cuyo pro-- nóstico es de incurabilidad y que lo incapacita para valerse a sí mismo. Este señor fue internado en un Sanatorio para enfermos mentales. Desgraciadamente con H.S., a pesar de ser su hermano, no se hizo lo mismo. H.S. tiene otro hermano menor y - este sujeto, según la opinión de un facultativo que lo conoce hace tiempo, es un dé-- bil mental.

Después de cometidos los delitos por H.S. y ya procesado, exis-- ten dos estudios médicos relativos a su personalidad.

Un dictamen de los Doctores Leopoldo Salazar Viniegra y Juan --

Peón del Valle, Peritos Psiquiátricos designados por la defensa, su Diagnóstico -- es: ... "Que padece Esquizofrenia Etica, en cuya noción se advierten las caracte-- rísticas señaladas por Clerambault para la demencia precoz ética y varias de las que antiguamente se atribuían a la locura moral". (11). Estos señores peritos de la de-- fensa de H.S. hacen con certera precisión un diagnóstico de peligrosidad. Su -- peligrosidad social es extraordinaria, grave, permanente. Analizan la conducta post-- delictiva del sujeto y describen como H.S. se extraña de que como otras veces en -- que se había visto detenido no se ha reintegrado a su casa; pues no mide la magnitud de los delitos, sólo se pregunta quien es y cómo no lo han puesto en libertad .

En otro dictamen del Dr. Bruno Schurav, perito Neuro-Psiquiatra, su diagnóstico lo dice: "No cabe la menor duda de que el reo padece de una Psico-- sis de carácter procesal y progresiva y que sólo la Esquizofrenia da una sintomatolo-- gía como la que presenta H.S. Llega así a establecer su diagnóstico clínico de Es-- quizofrenia procesal del tipo Hebefrénico, complicada la Esquizofrenia por la exis-- tencia probable de un estupor carcelario". (12) O sea lo que decíamos arriba al tra-- társelo como un delincuente normal se agravó su padecimiento.

Según los tres expertos Psiquiátricos, que venimos citando, se -- describen cinco formas clínicas de la Esquizofrenia: La Simple, la Hebefrénica, la Catatónica, la Paranoide y la Mixta. En relación con el caso de H.S. se dan las -- dos primeras siguiendo a Altavilla en su "Dinámica del delito".

Esquizofrenia Simple.- Generalmente no se observan delirios ni -- rigidez catatónica; y si pobreza e ilogicidad ideativa, con abatimiento del tono afec--

tivo, así como una tendencia autista que determina una inercia de la voluntad. Estos sujetos tienen un gran interés médico-legal, porque dada la pobreza de síntomas en esta forma abortiva, difícilmente se les interna y sin embargo, son degenerados e inmorales; vegetan en todos los estratos sociales, son ociosos, orgullosos y pleitistas. Se esconden la enfermedad al perito, pero apenas se acentúa su evolución asistimos a la comisión de delitos graves cuyas causas no aparecen claras y se habla de crímenes sin motivo, raros o extravagantes e inexplicables. "El fondo de la personalidad en la cual germina el delito, no es como el desembocar natural, sino como una explosión súbita y excepcional; en su forma inerte, abúlica, indiferente, inmotivada, dislógica, incoherente, negativista, fútil, a veces estúpida, fijada en una rumiación mental sin contenido y sin fin práctico. Son incapaces de remordimiento porque el delito no les pertenece". (13).

Hebefrenia.- Es una enfermedad mental disociativa que se manifiesta en la juventud, determina una detención del desarrollo con caracteres de infantilismo que hacen recordar la imbecilidad; pero no se trata de un desarrollo retardado, sino de una súbita modificación de la personalidad debida a un proceso destructivo:- En tanto que el imbécil se preocupa de sus relaciones sociales, el Hebefrénico no; - el imbécil puede ser emotivo, en el Hebefrénico su emotividad es muy variable; en el Hebefrénico su ideación es incoherente y pueril, así como su lenguaje que resulta fátuo. Las perturbaciones sexuales no son raras y se puede observar formas desenfrenadas de onanismo, exhibicionismo y homosexualidad, Kahlbaum describe una variedad de la Hebefrenia, la Heboidofrenia caracterizada por la violencia, el cinismo y -

el descaro. H.S.F. resulta ser un Heboide criminal. Emilio Mira y López, en su -- manual de Psiquiatría describe cuatro categorías de Esquizofrenias: Procesales, Sin tomáticas, Reactivas y Mixtas.

Las Procesales comprenden las formas genuinas de la enfermedad.

Las Sintomáticas comprenden las Esquizofrenias consecutivas a -- una alteración encefálica de origen exógeno.

Las Reactivas abarcan a las de desarrollo y origen esencialmente Psicógeno.

Las Mixtas las combinaciones de las Esquizofrenias entre si o -- con otras afecciones.

Manz considera que los atributos de la Esquizofrenia Procesal-- son las siguientes:

a) Actualidad de la enfermedad "En marcha, trabajando".

b) El carácter orgánico-físico de la enfermedad.

c) Tendencia destructiva y progresiva. Este proceso puede -- evolucionar en forma catastrófica-esquizocárica o por brotes esquizofrénicos.

H.S.F. según lo expuesto, padece de Esquizofrenia, de la varie-- dad Hebefrénica de tipo Heboidofrenia, procesal esquizocárica; ha sido como una má-- quina incapacitada de funcionar en el sentido de un destino o como un motor sin com-- bustible (Chaslin); o como una orquesta sin director (Kraepelin); o como un libro sin encuadernación y con sus hojas mezcladas (Anglade).

En otra parte de este interesante estudio, se nos dice: "Todo indj

ca de manera científica fundada y estudiado H.S.F. por diferentes médicos y en distintas épocas de la vida del procesado, que este es un enfermo mental. También los numerosos estudios demuestran claramente que es por su calidad de enfermo mental - que H.S.F. ha delinquido, es decir, todo demuestra la relación que causa efecto entre los trastornos mentales y los crímenes cometidos por él". (14).

"Precisamente porque en el espíritu se demuestra que el delincuente cometió la infracción por ser un enfermo mental, concepto éste no muy claro en la fracción segunda del artículo 15 del Código Penal Vigente, es por lo que uno de nosotros consultado por la H. Comisión Revisora de dicho Código, sugirió una reforma a la Fracción mencionada estableciendo de una manera clara y precisa que el delito debe ser consecuencia del trastorno mental, de tal manera que sea dicho trastorno - mental el que ocasione directamente la acción delictuosa". (15).

"En resumen, consideramos claramente demostrado que H.S.F. ha delinquido por ser un enfermo mental crónico, incurable y peligroso y antes de pasar a conclusiones, sólo nos resta señalar, una vez más la urgencia de que en México - legisle sobre la Salud Mental y en particular sobre los enfermos mentales; pues H.S.F. no es sino uno, el último, el más sonado, pero no el más trágico de muchos casos similares, que a diario se presentan en nuestro país, que los enfermos mentales más peligrosos, no pueden ser internados de oficio, sino hasta que han delinquido.- Como H.S.F. que salió de un Sanatorio de donde no debió salir nunca, muchos enfermos mentales pueden ser externados del manicomio o de los sanatorios especializados cualquiera que sea la peligrosidad de dichos enfermos, pues los médicos no tie

nen ningún recurso legal, para oponerse a esas externaciones; aparte de la presencia en sus hogares, en libertad absoluta de muchos enfermos a quienes sus familiares - no desean internar, por no estar convencidos de su peligrosidad, por ignorarla o inclusive por razones menos válidas.

El caso de H. S. F. es pues, uno más de los muchos que nuestro - país ha de seguir sufriendo, para vergüenza de nuestros legisladores y para bochorno de nuestra Revolución que se ha ocupado de todos los mexicanos débiles, menos de aquellos que son los más débiles de la tierra, ya que no poseen la "razón" que es la mejor fuerza del hombre que hace compatible la vida en sociedad." (16).

Por ser evidentemente interesante vamos a citar las conclusiones de este estudio:

#### "VIII. CONCLUSIONES.

1.- H.S.F., es un enfermo mental crónico, incurable, con manifestaciones clínicas correspondientes a la Esquizofrenia de la variedad Heboidofrenia, procesal, destructiva y progresiva. Este padecimiento ya existía en los momentos en que cometió los delitos por los cuales está procesado y aún desde tiempo antes de cometerlos. Nos parece evidente que su caso es de los comprendidos en el artículo 68 de nuestro Código Penal.

2.- H. Sobera de la Flor posee un elevado grado de peligrosidad criminal y debe ser segregado ad-vitam para los efectos de la defensa de la sociedad y para su tratamiento.

3.- H.S.F. para la legítima y eficaz defensa de la sociedad, de-

be permanecer en el anexo psiquiátrico de la Penitenciaría del D.F. en donde actualmente se encuentra. No son incompatibles su reclusión en dicho local y la atención médica especial que su estado requiere.

4.- Previa interdicción de H.S.F. y para una mejor protección de sus custodios y de sus compañeros de reclusión, podría plantearse la conveniencia de su tratamiento médico-quirúrgico-lobotomía realizado por especialistas en Neurocirugía, en el Servicio Médico-Quirúrgico de la Penitenciaría del D.F.

México, D.F., a 26 de Noviembre de 1953.

DR. ALFONSO MILLAN.

DR. ALFONSO QUIROZ CUARON.

DR. JOSE SOL CASAO." (17).

De todo lo dicho sobre el caso de H.S.F. añadiremos que es un caso donde ostensiblemente se demuestra la necesidad urgente en que nos encontramos de cambiar la Ley, tanto la sustancial como la procesal para tomar medidas que resuelvan el problema de estos enfermos. Como vimos, H.S.F. era ya un enfermo mental peligroso mucho antes de cometer los delitos, los cometió debido a su enfermedad mental. Había ya un diagnóstico sobre la enfermedad mental que sufría H.S. y su alta peligrosidad, sin embargo ante la indiferencia de los familiares de H.S., el médico Psiquiatra que lo atendía, no pudo impedir que éste abandonara el tratamiento y el sanatorio, para salir a cometer sus crímenes atroces.

Se sostiene que hay que juzgar al enfermo mental delincuente porque de otra manera se violarían sus garantías individuales. De hecho, estas garantías son violadas todos los días; pues existe la práctica viciosa, de encerrar en los sanatorios para enfermos mentales, a los presuntos enfermos, simplemente si el familiar más cercano lo autoriza.

En uno de nuestros Juzgados Civiles se lleva actualmente un Juicio de Divorcio cuyos antecedentes son los siguientes: Un individuo al que llamaremos Pedro, sufrió una lesión en la cabeza, uno de los médicos que lo atendió opinó que era necesario internarlo en un sanatorio para enfermos mentales; la esposa estuvo de acuerdo y Pedro fue internado contra su voluntad en el sanatorio. A los cuatro meses de internado, logró promover un juicio de interdicción ante el Juzgado Pupilar. En este juicio de interdicción la opinión de los peritos oficiales fue de que estaba sano de la mente, en pleno uso de sus facultades y perfectamente capaz para todos los actos de la vida civil. Furioso contra la esposa, procedió a pedirle el divorcio.

Este caso nos enseña cómo se violan las garantías individuales todos los días, de los presuntos enfermos; pues jurídicamente ningún ciudadano debe ser internado contra su voluntad, sin previa o cuando menos al mismo tiempo seguirle un juicio de interdicción o algún otro procedimiento, mediante el cual y de acuerdo con el artículo 14 Constitucional, el individuo sea oído y se determine si su caso amerita que sea internado contra su voluntad.

Este es a grandes rasgos, el problema que me preocupa y casos como los arriba mencionados podría yo seguir citando en el número que yo quisiera,

cien o más, pues desgraciadamente no son raros. Las medidas que se tomen tendrán como objetivo 3 cosas:

I.- La defensa y ayuda del enfermo mental, buscando ante todo que reciba atención médica y los medios necesarios para su curación si ésta es posible y si no, su internación mientras sea peligroso. Venciendo la indiferencia y los falsos prejuicios de sus familiares, si esto fuera necesario.

II.- La defensa de la sociedad, gravamente amenazada por la existencia cada vez mayor de este tipo de enfermos peligrosos.

III.- Darle al médico psiquiatra, los medios suficiente para que tratándose de enfermos peligrosos, éstos puedan ser internados para su tratamiento sean o no curables, aún contra su voluntad y la de sus familiares.

## CAPITULO II

### LA DOCTRINA

1.- Dn. Luis Jiménez de Asua. 2.- "Mental Illness and Due Process" (la enfermedad mental y el debido proceso). 3.- Dn. Alfonso Teja Sabre. 4.- Dr. Alfonso Millán. 5.- Dr. Angel Centeno Cepeda. 6.- Lic. José Angel Cenice--ros. 7.- Dn. José Ingenieros. 8.- Lic. Adolfo Aguilar y de Quevedo. 9.- Dn. Antonio Sabater. 10.- Departamento de Medicina Preventiva del I.S.S.S.T.E.

Como es natural dada la importancia del problema, éste no ha escapado al interés de los doctrinarios del Derecho, tanto de nuestro país como del extranjero.

Vamos a empezar con un tratadista que no necesita presentación, - el maestro de Derecho Penal Dn. Luis Jiménez de Asua.

Este autor, hablando de esa feliz concepción, el estado peligroso sin delito, nos refiere que fue Rafael Garófalo, allá por los años de 1877 y 1878- quien lanzó por primera vez el vocablo y la idea de la temibilidad, como el riesgo --

constante y activo de un sujeto capaz de convertirse en autor de acciones contrarias a la norma. Más adelante, en los Congresos de la Unión Internacional del Derecho Penal, se habló del estado peligroso con motivo de los reincidentes y habituales y de ahí se pasó a otras categorías de infractores. Al lado de la imputabilidad del sujeto normal, al que se le aplican penas, se crea el estado peligroso de los anormales que da lugar a las medidas de seguridad. "Pero el peligro subjetivo no sólo se manifiesta por el delito, sino que se muestra por doquier en seres anti-sociales (vagabundos, prostitutas, jugadores, etc., etc.) contra los que se defiende la Ciudad popular mediante regímenes policiales más o menos certeros y arbitrarios.

Los penalistas, cuidadosos del sentido liberal de nuestra disciplina, quisimos poner coto a este sistema, tan expuesto a extralimitaciones administrativas y lanzamos la idea de que, junto al estado peligroso delictivo, se construyera la peligrosidad sin delito; pero uno y otro jurisdiccionalizados; es decir, sometidos a la decisión de un juez imparcial y de competencia técnica". (18).

Esta noción del estado peligroso sin delito, llena una verdadera necesidad. Hay muchos sujetos, en la Sociedad que por diversas circunstancias, personales algunas, sociales otras, sin haber cometido delitos, están al borde, por así decirlo, de caer en éste. Tal es el caso de vagabundos, jugadores, curanderos, brujos o hechiceros, ebrios, toxicómanos habituales, enfermos mentales peligrosos, etc. Como no han cometido ningún delito, no son acreedores a castigo, a la pena; pero dada su peligrosidad es de desearse que por medio de la ley se tomen contra ellos medidas asegurativas. En España así se hizo con la ley de vagos y maleantes,

fecha el 4 de Agosto de 1933 y la del mismo título que se dictó en Venezuela.

En muchos países las medidas contra los sujetos peligrosos están en manos de la policía, sistema poco deseable, pues como es natural se presta a toda clase de abusos, con razón nos dice Jiménez de Asua: "La policía debe perseguir a los malvivientes (o "mal entretenidos", como decía con frase exacta la vieja Ley de Vagos Venezolana) y harto tiene con saber descubrir los focos antisociales en -- que se ocultan; pero jamás debe ser la que decida sobre el estado peligroso, problema harto complicado en el que incluso necesita el juez de asesoramiento del psicólogo y del pedagogo". (19).

En el año de 1948, Don Luis Jiménez de Asua fue encargado junto con otras dos personas, de redactar un proyecto de una nueva ley sobre sujetos peligrosos, en este proyecto, en su exposición de motivos, nos dice este eminente tratadista lo siguiente: "Y sobre todo nos pareció de la perentoriedad más grande jurisdiccionalizar el conocimiento y la declaración de tal peligro sin delito, poniendo en manos de jueces la facultad de imponer las medidas precautorias, correccionales, curativas y eliminadoras". (20).

El problema serio que plantea la peligrosidad sin delito, es la fácil posibilidad de violar las garantías individuales de los Ciudadanos. Tal cosa la reconoce el maestro Jiménez de Asua cuando nos dice: "El respeto a las libertades del hombre del ciudadano exige que también la declaración del estado peligroso sin delito y el pronunciamiento de las medidas para combatirlo, se regulen en una ley y se apliquen por jueces competentes". (21).

En la imposibilidad de hacer un estudio de este interesante proyecto de ley, pues alargaría indebidamente este humilde trabajo, me limitaré a señalar lo que me parece más importante en relación con mi tema.

La ley consta de cuatro títulos. El primero que son las Disposiciones Preliminares. El segundo que lleva por rubro Estados Peligrosos y Medidas Preventivas y Correccionales. El título tercero se ocupa de la aplicación de dichas Medidas Preventivas, Correccionales o Inocuidadoras. El cuarto del Procedimiento. Respecto a la índole de esta ley se nos dice: "Nos hemos apresurado a declarar que estas disposiciones se refieren al estado peligroso sin delito y que jamás las categorías indiciarias que en ellas se enuncian deberán estimarse como tipos delictivos, ni las medidas que contiene como penas. Queda así bien claro que la ley no es penal, que sus catálogos indiciarios de peligrosidad no son delitos y que no se reputarán penas las medidas que en ellas se acogen". (22). No se trata pues de crear nuevos tipos delictivos y aplicarles penas; sino por el contrario, lo que se busca es evitar la comisión de delitos por medio de la aplicación de medidas de seguridad.

Ante las dificultades de dar una definición exacta del peligro subjetivo, la ley en su artículo 3o. enumera 15 categorías indiciarias de estado peligroso, en que puede basarse la declaración de temibilidad. Por su indudable importancia voy a transcribir los artículos 3o., 4o. y el 33 de esta ley:

## TITULO II

### Estados peligrosos y medidas preventivas y correccionales

#### Capítulo I

##### Categorías Indiciarias de peligrosidad

"Artículo 3o.- Podrán ser declarados en estado peligroso y sometidos a las medidas que se determinen en la presente ley, los incluidos en las siguientes categorías, cuando se demuestre su peligrosidad conforme a lo preceptuado en el artículo 4:

1 .- Los que sean pendencieros y por ende se hallen proclives a atentar a la vida o integridad corporal de sus semejantes sin provocación suficiente o después del uso de bebidas alcohólicas.

2. - Los que sean sospechosos de atentar a la propiedad ajena.

a) Siempre que se hallaren en su poder llaves falsas o deformadas o ganzúa para abrir o forzar cerraduras, desencajar puertas y ventanas.

b) Cuando no justificaren al ser requeridos legítimamente por las autoridades o sus agentes, la procedencia, posesión del dinero o efectos que se hallaren en su poder....

3.- Los que ocultaren su verdadero nombre, disimulasen su perso\_

nalidad o falseasen su domicilio ante requerimiento de autoridad legítima.....

4.- Los vagos habituales, es decir los que sin causa justificada no ejerzan profesión u oficio lícito.

5.- Los rufianes y proxenetes.

6.- Los mendigos profesionales y los que vivan de la mendicidad ajena o exploten a menores de edad, enfermos mentales o lisiados.

7.- Los que vivan de juegos prohibidos o cooperen con los explotadores a sabiendas de esta actividad ilícita.

8.- Los que suministren para su consumo inmediato aguardiente, vinos o en general bebidas espirituosas a menores de 18 años en lugares o establecimientos públicos....

9.- Los que faciliten habitualmente la entrada o salida del país a quienes no se hallen autorizados para ello, protegiendo así la inmigración clandestina o la introducción o exportación de cosas prohibidas.

10.- Los que habitualmente comercien o faciliten de una manera ilícita armas, drogas, estupefacientes y efectos de uso prohibido por la ley.

11.- Los que ejerzan de brujos, hechiceros o curanderos, los adivinadores y todos los que por medio de esas artes ilícitas exploten la ignorancia o la superstición ajena; así como los que anuncien o propaguen supuestos remedios de infalible efecto, con el fin de lucrarse de la credulidad de otro.

12.- Los que observen conducta reveladora de inclinación al delito, manifestada por la reiterante y frecuente comisión de faltas y contravenciones; -

por el trato asiduo con delincuentes y maleantes; por la frecuentación de los lugares donde éstos se reúnen habitualmente.

13.- Los extranjeros que quebranten una orden de exclusión del Territorio Nacional.

14.- Los ebrios y toxicómanos habituales.

15.- LOS ENFERMOS MENTALES AGRESIVOS, cuando carecieren de guarda o custodia". (23).

"Artículo 4o.- Para poder declarar el estado peligroso a un determinado sujeto que figure en las categorías especificadas en el artículo anterior, no bastará su inclusión formal en una de ellas y será rigurosamente preciso que el juez atienda, previo peritaje de que se trata en el artículo 33.

a) A su personalidad antropológica, psíquica o patológica.

b) A los factores familiares o sociales.

c) A la naturaleza de su conducta y a las circunstancias que en ellas concurrieren". (24).

"Artículo 33.- La investigación de la personalidad antropológica, psíquica o patológica, se hará mediante el peritaje de médicos reconocidamente competentes en esta materia. En cuanto a respecto a los factores familiares y del ambiente se acreditará por informes de los trabajadores sociales. Por último, en lo que toca a la naturaleza de la conducta y a las circunstancias que en ellas concurrieren, serán parcialmente oídos pedagogos y personas de solvencia moral y de experiencia probadas". (25).

Con toda razón los enfermos mentales agresivos podrán ser declarados en estado peligroso y sometidos a las medidas que se determinen en esta ley. Pero como dice el artículo 4o. es preciso que el juez atienda, previo peritaje a la personalidad, a los factores familiares o sociales, y a la naturaleza de la conducta del sujeto acusado; en relación con esto, el artículo 33 exige que la investigación de la personalidad se hará mediante el peritaje de médicos competentes, respecto a los factores familiares y del ambiente, se recabarán informes por medio de los trabajadores sociales; y por último en lo referente a la conducta, se oirán a pedagogos y personas de solvencia moral.

Aquí tenemos cómo un doctrinario de la talla de Jiménez de Asua reconoce la necesidad de tomar medidas contra los enfermos mentales peligrosos, para evitar que cometan delitos y el procedimiento que recomienda es el de que sea un Juez especial, el que se avoque el conocimiento de la denuncia, que tendrá que ser hecha por autoridades competentes (Art. 30) y mediante el estudio hecho de acuerdo con los artículos 4o. y 33 decretará la aplicación de la medida de seguridad, que consistirá en recluir a los enajenados y psicópatas agresivos temibles en un Hospital Psiquiátrico (Art. 14).

Cedemos la palabra al maestro Jiménez de Asua: "Sancti de Sanctis hizo que triunfase su criterio en el Primer Congreso de Criminología habido en Roma el año de 1938 sobre diagnóstico del peligro subjetivo, en la ponencia colectiva, que resumía todas las presentadas y que entre otros, suscribieron Battaglini, Saparito, Vervaeck, etc. La fórmula era esta: Para declarar la peligrosidad de un suje

to es preciso hacer la descomposición analítica y la recomposición sintética de su personalidad." (26).

La libertad de un Ciudadano es sagrada y no debe quedar como juguete de autoridades venales y arbitrarias; por esto el presunto enfermo deberá contar con un procedimiento para defenderse.

Las medidas que este proyecto de ley pone a disposición del juez, para conseguir la extinción del peligro, son: Correccionales, educativas, curativas, precautorias y eliminatorias. Las medidas correccionales son: La colonia agrícola y la casa de trabajo industrial. Las medidas educativas y curativas son dos: La casa de templanza y de reposo y el hospital psiquiátrico. Las medidas precautorias son de 5 especies distintas, unas restringen la libertad ambulatoria del individuo, tal como señalar al peligroso un forzoso lugar de residencia; otra será alejarle del medio en que vivió, también procede enviarle al pueblo de donde vino y otra será el sometimiento del peligroso a la vigilancia de funcionarios especialmente creados al efecto, para lo cual se recomienda a las trabajadoras sociales. La medida eliminatoria consiste en la casa de custodia de que habla el artículo 21, al respecto nos dicen los redactores de este proyecto: "Obsérvese que nada se espera ya de aquellos a quienes se envía a establecimientos de esa clase. Despojos humanos de una vida social de pésimo enfoque, en la que la desigualdad económica, la mala organización, el hacinamiento, los alimentos escasos o mal elegidos, la tensión guerrera, el alcohol con que los propios estados comercian, el uso de tóxicos, el ejemplo corruptor, la falta de estímulo y la honradez y la virtud, han engendrado esos seres indomables que to-

dos debemos soportar como retribución de la parte de culpa que tenemos en su nacimiento y torpe cultivo. Por eso el régimen de custodia a que se someten estas infelices criaturas, no debe ser vindicativo, ni de rigurosa catadura, sino simplemente de custodia haciéndole compatible con el respeto a la persona humana en cuya desgracia todos pusimos un poco de causalidad." (27).

El artículo 22 de este proyecto de ley dice: "Todo estado peligroso ha de ser declarado y toda medida de seguridad aplicada por juez competente conforme al procedimiento que se establece en el título IV de esta ley". (28). El artículo no requiere ninguna explicación.

Dada la naturaleza de esta ley, el juez cuenta con suficiente arbitrio, por otra parte sus resoluciones no son sentencia, sino lo que Dorado Montero llamó "Providencias Provisionales". Como es natural la labor del juez no terminará con su fallo, sino seguirá cuidando del peligroso, así el artículo 25 permite al juez fijar el plazo, que la ley se abstiene de determinar, en que ha de proceder al examen del sujeto para darse cuenta de la marcha progresiva de su resocialización. De este examen dependerá la nueva decisión que convenga y que puede ser la de considerar cesado todo peligro e innecesaria la medida o al revés, que persiste la peligrosidad y por ende proseguir o variar el tratamiento. Mas el juez no decide por si mismo, sino en vista del informe que le rinda la institución o la autoridad competente; este informe contendrá dictamen de las autoridades médicas, pedagógicas y de trabajo que hayan estado en contacto con el sujeto temible. Puede suceder que antes de que se cumpla el plazo señalado por el juez para examen del sujeto peligroso, la temibilidad

de éste haya desaparecido, entonces el director del establecimiento o las autoridades competentes, se lo harán saber, o el propio juez podrá percibirlo pues debe mantener trato con los sometidos a medidas correccionales o precautorias, en tal caso — mandará examinar al sujeto y determinará lo procedente. El artículo 27 ordena que — si de acuerdo con el artículo 25 el juez comprobare la persistencia del estado peligroso, señalará otro plazo para examinar a agente, asistido de nuevos dictámenes de las personas ya mencionadas. Una vez más, esta ley obliga al juez a no abandonar — al sujeto declarado peligroso, a su suerte.

En el título IV relativo al Procedimiento, el artículo 29 declarará competentes, para declarar el estado peligroso de los sujetos, a los jueces de — Previsión Social, con categoría de jueces de primera instancia, serán nombrados — entre los que ostenten título de Doctor en Derecho; ordenando también que se establezcan Tribunales de Apelación. Donde no existan esta clase de jueces, serán competentes para conocer, los jueces de primera instancia en lo penal.

En esta ley se crea un sistema procesal que busca realizar los siguientes principios: "a) Especial jurisdicción constituida por los jueces llamados de prevención social .

b) Esclarecimiento del estado peligroso por métodos científicos.

c) Apelación entablada por la defensa del sujeto temible pero reducida en su esencia a decidir sobre la correcta o incorrecta interpretación que haya — hecho el juez de primera instancia de los elementos de prueba y especialmente de — los peritajes relativos a la peligrosidad del agente, sin perjuicio de que el tribunal

acuerde de oficio nuevas diligencias.

d) Juicio oral en ambas instancias aunque no se despliegue en régimen contradictorio. El fiscal no tiene aquí papel, puesto que el juez no aplica una ley punitiva y si conservamos la intervención de la defensa es para subrayar más - - nuestro propósito de defender los principios liberales.

e) Carácter provisional de las resoluciones del juez, hasta que se declara extinto el peligro o se llega al tope máximo de las medidas por él acordadas." (29).

Se inicia el procedimiento según el artículo 30, a virtud de denuncia de las autoridades estrictamente obligadas a hacerla. Los particulares no pueden denunciar: sino que debe hacerlo un funcionario del propio Estado.

El artículo 31 es importante, pues nos dice: "Recibida la denuncia el juez oírà al presunto peligroso sobre la conducta que lo motiva, identidad personal, estado civil, ocupación, antecedentes familiares o sociales, así como sobre su manera de vivir durante los cinco años anteriores". (30). Este artículo hace hincapié sobre la necesidad del contacto personal entre el sujeto peligroso y el juez.

Esta ley significa: "Medio de combatir el peligro subjetivo, e instrumento de resocialización de inadaptados y antisociales". (31).

Como se busca la rapidez en las actuaciones judiciales, el artículo 34 terminantemente manda que las diligencias y peritajes, exigidas en el artículo 33, habrán de practicarse en el plazo de 30 días, fijando para 20 días después, la Audiencia Pública. Durante estos períodos el juez podrá decretar la detención provi-

sional del presunto temible.

Durante esos 20 días, según el artículo 35, el abogado defensor preparará cuanto precise para el desempeño de su misión: Estudio de precedentes y propuesta de pruebas y peritajes.

Una vez así las cosas, nos dice el artículo 36: "El día fijado para la audiencia, el juez escuchará de nuevo al presunto peligroso, se le leerán los informes periciales, de que trata el artículo 33 y serán oídos los peritos y testimonios que alegare la defensa. El Juez podrá dirigir a peritos y testigos cuantas preguntas estime necesarias. Acto seguido informará in voce el abogado del presunto peligroso". (32). Otra vez se obliga al juez a escuchar al presunto peligroso y se le da al juez libertad para interrogar a los peritos y testigos a fin de que norme su criterio en forma acuciosa.

El artículo 37 obliga al juez a dictar sentencia dentro de los 5 días siguientes a la audiencia arriba mencionada. La sentencia debe ser comprensiva y dar los motivos y fundamentos que le asisten para declarar peligroso al sujeto enjuiciado. Y debe declarar la clase de medida que estime aplicable para extinguir la temibilidad de la gente. También podrá declarar que el sujeto no es peligroso y lo dejará libre.

Contra esta sentencia, la Ley crea un sistema de apelación con términos muy cortos, a fin de acelerar la tramitación.

El artículo 39 ordena: "El interesado o su defensa podrán proponer al tribunal y éste decretar si lo estima pertinente, que se reitere ante el mismo el exa

men de algunos de los testigos o peritos y la ampliación de las diligencias practicadas en primera instancia. El tribunal por su parte podrá también ordenar de oficio las averiguaciones que estime procedentes y que se oiga de nuevo al sujeto peligroso. - Todas estas diligencias se practicarán en el término de 10 días y dentro de los 5 siguientes se celebra vista oral en que informará el abogado defensor. La resolución - en forma de sentencia, se dictará dentro del 3er. día y contra ella no procede recurso alguno". (33).

Pero la función del juez no termina con su fallo, sino que de acuerdo con el artículo 40: "El juez de prevención social no agota su actividad al emitir la resolución ejecutoria, sino que prolonga su vigilancia y cuidado durante el tratamiento del sujeto a quien declaró peligroso, con el fin de cumplir cuanto preceptúa esta ley y poder adaptar el régimen correccional, curativo, precautorio y custodio.

a) Variando las medidas impuestas cuando lo estime preciso - conforme lo dispuesto en el artículo 24.

b) Estableciendo los plazos de examen del declarado peligroso, según se dispone en los artículos 25 y 27.

c) Ordenando la libertad condicional y vigilada de que se ocupa el artículo 26.

d) Decretando formalmente la extinción de la temibilidad del sujeto y el cese de toda medida y vigilancia tutelar a que se refiere el artículo 28". (34).

De todo lo dicho podemos resumir, que de acuerdo con Don Luis - Jiménez de Asua:

1.- Existe el estado peligroso sin delito en el que con todo derecho se debe incluir a los enfermos mentales peligrosos.

2.- La declaración del estado peligroso sin delito en relación con un individuo determinado, debe ser hecha por un juez competente.

3.- Como no se trata de delitos, no cabe hablar de penas, si no al sujeto peligroso se le aplicarán medidas de seguridad, ya que de lo que se trata es de corregir o curar o de readaptar a este sujeto temible para reintegrarlo a la sociedad como un individuo normal. Pero de no ser posible, entonces la medida será de custodia por un tiempo más o menos largo.

4.- Como no se trata de penas sino de medidas de seguridad, no se puede fijar de una manera definitiva el tiempo en que el sujeto peligroso deberá estar recluido hasta la solución de su problema.

5.- Debido a la naturaleza especial del problema del sujeto peligroso, el juez no agota su actuación al dictar su sentencia sino debe seguir velando sobre el tratamiento del sujeto a quien declara peligroso.

Otros tratadistas que me voy a permitir citar, son el grupo de expertos tanto juristas como médicos que formaron un comité especial de estudio sobre los procedimientos de admisión en los hospitales para enfermos mentales en el Estado de Nueva York. Este comité rindió un informe sobre sus trabajos y conclusiones, que se publicó en forma de libro por la Universidad de Cornell. Este comité fue establecido por la Asociación de la Barra de Abogados de la Ciudad de Nueva York y trabajó contando con la cooperación de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cor

nell; se trabajó durante 2 años estudiando las leyes y los procedimientos de admisión de los enfermos mentales en los hospitales del Estado de Nueva York. Este comité entrevistó a cien jueces de dicho Estado, los que contestaron largos cuestionarios, asimismo a los magistrados de la Corte Suprema del área metropolitana de la Ciudad de Nueva York, a los directores de los manicomios públicos y sanatorios privados autorizados; a 150 médicos de todo el Estado, a 100 funcionarios sanitarios y sus subordinados, a 30 jefes de grupos policíacos, así como a numerosas personas entre otras: Agentes del Ministerio Público, Abogados al Servicio del Gobierno, Abogados litigantes, trabajadores sociales, sacerdotes y otros ciudadanos. También ayudó al Departamento de Higiene Mental del Estado de Nueva York.

Este estudio fue terminado en enero de 1962 y sus recomendaciones dieron motivo a una nueva ley que entró en vigor el 1o. de Septiembre de 1965 en el Estado de Nueva York.

De este libro que se publicó con el título de "MENTAL ILLNESS AND DUE PROCESS" (La enfermedad mental y el debido proceso), mencionaré lo que me parece más interesante y pertinente para mi objetivo. Con el espíritu práctico y pragmático del anglo-Saxon, este comité estudió la situación real y legal de la admisión de los enfermos mentales en los hospitales del Estado de Nueva York; de los resultados de este minucioso y largo estudio, redactaron una serie de recomendaciones que a su vez fueron adoptadas por los legisladores, para hacer la nueva ley.

En el primer capítulo titulado "Principios Básicos" nos hablan de los cambios radicales, que la moderna psiquiatría ha introducido para tratar a los en

fermos mentales. Los manicomios-cárceles han desaparecido para dejar su lugar a verdaderos hospitales, donde el enfermo mental es tratado como un ser humano y no como un animal feroz; se ha realizado una revolución contra la violencia. El uso de tranquilizantes y otras nuevas drogas, han traído cambios sorprendentes en el tratamiento de las enfermedades nerviosas. También ha permitido reducir el tiempo de hospitalización de muchos enfermos y favorecido la rehabilitación y post-tratamiento fuera de los hospitales. Lo que hace que en este estudio se nos diga: "Ya que la ley debe de permanecer responsiva a las necesidades y condiciones sociales cambiantes, el advenimiento de estos cambios en la concepción y tratamiento de la enfermedad mental necesita una revisión de los procedimientos legales para la admisión y la dada de alta de los hospitales para casos mentales". (35).

Se encontraron que en el Estado de Nueva York el paciente tenía derecho a ser oído por un juez, para determinar si necesitaba ser internado o no; pero en la práctica sólo una proporción pequeña de pacientes, menos del 10% en todo el Estado, pasaban por el juicio ante un juez. Cada vez es mayor el número de ancianos que son enviados a un hospital para casos mentales, muchos de ellos están enfermos de la mente, pero muchos otros sufren de los achaques avanzados de la edad, como son apacibles o tímidos, no piden ser oídos judicialmente y así terminan en un hospital mental, solos, azorados y olvidados de sus familias.

Aún en los casos en que se celebra un juicio, éste se hace en forma superficial y: "Sobre la base de una evidencia esquelética el juez debe decidir si un hombre o una mujer serán 'mandados allá', esto es confinado a una institución estatal para casos mentales por un período inicial de 60 días que puede convertirse en

6 meses o en 6 años". (36).

En la mayoría de los casos no se celebra juicio, el juez firma la orden de internamiento, basándose nada más en el informe de dos médicos, sin conocer al paciente ni oír lo que éste tiene que decir.

Otro método de admisión que se encontraron los miembros de este comité, es la admisión voluntaria; pues hay pacientes que reconocen su enfermedad y aceptan ser internados. Y la ley admitía este sistema.

Para la admisión más o menos obligatoria, había seis procedimientos estatutorios, según la variada clase de facilidades disponibles en diferentes partes del Estado.

En la Ciudad de Nueva York y en otras ciudades del Estado, existen hospitales receptores especiales para pacientes psiquiátricos, un paciente puede ser enviada a uno de estos hospitales por 60 días si a juicio del director del hospital está "en inmediata necesidad de cuidado y tratamiento u observación".

Donde no existen este tipo de hospitales receptores, los pacientes son generalmente mandados directamente a los hospitales estatales para casos mentales o las instituciones privadas autorizadas por medio de la certificación judicial común y corriente; este procedimiento exige una solicitud y el certificado de dos médicos de que el paciente necesita cuidado y tratamiento, con esto se obtiene una orden judicial "encerrando" al paciente. Ninguno de los médicos que examinan necesita ser psiquiatra. La orden inicial autoriza a la institución para detener al paciente por 60 días para observación y tratamiento y si el director del hospital manda un cer

tificado, antes de que termine ese período, manifestando que el paciente necesita - cuidado adicional, puede ser detenido sin ningún límite de tiempo específico, hasta que ya no requiera más hospitalización. Este es el sistema por medio del cual se interna la mayor parte de los pacientes en los hospitales estatales para casos mentales. La petición para internar puede venir de algún miembro de la familia del paciente, de alguien más con quien esté viviendo, de alguna organización caritativa o por funcionarios de la Asistencia Pública. El número de internamientos cada semana en un hospital receptor, como Bellevue es tan grande que el Tribunal Superior del condao de Nueva York, en la persona de uno de sus jueces, da audiencia dos veces por semana en un cuarto-tribunal especial en el hospital. Los pacientes que han pedido ser oídos esperan afuera a ser llamados. Un psiquiatra lee al juez el informe del médico y las recomendaciones para atenderlo, hecho esto el enfermo aparece ante el juez y habla con él. No hay asesoramiento legal y el juez aunque quisiera no puede ahondar cada caso, sino que tiene que resolver con las escasas pruebas que le presentan.

Otro modo de internamiento, usado donde no hay hospital receptor, permite a un Oficial sanitario de un estado, condado o ciudad, mandar a un paciente directamente a un hospital estatal para casos mentales, con solo su certificado, pero solo en casos de emergencia o cuando el paciente es peligroso esta admisión por orden de un oficial sanitario, como la admisión a un hospital receptor está limitada a un período de 60 días y no puede ser ampliada sino por una orden judicial.

Otra orden de emergencia es aquella que permite la admisión y de-

tención de un paciente por 10 días, por el dicho de dos médicos, pero sin la orden judicial. Esta forma es muy usada cuando no hay juez disponible, ni oficial sanitario. En estos casos el período de 10 días es con el propósito de obtener una orden judicial para detener al paciente por más tiempo y no para observación ni tratamiento.

En el año de 1960 se hizo una adición a la Ley de Higiene Mental y se creó un nuevo sistema de admisión, no es sino una modificación de uno de los arriba mencionados, en este caso se presenta una solicitud con el certificado de dos médicos (uno de los cuales debe ser un Psiquiatra, a diferencia de los médicos que dan un certificado en el procedimiento antes mencionado), con esto un paciente debe ser admitido a un hospital estatal hasta por 60 días. Dos cosas distinguen a éste de un internamiento regular judicial. Primero, el paciente no debe ser retenido más allá del período de 60 días con sólo el certificado del director del hospital, sino que debe ser certificado regularmente; segundo, si el paciente o alguien actuando por él objeta su internamiento, el hospital debe darle de alta o empezar un internamiento regular judicial, dentro de los 5 días de la objeción. El objeto es que la detención no dure más de una semana o dos, sin revisión judicial; pues como nos dicen en este estudio: "Pero cualquier procedimiento para una pronta admisión de los pacientes a los hospitales para casos mentales basada sólo en la autoridad médica, de be ser respaldada por una inmediata revisión judicial". (37).

El sexto método de admisión no voluntaria bajo la ley anterior, estaba especialmente diseñado por una clase diferente a cada vez mayor de pacientes: Aquellos que no objetan su internamiento pero que son incapaces o inertes de ir por

su propia voluntad. De acuerdo con la ley los pacientes que no ponen objeción pueden ser admitidos directamente a un hospital estatal con el certificado de un médico (que no necesita ser Psiquiatra). El paciente queda detenido por 60 días, si después no quiere quedarse, se le tiene que dar de alta. Como este procedimiento es el más fácil, pues exige un solo médico, y si el paciente no reclama puede permanecer indefinidamente; su uso aumentó para los pacientes ancianos. Este sistema ha sido muy criticado.

Estos eran los sistemas de admisión que se encontró el comité al hacer el estudio. También se descubrió que el período de permanencia del enfermo en el hospital es mucho más corto actualmente que antes; de 1955 a 1961 el promedio de permanencia para todos los pacientes nuevos admitidos en las instituciones de Nueva York, bajó de 8 meses a 6 meses. No sólo se alivia la enfermedad mental considerada antes como incurable; sino que pacientes con muchas formas de trastornos mentales están a menudo en su casa, dentro de un mes o dos después del brote de la enfermedad mental que los llevó al hospital.

Gracias a estos nuevos tratamientos que acortan el período de internamiento, los hospitales con trabajo se van dando a vasto para atender el creciente número de pacientes mentales; la población total de los hospitales para casos mentales del Estado de Nueva York era alrededor de 85,000 personas. El hospital Pilgrim State que es el más grande, tenía 14,000 pacientes. El internamiento por medio de un procedimiento judicial, para cada uno de estos pacientes es casi imposible. Además de las dificultades administrativas la admisión a la fuerza puede ser un

paso atrás para el tratamiento. Por lo tanto es preferible la admisión voluntaria.

El paciente reconoce que está enfermo y que necesita atención médica, por su propia voluntad pide ser admitido al hospital y es aceptado, esta forma es la forma normal como entra cualquier tipo de enfermo al hospital.

Pero el paciente mental no podía dejar el hospital por 15 días después de la admisión y no, hasta que pasaran 10 días después de que notificara su deseo de salir; el objeto de este período obligatorio, era dar tiempo al hospital para que solicitara el internamiento obligatorio si el paciente debería y podía ser detenido de acuerdo con la sección 74 de la Ley de Higiene Mental.

Según este estudio, las admisiones voluntarias están aumentando y este tipo de admisiones son las mejores, pues la mayor parte de los médicos están de acuerdo que los pacientes voluntarios son los mejores pacientes.

El comité nos dice: "El problema básico envuelve las necesidades de los enfermos de la mente para recibir una terapia, la protección de su libertad personal y los intereses de la comunidad". (38).

Con cierta sorna nos dicen en este estudio que pocos pacientes mentales leen el capítulo de garantías individuales de la Constitución. Y por lo tanto desconocen la fórmula consagrada que dice: "Ninguna persona será privada de la vida, libertad o propiedad sin el debido proceso de ley". (39). "Sin embargo todo el problema de admisión de los enfermos mentales a los hospitales está ligado a la cuestión de privar a un ciudadano de su libertad personal". (40).

Existe indiscutiblemente la necesidad de internar a ciertos enfer-

mos mentales a la fuerza; pues son peligrosos a sí mismos y a los demás. Las dos formas de admisión son pues necesarias y útiles. Y sobre ellas el estudio enuncia los siguientes principios fundamentales:

"Toda persona con una enfermedad mental sería necesita cuidado y en muchos casos debe ir a un hospital, aún cuando no quiera.

Los hospitales mentales no son prisiones, pero si privan por fuerza sobre el cuerpo o la mente a los pacientes, de alguna libertad.

La admisión rápida y no obligatoria a los hospitales mentales es buena para la mayoría de los pacientes y ayuda permitiendo tratamiento efectivo y una alta pronta.

Cuando una persona debe ser enviada a un hospital mental contra su voluntad, no deberá ser tratada como un criminal y ser juzgada y condenada por estar enferma, los procedimientos para su admisión sólo son pasos para su tratamiento.

Cualquier persona hospitalizada contra su voluntad tiene derecho a una cuidadosa protección de sus garantías, porque primero es un ciudadano y segundo un paciente mental". (41).

En vista de estos principios se hizo la revisión general de la Ley y práctica de hospitalización por enfermedad mental en el Estado de Nueva York, motivo de este estudio.

En su origen este estudio resultó de unos tanteos hechos por el comité de ayuda legal de la Asociación de la Barra de la Ciudad de Nueva York al De-

partamento de Higiene Mental, el cual se mostró interesado. Algunas universidades especialmente Cornell estudiaban ya problemas similares, el magistrado Bernard Bostein de la División de Apelación, que es el que vigila, el internamiento judicial en Bellevue, fue un observador interesado.

En el año de 1959 se reunieron jueces, abogados, doctores y administradores para estudiar una propuesta legislativa, para enmendar la Ley de Higiene Mental y de ahí se pasó a formar un grupo que abarcara todo el Estado, representando a la Ley y a la Medicina para hacer una revisión completa del problema. Así se formó el comité que presenta este informe, con fecha 28 de Marzo de 1960. Los miembros incluyen a un magistrado del Tribunal Superior, a un juez de la Corte de Sesiones Generales, al comisionado de Higiene Mental, al decano de una Facultad de Derecho, el jefe de un hospital estatal para casos mentales, un representante del Departamento de Higiene Mental y varios abogados litigantes. El director del personal es un profesor universitario de una Facultad de Derecho.

Con gran sentido práctico se nos dice que cada miembro del comité empezó con el problema de aprender a hablar el lenguaje de los otros. Se trabajó duro, los problemas importantes resultaron más amplios que la simple revisión de la Ley. Y así nos dicen:

"Hay un necesario balance en los procedimientos de hospitalización entre las consideraciones médicas y las legales. Volviendo a los principios mencionados arriba, notamos que algunos de ellos se preocupan especialmente con promover terapia, otros con la protección de las libertades civiles. Esto no sugiere que haya

un dilema o que las demandas de uno sean incompatibles con las necesidades del -- otro. Sino que directamente sugiere sin embargo, que ningún procedimiento de admisión a los hospitales mentales será enteramente satisfactorio, salvo que cumpla con ciertos requisitos mínimos tanto de derechos legales como de sistemas terapéuticos.

Este estudio mira principalmente a determinar esos requisitos. Por una parte este informe sugerirá que el uso cada vez mayor de la admisión voluntaria ha quedado íntimamente ligado con la terapia moderna y deberá ser fomentada. El comité propone la adición inmediata de las admisiones completamente informales como un progreso de los procedimientos voluntarios actuales. Por otra parte el informe reconoce que tanto los pacientes voluntarios como todos los pacientes que son o que -- deben ser admitidos contra su voluntad, deberán tener salvaguardias legales contí--nuas y organizadas de sus derechos. Con este objeto el informe recomienda el establecimiento de una agencia especial dedicada solamente a esta función". (42).

A este comité le preocupa seriamente el problema de definir que -- personas deberán ser hospitalizadas por enfermedad mental. No se atreven a dar una definición porque dicen que no tuvieron tiempo para hacer el estudio experto y detallado que sería necesario. Piden que otros grupos realicen este trabajo para llegar a un resultado positivo.

En el segundo capítulo de este estudio encontramos las recomendaciones o sea las propuestas que el comité considera necesarias para enmendar la ley y las instituciones en todo el Estado; para mejor resolver el problema del internamiento del enfermo mental.

Por una parte el comité encontró: "Que es necesario durante toda --

la estancia, en un hospital mental de un enfermo, de un examen objetivo y periódico del estado de dicho enfermo y de su derecho a ser dado de alta". (43). Para proteger sus derechos individuales. Por otra parte este comité considera que el procedimiento de internamiento, debe cumplir con las formalidades esenciales del procedimiento o sea el juez debe oír al enfermo y éste debe tener asesoramiento y conciencia de sus derechos; además hay que hacer un estudio a fondo, para que el juez pueda decidir con justicia.

La recomendación número 1 propone la creación de una agencia estatal llamada "Servicio de Revisión de Salud Mental", agencia independiente de los hospitales y del Departamento de Higiene Mental y que será responsable a los tribunales que deciden sobre la admisión a los hospitales mentales.

Este servicio tendrá la obligación de estudiar y revisar la admisión y retención de cada paciente no voluntario. Tendrá dos objetivos: (1) Explicar al paciente y a su familia los procedimientos bajo los cuales un paciente entra y es retenido en un hospital, informándolos de los derechos del paciente a ser oído por un juez, tener abogado y una opinión médica independiente. (2) Presentar al tribunal información sobre el caso del paciente para establecer la necesidad de su internamiento o a ser dado de alta. El Servicio también puede recomendar al tribunal que el paciente tenga abogado o sea examinado por otros psiquiatras.

El papel de este Servicio de Revisión será el de tutelar al paciente

te, viendo que estos conozcan sus derechos y proporcionando al tribunal además, todos los datos necesarios sobre el caso, para que el fallo sea justo. Este Servicio de Revisión estará disponible en todos los hospitales públicos o instituciones privadas para enfermos mentales. Estará también listo para ayudar a los pacientes voluntarios.

Este Servicio de Revisión evitará que el paciente se convierta en "Un hombre olvidado".

Como preámbulo a la recomendación 2 se nos dice que es preferible tener un método uniforme de admisión. Actualmente la "Admisión Médica" es vista con muy buenos ojos, por Admisión Médica se entiende un sistema en el que la necesidad de la hospitalización inicial sea decisión de médicos y no de un tribunal; pues se dice que en esta forma se ayuda más pronto al enfermo mental y el tratamiento se inicia inmediatamente, ya que una terapia pronta es una buena terapia. Pero al mismo tiempo recomienda el comité el establecimiento de defensas legales efectivas y continuas de los derechos de todos los pacientes que deben permanecer en hospitales mentales, por más de unos días.

La recomendación 2 establece el método básico de admisión. Mediante una solicitud de admisión hecha por la familia del paciente u otras personas identificadas y los certificados de dos médicos y una vez confirmada la necesidad de hospitalización por el personal médico de la institución, el paciente será admitido por un período de 60 días. Esta solicitud deberá ser hecha a un hospital estatal mental, o a una institución privada autorizada o a un hospital psiquiátrico receptor. Es-

ta admisión inicial estará sujeta al derecho del paciente a ser oído judicialmente inmediatamente después de la admisión, como se estipula en las recomendaciones Nos. 4, 5 y 6.

La recomendación No. 3 se refiere a los pacientes que no objetan su internamiento. En este caso la admisión será autorizada por medio de una solicitud de admisión de la familia del paciente u otras personas identificadas y el certificado del médico mediante la confirmación de la necesidad de hospitalización por el personal de la institución. Esta admisión inicial será por un período de 60 días. Como en el caso anterior, esto se refiere a los hospitales psiquiátricos receptores. Dentro de los 15 días siguientes a la admisión del paciente y como condición para seguirle reteniendo, se hará un certificado de un segundo médico examinador, que puede ser un psiquiatra del personal del hospital estatal o del hospital psiquiátrico receptor; - pero no así de la institución privada. El paciente tiene derecho a ser oído judicialmente prontamente después de su admisión, de acuerdo con las recomendaciones 4, 5 y 6.

Estas propuestas eliminan la certificación judicial anterior a una admisión inicial. Se trata de permitir una iniciación pronta del tratamiento. También se busca "eliminar el miedo y la estigma que han sido siempre y aún lo son, asociados con el internamiento y la certificación". (44).

Esta admisión por decisión médica resuelve problemas médicos, - pero debe quedar restringida con la defensa de los derechos del paciente; así la recomendación No. 4 nos habla de que dentro de los 5 días laborables después de admi-

tir un paciente al hospital éste deberá notificar por escrito al paciente o a sus parientes de su derecho a pedir ser oído judicialmente, sobre la necesidad de internamiento y el derecho que tienen a ser representados por un abogado. El Servicio de Revisión se asegurara de que esta notificación ha sido hecha.

La recomendación No. 5 completa la anterior diciendo: que si el paciente u otra persona interesada pide ser oído o si el Servicio de Revisión lo recomienda se debe iniciar inmediatamente un procedimiento judicial y este derecho se tiene vivo durante los primeros 60 días de hospitalización. El derecho a escoger el tribunal por razón del lugar es muy amplio para las partes interesadas. El Servicio de Revisión debe investigar al paciente para estar listo durante el procedimiento e informar debidamente al juez.

La recomendación No. 6, en esta recomendación se estipula que el Juez como resultado del procedimiento ordenará que se dé de alta al paciente o al revés dará una orden autorizando al hospital para retener al paciente en tratamiento, por un período que no excederá de 6 meses.

Hay casos en que el paciente no es capaz de oponerse a su internamiento, o por su estado mental no puede dar su consentimiento para ser internado; sin embargo si no pide ser oído judicialmente u objetan abiertamente su internamiento, debe de tener salvaguardias adecuadas de su libertad personal. Los tranquilizadores han creado una situación especial en relación con los pacientes que no se oponen a su internamiento, parece que afectan la voluntad del sujeto; entonces el paciente internado y lleno de estos medicamentos puede no oponerse a su internamen-

to, pero no por voluntad propia y sus derechos deben ser protegidos tan plenamente como los del que ha protestado, para eso está el Servicio de Revisión. Así pues la recomendación No. 7 nos dice: Si el paciente o sus familiares dentro de los primeros 60 días de hospitalización no pide ser oído judicialmente y a su vez el Servicio de Revisión tampoco lo recomendó; pero el paciente no está de acuerdo en quedar como paciente voluntario; mediante un certificado del director del hospital diciendo que es necesario retener al paciente para su tratamiento por más tiempo, el juez puede dar una orden autorizando al hospital para retener al paciente por un período que no exceda de 6 meses. En estos casos se le notifica esta solicitud al paciente y a sus familiares por el hospital y el Servicio de Revisión les explica su alcance, a la vez que rinde un informe al juez.

De acuerdo con el propósito del comité que no se abandone al enfermo mental en los hospitales; se elimina la hospitalización sin límite de tiempo y se van fijado nuevos períodos razonables, según sea necesario, así si el paciente necesita más tratamiento después del período original de 6 meses, se recomiendan exámenes periódicos de la necesidad de la hospitalización. Con este criterio la recomendación No. 8 establece:

"La autorización judicial para la retención de un paciente para su cuidado y tratamiento en un hospital, deberá ser renovada periódicamente. Antes de la expiración de cualquier período de retención, el hospital puede solicitar que se le renueve la autoridad para retener al paciente y dicha solicitud se le deberá notificar al paciente de la misma manera como la notificación propuesta en la recomendación -

No. 4" . . . . . "Después de la autorización inicial judicial de 6 meses, una orden -- puede ser hecha autorizando la retención del paciente por un año adicional; después del año adicional se podrá dar una orden de tiempo en tiempo autorizando la reten--- ción del paciente por un período que no excederá de 2 años". (45).

En todo esto, el Servicio de Revisión interviene. Los períodos -- de tiempo son entendidos como máximos y el juez los puede acortar si lo considera -- necesario.

La recomendación No. 9 se refiere a la admisión voluntaria, que -- es, como ya se ha dicho, la mejor. La admisión voluntaria debe ser simple, si el enfermo tiene conciencia de que necesita el tratamiento hospitalario, se presenta por -- su cuenta y firma una forma adecuada con conocimiento de lo que está haciendo. La admisión voluntaria deberá ser fomentada.

Un descubrimiento del personal del comité fue el de que algunos -- pacientes voluntarios no se dan cuenta que pueden pedir ser dados de alta; se sugiere que cada paciente sea informado de sus derechos. Así la recomendación No. 10 -- ordena: "Será obligación de un hospital estatal o de una institución privada autorizada el informar al paciente voluntario por escrito en el momento de su admisión y después antes de la expiración de los 60 días, y antes de la expiración del año y antes de la expiración de cada período de 2 años, de su situación como paciente voluntario". (46). El Servicio de Revisión le explicará al paciente todo lo referente a sus derechos.

En vista de los modernos tratamientos para las enfermedades men-

tales, este estudio, para ayudar a la admisión voluntaria recomienda en la número 11 que si el hospital está de acuerdo puede aceptar al paciente sin ninguna formalidad y éste podrá salir cuando quiera. Los nombres de todos estos pacientes no formales serán reportados al Departamento de Higiene Mental y al Servicio de Revisión de Salud Mental. También será deber del hospital informar al paciente por escrito de su situación de ser un paciente no formal y de su libertad para irse.

Las recomendaciones números 12, 13, 14, 15 y 16 no ameritan atención pues se refieren a materia ajena al tipo de enfermos que me preocupa.

"La mira de toda admisión y procedimiento de revisión es dar de alta al paciente y su regreso a la comunidad como un ciudadano útil y sano". (47).- Así es en efecto. El dar de alta a un paciente, ha sido dejado históricamente a los doctores, dado que los hospitales son insuficientes para el número creciente de pacientes; a los hospitales les interesa salir de éstos, y hay críticas de que a pacientes no curados se les regresa a la comunidad. En vista de esto la recomendación No. 17 nos dice: "Las actuales disposiciones para dar de alta a los pacientes mediante el certificado del Director del hospital estatal o de la persona a cuyo cargo está una institución privada autorizada, serán continuadas". (48).

La recomendación No. 18 se refiere a las altas judiciales o sea a las disposiciones para dar de alta a un paciente mental con la intervención de los tribunales, desde luego deberá intervenir el Servicio de Revisión. "Estas disposiciones incluyen (1) el derecho de un mandamiento de habeas corpus, (2) el derecho a la revisión de la admisión por un juez actuando según el veredicto de un jurado tal

como se estipula en la sección 76 de la Ley de Higiene Mental, y (3) la revisión judicial de la decisión del director de un hospital contra la dada de alta y disposiciones permitiendo la alta por el Comisionado de Higiene Mental en cumplimiento a la sección 87 de la ley de Higiene Mental". (49). El mandamiento de habeas corpus es una especie de amparo en el derecho norteamericano. Lo demás de esta recomendación es bien claro y no necesita mayor explicación.

Las recomendaciones números 19, 20 y 21, se refieren al problema conexo del cuidado y administración de las propiedades y negocios de los pacientes mentales y establecen el nombramiento de una persona idónea para el manejo de estos intereses; tal como el director del hospital o un "protector" especie de tutor.

Otro problema que preocupa a este comité es el de los ancianos y al efecto en la recomendación número 22 se sugiere que se deberán señalar fondos para la construcción y mantenimiento de instituciones que cuiden de aquellos ancianos que están sin un deterioro mental grande. Por lo demás, los pacientes ancianos que sufran de alguna enfermedad mental, quedarán sujetos a las disposiciones generales para este tipo de enfermos.

La recomendación No. 23 se refiere al derecho de votar y no amerita mayor estudio.

Las recomendaciones números 24, 25, 26 y 27 se refieren al aspecto formal, es decir, a la forma de procedimiento en sí, de la admisión del enfermo mental en las instituciones. Así la recomendación 24 nos dice que la solicitud de admisión inicial deberá ser hecha dentro de los 10 días anteriores a la admisión

por las personas autorizadas por la ley; la firma de la persona no necesita ser reconocida o legalizada por Notario Público.

La recomendación No. 25 se refiere a los médicos examinadores, quiénes pueden serlo y que el examen del paciente debe ser dentro de los 10 días antes de la admisión.

La recomendación No. 26 se refiere a la confirmación por parte del hospital, previo examen del paciente de la necesidad de internarlo, esto será hecho por un psiquiatra del personal del hospital.

La recomendación No. 27 es interesante y textualmente nos dice: "Inmediatamente de la llegada de cualquier paciente a un hospital estatal para casos mentales, institución privada autorizada u hospital psiquiátrico receptor, un oficial médico de la institución informará al paciente por escrito, del carácter de la institución y la razón por la que se encuentra ahí y dará al paciente la oportunidad, de telefonar a cualquiera dentro del Estado". (50). Una nueva prueba del interés de este comité por salvaguardar las garantías individuales del paciente e impedir cualquier abuso, que diera motivo al internamiento arbitrario de un ciudadano en un hospital para enfermos mentales.

Con una breve referencia a las admisiones en los casos penales, termina este capítulo II de este interesante estudio. Reconociendo que la admisión de personas acusadas de delitos son muy diferentes de las admisiones ordinarias, les dedica un capítulo distinto, el capítulo VII, a este problema. En seguida estudiaremos este capítulo donde encontraremos las recomendaciones del número 28 a la nú

mero 34.

El capítulo VII, se titula "Admisiones en los Casos Penales". En este capítulo se estudian los diferentes problemas que se pueden plantear, cuando una persona acusada penalmente presenta síntomas de enfermedad mental, así como los procesados que enferman de la mente o los reos que están cumpliendo su condena y que también pueden enfermar.

En tres partes dividen el contenido de este capítulo: Primero estudian el problema de la admisión para observación, sobre la capacidad mental del acusado para comparecer en juicio, por el delito de que se le acusa y con su hospitalización subsecuente si se le encuentra incapaz. También se estudia la posible terminación de esta hospitalización. Segundo, se considerará el problema de mandar a un hospital mental a un acusado que ha sido absuelto del delito por razones de locura y también su posible alta ulteriormente. En tercer lugar se estudia el traslado y el internamiento a un hospital mental de un preso convicto, que se descubre al estar cumpliendo su condena, que está enfermo de la mente y su posible dada de alta.

Las siguientes recomendaciones son hechas por el Comité en relación con estos problemas.

La recomendación número 28 nos dice: "(lugar del examen). La práctica relativa al examen de los acusados sobre su capacidad para comparecer en juicio deberá quedar de acuerdo con las disposiciones de la ley (Código de Procedimientos Penales # 660) de tal manera que el lugar del examen en los casos penales no retarden necesariamente la tendencia hacia los hospitales abiertos". (51). El co

mité había encontrado que la ley confiere autoridad a los directores de los hospitales, para que éstos recomendaran el lugar donde se examinará la mente del acusado, respecto a su capacidad para comparecer en juicio es justa.

La ley exigía que después del examen psiquiátrico se debe rendir "un informe pleno y completo", el comité en su recomendación No. 29 pide que esto se deberá ejecutar estrictamente, para que sea proporcionado al tribunal siempre, un informe comprensivo basado en un examen concienzudo.

En el curso de su estudio, el comité descubrió que había muchas desigualdades y de ahí muchas complicaciones en el internamiento en hospitales mentales de los acusados declarados incapaces para comparecer en juicio. Por lo tanto, en la recomendación No. 30 piden que las disposiciones del Código de Procedimientos Penales relativos al internamiento de acusados declarados incapaces para comparecer en juicio, deberán ser simplificadas y aclaradas para que el tratamiento desigual sea eliminado y para que la clase de hospital donde el acusado sea internado dependa de la necesidad del paciente y de su adecuación para un hospital determinado y no de los accidentes de Geografía o del estado del procedimiento cuando se busca el examen psiquiátrico, como a menudo se hace.

La recomendación No. 31 se refiere a quién va a pagar el cuidado de un acusado declarado incapaz para comparecer en juicio e internado en un hospital civil o en una institución pública. El comité recomienda que el pago del cuidado de tal acusado deberá ser hecho por el Estado.

Respecto al internamiento de los acusados absueltos del delito por

razones de alienación mental el comité encuentra que la ley vigente (Código de Procedimientos Penales Art. 454) es justa tanto para el paciente como para la sociedad, ya que el acusado-paciente tiene derecho a ser oído judicialmente en su petición para ser dado de alta y tiene derecho a pedir un mandamiento de habeas corpus, con lo cual se protegen adecuadamente sus derechos constitucionales. La recomendación No. 32 tiene mayor interés, pues se refiere a reglamentación sobre dos hospitales estatales, el de Matteawan y el de Dannemora, que son hospitales donde se recluyen a este tipo de acusados-pacientes.

Cuando un preso enfermaba de la mente, en cualquier cárcel del estado; con la sola certificación del médico de dicha cárcel, el preso era trasladado al hospital estatal Dannemora, sin que dicho preso tuviera manera de oponerse. Como esto era arbitrario, el comité en su recomendación No. 33 nos dice: "El traslado al hospital estatal de Dannemora de las instituciones estatales penales o correccionales de presos que están certificados como alienados, deberá ser por una orden judicial después de haber notificado al preso y a su pariente más cercano o amigo y de darle una oportunidad para ser oído judicialmente..." (52). Otra vez el comité nos demuestra su interés en que se salvaguarden las garantías individuales del sujeto.

La recomendación No. 34 se refiere a la revisión periódica judicial en los casos de la retención en los hospitales mentales de los presos convictos y acusados detenidos en tales hospitales por una orden de un tribunal. Nuevamente el comité muestra su extraordinario interés para salvaguardar las garantías individuales aún en el caso de delincuentes.

De todo lo dicho sobre estos tres capítulos de Mental Illness and

Due Process podemos deducir:

- 1.- Que en este estudio se reconoce la gran importancia del internamiento del paciente mental, dado el auge de este tipo de enfermedades.
- 2.- Que estando en peligro las garantías de libertad del sujeto, el internamiento del enfermo mental sólo debe ser hecho, mediante un procedimiento judicial, donde se cumpla con las formalidades esenciales del proceso.
- 3.- Que el internamiento ordenado judicialmente, no debe ser por tiempo indefinido sino debe quedar sujeto a revisiones periódicas por la misma autoridad.
- 4.- Para que el juez decida si el paciente debe ser internado o no es necesario que tenga el peritaje médico.
- 5.- La mejor forma de internamiento es cuando el enfermo la acepta voluntariamente.

Otro tratadista muy conocido es don Alfonso Teja Sabre, reconoce este maestro que con un inconsciente no se pueden cumplir las formas esenciales del enjuiciamiento y es tan absurdo absolverlo como sentenciarlo. Hace el siguiente comentario: "La escuela positiva hubiera querido eliminar los dementes del ámbito del Derecho Penal, y en el fondo esta prestación es razonable, mientras no se presente un conflicto de Derecho que reclame la intervención de la autoridad. El estado de inconsciencia puede ser dudoso y contravertido, la reclusión puede ser objetada por quien tenga derecho a ella y la curación o custodia no puede imponerse sino por man

dato judicial". (53). Como es necesario el punto de vista médico, la decisión de los jueces deberá ajustarse a los dictámenes periciales. Nos dice también que el problema de la inconsciencia, que puede ser producida por muy variadas causas, da origen como es natural a situaciones muy diversas de tratamiento individual y de salud pública, señalando los problemas de alcoholismo y de las drogas, como ejemplo de lo dicho.

"La solución formal es de importancia secundaria y en este caso se impone como fundamental el carácter médico de la cuestión. Para redactar los preceptos legales relativos, debe atenderse a la técnica y a la terminología de la ciencia médica; el curso del proceso se decide por los dictámenes de los expertos en psicopatología y tanto el estudio como el tratamiento de los enfermos mentales corresponde a la Psiquiatría. Solamente se justifica la intervención del Derecho Penal en los casos donde el estado de inconsciencia no es completo y existen posibilidades de que la represión tenga influencia de ejemplaridad y cuando se requiere la sanción judicial para legalizar la reclusión por motivos de seguridad pública". (54).

Más adelante, refiriéndose a una reforma jurídica que recomienda la definición de los delincuentes privados de juicio en tal forma que se les tenga por no imputables en el Código Penal, agrega: "En este punto, de acuerdo con la experiencia que tuve al participar en la redacción del Código Penal para el Distrito y Territorios Federales de 1931, tengo la convicción de que el problema sólo corresponde en mínima parte a los juristas, porque son los especialistas en medicina legal y más correctamente en psiquiatría, los que pueden y deben dar las fórmulas y hasta --

los términos exactos que definen científicamente la enajenación mental y sus caracteres de permanente y transitorio". (55).

Queremos hacer resaltar las siguientes ideas de Dn. Alfonso Teja Sabre:

1.- Con un inconsciente no se pueden cumplir las formas - - esenciales del procedimiento.

2.- La detención para curación o custodia sólo puede imponerse por mandato judicial.

3.- La decisión de los jueces a su vez necesita ajustarse a los dictámenes periciales.

4.- En estos casos se impone como fundamental el carácter - médico de la cuestión.

5.- Para redactar los preceptos legales relativos debe atenderse a la técnica y a la terminología de la ciencia médica.

6.- La intervención del Derecho Penal se justifica cuando se requiere la sanción judicial para legalizar la reclusión por motivos de seguridad pública.

7.- Son los psiquiatras los que pueden y deben dar las fórmulas y hasta los términos exactos que definen científicamente la enajenación mental y sus caracteres de permanente y transitorio. Todas estas conclusiones me parecen absolutamente exactas y voy a tenerlas en cuenta en este modesto trabajo.

Oigamos ahora la opinión del connotado psiquiatra Dr. Alfonso Mi

llán:

"En mi calidad de Psiquiatra he defendido siempre la posición de que tanto las enfermedades mentales como los crímenes pueden y deben prevenirse. -

En medicina sigue siendo válido el principio de que vale más prevenir que curar, -- principio que implica no sólo una economía en tiempo y dinero, sino también un imperativo lógico y científico al mismo tiempo que humano. Pues en efecto, al prevenir - enfermedades y crímenes no sólo se ahorra dinero, sino que se evitan daños con frecuencia irreparables en la salud o en la vida de nuestros semejantes.

Si bien es cierto que la profilaxia de crímenes cometidos por enfermos mentales, está íntimamente ligada a la prevención de la criminalidad en general, también es cierto que prevenir las reacciones antisociales de los enfermos mentales conocidos, es ya una forma práctica, concreta y aprovechable mientras que la prevención general implica una serie de medidas indirectas, socio-económicas, educativas, políticas, etc. En otros términos, cuando se conoce que ciertos enfermos mentales - concretos, por su condición patológica, están a punto de delinquir, no tomar las medidas adecuadas es, prácticamente, también un crimen. En el momento en que escribo esta nota atiendo en mi práctica privada a un paciente que sufre delirio de celos, que ha golpeado varias veces a su esposa y que podrá matarla en cualquier momento. Sin embargo, no me es posible proteger a esa familia internando a dicho paciente. En efecto, se necesitaría que su esposa le acuse ante las autoridades penales de las lesiones que le ha producido; pero no se atreve a hacerlo, entre otras razones, porque teme al propio enfermo y teme a la familia de él, quienes la acusarían de "querer des

hacerse de su esposo", etc. Podrá decirse que la esposa de ese paciente es ignorante y pusilánime, pero el legislador entiendo yo, debe tomar en cuenta la realidad sobre la cual actúa y esa realidad reclama, con urgencia que en casos similares (y son muchos) se evite un crimen que el médico está viendo que va a realizarse inminente-mente". (56).

De estos conceptos del Dr. Millán señalaremos:

1.- Los delitos y las enfermedades mentales deben prevenirse.

2.- Ciertos enfermos mentales, por su condición patológica, son seres peligrosos a punto de delinquir.

3.- No tomar medidas preventivas para evitar la comisión de delitos por enfermos mentales peligrosos, es en rigor un delito.

4.- La ley debe dar armas al médico psiquiatra para que éste pueda ayudar a evitar el que delincan los enfermos mentales peligrosos.

El Dr. Angel Centeno Cepeda nos dice:

"No importa que muchas veces el examen haya llegado a la crítica de nuestra legislación que en muchos aspectos es anacrónica y negativa y que en diversos casos, ni siquiera se interpreta como las leyes lo determinan, como lo encontramos en el artículo del Código Penal que se comenta. v. gr. su artículo 1 expresa que dicho ordenamiento sólo se aplica en casos de delitos y los enfermos mentales permanentes no pueden ser imputables ni culpables y por lo mismo, no puede sostenerse el criterio de la responsabilidad social, tal como se establece en otros de los

artículos de dicho ordenamiento: Los enfermos mentales no pueden cometer delitos - porque no tienen libre voluntad". (57).

Reconoce el Dr. Centeno que el enfermo mental no es imputable ni culpable de sus actos, "ya que el sujeto entonces carece de lucidez del censorio para razonar, juzgar y discernir los valores". "Es decir, que el psicótico no puede integralmente y por sí mismo, ser autor activo del delito; en consecuencia, debe obrarse con tacto y con universal criterio cuando se pone en contacto con la ley". (58).

Hace notar también que el enfermo mental o "criminológico", como quisiera llamarlo, "con sólo serlo implica un serio problema desde todos los ángulos que se le observe....."

De todo esto podemos inferir que para el Dr. Centeno:

- 1.- Los enfermos mentales permanentes no pueden ser imputables ni culpables.
- 2.- Los enfermos mentales no pueden cometer delitos porque no tienen libre voluntad.
- 3.- Este tipo de enfermos exige tacto y un criterio universal cuando se ponen en contacto con la ley e implican un serio problema.

El Lic. José Angel Ceniceros, quien fue uno de los que colaboraron en la redacción del Código de 1931, refiriéndose a éste nos dice: "La comisión redactora de dicho ordenamiento, disponía de dos soluciones para redactar la causa de ininputabilidad correspondiente, la primera proporcionada por la escuela clásica - según la cual a los enfermos mentales se les considera no responsables por estar pri

vados de la conciencia de sus actos y la segunda propuesta por la Escuela Positiva que estima a los enfermos mentales responsables socialmente, por el hecho de vivir en el seno de una asociación política, cosa que los obliga a responder de sus actos frente al poder social, aunque no hayan tenido conocimientos de la ilicitud de los mismos. Ambas soluciones presentan un problema de carácter constitucional porque si la Comisión se pronunciaba por el criterio clásico, entonces el loco debería irse a su casa con grave peligro para la sociedad, ya que si no es responsable no se le puede detener; pues conforme al artículo 19 constitucional ninguna detención podrá exceder de 72 horas si no se justifica con un mandato de prisión preventiva, que dentro de la situación que consideramos no podría dictarse por no existir responsabilidad; y en cuanto a la solución proporcionada por los positivistas, adolece del defecto dentro de nuestro sistema legal de que se tiene que seguir un proceso en forma, es decir, tomarle al loco su declaración preparatoria, dictarle acto de formal prisión, etc., para poder resolver el término del mismo que es responsable socialmente, y que constituyendo una amenaza para la sociedad, se le recluye en un manicomio hasta su curación. Por lo expuesto se verá que la comisión se encontraba ante un problema insoluble y optó por la solución menos mala, o sea la que ya había adoptado el legislador de 1929, consistente en apoyar la responsabilidad social en estos casos". (59). Este es pues el criterio de la comisión redactora del actual Código en vigor, - su crítica me la reservo para después.

En el mismo libro, más adelante continúa el Lic. Ceniceros diciéndonos a este respecto lo siguiente:

"La custodia de seguridad a que se refiere este capítulo constituye una de las más esenciales innovaciones del Código. La responsabilidad de los enfermos mentales y sordomudos se ha establecido en relación de su peligrosidad -- elevada desde el punto de vista social, pues como dice Radbruck: "La inimputabilidad significa plenamente inculpabilidad y carencia de pena, pero al propio tiempo -- implica también bajo ciertas circunstancias, la suma peligrosidad para la sociedad -- cuyos intereses han de ser tenidos en cuenta".(60)

"En esta virtud, el Código ordenó que a los sordomudos y enfermos mentales que contravengan los preceptos de una ley penal, se les recluya por un tiempo indeterminado en un establecimiento curativo de salud". (61). Aceptando que esta medida no es una pena, agrega que si se aplica al término de un proceso, esto es debido a que conforme a nuestra constitución (art. 19) nadie puede ser privado de su libertad, sino mediante juicio.

El Lic. Geniceros cita al Lic. Manuel Rivera Vázquez; como esta cita me parece de gran importancia, me voy a permitir transcribirla:

"Que los locos, idiotas, imbéciles, débiles mentales, psicopatólogicos, ebrios habituales, toxicómanos, etc., son individuos temibles; que como tales debe aplicárseles una sanción; que tal sanción sólo puede venir después de que el Ministerio Público la solicite, y que la aplicación de la sanción para cada uno de esos delincuentes debe ser en tal forma que reeduce, adapte y cure y en la cuantía que la defensa social exige; "y que" en acatamiento al art. 21 constitucional, solamente la autoridad judicial es la facultad para aplicar las sanciones y privativamente

al Ministerio Público es a quien corresponde ejercitar la acción penal y consecuentemente, dentro de las normas procesales, el ejercicio de tal acción sancionadora debe tener lugar al formular sus conclusiones, cuidando de que esa sanción sea impuesta, para que responda a la finalidad, tan sólo en cuanto baste a la readaptación o curación del loco o del enfermo". (62). El Ministerio Público es el representante de la sociedad y en todo lo relativo a minoría de edad, incapacidades y desde luego para ejercer la acción penal debe intervenir.

Otra cita que es especialmente interesante; es la que hace el Lic. Geniceros del maestro Cuello Calón:

"Estas instituciones, los manicomios criminales, que son las que cuentan actualmente con mayor número de partidarios, son de establecimientos de tipo mixto, en parte asilo y en parte prisión: De los asilos poseen la organización psiquiátrica y los métodos terapéuticos, y de las prisiones el régimen y las condiciones de seguridad que impiden la fuga de anormales tan peligrosos. Pero no pocos psiquiatras piden que la reclusión en dichos asilos no se limite sólo a los que efectivamente hayan realizado hechos calificados como delitos, sino a todos los alienados y anormales dotados de tendencias peligrosas para los demás, aún cuando no hayan delinquido aún en el sentido legal. Estos anormales deberían permanecer en dichos establecimientos durante un plazo indefinido, mientras aparezcan peligrosos, y la medida de su internamiento como la de su liberación, debería ser dictada por las autoridades judiciales teniendo en cuenta los informes de los médicos psiquiatras". -- (63). Esta postura del maestro Cuello Calón la hago mía y es precisamente el objeto

de esta tesis.

En un artículo publicado en *Criminalia*, manifiesta el Lic. Ceniceros que el Código de 1931 al tratar de la enajenación: "... Abandona el criterio - de juzgar de la responsabilidad o irresponsabilidad del enfermo mental según realice el acto objetivamente delictuoso con o sin discernimiento y razón moral, para colo--carse en otro campo diverso, el de que hay que considerarlo independientemente de - sus condiciones psico-físicas, como responsable socialmente para el efecto de poder hacer intervenir al estado, en función protectora de la sociedad; segregándolos si representan un peligro y mientras dure la posibilidad del mismo si no varía el estado de salud del enajenado". Insiste pues en considerar que el enfermo mental delincuente es responsable socialmente, para justificar el derecho del estado de intervenir segregando a este enfermo.

Afirma con razón que en el Código de 1871, el enfermo mental no era considerado responsable, ya que la enajenación le quitaba la libertad o le impedfa conocer la ilicitud del hecho o comisión, pero que en cambio: "El código actual consecuente con los postulados de la Escuela Positiva estima que la enajenación -- mental deja de ser excluyente de responsabilidad". (64).

Después de referirse a las críticas que con frecuencia los médicos alienistas, como el Dr. Millán y el Dr. Quiróz Cuarón han hecho de la redacción de los artículos pertinentes del Código de 1931, acepta que el texto legal no es claro y que puede ser superado, pero afirma que: "... Sí expresa lo que quiso el legislador establecer de acuerdo con el criterio de la responsabilidad social como regla general, que la enajenación mental no es excluyente de responsabilidad..." (65) Pues

según su criterio, así es como es posible sujetarlos a un tratamiento y mantenerlos -recluídos para tratar de curarlos y defender a la sociedad del peligro que estos seres representan.

En otro párrafo nos dice: "Los enfermos mentales plantean en México serios problemas administrativos y jurídicos aún no resueltos por nuestras leyes; lo que ha motivado que médicos y juristas destacados planteen la necesidad de una -legislación especial". (66). Otra vez un tratadista estudioso y preparado reconoce -la urgente necesidad de resolver los problemas del enajenado mental y así más adelante agrega: "No quiero dejar por lo menos de mencionar las graves cuestiones que plantea el enjuiciamiento de los enfermos mentales que han cometido hechos calificados de delitos, con toda una secuela de procedimientos ficticia desde una formal prisión previa declaración preparatoria hasta llegar a una sentencia que determine el tratamiento a que debe estar sujeto dicho enfermo mental".(67)Cuánta verdad encierra este pequeño párrafo y mientras que aplaude la política de nuestra Legislación sobre menores, de dejarlos al margen de la represión penal, sujetos a una acción tutelar por parte del Estado; se queja de que: "... Queda mucho por hacer, tanto en las leyes civiles como penales o del trabajo y de procedimiento a favor de los enfermos mentales". (68).

De las ideas del Lic. Ceniceros quiero hacer resaltar lo siguiente:

- 1.- El enfermo mental que comete un delito es responsable socialmente de acuerdo con el Código de 1931.
- 2.- En virtud de esta responsabilidad social, el enfermo meri

tal puede ser internado, para su curación y defender a la sociedad del peligro que és te representa.

3.- Reconoce que los enfermos mentales plantean serios problemas administrativos y jurídicos, aún no resueltos en nuestro derecho. Se necesita una legislación especial.

4.- Señala el serio problema que significa enjuiciar al enfermo mental que ha cometido hechos calificados de delitos, pues se sigue una secuela de procedimientos ficticia ya que el acusado carece de razón.

5.- Afirma que queda mucho por hacer en las leyes civiles, - penales, del trabajo o del procedimiento a favor de los enfermos mentales.

En su carácter de perito alienista José Ingenieros, en su obra "Criminología" nos dice: "La defensa social contra la actividad mórbida del alienado es nuestro deber fundamental y la única fuente en que debe inspirar sus resoluciones el perito alienista. La cuestión es clara: ¿N, en libertad, puede cometer hechos antisociales, principalmente contra las personas que viven con él? La respuesta es afirmativa, sin ninguna reticencia. EL ALIENISTA TIENE UNA MISION DE PROFILAXIA PARA CON EL ALIENADO; NO PUEDE ESPERAR QUE EL "PELIGRO" SE CONvierta en "DELITO CONSUMADO" PARA DETERMINAR LA INTERNACION DEL SUJETO PELIGROSO. N, es un alienado; para serlo le bastaría su estado mental - de alcoholista crónico y su "abulia de los bebedores" que le hace inconsciente juguete de sus inclinaciones alcohólicas. Pero además, tenemos las manifestaciones perfectamente delirantes, que se reavivan periódicamente, como si retoñaran al caer so

bre ellas el riesgo fecundante del alcohol. Respecto del carácter peligroso de este enfermo, confirmamos la opinión autorizada del médico de policía, quien lo declara en su informe". (69). Como siempre el perito psiquiatra da la voz de alarma y pide que no se espere a que el peligro se convierta en un delito consumado, hay que internar al sujeto peligroso, antes de que se convierta en el autor de un delito, del que no será responsable.

En esta criminología, su autor nos da numerosos ejemplos tomados de la vida real de la alta peligrosidad de los enfermos mentales; en uno de los casos que narra, un caso entre los 500 semejantes acumulados en el archivo del Servicio de Observación de Alienados Peligrosos, nos dice que este caso: "... Prueba la insuficiencia preventiva de la ley penal, contra los alienados peligrosos; como su carácter de "Irresponsabilidad" no los hace considerar delincuentes, sin que por eso se les declare civilmente incapaces y se les ponga bajo curatela, estos temibles sujetos consiguen recobrar su libertad y suelen usarla para reincidir en sus delitos. El esfuerzo de los alienistas para mantenerlos reclusos suele ser neutralizado por la ley. En el caso siguiente, la justicia llega a dar curso y tramitar durante dos años un proceso inicial por el loco contra los funcionarios y peritos que han intervenido en su secuestro". (70).

Hasta aquí hemos visto las doctas opiniones de tratadistas y médicos psiquiatras, voy a citar a continuación algunas ideas del conocido penalista y litigante Lic. Adolfo Aguilar y de Quevedo. En una conferencia que tituló "Derecho Penal y Alienados", nos refiere que la medida de seguridad para el alienado se pre-

senta en todos los códigos del mundo, y tiene su origen en el Derecho Romano, el magistrado romano, en el caso del enajenado, no podía castigar pero sí debía tomar las oportunas medidas de seguridad "ad securitatem proximorum", por medio de la custodia.

Terminantemente nos dice: "... La doctrina jurídica con todas las escuelas del derecho criminal y la legislación con todas sus modificaciones, coinciden en la exclusión de la pena para el alienado; no existe una sola línea en ninguna teoría jurídica, moral, social o religiosa, que admita el castigo del demente; de manera invariable y constante, se consagra para el incapacitado la aplicación de "medida de seguridad" curativa. Desde la Roma Clásica hasta nuestros días, en el ámbito del pensamiento jurídico priva el espíritu que impulsó a los estatutarios a exclamar "máxima iniquitas" en presencia del orate castigado".

No hay pues problema en la doctrina y aún en la misma ley respecto al enfermo mental; pero desgraciadamente en nuestra realidad de las prácticas judiciales surge un pavoroso problema; pues cuando el abogado defensor alega enfermedad mental en su defendido, se estrella con una barrera inmovible creada por una opinión pública mal informada y azuzada por una prensa amarillista, más interesada en vender sus pasquines que en resolver los problemas sociales, amedrentados los órganos de la justicia, se pliegan a esta situación y cerrando los ojos a la justicia, tratan al enfermo mental como a un delincuente común. Como nos dice el Lic. Aguilar, surge una hostilidad frenética contra la admisión del trastorno mental. Con su acostumbrada elocuencia agrega: "Los órganos de la justicia: Ministerio Público y

Tribunales; los instrumentos integrados de la opinión pública: Periódicos, radio, televisión y hasta teatro; todos los principales factores del poder social, reaccionan violentamente en oposición agresiva negando la realidad de la locura. Reprueban, amenazan y vilipendian al abogado defensor que se atreve a invocarla; alcanzan el extremo grotesco de injuriar y escarnecer al demente y las primeras planas de los diarios, los escritos de los fiscales, las solemnes resoluciones judiciales y hasta las páginas de los peritajes que sólo debían contener la serenidad de la ciencia, se manchan con denuestos e invectivas; estúpido, cínico, asqueroso, inmundo, degenerado, nauseante, criminal teratológico, son los términos más suaves que se utilizan para referirse al procesado demente. Estúpido en efecto, resulta injuriar al alienado, tanto como hacerlo con una fuerza de la naturaleza: El rayo que mata, la piedra que aplasta, la corriente que ahoga, todas tan irreflexivas o inimputables como el orate que "daña".

El resultado de esta pavorosa situación tan certeramente descrita, es que se le sigue un juicio al demente y se le condena, en muchos casos, como si se tratara de un ser normal.

¿Cuál es la razón de este absurdo? Desgraciadamente la administración judicial nuestra tiene graves defectos, que nos son familiares y que dan lugar a que el pueblo desconfíe en la justicia a la que se tiene como incompetente, corrupta y venal y cuando ocurre el delito del enfermo mental, que tiene, como nos dice el Lic. Aguilar: "... Morboso atractivo publicitario, se pretende aprovechar su resonancia para exhibir ante la masa un castigo trascendental, para que olvide la dia

ria sucesión de pequeñas impunidades y, en su ignorancia, crea en la inflexibilidad y grandeza de una función que aniquila al que daña, aunque esté loco. Es el mismo objetivo que el buscado con la degradante "Ley Fuga".

Es grave que el Estado proceda en forma tan injusta y arbitraria - con el enfermo mental; aplicarle una pena es una violación a la ley y es un absurdo - que el Estado proporcione a sus ciudadanos el ejemplo de violar la ley para resolver problemas.

Otra consecuencia de no admitir el trastorno psiquiátrico como causa de los hechos antisociales, es la indiferencia ante el problema que crea el enorme aumento de enfermos mentales peligrosos. "Negar las manifestaciones del mal -- equivale a negar su existencia".

Después nos refiere el Lic. Aguilar que las causas de este aumento en el número de enfermos mentales son muchas y entre otras, está el hecho de - que vivimos en una civilización complicada en que los cambios se suceden con un ritmo vertiginoso dentro de moldes rígidos de las estructuras sociales. "Nunca, como - en este tiempo ha estado saturada de contenido de angustia la tarea de la existencia" ... "Además, el abandono de los valores morales como directores de la conducta, - contribuye también a la desintegración de la personalidad. "Lógicamente las alteraciones de la mente crean un gran problema en nuestra época".

Señala el Lic. Aguilar que en los Estados Unidos se cometen al - año 1,750,000 delitos y más de la mitad de sus autores presentan síntomas neuropsiquiátricos. El 55% de las camas hospitalarias están ocupadas por alienados y uno

de cada 16 norteamericanos padece trastornos mentales y todavía agrega: "Esta situación amenaza agravarse, puesto que de cada doce niños que nacen, uno requiere atención psiquiátrica con internamiento manicomial".

Hace la observación de que en México el número de anormales no ha sido calculado, pero debido a las condiciones miserables en que vegeta nuestro pueblo es de creerse que la proporción sea hasta mayor.

Ante esta dantesca situación: "El Poder Público no ha dotado a los órganos estatales de los medios para cumplir su misión; ni siquiera existe una legislación preventiva; la labor de la administración frente al conflicto de los alienados peligrosos se reduce a procurar negar su enfermedad, exhibiéndolos ante la masa, cargados de sanciones y entre barrotes, para escarnio de la justicia y del género humano".

Hace el comentario de que a la indiferencia del Estado se añade otro factor que agrava el problema y es el de la desatención de los familiares de los enfermos, que no los sujetan a atención médica y menos aceptan la internación en el sanatorio, ya que desgraciadamente existe el prejuicio de considerar la enfermedad mental como algo vergonzoso y así por: "... Desidia o falta de criterio, niegan la existencia del trastorno patológico refugiándose en la versión ilusoria de que sus manifestaciones son simples travesuras, excentricidad, nerviosismo o maldad que no precisan la intervención del psiquiatra".

La torpe publicidad que se le da a los casos en que por razón de la posición económica del enfermo, la cantidad de víctimas y el matiz sexual del que

se saca malsano provecho, debía de ser cambiada y el interés y curiosidad que estos casos despiertan debía ser aprovechado para señalar que estos daños son el resultado de una "grave lacra social"; la desatendida multiplicación de las enfermedades mentales.

Pide el Lic. Aguilar que se alarme a la sociedad, pero no sujetando al demente al proceso penal; sino haciendo ver la cantidad de trastornados que libremente hacen gala de su agresividad; los millares de niños y adolescentes que potencialmente enfermos, evolucionan hacia la peligrosidad sin vigilancia ni restricción. "Si es conveniente excitar la indignación pública, pero alimentándola con el hecho monstruoso de que el alienado jamás hubiera consumado un daño si existiera servicio de previsión y se examinara psiquiátricamente a los adolescentes, a los habituales violadores de reglamentos de policía y a los procesados, para aplicarles terapia oportuna".

Hay, podríamos decir, una complicidad tácita entre las autoridades y el abogado defensor, para que éste no invoque la enfermedad mental como eximente de culpabilidad: "... Aunque los trastornos mentales de los acusados impresionantes para el profano, los jueces, los Agentes del Ministerio Público y hasta los defensores, se abstienen de mencionarlos; ni se aproximan siquiera a una insinuación de la locura, a pesar de que el reo suspendido de las rejas frente a ellos, babea y delira incoherentemente, todos disimulan y tramitan una ficción de procesos con un demente, temerosos de sufrir la repulsa que origina la mención de la evidente causa de inimputabilidad". Entonces todos estos alienados, al pasar por la corte penal, son condena

dos a una pena temporal o son absueltos; pero nunca se les aplica la medida de seguridad que se prolongaría mientras el trastorno persista y aseguraría el internamiento del sujeto hasta que desapareciera su peligrosidad. Al salir el demente, ya sea por absolución o por cumplir su pena, va a cometer nuevos delitos y caer en manos de la justicia y así será una y otra vez. Afirma el Lic. Aguilar que la cifra de sujetos cuya ficha de antecedentes criminales está llena de condenas cumplidas, es elevadísima. La carrera criminal de estos sujetos no es detenida sino que aumenta de gravedad con cada reincidencia; ya que son tratados y castigados como criminales cuando realmente son enfermos. "En cambio, si la administración de justicia hubiera admitido la realidad del trastorno mental de esos sujetos, desde la consumación de su primer acto antisocial y en vez de someterlos a un inútil y perjudicial encarcelamiento, les hubiera aplicado medidas de seguridad, la trayectoria antisocial no habría existido".

De todo esto que nos dice el Lic. Aguilar, podemos hacer resaltar lo siguiente:

1.- El número de los enfermos mentales aumenta cada día más, por los problemas creados por la civilización moderna.

2.- Existe por un prejuicio vicioso, en nuestra realidad, la costumbre de juzgar y absolver o condenar al enfermo mental como si fuera un ser normal.

3.- Como resultado de esta práctica viciosa el problema se ha agravado y el número de reincidentes aumenta.

4.- Es necesario que el Poder Público dote a los órganos es tates de los medios necesarios para cumplir con una campaña de Higiene Mental — adecuada y promulgue una legislación preventiva.

5.- Hay que sacudir a la sociedad para que se dé cuenta de — la gravedad del problema de la enfermedad mental y de la necesidad de prevenirlas.

6.- El enfermo mental que por razón de su enfermedad ha co— metido un delito, debe ser considerado como lo es, un enfermo y debe aplicársele no una pena sino una medida de seguridad para que reciba la atención médica que su ca so amerite.

El Magistrado don Antonio Sabater, Juez de Vagos y Maleantes — de Barcelona, nos dice que hasta el último tercio del Siglo pasado, el Derecho Pe— nal no contaba más que con un arma para combatir a la criminalidad, y ésta era la pe na. La cual resultaba insuficiente, ya que la reincidencia era enorme y agrega: "Las enfermedades mentales, consideradas en la práctica eximentes no sólo de pena, sino de toda durable medida de protección social, a causa de la posición codificadora — nacida de la Revolución Francesa, se habían convertido en seguro argumento para lo— gar la impunidad de todo delito, por carecer normalmente, las aplicables, de estruc— tura jurídico-penal".

Para remediar esta insuficiencia de la pena y para disminuir el pe— ligro del delito, "... surgieron las medidas de seguridad, especie de sanción pre— ventiva cuyo presupuesto lógico es no tanto el delito como la probabilidad de su co— misión". (71).

La primera aparición legislativa de ellas, fue en el proyecto del - Código Federal Suizo de Carlos Stoos, en el año de 1893, el cual nos dice: "Existen particulares grupos de personas, inclinadas a cometer delitos a causa de su estado corporal o espiritual. Se trata, para el político criminalista, de eliminar o de mejorar estos graves estados. La pena por regla general, no es adecuada para ello, -- pues se determina no con arreglo al estado del agente, sino con arreglo al acto por él ejecutado. Son necesarias otras medidas que consigan lo que la pena consigue". -- (72).

Según este autor, para Manzini las medidas de seguridad a las que llama administrativas, son: "... Medios de policía jurisdiccionalmente garantizados, con los que el Estado cumple un fin de tutela preventiva y social, construyendo a determinadas personas, imputables o no, punibles o no, a sufrir una privación o una -- disminución de bienes, personales o patrimoniales, por causa de peligrosidad de las personas mismas o de las cosas relacionadas con su actividad..." (73).

Hay según este autor, dos corrientes de opinión, sobre las medi-- das de seguridad. Una mantenida por Dorado Montero, Saldaña y el P. Montes y -- otra por Cuello Calón y del Rosal.

"Para los primeros, las medidas de seguridad son para los irres-- ponsables por anomalía mental, y a lo más aplicable a los individuos que, por su -- conducta antisocial, constituyen un manifiesto peligro para el orden jurídico, aun-- que dicha conducta no se haya materializado en un hecho tipificado en la ley penal". (74).

Por su parte, Cuello Calón restringe el concepto de medidas de seguridad, como Del Rosal, a las postdelictuales. Para Sabater: "... Las medidas de seguridad, siguiendo las doctrinas de Longhi y Conti, son medios jurídicos que tienden a la prevención de futuros delitos actuando sobre el sujeto peligroso, ya directamente, modificando los elementos psíquicos, morales o sociales de su personalidad (medidas educadoras o correccionales), ya segregándole del cuerpo social (medidas de protección en sentido estricto), y reservando a la pena la función retributiva". - (75).

Según Petrocelli, la nota esencial y característica de la medida - de seguridad es: "... la coacción sobre el titular, la restricción de su esfera jurídica que se justifica por la necesidad de proteger el valor primacial". (76).

Nos dice el autor que: "Los órganos encargados de la imposición - de medidas de seguridad, son diversos según los países. En Francia, es a la autoridad judicial a quien corresponde la aplicación de medidas de tipo preventivo. En Finlandia, es un tribunal administrativo, el tribunal penitenciario, compuesto por el Director de Prisiones o su representante y otros miembros, uno de los cuales ha de tener experiencia judicial y otro ha de ser médico. En Suecia, el internamiento de alcohólicos no delincuentes, está encomendado a organismos comunales de temperancia y asistencia social. En Islandia asume esta función, el Director de la Administración Sanitaria, juntamente con una comisión de tres miembros, designada por la - ley (un jurista, un psiquiatra y una persona calificada). En Dinamarca, las autoridades administrativas pueden acordar el internamiento de vagos y mendigos en casas -

de trabajo". (77).

Hablando de las clases y grados de peligrosidad, se nos dan las siguientes clases de delincuentes en estado peligroso, de acuerdo con Liszt:

- "a) Delincuentes por naturaleza.
- b) Delincuentes de responsabilidad disminuída (enfermos y deficientes mentales).
- c) Delincuentes menores.
- d) Delincuentes vagos, alcohólicos, enajenados.
- e) Delincuentes multirreincidentes.
- f) Delincuentes potenciales (niños abandonados, dementes peligrosos, bebedores habituales)."(78)

Reconoce el autor que: "Actualmente se observa una tendencia a prescindir de discusiones teóricas y a dividir la peligrosidad en dos clases: la predelictiva, o sea a los sujetos que viven en estado peligroso, pero que no han cometido delito, y la postdelictiva, referida a los delincuentes... y, por tanto, el presupuesto de la medida de seguridad ha venido a ser algo que no es el presupuesto de la pena. Este algo se llama, según expresión introducida por Grispigni, Peligrosidad Social, cuya expresión tiene su antecedente inmediato en el concepto usado por Garófalo en el año 1880. "Temibilitá" la perversidad constante y activa que se manifiesta en el delito y en la frase "inadaptabilidad social" de Ferri, empleada en su Sociología Criminal en el año 1911". (79).

Refiere el autor que en la fijación del concepto de peligrosidad, -

existen diversas doctrinas y criterios, así Van Hampel considera casi imposible dar un concepto exacto y sólo dable fijar una idea básica del mismo. Grispiigni define la peligrosidad como "la capacidad de una persona para devenir probablemente autora de un delito". (80). Para Longhi, en cambio, la peligrosidad es "una forma objetiva que aparece en la ley no como una tendencia o probabilidad de daño por parte de la persona, sino como un delito temido". (81). Feuerbach vió en el peligro un elemento subjetivo y una probabilidad. En 1800 lo definió como "la cualidad de una persona que hace presumir fundadamente que violará el derecho". (82). Para Feuerbach la peligrosidad es una presunción restringida estrictamente al delito, ya que el derecho que se presume violable por la persona es la norma penal.

Carrara llega al peligro a través del daño potencial. "Hay un peligro inmediato, probable, por correr, pero que no se ha hecho efectivo todavía. Es el llamado por Carrara peligro "appreso" (y que, según su definición, es aquél que no ha presentado jamás un estado de hecho, que hiciera inminente la violación del derecho). Carrara ilustra el concepto con el siguiente ejemplo: La mala calidad o tendencia de un hombre, su enemistad. La otra clase de peligro "corso" (efectivo corrido) que nace de un estado de hecho que, en un momento dado, hace inminente la violación de derecho. El peligro "appreso" no es susceptible jamás de ser incriminado y sólo cae bajo la acción de las medidas de buen gobierno". (83).

"Para Listz, el estado peligroso, es decir, la peligrosidad como estado individual, que es la única concepción lógica de la misma, tiene un radio muy extenso. La tesis de un estado peligroso no es sólo aplicable a los delincuentes por

naturaleza, sino también a los de responsabilidad disminuida por enfermedad o por deficiencias mentales. En su doctrina se asocia el delito al estado peligroso, pero sin que necesariamente se confundan". (84).

"Para Florian, el peligro es genérico y específico. El peligro genérico está integrado por el estado, por la actitud, por la inclinación de una persona a cometer delitos, con gran probabilidad, casi con certeza". (85).

"Para Loudet, el peligro es un conjunto subjetivo esencialmente. Ha definido al peligroso como aquél sujeto que, por condiciones psíquicas que constituyen o no entidades nosológicas, o simples desequilibrios permanentes o transitorios, por hábitos adquiridos o impuestos en la vida colectiva o por otras causas, simples o combinadas, se encuentra en la posibilidad transitoria o permanente, de tener reacciones antisociales inmediatas". (86).

"Givanovitch define el estado peligroso al que llama "el estado -- psíquico criminal específico", como el conjunto de disposiciones psicológicas que predisponen o inclinan a cometer infracciones, es decir, que lo hacen peligroso para el mantenimiento del orden jurídico". (87).

Señala el autor que la aplicación de la medida de seguridad después de que el órgano jurisdiccional competente ha declarado el estado de peligrosidad, "presupone una restricción o anulación de derechos y valores individuales, lo que Rappaport califica de agresión social contra el individuo y aún a riesgo de que sirva de instrumento de arbitrariedad....." (88). Para evitar esto, se propugna que la ley determine las condiciones y elementos precisos para que se declare la situa--

ción de estado peligroso. Hay dos tendencias respecto al estado peligroso, una es partidaria de amplitud y arbitrio judicial al considerar los estados peligrosos y hasta aceptan la aplicación de medidas de seguridad por analogía; la otra en cambio exige que sea la Ley la que establezca la figura legal del estado peligroso y las medidas de seguridad aplicables a su duración.

"La solución más adecuada es la formulada en el IV Congreso Internacional del Derecho Penal, celebrado en París en el año 1937, según la cual y en virtud del principio de legalidad que proclama, la noción del estado peligroso debe estar formulada en términos amplios y generales a fin de facilitar la adaptación de la jurisprudencia a las necesidades sociales." (89).

Saliéndose de la doctrina, se nos da una definición del estado peligroso en una legislación actual. El Código de Defensa Social de Cuba lo define: "Cierta predisposición morbosa, congénita o adquirida mediante el hábito, que destruyendo o enervando los motivos de inhibición, favorezca la inclinación a delinquir del sujeto". (90).

En los Congresos Internacionales de Derecho Penal, en las legislaciones extranjeras y los tratadistas, han clasificado la peligrosidad con o sin delito, de diversas formas. Citaremos algunas:

"A) Clasificación de la Unión Internacional de Derecho Penal. El Congreso de Copenhague de 1913, recibió un acuerdo de la Unión Internacional de Derecho Penal, definiendo como socialmente peligrosas cuatro categorías de personas".

- a) Los reincidentes.
- b) Los alcohólicos.
- c) Los deficientes de toda clase, y
- d) Los mendigos y vagabundos.

E) Clasificación de Delaquis.

- a) Enfermos mentales que han vulnerado la ley.
- b) Delincuentes de responsabilidad disminuida.
- c) Delincuentes bebedores habituales y criminales habituales.

F) Clasificación de Jiménez de Asúa.

- a) Enfermos mentales agitados.
- b) Menores abandonados y moralmente pervertidos.
- c) Mendigos y vagabundos.

G) Clasificación del proyecto argentino.- En el proyecto argentino de 1928, se indican seis categorías de seres peligrosos:

- 1.- Los alienados.
- 2.- Los ebrios y toxicómanos.
- 3.- Los vagos y mendigos.

En el proyecto de 1929 formáronse ocho categorías, agregándose a las seis enumeradas.

- 7.- Los que practicaren el homosexualismo, y
- 8.- Los que hubiesen sido absueltos por inimputables.

I) Clasificación de la Ley Cubana.- El Código de Defensa Social de Cuba, señala estos doce índices de peligrosidad.

- a) La enajenación mental permanente.
- b) El cretinismo y la imbecilidad.
- c) La embriaguez habitual....." (91).

El autor a continuación hace un pequeño estudio sobre la Ley de Vagos y Maleantes Española de 4 de Agosto de 1933. Al respecto nos dice: "La ley actual, arranca de la consideración de "peligrosidad en el sujeto". Es ley de profilaxis social y presupone en el cuadro patológico de los "sujetos" con aptitudes suficientes de delincuencia, unas "a priori", derivadas de los antecedentes y circunstancias del individuo; otras en consideración del hecho consumado". (92).

Bajo el concepto genérico de vagos y maleantes la ley incluye a los hampones, los golfos y los parásitos; esta ley fue adicionada por la Ley 79-1961 lo que según el autor supuso una notable evolución y avance en la Legislación Penal Española, adoptándose doctrinas penales modernas, "asignando a las medidas de seguridad contenidas en su articulado en doble finalidad: De defensa social mediante la prevención de futuros delitos y de adaptación, tutela y reforma del sujeto, para extirpar sus insoldables raíces de peligrosidad". (93).

Refiriéndose a la declaración de peligrosidad, el Magistrado Sabater nos explica que un punto básico de la Ley de Vagos es la consideración de estado peligroso del sujeto. "En efecto, no basta con estar comprendido en alguna de las categorías indiciarias de peligroso que la Ley o Reglamento enumeran, es preciso, además en virtud del principio de legalidad declaración judicial previa de peligrosidad". (94).

La justa aplicación de esta Ley exige una colaboración estrecha - entre lo judicial, lo gubernativo, lo policial y lo penitenciario, esto por una parte; - por otra que el diagnóstico sobre el estado peligroso se debe basar no sólo sobre datos e informes de las autoridades, agentes y funcionarios, "... sino en una cumplida y lógica demostración de los hechos y actividades del presunto asegurado; en su examen directo y en el estudio de sus antecedentes, psicológicos, antropológicos y sociales". (95).

Reconoce el autor, que el juez necesita el auxilio de especialistas que le den informes sobre la personalidad biológica, psíquica y social del delincuente que lo orienten y ayuden para hallar la solución individualizada adecuada al sujeto en cuestión. "Esta colaboración extrajudicial, que se solicita también para - la determinación de la pena, posee mayor importancia cuando se trata de la aplicación de medidas de seguridad, en las que la estimación del sujeto prepondera sobre la apreciación de hechos, por lo que en estos casos es de gran utilidad el examen - del mismo realizado por especialistas, antes del juicio y después de éste, durante - la ejecución de la medida, lo que permite un conocimiento más profundo de su personalidad y facilita un tratamiento adecuado a ella". (96). Como se hace ya en ciertos países, el estudio biológico-psicológico y social del delincuente tiene un gran valor no sólo cuando se aplican medidas de seguridad, sino también en los casos de imposición de penas.

Estudia también este Magistrado español el aspecto de las garantías individuales y la Ley en cuestión, y desde luego dice que la arbitrariedad es te

rreno prohibido; pero no tanto que no sea posible prescribir determinadas conductas. "Porque: A) No se trata de imposición de penas sino de medidas de seguridad que -- persiguen con su aplicación la rehabilitación y adaptación del individuo a la Socie-- dad. B) La Ley de Vagos se encuentra encuadrada, como patentiza el inciso G) del artículo 1o. del Reglamento para su aplicación; en el sistema de amplio arbitrio ju-- dicial, y por tanto, su libertad de apreciación es muy extensa. La cuestión que se - ventila, escribía Dorado Montero, carece de importancia; los jueces no dictarán sen-- tencias definitivas, sino providencias provisionales. Y C) El principio "in dubio pro societate", como consecuencia del derecho de defensa que incumbe a toda sociedad contra cualquier conducta agresiva, antisocial y esterilmente ociosa". (97).

Es interesante la siguiente observación que nos hace el autor: "El Código Penal del Brasil estima como circunstancias especiales de peligro: el haber sido anteriormente condenado por un crimen cometido como afiliado a una asociación, banda o cuadrilla de malhechores. El desarrollo mental incompleto o retardado, que hace incapaz al autor del delito para entender el carácter criminoso del hecho o deter-- minarse de acuerdo con ese conocimiento. Y la tentativa imposible". (98).

Las características de la Ley de Vagos son: A) Legalidad porque sólo pueden ser declarados en estado peligroso, los sujetos en quienes concurren -- las determinantes o índice que la Ley establece al tipificar. Igualmente la Ley seña-- la las medidas de seguridad aplicables. B) Sustantividad, aunque no se dice expre-- samente en ésta "... sus medidas y procedimiento regulador, distintos e independien-- tes de las penas y procedimientos criminales establecidos en las demás leyes pena--

les, le dan una existencia propia". (99). C) Jurisdiccionalidad. La ley es respetuosa de las garantías individuales, por lo tanto la imposición de una medida de seguridad tendrá que ser hecha por un órgano judicial; así lo dice el artículo 3o. de la Ley que dice que "las medidas de seguridad sólo podrán ser aplicadas por los tribunales". D) Indeterminación, discrecionalidad y revocación.

Respecto a esto agrega: "Siendo la función primordial de las medidas de seguridad combatir la posibilidad de la existencia de delitos mediante el idóneo tratamiento del peligroso, es evidente que, en tanto subsista la probabilidad de que el sujeto devenga delincuente, la duración de aquél debe ser mantenida". (100).

Se interesa el autor por el problema de las medidas de seguridad - en relación con la peligrosidad con delito y la peligrosidad sin delito o sea el estado peligroso "ante delicto" predelincente, y el estado peligroso coetáneo o posterior a la comisión de una infracción penal.

Algunos penalistas consideran que hay que distinguir entre las providencias aplicables a la peligrosidad sin delito, de las medidas de seguridad aplicables a la peligrosidad con delito. Así Cuello Calón distingue las "medidas preventivas" aplicables a sujetos peligrosos no delincentes de las medidas de seguridad.

Frente al estado peligroso derivado del delito, está la peligrosidad sin delito, en estos casos el Estado tiene derecho de intervenir, pues estas conductas antisociales son una amenaza o un riesgo para la seguridad pública. "Existen -- ciertos sujetos "defectuosos" afirma Prins, que pueden llegar a constituir un verdadero peligro para los demás y para ellos mismos, cuando su insuficiencia se encuen

tra unida a la insuficiencia del medio social y..." (101). Al Estado se le plantea - la disyuntiva de suprimir a los degenerados o conservarlos pero entonces protegerlos, en interés de todos. "La pena de muerte aplicada a los anormales, o el cuidado de los anormales, no hay otra solución". Como somos seres civilizados rechazamos la eliminación definitiva y no queda pues otro camino que el de la preservación y cuidado de estos seres.

Para Soler, la peligrosidad predelictual, está circunscrita al campo de la previsión, y sólo se refiere a actos reveladores de peligro, puesto que se trata de predecir delincuentes futuros.

"Lo mismo que se habla de una constitución criminal, afirma Di Tullio, puede aceptarse la existencia de una constitución peligrosa, en cuanto índice - explicativo causal de una conducta contraria a la normal convivencia colectiva. Basta con que se manifieste por fuertes episodios antisociales, o por hábitos traducidos en la persistencia de un comportamiento cuyo peligro social sea evidente en sí mismo o indicio de un riesgo de actividades criminales. La peligrosidad procede de factores orgánicos y ambientales". (102).

Por su parte: "Jiménez de Asúa, estima que la noción de estado - peligroso no debe circunscribirse a los que han violado la ley penal, sino a los individuos inclinados al delito, cuando por su mala conducta y sus antecedentes se puede inferir que van a violar la ley o perturbar la paz social". (103).

También a su vez: "Altavilla, considera a la peligrosidad sin delito, a la que denomina social, como la revelación exclusiva de un estado de inmoralidad

dad o de antisocialidad, que expresan un riesgo de delito futuro, que debe tomar en cuenta la defensa social". (104).

Nos dice el autor que la imposición de medida de seguridad predelictuales es atacada por muchos autores, porque con ello se viola la moral y el derecho, siendo un atentado contra las garantías individuales y las libertades cívicas. - Esto lo sostiene Gri spigni, Rocco y Carnevale.

El autor considera que estos argumentos carecen de razón, porque aceptando que el valor del hombre se coloca en el centro de todo orden social y su consideración es absolutamente primaria e imprescindible en el derecho penal, "... no lo es menos que aquellos valores más universales y más altos que solamente pueden ser realizados por la sociedad, legitiman el derecho de defensa del Estado, que al propio tiempo se encamina a la reforma y adaptación del asegurado". (105).

El autor cita al tratadista Olesa como apoyo a lo arriba mencionado, aunque la cita es un poco extensa, me parece tan importante que me voy a permitir transcribirla: "La imposición de medidas predelictuales, contrariamente a la opinión de un importante sector científico, no supone una violación de los derechos del individuo, antes por el contrario, es una tutela no sólo de la sociedad, sino de ésta frente a la reacción social, necesaria pero casi biológica, que aplica al sujeto peligroso no delincuente, medios coercitivos que gozan como máximo de la garantía administrativa del Estado, o de sus comunidades inferiores.

Para la garantía y respeto de la libertad individual en el tratamiento de la peligrosidad sin delito, es preciso, siguiendo los postulados del principio -

de la legalidad, la formulación general y precisa del estado peligroso; determinación de las normas procesales a seguir, y de las medidas aplicables; establecimiento de pruebas y recursos del presunto asegurado; existencia de peritos especializados; creación de establecimientos adecuados; revisión periódica de las providencias que se impongan, su sustitución, revocación o cesación, según prudente arbitrio judicial; intervención judicial en la ejecución de las medidas y, por último, funcionamiento de patronatos para la asistencia o inserción social de los peligrosos al ser canceladas aquéllas". (106). Mejor no se puede decir.

En la imposición de las medidas de seguridad pre y postdelictuales, la Ley Española establece una importante diferencia según se trate de reincidentes, reiterantes y delincuentes peligrosos condenados por sentencia judicial, se les interna preceptivamente por un tiempo mínimo de un año (máximo 5 años), en un establecimiento de custodia; en cambio "... en todos los demás casos de estados peligrosos predelictuales, a elección del tribunal podrá internárseles en establecimientos de trabajo o custodia, en cuyo primer internamiento existe libre arbitrio en cuanto al tiempo mínimo, siendo el máximo de tres años". (107).

Nos señala el Magistrado Sabater, que en las legislaciones modernas se admiten, entre otros (él señala 25), los siguientes índices de peligrosidad: Delincuentes enfermos mentales, delincuentes moralmente débiles, psicópatas sexuales, semi-enfermos mentales, sujetos con grave anomalía psíquica, cretinos, imbeciles y peligrosos para la salud pública. Y agrega que: "Ruíz Funés refunde estos índices de peligro en la siguiente forma:

a) Estados peligrosos con delitos: 1) Peligrosos para la salud pública; 2) Jugadores de juegos prohibidos; 3) Tratantes de blancas; 4) Multirreincidentes; 5) Habituales; 6) Incorregibles.

b) Estados peligrosos con o sin delito: enfermos mentales peligrosos, delincuentes o no". (108).

Como ya nos había dicho, ni la Ley de Vagos y Maleantes, ni su reglamento dan una definición de la peligrosidad, en cambio, un proyecto de ley anterior a esta vigente, la definía como "la vehemente presunción de que determinada — persona quebrantará la Ley Penal".

Pide el autor además de que se haga una interpretación analógica de esta ley, pues se trata de "un derecho protector, tutelar y de defensa social, rebelde a fórmulas jurídicas, encuadrada en el sistema de amplio arbitrio analógico judicial, que otorga una extensa libertad de apreciación, para conseguir los fines que se propuso". (109).

Quiero señalar de todo lo citado de este autor, lo siguiente:

1.- Al lado de la pena tenemos la medida de seguridad como arma en especial para la prevención de la delincuencia.

2.- Existe el estado peligroso con o sin delito. Ya que la peligrosidad se puede dividir en dos clases: la predelictiva y la postdelictiva.

3.- En la clasificación de los sujetos peligrosos, encontramos como tales a los enfermos mentales.

4.- Debe haber una ley para la prevención de delitos, que ten

drá una doble finalidad: a) La defensa social mediante la prevención de futuros delitos; b) Readaptación, reforma y tutela del sujeto peligroso.

5.- La declaración de peligrosidad sólo debe ser hecha por juez competente, que cuente con el auxilio de especialistas.

6.- Aún en el caso del sujeto peligroso que no ha cometido aún un delito, la aplicación de una medida de seguridad, no es violatoria de sus garantías individuales si se ha cumplido con el procedimiento adecuado. Pues la sociedad tiene derecho a defenderse y a tutelar a estos seres peligrosos.

Es interesante observar los cambios que se están realizando dentro del campo médico en lo referente al enfermo mental. Hace años que el médico está obligado a denunciar los casos de enfermedades transmisibles, que lleguen a su conocimiento, tal como lo exige el artículo 74 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, que a la letra dice en el párrafo primero: "Toda persona que ejerza la medicina o actividades conexas, está obligada a dar aviso a las autoridades sanitarias señaladas en el artículo 76, de los casos de enfermedades a que se refiere el artículo 73, dentro de las veinticuatro horas siguientes al diagnóstico cierto o probable".

Pues bien, según el criterio actual del Departamento de Medicina Preventiva del I.S.S.S.T.E., no sólo las enfermedades transmisibles deberán ser denunciadas; sino también los trastornos mentales. Y así leemos en el programa de trabajo de la Oficina de Higiene Mental lo siguiente:

**"ORGANIZACION.**

## "ORGANIZACION.

Plan de Operaciones:

- a) Educación higiénica en higiene mental.
- b) Investigación epidemiológica a través de la reglamentación de la notificación y control de casos de alteración de la personalidad y de trastornos mentales.
- c) Organización y establecimiento de medidas preventivas.

-----

## METODO Y PROCEDIMIENTOS.

A) De educación higiénica.

- 1.- ...
- 2.- ...
- 3.- ...

B) De investigación epidemiológica.

Se realizarán actividades tendientes a descubrir oportunamente los trastornos en la personalidad y los padecimientos mentales que pueden afectar a la integridad del individuo, de la familia o que constituya un riesgo para la sociedad, se hará la investigación epidemiológica y se propondrán las medidas preventivas correspondientes. Para tal objeto se establecen los siguientes procedimientos.

- 1.- Promover la notificación de casos por las clínicas del --

I.S.S.T.E. al Departamento de Medicina Preventiva.

2.- Serán los médicos epidemiólogos de zona los encargados de orientar al personal médico de consulta en las unidades aplicativas sobre la forma en que debe hacerse la notificación de los casos a este Departamento. Esta se hará por los conductos siguientes: Del médico de consulta externa al Director de la Clínica y de este Departamento de Medicina Preventiva. Una vez conocido el caso por la Oficina de Higiene Mental, ésta deberá proceder a través de las relaciones que estime necesarias con otras dependencias de la Subdirección a rectificar o ratificar el diagnóstico".

Como vemos, como parte integrante del plan de lucha de la Oficina de Higiene Mental se establece la notificación y control de los trastornos mentales de los causa-habientes de este Servicio Social.

Para ayudar al médico general en su diagnóstico presuntivo, sobre un probable trastorno mental la Oficina de Higiene Mental del Departamento de Medicina Preventiva del I.S.S.S.T.E. ha publicado una guía de la cual copiamos lo siguiente:

#### OFICINA DE HIGIENE MENTAL

#### GUIA PARA DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE ENFERMEDADES MENTALES

Con el fin de realizar lo mencionado arriba, la Oficina de Higiene

Mental ha publicado una guía para facilitar el diagnóstico presuntivo de enfermedades mentales, diagnóstico que deberán formular los médicos generales en las clínicas del I.S.S.S.T.E. con este objeto el médico tendrá que llenar una forma. En la guía se dan también nociones sobre diagnósticos, para guiar y ayudar al médico general a realizar con mayor circunspección y capacidad la observación del paciente y para colocarlo en aptitud de sospechar o colegir en éste, posibles padecimientos de orden psiquiátrico, que lo llevan a la situación diagnóstica deseable".

El propósito de la Oficina de Higiene Mental del I.S.S.S.T.E. - de obligar a sus médicos generales a notificar los presuntos enfermos mentales, es desde luego, descubrir lo más pronto posible el padecimiento mental, que como cualquier otra enfermedad es más fácil curar, cuanto más pronto se le descubre. Así como el médico está obligado a notificar a Salubridad los casos de enfermedades infecciosas, así ahora se inicia la notificación de la enfermedad mental; pues las dos son enfermedades y son enfermedades que producen graves daños a la sociedad. Una vez reafirmado por médicos especialistas el diagnóstico de enfermedad mental, surge lógicamente la necesidad de sujetar a este enfermo mental a un tratamiento para su curación o cuando menos mejoramiento; aquí va a surgir el problema de qué hacer cuando ciertos enfermos mentales peligrosos se niegan a ser internados para su curación, si ésta es posible o cuando menos para quedar sujetos a control médico y evitar el posible cometimiento de delitos por estos enfermos. Como vemos, el criterio médico actual reconoce la necesidad de tomar medidas enérgicas para controlar el auge de la enfermedad mental, al darle cierta similitud con la enfermedad contagiosa o transmi

ble nos están indicando la necesidad de dotar al psiquiatra de armas para defender a la sociedad y al propio enfermo mental. En los casos de enfermedades transmisibles la Constitución y los Códigos Sanitarios reconocen la necesidad de limitar la garantía de libertad que goza todo habitante de nuestra República. ¿Por qué en estos casos se admite la limitación de las garantías de libertad? Dentro de la teoría del amparo, se reconoce que todas las garantías de libertad, necesarias, respetables, son por su propia naturaleza limitadas no ilimitables, porque el individuo vive en sociedad e inevitablemente su libertad de actuar está limitada por las libertades de actuar de los demás individuos; no se puede actuar libremente cuando se ataca la moral, -- las disposiciones de orden público y los derechos de los demás; un enfermo con una enfermedad transmisible, por ejemplo: viruela negra, fiebre amarilla, cólera, etc., -- representan un gravísimo peligro, pues es bien sabido el terrible flagelo que para la humanidad eran estas epidemias hasta hace pocos años. En estos casos de epidemias o de simple aparición de este tipo de enfermedades, las garantías de libertad del sujeto quedan limitadas a la necesidad imperativa de defender a los demás miembros de la sociedad, entonces estos enfermos con su voluntad o contra su voluntad -- son aislados e internados en lazaretos. Nadie se atreverá a sostener que se están -- violando las garantías individuales con este procedimiento. Es ahora necesario con todo valor reconocer que el enfermo mental peligroso es en cierta forma, un tipo de -- enfermo similar al enfermo de enfermedad transmisible, pues el enfermo mental peligroso amenaza seriamente a la sociedad, y las autoridades tienen derecho a limitar -- su libertad para defensa de la misma, sin que esta limitación se deba tomar como una

violación de las garantías individuales del sujeto. Es cierto que el Art. 14 constitucional dice claramente que nadie podrá ser privado de la vida, de su libertad, de sus propiedades y derechos, sino mediante un procedimiento donde se cumpla con las formalidades esenciales de éste y de acuerdo con leyes expedidas con anterioridad al hecho. De aquí, que en el problema del enfermo mental lo único necesario será establecer un procedimiento por medio del cual el enfermo mental sea oído y en esta forma, sus derechos no serán vulnerados. Se viola la Constitución con el internamiento sin ningún procedimiento previo o al menos simultáneo, a la detención del enfermo mental y esto se hace todos los días. Urge pues una serie de medidas legislativas para establecer un control estatal de estos enfermos por medio de un procedimiento judicial, donde se cumplan con las formalidades esenciales del proceso y la creación o aprovechamiento de los organismos necesarios para resolver la serie de problemas que crea la enfermedad mental.

Es opinión generalizada de numerosos psiquiatras como ya vimos, de que es indispensable sujetar a control médico al enfermo mental, peligroso, y un absurdo legal y social, el que haya que esperar a que estos pobres seres cometan delitos para que las autoridades actúen. Estos delitos cometidos por individuos que son enfermos mentales y que cometen el delito debido a su enfermedad; son delitos que se pueden prevenir, la prevención consistirá en el internamiento del enfermo mental peligroso para que éste quede sujeto a control médico. Son muchas las voces de los psiquiatras nacionales y extranjeros que claman, considerando que es un crimen el no prevenir la comisión de delitos por los enfermos mentales peligrosos, y tienen

razón, ya que por una interpretación tonta y errónea de la garantía de libertad consagrada por el Art. 14 constitucional, las autoridades se cruzan de brazos y dicen que nada puede hacerse. Mucho es lo que puede hacerse y aún sin tener que modificar la Constitución. No sería malo reformar algún artículo constitucional y poner una disposición similar a las que existen en muchas constituciones extranjeras. Pero esto no es absolutamente necesario, es posible con una serie de reformas y adiciones a varias de las leyes secundarias, crear el procedimiento y los organismos necesarios para resolver el problema del enfermo mental peligroso.

Podemos concluir de todo lo que nos han dicho estos tratadistas, expertos y peritos, en que están de acuerdo, en términos generales, con lo siguiente:

I.- El enfermo mental implica un grave problema para la sociedad donde vive. Hay que tomar medidas legislativas para empezar a resolver este problema.

II.- Cierta tipo de enfermo mental, puede ser peligroso y caer dentro de lo que los penalistas llaman estado peligroso sin delito.

III.- Está justificado, que en beneficio del propio enfermo y de la sociedad, se tomen medidas precautorias para impedir que los sujetos peligrosos cometan delitos.

IV.- Las medidas de seguridad que se tomen contra los sujetos peligrosos deberán ser fijadas por un juez competente y sólo por él.

V.- El juez competente aplicará las medidas de seguridad con

tra el sujeto peligroso, por medio de un procedimiento que evite que se violen las —  
garantías individuales establecidas en la Constitución.

## CAPITULO III

### LA LEGISLACION MEXICANA Y EL PROBLEMA DEL ENFERMO MENTAL

1.- Código Civil de 1884. 2.- Código de Procedimientos Civiles de 1884. 3.- Código Civil de 1932. 4.- Código de Procedimientos Civiles de 1931. 5.- Código Penal de 1871. 6.- Código Penal de 1929. 7.- Código Penal de 1931. 8.- Código de Procedimientos Penales de 1931. 9.- Código Federal de Procedimientos Penales de 1934.

La Legislación Mexicana ha seguido, como es natural, las corrientes doctrinarias, que estaban de moda en la época en que fueron promulgados cada uno de los Códigos arriba mencionados. Sobre todo en el Ramo Penal.

El Código Civil de 1884 nos dice en su artículo 404, que tienen incapacidad natural y legal los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad, aún cuando tengan intervalos lúcidos. Este estado de incapacidad demandaba el nombramiento de un tutor.

El Código de Procedimientos Civiles en el Distrito Federal y Territorios de 1884 nos ofrece un procedimiento más claro y definido que el actual del Código de Procedimientos vigente. En el de 1884 el Juez debía oír al presunto demente, pues así lo establece el artículo 1393, el artículo 1394 exige que el reconocimiento del incapaz se haga en presencia del juez y que el juez dirigirá al demente y a los médicos cuantas preguntas estime convenientes, haciéndolas constar literalmente, así como las respuestas, en una acta; más adelante en el artículo 1398 se reconoce, la necesidad de que el juez intervenga durante todo el tiempo que dure la interdicción, pues en él se autoriza a repetir el reconocimiento del demente hasta de oficio, cuando lo crea conveniente el juez. Este Código exige también la intervención del Ministerio Público, que en todo caso será oído, como lo establece el artículo 1390 en su fracción IV.

Como vemos este Código de 1884 garantiza en forma plena, la defensa de las garantías individuales del sujeto; pues el presunto demente tiene derecho a ser oído, directamente por el juez, en esta forma se cumplen las formalidades esenciales del procedimiento, como lo exige el artículo 14 constitucional.

También se establece que la interdicción del demente puede pedirse por el Ministerio Público, como lo estipula la ya mencionada fracción IV del artículo 1390.

El artículo 1391 obliga al juez que dicte auto dentro de las 72 horas de la presentación de la solicitud de interdicción, para que el presunto incapacitado sea reconocido por dos o más médicos. Una vez más vemos la preocupación —

de los redactores de este Código, de no infringir las garantías individuales del presunto enfermo.

El nuevo Código Civil de 1931 en su artículo 450, repite casi textualmente el artículo 404 ya citado del Código de 1884. En lo que a nosotros interesa la fracción II del Artículo 450 nos dice: Tienen incapacidad natural y legal: - Frac. II. - "Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad, aún cuando tengan intervalos lúcidos". En todo esto, este Código no hace otra cosa que repetir al de 1884.

Donde encontramos mayores cambios es en el Código de Procedimientos Civiles de 1931. En el Título Décimo Quinto y en sus Capítulos I y II, Artículos 895, 901, 902, 904 y 905. Se establece un procedimiento para el juicio de interdicción que exige que se oiga al Ministerio Público en todo lo referente a la persona o bienes de menores o incapacitados (Art. 895 Frac. II). Y que la declaración del estado de demencia puede pedirse también por el Ministerio Público (Art. - 902 Frac. V). En esto se sigue al Código de Procedimientos de 1884. Pero desgraciadamente en los artículos 904 y 905 ya no se establece la necesidad de que el juez oiga al demente y le interroge así como también que el reconocimiento del incapaz se haga en presencia del juez. Esto ha dado por resultado una práctica viciosa, pues los juicios de interdicción se llevan a cabo en ausencia del presunto demente, al que el juez no trata, ni conoce. Esto ha dado motivo a amparos y la Suprema Corte ha declarado que esta forma de proceder es violatoria de las garantías individuales del presunto enfermo, solución por lo demás correcta y justa, ya que es ab

solamente necesario que el juez, para declarar el estado de interdicción, conozca y trate al presunto enfermo. Otro error de la Ley actual es haber suprimido el artículo 1398 del Código de 1884, el cual como ya vimos le permitía al juez repetir el reconocimiento del demente, durante el tiempo que duraba la interdicción, hasta de oficio, cuando lo creyera conveniente. Pues en estos casos la labor del juez no debe terminar con la sentencia que declare el estado de interdicción; sino que el juez debe tutelar al enfermo, hasta que el estado de interdicción cese. Como es natural, el Código de Martínez Castro, como es conocido el Código Penal de 1871, siguió fielmente los principios de la Escuela Clásica y lógicamente se declaró que el enfermo mental que cometiera un delito, no era responsable. Sin embargo no se llegó a esta conclusión en forma ligera, pues en la página 16, en la exposición de motivos, leemos: "Circunstancias que excluyen la Responsabilidad Criminal. La materia de este capítulo ha dado lugar a serias y detenidas discusiones en la Comisión, por haberse tenido que decidir cuestiones de grave importancia y de suma dificultad.

La primera que se resolvió para formar el artículo 34, dió mucho que pensar porque se trataba nada menos que de fijar reglas para determinar con precisión los casos en que no resulta ni debe resultar responsabilidad criminal de un delito por hallarse privado de la razón el que lo cometió; y para esto hubo necesidad de ocuparse de todas las afecciones mentales que perturban la razón.

Las ideas de la Comisión en este punto, están consignadas en las fracciones primera y segunda del citado artículo 34 y aunque no se lisonjea de haber evitado todos los inconvenientes se tranquiliza con haber obrado de acuerdo con los

muy ilustrados médicos Don Luis Hidalgo y Carpio, Don José Barragán y Don José - Barceló Villagrán, con quienes ha discutido todas las cuestiones médico-legales que ha habido que tratar como auxiliares nombrados por el Supremo Gobierno". Don Luis - Hidalgo y Carpio es llamado el Padre de la Medicina Legal Mexicana.

Basados en las opiniones de esos connotados médicos, los redac- tores del Código del 71 redactaron el artículo 34.- "Las circunstancias que exclu- yen la responsabilidad criminal por la infracción de Leyes Penales son:

1a.- Violar una Ley Penal hallándose el acusado en estado - de enajenación mental que le quite la libertad o le impida enteramente conocer la ili - citud del hecho u omisión de que se le acusa.

Con los enajenados se procederá en los términos que expresa el artículo 165.

2a.- Haber duda fundada a juicio de los Facultativos, de si tiene expeditas sus facultades mentales el acusado que, padeciendo locura intermi- tente viola alguna Ley Penal durante una intermitencia.

4a.- La decrepitud, cuando por ella se ha perdido completa- mente la razón".

Este artículo se complementa con el artículo 165 que a la letra di- ce: "Los locos o decrepitos que se hallen en el caso de las fracciones primera y cuar- ta del artículo 34, serán entregados a las personas que los tengan a su cargo, si -- con fiador abonado o con bienes raíces caucionaren suficientemente a juicio de juez, el pago de la cantidad que este señale como multa antes de otorgarse la obligación,-

para el caso de que los acusados vuelvan a causar algún otro daño, por no tomar todas las precauciones necesarias. Cuando no se dé esta garantía, o el juez estime — que ni aún con ella queda asegurado el interés de la sociedad mandará que los acusados sean puestos en el hospital respectivo, recomendando mucho una vigilante custodia".

En el sistema del Código del 71, el enfermo mental que cometiera un delito era considerado irresponsable; pero esto no quiere decir que se le mandara a la calle, sino que era entregado a las personas adecuadas o era mandado al hospital, donde quedaba bajo una vigilante custodia. Con la ironía que le es característica, el Lic. Villalobos nos dice: "En tratados y revistas se ha seguido afirmando, para horrorizar a los pocos informados, que la Escuela Clásica dejaba en libertad a los dementes peligrosos; pero ni esto es verdad ni se trata, con mención de supuestos — tropiezos constitucionales, sino de crear fantasmas y combatirlos victoriosamente, — cimentando así reformas que no son, aún cuando ellas mismas, interpretadas como — tales, conduzcan a la mascarada reconocida de los procesos penales contra demen— tes o idiotas. Más de 50 años de aplicación de nuestro Código Penal de 1871, que declaraba penalmente irresponsables a los enajenados y les sujetaba a las mismas — medidas de seguridad que hoy se proponen como "sanciones"; y más de dos milenios corridos desde que el Digesto declaraba irresponsable al loco y decretaba, no obstan— te. Las medidas adecuadas ad securitatem proximorum, no registran el menor tropiezo ni otra cosa que no sea el reconocimiento de un elemental y plausible sentido común". (110) Mejor no se puede decir.

Para la época en que se redactó el Código de Almaráz o sea el Código de 1929, la Escuela Positiva estaba de moda y en su apogeo, según esta Escuela el Delito es un producto natural, provocado por factores físicos, antropológicos y sociales y desde luego no acepta el libre albedrío, ni la responsabilidad moral, sino que habla de responsabilidad social, así el enfermo mental aún cuando no es consciente de sus actos, por el hecho de vivir en sociedad, cuando comete un delito es responsable socialmente de él. A pesar de todos los cambios que la Escuela Positiva intentaba contra la Escuela Clásica, la Escuela Positiva llegó a la misma conclusión que la anterior, y era que los enfermos mentales delincuentes había que internarlos en establecimientos adecuados, para intentar su curación.

El artículo 45 del Código de 1929 dice: "Son circunstancias que excluyen la responsabilidad penal: I.- Encontrarse el acusado, al cometer el acto u omisión que se le imputa, en un estado de automatismo cerebral que perturbe su conciencia y que sea provocado por haber ingerido sustancias enervantes o tóxicas, siempre que la ingestión haya sido enteramente accidental o involuntaria, es decir, sin su conocimiento; II.- Encontrarse el acusado en un estado psíquico anormal, pasajero y de orden patológico, que perturbe sus facultades o le impida conocer la ilicitud del acto u omisión de que se le acusa, con tal que ese estado no se lo haya producido conscientemente el paciente".

Este artículo, como vemos, se refiere a lo que en el Código actual se llama trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio; así como en el empleo accidental e involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes o ener-

vantes.

Otro artículo pertinente es el siguiente: El artículo 72.- Las sanciones para los delincuentes en estado de debilidad, anomalía o enfermedad mentales... son: "II.- Reclusión en manicomio o departamento especial de manicomio.... IV.- Reclusión en colonia agrícola de trabajo para neurópatas y maníacos curables".

Respecto al enfermo mental permanente, el Código de 29 nos dice en su artículo 126.- Los delincuentes locos, idiotas, imbéciles, o los que sufren cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, serán reclusos en manicomio o en departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos, con autorización de facultativo, a un régimen de trabajo.

Y además el artículo 127.- "Los delincuentes psicopatológicos - distintos a los que se refiere el artículo anterior como aquellos que padezcan obsesiones de la inteligencia, de la sensibilidad o de la acción, serán reclusos por todo el tiempo necesario para su curación, en colonia agrícola especial, cuando a juicio de los peritos médicos, les convenga el trabajo al aire libre".

Sin meternos a opinar sobre la terminología de estos artículos, vemos que en el Código del 29 como advierte Don Raúl Carrancá y Trujillo: "El legislador penal de 1929 adoptó una posición netamente defensiva prestándose a la confusión; no obstante, la legislación penal de entre las atenuantes de cuarta clase, -- los casos de atenuación consignó el de ser el sujeto tan ignorante y supersticioso que no haya tenido el discernimiento necesario para conocer toda la gravedad del delito. (Art. 59, Frac. VI). Pero aparte de ello, claramente establece el Código Penal de

29 la sanción principal correspondiente a los delincuentes en estado de anomalías o enfermedades mentales: reclusión en manicomio o en departamento especial del mismo".(111)

Por sus grandes defectos, el Código del 29 tuvo una vida muy corta; pero respecto al asunto que nos interesa, vemos que el enfermo mental permanente que delinquía, se le aplicaba la medida de seguridad consistente en su reclusión en un establecimiento adecuado por todo un tiempo necesario para su curación.

El Código Penal de 1931, actualmente vigente planteó para sus redactores el problema que ya había desazonado a los de 1929. Dejemos la palabra del Lic. José Angel Ceniceros: "La comisión redactora de dicho ordenamiento, disponía de dos soluciones para redactar la causa de inimputabilidad correspondiente, - la primera proporcionada por la Escuela Clásica según la cual a los enfermos mentales, se les considera responsables por estar privados de la conciencia de sus actos y la segunda propuesta por la Escuela Positiva que estima a los enfermos mentales - responsables socialmente, por el hecho de vivir en el seno de una asociación política, cosa que los obliga a responder de sus actos frente al poder social, aunque no - hayan tenido conocimiento de la ilicitud de los mismos. Ambas soluciones presentan un problema de carácter constitucional porque si la comisión se pronunciaba por el - criterio clásico, entonces el loco debería irse a su casa con grave peligro para la so - ciedad ya que si no es responsable no se le puede detener, pues conforme al art. 19

constitucional ninguna detención podrá exceder de 72 horas si no se justifica con un mandamiento de prisión preventiva, que dentro de la situación que consideramos no podría dictarse por no existir responsabilidad; y en cuanto a la solución proporcionada por los positivistas adolece del defecto dentro de nuestro sistema legal de que se tiene que seguir un proceso en forma, es decir, tomarle al loco su declaración -- preparatoria, dictarle acto de formal prisión, etc., para poder resolver al término del mismo que es responsable socialmente, y que constituyendo una amenaza para la sociedad, se le recluye en un manicomio hasta su curación. Por lo expuesto se verá -- que la comisión se encontraba ante un problema insoluble y optó por la solución menos mala, o sea la que había adoptado el legislador de 1929, consistente en apoyar la responsabilidad social en estos casos". (112)

Casi en los mismos términos se expresa el Lic. Francisco González de la Vega en "la Reforma de las Leyes Penales". Con todo respeto para los profundos conocimientos de estos distinguidos penalistas, yo creo que ese fue su propósito, el de que la ley mexicana estableciera la responsabilidad social del enfermo -- mental delincuente; lo único que se les olvidó fue hacerlo constar en el Código de -- 1931. Pues en este Código de acuerdo con el artículo 8, los delitos son intencionales o de imprudencia y en ninguno de estos dos casos el enajenado puede resultar -- responsable. Así nos lo hace ver el Lic. Villalobos: "El sistema de nuestro Código, contra lo que se puede haber creído, corresponde exactamente a estos conceptos que, por lo mismo, no hay inconveniente en tomar como claves para su interpretación. Basta leer la declaración categórica del artículo 8o., sobre que los delitos son intencio

nales o de imprudencia, y recordar las nociones unánimemente admitidas respecto -- del dolo y de la culpa, para comprender que los actos de un alienado, aún cuando -- sean típicamente antijurídicos, no constituyen delito por falta del elemento subjetivo de culpabilidad; que todo demente se halla por lo mismo, exento de responsabilidad penal (aún cuando su excluyente sea supralegal); y que sólo cabe aplicarle medidas de seguridad y no penas". (113).

En este Código de 1931, encontramos los siguientes artículos -- pertinentes al tema que nos interesa:

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

3.- Reclusión de locos, sordomudos, degenerados y toxicó-- manos".

"Art. 68.- Los locos, idiotas, imbéciles, o los que sufran cual-- quiera otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, serán recluídos 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 Pena-- les".

"Art. 69.- En los casos previstos en este capítulo, las personas o enfermos a quienes se aplica reclusión, podrán ser entregados a quienes corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se otorgue fianza, depósito o hipoteca hasta

por la cantidad de diez mil pesos, a juicio del juez, para garantizar el daño que pudieran causar, por no haberse tomado las precauciones necesarias para su vigilancia.

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

En apoyo de los que opinan que este Código de 1931, no establece la responsabilidad social, para los enfermos mentales; tenemos la siguiente jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia, que nos dice: "Las sanciones que para ellos establece el artículo 68 del Código Penal, no deben ser aplicadas por la autoridad judicial, porque el expresado ordenamiento sólo se aplica en caso de delito, según su artículo primero y los enfermos mentales que no tienen conciencia de sus actos, no son capaces de cometer hechos intencionales, ni imprudentes, esto es, no pueden ser agentes activos de un delito (Tomo XII, pág. 106, Anales de Jurisprudencia)".(114)

Del examen de los tres artículos mencionados arriba, llegamos a la conclusión de que el enfermo mental delincuente deberá ser recluso en establecimientos adecuados, para su curación, que es lo mismo que en esencia mandaban los códigos anteriores. Y es que en verdad, no se puede hacer otra cosa con un ser que carezca de razón.

Desgraciadamente y como ya vimos, lo señalan numerosos tratadistas, nuestra Ley actual es insuficiente y apenas si toca el grave problema del enfer-

mo mental que supone un serio peligro para la sociedad donde vive; hay que distinguir el enfermo mental peligroso que no ha delinquido, del caso del enfermo mental que ha cometido un hecho tipificado como delito.

El Código de Procedimientos Penales del año de 1931, actualmente en vigor, no se ocupa del problema del enfermo mental y sólo se refiere a que el procedimiento deberá ser suspendido cuando sea aplicable, el artículo 68 del Código Penal. Así el artículo 477 nos dice que: "Una vez iniciado el procedimiento en averiguación de un delito, no se podrá suspender sino en los casos siguientes:

1.- .....

2.- .....

3.- En el caso de la última parte del artículo 68 del Código Penal y en los demás en que la ley ordene expresamente la suspensión del procedimiento".

Por su parte, el artículo 479 agrega: "Una vez lograda la captura del prófugo, el proceso continuará su curso, practicándose las diligencias que por la fuga no hubieren podido tener lugar, sin repetir las practicadas sino cuando el juez lo estime necesario. Lo mismo se hará cuando desaparezcan las causas que motivaron la suspensión, en el caso del artículo 68 del Código Penal".

El artículo 481 establece que sea el Ministerio Público el que pida la suspensión del procedimiento ya que dice: "Para suspender el procedimiento bastará el pedimento del Ministerio Público hecho con fundamento en los artículos anteriores. El juez lo decretará de plano sin substanciación ninguna".

Más adelante en el Capítulo X donde se habla del Departamento - de Prevención Social, el artículo 674 nos habla de que compete a este Departamento, fracción II.- "Crear y organizar: museos criminológicos, laboratorios, talleres - penales, lugares de segregación, colonias penales, de relegación, granjas y campamentos penales, reformatorios, hospitales, manicomios y demás lugares para delincuentes sanos y anormales". Y en la fracción VI de este mismo artículo añade: "Gestionar de la Jefatura de Policía que se haga efectiva la vigilancia sobre los infractores menores, los enfermos mentales y los que disfruten de libertad preparatoria". De esto se desprende que el pobre enfermo mental estará sujeto a una vigilancia policíca.

Y nada más.

El Código Federal de Procedimientos Penales del año de 1934, - dedica su Título Decimosegundo al procedimiento relativo a los enfermos mentales, - a los menores y a los toxicómanos. De este título nos interesa el capítulo I, referente a los enfermos mentales. El artículo 495 nos dice: "Tan pronto como se sospeche que el inculpado está loco, idiota, imbécil o sufra cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales, el tribunal lo mandará examinar por peritos médicos, sin - perjuicio de continuar el procedimiento en la forma ordinaria. Si existe motivo fundado, ordenará provisionalmente la reclusión del inculpado en manicomio o en departamento especial".

Además citaremos los artículos siguientes:

Art. 496.- Inmediatamente que se compruebe que el inculpado es

tá en alguno de los casos a que se refiere el artículo anterior, cesará el procedimiento ordinario y se abrirá el especial, en el que la ley deja al recto criterio y a la prudencia del tribunal la forma de investigar la infracción penal imputada, la participación que en ella hubiera tenido el inculcado, y la de estudiar la personalidad de éste, sin necesidad de que el procedimiento que se emplee sea similar al judicial.

Art. 497.- Si se comprueba la infracción a la ley penal y que en ella tuvo participación el inculcado, previa solicitud del Ministerio Público y en audiencia de éste, del defensor y del representante legal, si los tuviera, el tribunal resolverá el caso, ordenando la reclusión en los términos de los artículos 24, inciso 3, 68 y 69 del Código Penal.

Art. 498.- Cuando en el curso del proceso el inculcado enloquezca, se suspenderá el procedimiento en los términos del artículo 468, fracción III, - remitiéndose al loco al establecimiento adecuado para su tratamiento.

Art. 499.- La vigilancia del recluso estará a cargo de la autoridad administrativa federal correspondiente.

Es una lástima que el Código de Procedimientos Penales para el Distrito y Territorios Federales no tenga artículos semejantes a estos del Código Federal.

Esta Ley Federal establece un procedimiento sensato, para tratar los casos en que el presunto delincuente presente características que hagan suponer que sufre de enfermedad o anomalías mentales. Lo primero será que el tribunal lo mande examinar por peritos médicos y aún puede ordenar provisionalmente su interna

miento en un manicomio. Cuando quede probado que el acusado es un enfermo mental, lógicamente ordena la ley que se suspenda el procedimiento ordinario y de ahí en adelante se seguirá un procedimiento especial, dejándose a la prudencia del tribunal la forma en que se llevará a cabo este procedimiento especial. También esto es lógico, pues es absurdo pretender juzgar a un alienado, que por su falta de razón, va a decir puras incoherencias y a convertir con su actuación el proceso ordinario en una farsa trágica. El artículo 497 ordena que probada la participación del acusado enfermo y la infracción a la ley penal, el tribunal ordenará la reclusión del enfermo mental de acuerdo con los ya citados artículos 24 inciso 3, 68 y 69 del Código Penal.

El artículo 499 ordena que el recluso quede bajo la vigilancia de la autoridad administrativa federal correspondiente, sin dar más datos al respecto. - El artículo es bueno, porque señala la necesidad de que el enfermo mental delincuente no sea olvidado y quede perdido para eterna memoria, en algún manicomio.

Con esto terminamos el estudio de la Legislación Mexicana respecto al punto que nos interesa. A reserva de más adelante proponer las adiciones y reformas que juzgamos necesarias para tratar de resolver el serio problema del enfermo mental peligroso no delincuente o delincuente.

## CAPITULO IV

### LAS LEGISLACIONES EXTRANJERAS

1.- La inimputabilidad del enfermo mental permanente en muchas legislaciones extranjeras. 2.- La hospitalización del enfermo mental en algunas naciones Europeas. 3.- Las medidas de seguridad en la legislación comparada.

Es siempre interesante asomarse en el cercado ajeno, es decir, estudiar las distintas soluciones, que se le han dado al problema que a uno apasiona. - Vamos pues a hacer una breve alusión a las legislaciones extranjeras. Con referencia a algunos aspectos de los problemas que surgen en relación con el enfermo mental.

El Código Penal Italiano dice en su artículo 88: "No es imputable quien, en el momento que ha cometido el hecho está, por enfermedad, en tal estado demente, que excluya la capacidad de entender o de querer (la enfermedad psíquica debe ser de tal naturaleza, que haga imposible el recto funcionamiento de la inteligencia y de la voluntad)".

El Código Penal Alemán, en su capítulo IV, artículo 51 establece: "No existe acción punible, si el autor al tiempo de la comisión de la acción, se encontraba en un estado de inconsciencia o de perturbación morboso de la actividad del espíritu, por efecto del cual estaba excluida su libre determinación de voluntad. Si alguno ha cometido una acción conminada con pena en estado de inimputabilidad.. el tribunal ordenará su colocación en una casa de salud o asistencia, si la seguridad pública lo requiere...."

El Código Penal Español, en su artículo 8o. dice: "Estan exentos de responsabilidad criminal: 1o. El enajenado y el que se halle en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado a propósito para delinquir. Cuando el enajenado hubiere cometido un hecho que la ley sancionare como delito, el tribunal decretará su internamiento en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo tribunal".

En el Código Penal de la URSS en su artículo 11 leemos: "Las medidas de defensa social de carácter judicial-correccional no pueden ser aplicadas a las personas que han cometido un delito en estado de enfermedad mental crónica o de trastorno mental transitorio o en algún otro estado patológico, si no han podido darse cuenta de sus actos, o no estaban en circunstancias de dirigir sus acciones".

El Código Penal Federal Suizo nos dice: "Art. 27: Para las acciones y omisiones penadas en este Código, no hay castigo si se han cometido en un estado en que, sin su culpa, no interviene el discernimiento o la libre voluntad. A es-

to pertenece la locura, las ideas delirantes y estados semejantes".

El Código Penal de la Argentina establece en su artículo 34: "No son punibles: 1o.- El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia del hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del Ministerio Público y previo dictamen de peritos, desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás".

Código de Defensa Social de Cuba: Artículo 34: "No será exigible responsabilidad alguna, con arreglo a este Código, cuando concurra en el agente, en relación con el hecho cometido, una circunstancia de inimputabilidad o una causa de justificación que le sea aplicable. Artículo 35. Son inimputables: a) El enajenado y el que se halle, al tiempo de cometer el delito, en estado de trastorno mental, aunque fuere de carácter transitorio. En estos casos, el tribunal decretará su internamiento en un hospital destinado a la observación o tratamiento de los enfermos de -- aquella clase, el cual no habrá de salir sin previa autorización del mismo tribunal -- sentenciador, oído el informe de los médicos psiquiatras se previene en el libro IV -- que se refiere a las medidas de seguridad.... c) El que se encuentre en estado de -- perturbación mental igualmente plena, fortuita no habitual ni preordenada, por ingestión, absorción o inyección de sustancias narcóticas o estupefacientes".

El Código Penal de Guatemala en su artículo 21, nos dice: "Es--

tán exentos de responsabilidad criminal: 1o.- El enajenado y el que se halle en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado a propósito. Cuando el enajenado ejecute un hecho que la ley califica de delito, será recluído en uno de los establecimientos destinados para los de su clase, hasta que el tribunal competente, con apoyo en dictámenes facultativos, haga cesar el internamiento, declarando la falta de peligrosidad social del procesado".

Código Penal de Uruguay. Artículo 30: "No es imputable aquél -- que en el momento que ejecute el acto, por enfermedad física y psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se hallare en tal estado de perturbación moral, - que no fuera capaz, o sólo lo fuera parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo o de determinarse según su verdadera apreciación. Esta disposición es aplicable al que se hallare en el estado de espíritu en ella previsto por influjo de sueño natural, o del hipnótico".

Código Penal de Perú. Artículo 83.- "Está exento de responsabilidad penal el que comete el hecho punible en estado de enfermedad mental, de idiotez o de una grave alteración de la conciencia, y no posee en el momento de obrar la facultad de apreciar el carácter delictuoso de su acto o de determinarse según esta apreciación".

El Código Penal de Panamá, en su artículo 44, nos dice: "No estará sujeto a pena el que ejecute el acto violatorio de la ley penal a tiempo que sus facultades mentales estaban debilitadas o trastornadas por causas de enfermedad, - de tal suerte que carezca de discernimiento o de conciencia y libertad en sus actos".

Código Penal de Paraguay, artículo 18: "Están exentos de responsabilidad criminal: los que cometen el delito bajo la influencia de una enfermedad mental que los haya privado del uso de sus facultades intelectuales".

Código Penal de Ecuador, artículo 34: "No es responsable quien en el momento en que realizó la acción u omisión, estaba, por enfermedad, en mal estado mental, que se hallaba imposibilitado de entender o de querer".

Código Penal de Venezuela. Artículo 62: "No es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido, o en estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o de la libertad de sus actos".

Código Penal de Costa Rica. Artículo 25: "Están exentos de pena y sujetos a las medidas de seguridad aplicables según lo dispuesto en el capítulo V del título III de este libro: ... III. El que debido al estado de enajenación mental en que se encontrare en el momento del hecho, fuera incapaz de apreciar el carácter delictuoso de su acto o dirigir sus acciones".

Código Penal de Honduras. Artículo 7o.: "No delinque y por consiguiente está exento de responsabilidad criminal: 1o. El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo de razón".

Código Penal de El Salvador. Artículo 8o.: "No delinquen y por consiguiente, están exentos de responsabilidad criminal. 1o. El loco demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halle privado totalmente de razón".

Código Penal de Chile. Artículo 10: "Están exentos de responsa-

bilidad criminal: 1o.- El loco o demente a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halle privado - totalmente de razón".

Es unánime el criterio de estas 18 legislaciones penales citadas, en considerar al enfermo mental como inimputable, en virtud de carecer de discernimiento, es decir es un ser incapaz de querer, entender su conducta; queda excluido de responsabilidad penal y sujeto a la aplicación de medida de seguridad, debido a - su peligrosidad y para defensa de la sociedad.

Este criterio lo encontramos desde el Derecho Romano. Así el Lic. Raúl Carrancá y Trujillo nos dice: "Para los romanos, furor era toda mentis alienati o qua quis omni intellectu caret... Por carentes de voluntad, los actos del furor eran - infelicitas fati y se hallaban excusados:... Entre los germanos el Edicto Rotario excluyó igualmente de responsabilidad criminal a los rabiosus aut daemoniacus... Y - otro tanto en el Derecho Canónico". (116).

Más adelante este autor refiriéndose a España nos dice: "En España, en las partidas, se encuentra la siguiente disposición: Señaladas personas son las que se pueden acusar de non recibir la pena que las leyes mandan, magüer, non las entiendan nin las sepan tiempo que yerran, haciendo contra ellas: así como aquél que fuese loco de tal locura que non sabe lo que se face. E magüer antendieren que- alguna cosa fizo, porque otro home debiese ser preso o muerto por ello, catando en - como aqueste que deximos, non lo face con seso, non le ponen tamaña culpa, como el otro que está en su sentido... (L. 21, tit. 1, p. 1.)... Eso mesmo decimos que

serie (es decir, que no se le puede acusar) del loco et del furioso et del desmemoriado, que nos pueden acusar de cosa que ficiese en quantol durase la locura: Pero non sin culpa los parientes dellos, quando non les facen guardar de guias que non puedan facer mal a otri (L. 9, tit. 1, p. VII)... Otrosi decimos que algunt home que fuese loco o desmemoriado matase a otro, que non cae por ande en pena ninguna, porque -- non sabe nin antiende el yerro que face. (L. 3, tit. 8, p. VII)". (117).

No me es posible intentar estudiar a fondo el problema de la responsabilidad o no responsabilidad del enfermo mental, pues sería alargar demasiado este trabajo. Me limito a señalar la postura de estas legislaciones extranjeras sobre este problema.

Como parte del estudio realizado por la Barra de Abogados de la Ciudad de Nueva York, en unión de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cornell; se hizo una investigación sobre la hospitalización de los enfermos mentales en Inglaterra, Suiza, Yugoslavia, Francia y Noruega, durante el verano de 1960. -- Los problemas médicos y legales de la hospitalización del enfermo mental fueron similares a estos que se presentan en los Estados Unidos.

Es por el método de admisión que se estudia la operación de las leyes en estos 5 países.

Respecto a las admisiones voluntarias se dice que cuatro de los países visitados con la sola excepción de Inglaterra, tienen un sistema de admisión voluntario similar al de los Estados Unidos, por medio de la solicitud escrita del pa

ciente. Pero algunos exigen más, por ejemplo, Noruega y Yugoslavia exigen la firma de dos testigos. En Yugoslavia, el Director Médico del hospital acostumbra firmar. Noruega y en ciertos cantones de Suiza, exigen un certificado médico para la solicitud de admisión voluntaria.

Respecto a las altas del hospital, en Francia y Suiza, un paciente voluntario tiene libertad para dejar el hospital cuando quiera. En otros países Europeos, se requiere una notificación por escrito de la intención de partir. En Noruega un paciente voluntario puede ser retenido 14 días.

En Inglaterra se han sustituido las admisiones voluntarias por las admisiones sin formalidades (Francia también usa este sistema llamado "service libre" y la tercera parte de las admisiones son hechas por este método). La sección 5 del Acta de Salud Mental Inglesa de 1959 nos dice que se puede admitir a un paciente sin ninguna solicitud u orden. Esto es una admisión sin ninguna formalidad, como una admisión a un hospital general. El paciente admitido sin formalidad queda libre para irse cuando quiera; pero la ley autoriza que se cambie a los pacientes informales a la situación de pacientes detenidos, en forma rápida si esto fuera necesario. Actualmente en Inglaterra el 80% de todas las admisiones son sin formalidades. Muchos pacientes que al principio fueron admitidos por coacción, más adelante aceptan quedarse como pacientes informales, una vez que están bajo tratamiento entonces su status es cambiado.

Las admisiones voluntarias han aumentado en todas partes del mundo cuando los hospitales mentales han sido modernizados, pero en Inglaterra el au-

mento de las admisiones informales ha sido enorme. Esto se logró creando una nueva actitud pública hacia la hospitalización por enfermedad mental, a través de la educación de los pacientes y de sus familias por los médicos generales, por medio de visitas a los hogares de los pacientes por empleados de la asistencia mental, por psiquiatras de los hospitales y a través del cuidado externo del paciente enfermo de la mente, en las clínicas anexas a los hospitales generales y en hospitales de día.

En relación con las admisiones obligatorias por un tiempo indefinido, se nos dice que en los 5 países visitados, la admisión obligatoria es un problema médico; con disposiciones variadas para la salvaguardia legal, después de la admisión. Ninguno de los países mencionados exigen una orden judicial antes de la admisión.

Bajo la nueva ley inglesa basta una solicitud de un familiar y los certificados de dos médicos para dar autoridad al hospital para admitir a un paciente. Uno de los médicos, si es posible, deberá conocer al paciente con anterioridad y el otro debe estar aprobado por la autoridad sanitaria local como teniendo experiencia especial en el diagnóstico y tratamiento de alteraciones mentales. A esto se agrega para mayor defensa: "(1) Examen y admisión por el hospital. (2) El requisito de renovación periódica de autoridad para la detención. (3) Dada de alta médica. (4) El derecho del paciente de apelar ante el comité lego de administración del hospital para ser dado de alta. (5) El poder del familiar más cercano para ordenar el alta, -- la cual se hace efectiva salvo que el hospital la impida y (6) El derecho del paciente de recurrir al Tribunal de Revisión de Salud Mental, un nuevo cuerpo establecido

en cada una de las 15 regiones hospitalarias". (118).

Estos Tribunales de Revisión de Salud Mental son cuenpostriparti-  
tos, con miembros legales, miembros médicos y miembros con experiencia pertinen-  
te, empezaron a funcionar el 1o. de Noviembre de 1960. El paciente o su pariente  
más cercano puede apelar al tribunal para que se ordene el alta en cualquier momen-  
to dentro de los primeros 6 meses de hospitalización obligatoria; en los próximos 2-  
años se puede apelar una vez por año y después, una vez cada dos años.

Aunque con los nuevos tratamientos el período de hospitaliza-  
ción de muchos enfermos, el 80% de ellos, va a ser corto; el 20% restantes será de  
pacientes internados por un tiempo bastante largo. De todas maneras, en Inglaterra -  
se piensa que se necesita desarrollar suficiente y rápidamente los recursos que se ne-  
cesitan en la comunidad para atender a los enfermos mentales; hay escasez de psi-  
quiатras, trabajadores sociales psiquiátricos y demás personal, así como de institu-  
ciones adecuadas.

En Francia, la admisión obligatoria se realiza por la petición de -  
un pariente y con un solo certificado médico. Las defensas del paciente consisten -  
en la necesidad de renovar los certificados médicos, la dada de alta médica, el po-  
der de la familia para ordenar la libertad y el derecho de solicitar de un tribunal que  
se dé de alta al paciente. Los certificados médicos adicionales exigidos después -  
de la admisión, constituye una revisión del caso. Se ha criticado este sistema por-  
que sólo exige un certificado médico, que no necesita ser dado por un psiquiatra y -  
es fácilmente obtenido en las grandes ciudades: se pide pues que se reforme la Ley  
Francesa en el sentido de que el certificado sea firmado por dos médicos, revisión -

periódica de las admisiones y mejor supervisión del paciente.

Respecto a Suiza se nos dice que: "... la admisión obligatoria es también médica, basada en la petición de un familiar y un sólo certificado médico. - En Ginebra además, el Departamento de Salubridad expide un certificado de admisión basado en el certificado médico. El alta es médica con una disposición para apelar al Consejo de Estado. En Ginebra un paciente puede también acudir a la Junta de Supervisores Psiquiátricos (Consejo de Sobrevigilancia), formado de doctores y jueces". - (119).

En Yugoslavia la admisión obligatoria es médica (petición de un familiar acompañada de un certificado médico detallado), pero la detención es materia legal. "El mismo día que el paciente entra en el hospital, el hospital escribe al tribunal informándole de que el paciente ha llegado. Una comisión hecha de un juez y de un psiquiatra no asignado a la parte del hospital donde el paciente está colocado, debe venir a visitar al paciente en el hospital dentro de 3 días. En la práctica - la comisión llega cada dos semanas. Antes de su visita el juez escribe a los parientes del paciente y obtiene información sobre el caso. Cuando la comisión llega al hospital, el paciente es examinado y el psiquiatra le propone al juez la máxima cantidad de tiempo que el paciente deberá estar dentro, de un mes a un año. Si al final de ese período el paciente no está bien, entonces su detención puede ser renovada. Los pacientes tienen derecho de apelar a un tribunal la decisión de la comisión". - (120).

Por su parte, Noruega desde el año 1848 ha tenido el sistema de

la admisión médica. De acuerdo con la ley, basta la petición de un familiar y el certificado médico de un solo doctor, este certificado debe ser tan detallado como para capacitar al personal del hospital con sólo leerlo de juzgar si hay necesidad de hospitalización. "Después de la admisión del paciente, una comisión de control, establecida en cada hospital y que consiste de un doctor, un abogado (usualmente el juez del condado) y una mujer visita el hospital, revisa cada nueva admisión y pregunta a los pacientes si tienen alguna queja. Un paciente puede acudir a la comisión de control en cualquiera de sus visitas al hospital para pedir su dada de alta". (121).

En vista de que Noruega firmó la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, se ha pedido que se reforme la Ley Noruega, pues esta Convención Europea en su artículo 5 nos dice:

"(1) Todos tienen el derecho a la libertad y seguridad de su persona. A nadie se le deberá privar de su libertad, salvo en los casos siguientes y de acuerdo con un procedimiento descrito por la Ley.

.....

(e) La detención legal de personas para la prevención de la diseminación de enfermedades infecciosas, de personas de mente enferma, alcohólicos o drogadictos o vagabundos.

.....

(4) Cualquiera que es privado de su libertad por arresto o detención, tendrá derecho a iniciar un procedimiento por medio del cual la legalidad de su detención, deberá ser decidida rápidamente por un tribunal y su libertad ordenada si

la detención no es legal". (122).

Como se piensa que la ley de 1848 no se ajusta a esta Convención y en Noruega todavía se recuerda con horror las arbitrariedades de la ocupación nazi, se quiere que su propia ley garantice estos derechos. Así la nueva ley propone:

"(1) Aumentar a 4 el número de miembros de la comisión de control para permitir la inclusión de un representante de los negocios y exigir que el miembro abogado sea el juez del condado.

(2) Permitir que la comisión de control sesione como tribunal con todos los poderes de un tribunal, si así se pide.

(3) Establecer un nuevo tribunal de apelación en Oslo para todo el país, este tribunal será formado por un juez de la más alta corte de Noruega, dos personas con los requisitos de un juez y dos psiquiatras. Los pacientes tendrán el derecho de acudir a este tribunal para pedir su alta, una vez cada seis meses; pero el asunto de la detención podrá ser decidida con papeles y argumentos, sin la aparición del paciente ante el tribunal. Los noruegos han rechazado como médicamente indeseable el sistema dinamarqués, el cual examinaron, donde los pacientes se presentan en persona para ser oídos ante los tribunales regulares de la ley". (123).

Con esta reforma legal se pretende en Noruega garantizar de mejor manera, los derechos del enfermo. Aunque no había quejas de arbitrariedades, la mera existencia de un procedimiento judicial se le ve como una medida preventiva que beneficia a todos.

Como es natural, las admisiones de emergencia requieren un pro--

cedimiento más sencillo, pero sólo de momento, pues después habrá que llenar todos los requisitos. Así Inglaterra acepta que se admita un paciente en una emergencia con el certificado de un solo doctor, pero sólo por 72 horas, salvo que un certificado médico adicional sea presentado dentro de este tiempo. En Suiza, el paciente es admitido con un sólo certificado médico en caso de urgencia, pero hay que pedir la autorización del Departamento de Salubridad dentro de las 24 horas siguientes. En Noruega simplemente, en casos de urgencia, el paciente es internado y sólo se da más tiempo para obtener todos los papeles. Francia se sale de lo común al permitir una admisión por emergencia ordenada por un funcionario, el prefecto, sin ningún certificado médico; se le da el nombre de placement d'office, aunque no requiere certificado médico a menudo se obtiene, por miedo de una acusación de secuestro. Este método es muy criticado.

En Inglaterra como en Nueva York, hay un método especial de admisión obligatoria para observación, por 28 días con los certificados de dos médicos. Francia no tiene admisión obligatoria para observación. La observación se lleva a cabo en las clínicas para enfermos externos donde el paciente deberá ser persuadido para que se interne. Yugoslavia tiene una admisión para observación por tres meses para determinar la necesidad de una declaración de incapacidad. Noruega tiene una admisión judicial para observación, en casos penales, la policía puede iniciar lo que es llamada una observación administrativa en las clínicas psiquiátricas, pero no en los hospitales mentales.

En la última parte de este capítulo, se nos habla de los criterios-

para la admisión obligatoria, así el criterio para la admisión obligatoria en Inglaterra es la necesidad de tratamiento. En la nueva Ley de Noruega se especifica 'enfermedad mental grave' como requisito para la admisión obligatoria "... y sus proyectistas andan buscando términos para permitir la hospitalización obligatoria de personas que son peligrosas a sí mismas o a los demás o que pueden ser un peligro a la salud o vida de la familia. El fin es encontrar términos que no sean demasiado amplios, — autorizando la hospitalización obligatoria cuando el paciente está enfermo, necesita tratamiento, no lo puede obtener en la comunidad y es una fuerza destructiva e intolerable en su familia". (124).

Después de algunas consideraciones sobre los pacientes seniles — y alcohólicos, hay un párrafo interesante sobre los psicópatas, a este respecto se nos dice: "Psicópatas. — Una discusión muy animada se ha centrado alrededor de la nueva disposición inglesa, autorizando la admisión obligatoria para observación de personas con una personalidad psicopática de cualquier edad y una admisión obligatoria para el tratamiento de tales personas menores de 21 años. Esta disposición se origina en el sentimiento general de que si hay alguna esperanza de ayudar a estos pacientes, esto debe ser hecho mientras están jóvenes. Hay una gran preocupación sin embargo, de miedo que estas disposiciones establezcan un nuevo código penal para psicópatas antes de que hayan sido condenados por algún delito. En vista de estas preocupaciones y de diferencias de opinión entre los psiquiatras sobre si estos pacientes deberán y pueden ser tratados en hospitales, es interesante saber que la admisión de los psicópatas a los hospitales mentales va a empezar lentamente, en

centros de investigación, donde los resultados pueden ser valuados". (125). Este párrafo es especialmente interesante, porque en él vemos cómo existe la preocupación y se siente la necesidad de sujetar al enfermo mental a un tratamiento obligatorio, sobre todo en el caso de los jóvenes.

De esta pequeña referencia a las admisiones en estos 5 países -- Europeos, vemos que se le da gran importancia a la opinión del médico sobre la necesidad de internar y que al mismo tiempo se busca crear sistemas legales que salvaguarden los derechos del paciente.

En la obra ya citada de Dn. Antonio Sabater, se menciona un decreto de 28 de junio de 1935 donde se señala, bien se pueden llamar medidas de seguridad para los pacientes con enfermedades venéreas. En el artículo 2 de este decreto se dice cuáles son las enfermedades venéreas y el artículo 3 ordena: "Las personas afectadas de cualquiera de estas dolencias están obligadas a someterse periódicamente, de acuerdo con las instrucciones que la Sanidad Pública difundirá y propagará, bien sea bajo la dirección de los médicos privados, o bien, cuando se carezca de medios económicos, utilizando los servicios de las Instituciones Antivenéreas del Estado". (126). En el artículo 4 se obliga a los padres o tutores de cuidar del tratamiento de sus hijos o pupilos. Lógicamente el artículo 5 estipula que el Estado tiene el deber de facilitar gratuitamente el tratamiento de los enfermos venéreos pobres. He aquí una ley que obliga a un enfermo a curarse, en beneficio de él mismo y como defensa para el grupo social que se ve seriamente amenazado por la naturaleza de este tipo de enfermedades fácilmente transmisibles y de consecuencias trascendentales para las generaciones futuras.

En nuestro país tenemos una legislación similar respecto a enfermedades transmisibles, en especial las enfermedades venéreas. Así el Código Sanitario en su artículo 73, declara de interés público la campaña contra las enfermedades transmisibles, entre las cuales se señalan las gonococias y las treponemosis entre otras. Ya se ha mencionado que esta misma ley exige en su artículo 74 que los médicos están obligados a dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de este tipo de enfermedades. El artículo 86 nos dice a la letra: "El que padeciere alguna de las enfermedades comprendidas en el artículo 73, tendrá obligación de sujetarse al tratamiento de un médico con título registrado en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Las personas que ejercieren la patria potestad, la tutela o la guarda de menores, tendrán obligación de proveer lo necesario para que los sometidos a su cuidado que padecieren dichas enfermedades, sean atendidos en las condiciones expresadas en el párrafo anterior".

Existe un reglamento para la campaña contra las enfermedades venéreas. En este reglamento, en el artículo 1o. se señalan cuáles son las enfermedades venéreas y en el artículo 2 se manda: "Toda persona que padezca alguna de las enfermedades a que se refiere el artículo anterior, están obligadas a someterse a tratamiento médico hasta ser dada de alta.

En caso de no someterse a tratamiento de un médico particular, --acudirá a los establecimientos de curación gratuita autorizados por el mismo Departamento para el tratamiento de esas enfermedades".

El artículo 4 de este Reglamento, nos habla de las obligaciones de los médicos que tratan a este tipo de enfermos. El médico deberá llevar un registro privado de los enfermos venéreos que atienda, debe notificar a la autoridad sanitaria federal del sexo del paciente y la enfermedad que padezca y también deberá dar a conocer a la autoridad sanitaria federal todos los datos relativos al enfermo si éste abandona el tratamiento.

El artículo 90 del Código Sanitario ordena que el Oficial del Registro Civil deberá exigir la presentación del certificado médico prenupcial y asimismo el Reglamento que comentamos en su artículo 11, ordena que estos certificados prenupciales sólo podrán expedirse por médicos con título registrado en el Departamento de Salubridad Pública.

Nadie considerará que estas medidas limitativas de la libertad del individuo son violatorias de sus garantías individuales de libertad, por la sencilla razón de que son medidas necesarias para beneficio del individuo y el futuro de la especie así como para defensa del grupo social.

Volviendo al libro de Don Antonio Sabater en su capítulo V, hace un pequeño estudio de legislación comparada en lo relativo al establecimiento y regulación de las medidas de seguridad. Así nos dice que Polonia reserva la aplicación de medidas de seguridad a las autoridades judiciales, que se requiere en todo caso la comisión de un hecho previsto en la ley como delito y la existencia de un peligro social causado por circunstancias psicofísicas o sociales. "No requiere, sin embargo, sentencia condenatoria, y así pueden los tribunales aplicar medidas de se

guridad en caso de sobreseimiento o declaración de no punibilidad o irresponsabilidad". (127).

No voy a señalar todos los países citados en esta obra, sino sólo aquellos que presentan disposiciones interesantes. Así por ejemplo en Francia: "Los declarados penalmente irresponsables a causa de enajenación mental son internados, con intervención de la autoridad administrativa y de conformidad con la ley de 30 de Junio de 1938, en un Asilo de alienados". (128).

En Portugal, el artículo 124 de la Constitución establece para la prevención o represión del delito, penas y medidas de seguridad, fijando el fin de — ambas que es la defensa de la sociedad y en lo posible, la readaptación social del delincuente.

"La imposición de medidas de seguridad y la declaración de estado peligroso que aumente la duración de la pena o modifique el régimen de su ejecución, corresponde a la autoridad judicial competente, que será el Tribunal de Ejecución de Penas creado por Decreto de 30 de abril de 1945 en otro caso. Este es el competente para resolver el mantenimiento, modificación o cesación del estado peligroso y de las medidas de seguridad impuestas, así como sobre la concesión y en su caso revocación, transformación o prolongación de la libertad condicional. El internamiento predelictual de los anormales peligrosos o antisociales debe ser confirmado también por el Tribunal de Ejecución (Art. 3o. núm. 5 del Decreto de 30 de abril de 1945 y bases X, 2. c. y XIX de la Ley sobre Asistencia Psiquiátrica del 11 de abril de 1945)". (129).

También el Derecho Portugués crea las Prisiones-Asilos, estas - instituciones están destinadas para que cumplan su pena los delincuentes que se ha- llen aquejados de anomalía mental y para quienes el régimen de las prisiones comu- nes sea perjudicial o constituyan un peligro para los otros presos. "Extinguida la - pena en una prisión-asilo, si el recluso fuese todavía peligroso a causa de su anoma- lía psíquica, se prorrogará el internamiento por períodos sucesivos no superiores a - dos años cada uno, hasta que sea inocuo (Art. 131 del Reglamento de Servicios Pe- nitenciaros)". (130).

En la Gran Bretaña, los enfermos mentales delincuentes que hayan sido declarados culpables, pero locos (guilty but insane) por los tribunales, son in- ternados indefinidamente a beneplácito de su majestad (Kings pleasure lunatics) en - un manicomio criminal. Cuando siendo el delincuente peligroso la enfermedad mental no se manifiesta en forma tan visible, se le señala un número determinado de años de prisión en un manicomio criminal y si al finalizar esto subsiste su estado peligroso se prolonga la detención.

En Bélgica, el Parlamento aprobó la ley de defensa social que en- tró en vigor el 10. de Enero de 1931. Esta ley instituye el internamiento en esta- blecimientos de defensa social, de los reincidentes y de los anormales psíquicos.

Son las autoridades judiciales las que ordenan el internamiento de los anormales después de haber sido comprobada la anomalía mental por la observa- ción psiquiátrica.

"Se aplica la Ley Belga de Defensa Social a tres categorías de -

anormales psíquicos: dementes, débiles mentales y desequilibrados graves. Los primeros son internados, cualquiera que sea la importancia de su demencia. Los pertenecientes a los restantes grupos, precisan para ser sometidos a internamiento, el haber perdido el control de sus actos". (131).

La duración del internamiento podrá ser de 5, 10 ó 20 años según la gravedad del delito cometido, pero cada 6 meses el anormal puede pedir la concesión de libertad condicional. Si al término del período de internamiento fijado, el anormal no ha curado y sigue siendo peligroso, la autoridad judicial que ordenó esta medida puede prorrogarla por otro período de igual duración.

Una especial Comisión de Defensa Social puede conceder condicionalmente la libertad de los anormales curados o mejorados y que por lo tanto ya no son peligrosos. Esta Comisión de Defensa Social debe fijar en todo caso la residencia, trabajo, tutela moral y vigilancia psiquiátrica del libertado.

En el Código de Defensa Social de Cuba leemos en el libro cuarto, con el título "De las medidas de seguridad" el artículo 581:

"A) Las medidas de seguridad pueden decretarse con motivo de la comisión de un delito, o para prevenir la comisión del mismo.

B) En el primer caso se denominan "Medidas de Seguridad Postdelictivas". En el segundo "Medidas de Seguridad Predelictivas".

C) No se decretará medida de seguridad alguna que no se encuentre determinada en este libro.

D) No se aplicará ninguna medida de seguridad predelictiva sino -

cuando el sujeto se encuentre en cualquiera de los casos del artículo 48-B". (132).

En el artículo siguiente, o sea el 582, se estipula que las medidas de seguridad postdelictivas se decretarán únicamente por el juez criminal que conociere del delito y que las medidas de seguridad predelictivas serán decretadas por la autoridad judicial competente. Al final de este artículo se dice: "D) Igualmente podrá el juez o tribunal que conociere de la causa, durante la instrucción de ésta, decretar la medida de seguridad que proceda, si el presunto reo se encontrare en cualquiera de los casos siguientes:

1o.- Si fuere menor de edad.

2o.- Si presentare síntomas de enajenación mental, cretinismo o imbecilidad.

3o.- Si fuere sordomudo, alcoholista o narcómano o paderiere de enfermedades venéreas, en período de contagio". (133).

Como el sometido a una medida de seguridad no debe ser abandonado a su suerte, el artículo 583 estipula que una vez cumplido el período legal mínimo de duración de una medida de seguridad, el juez o tribunal examinará de nuevo al sujeto para determinar si continúa en este estado peligroso, o si ha desaparecido la peligrosidad. Si continúa el sujeto en estado peligroso, la autoridad judicial fijará un nuevo término. Si ya no es peligroso, se dejará sin efecto la medida de seguridad impuesta.

En el capítulo II de este libro cuarto, que lleva por título Clasificación de las Medidas de Seguridad, se nos dice que las medidas de seguridad son

personales y patrimoniales. Que las medidas personales se dividen en detentivas y no detentivas y se agrega: "C) Las "Medidas personales detentivas" son:

1.- Asignación a una colonia agrícola o a un taller o casa de trabajo.

2.- Reclusión en un hospital, casa de custodia, manicomio judicial o reformatorio". (134).

El artículo 586 ordena que los jueces o tribunales competentes - aplicarán la medida de seguridad enumerada en el artículo 585 y que se recluirán en un hospital o casa de custodia entre otros a los delincuentes anormales, psíquica o físicamente.

En la tercera parte de este artículo se establece: "3.- Se recluirán en manicomio judicial:

a) Los que habiendo cometido un delito sancionado con privación de libertad de más de tres años, hayan sido declarados inimputables por causa de enajenación mental.

b) Los delincuentes que cayeren en estado de locura durante el cumplimiento de una sanción privativa de libertad de más de tres años.

4.- Se recluirán en manicomio ordinario:

a) Los que habiendo cometido un delito para el que la ley señala una sanción de privación de libertad de menos de tres años o cualquiera otra sanción, hayan sido declarados inimputables por causa de enajenación mental.

b) Los reos que cayeren en estado de enajenación mental du-

rante el cumplimiento de una sanción privativa de libertad de menos de tres años, o cualquiera otra sanción.

c) Los individuos, no delincuentes, declarados en estado de enajenación mental por la autoridad judicial competente." (155).

Este Código de Defensa Social Cubana es especialmente interesante por que en él ya se establece la medida preventiva de internar al enfermo mental - peligroso antes que cometa el delito, como hace notar la Dra. Villarreal. "En el derecho comparado, las medidas de seguridad generalmente se aplican a las personas socialmente peligrosas que han cometido un hecho que la ley penal prevé como delito, es decir, medidas de seguridad postdelictivas; sin embargo, ya en algunas legislaciones se establece la aplicación de las medidas de seguridad predelictivas, v. gr.: en el Código de Defensa Social Cubano.

La ley penal cubana, establece la aplicación de las medidas de seguridad predelictivas a los individuos socialmente peligrosos, sin ser imputables o punibles sus conductas, en virtud de que su enfermedad psíquica los hace inminentemente peligrosos para la convivencia social.

Las medidas de seguridad predelictivas son decretadas por el Código de Defensa Social Cubano, con el fin de prevenir el acto delictuoso, protegiendo así a la sociedad y al enajenado. Estas medidas son aplicadas después de comprobarse que la persona es un anormal psíquico que presenta un estado peligroso para la convivencia social". (136).

Un examen de este capítulo V de la obra del juez Sabater, que lle

va el título de Legislación Comparada, nos permite deducir que en casi todas las legislaciones de los distintos países, al delincuente que se declare inimputable por causa de alienación mental, se le interna en un establecimiento adecuado, para que sea tratado hasta su curación. A este tipo de delincuentes no se les aplica la pena sino la medida de seguridad por tiempo indeterminado para tratar de curar o si esto no es posible, mantener bajo custodia al delincuente enfermo. Tal es el caso de Polonia, Suecia, Rumanía, Francia, Checoslovaquia, Noruega, Italia, Gran Bretaña, Dinamarca, Bélgica, Alemania, Yugoslavia, Africa Portuguesa, Unión de Africa -- del Sur, Gambia, Kenya, Niasalandia, Rhodesia del Norte, Tanganika, Islas Filipinas, Nueva Zelandia, Egipto, China, La Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, Suiza, Argentina, Estados Unidos, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, El Salvador, Costa Rica, Brasil y Uruguay.

En todos estos países es necesario que el enfermo mental cometa un delito, para que las autoridades procedan a ordenar su internamiento, aplicándole no una pena sino una medida de seguridad.

Como es de todos conocida la influencia que en nuestros pensadores, tratadistas, juristas, legisladores, etc., ha sido siempre ejercida por todo lo que se hace y escribe en España y Francia, cosa por lo demás muy natural, supuesto que nuestro derecho deriva y tiene sus fuentes necesariamente en el Derecho Español y que a su vez el pensamiento español ha estado fuertemente influenciado por el Francés. Por todo esto me ha parecido de especial interés, lo referente a la hospitalización del enfermo mental en Francia y en España.

En la Octava Parte titulada "Problemas Jurídicos y Administrativos" del Tratado de Psiquiatría por Henri Ey, P. Bernard y Ch. Brisset. En el capítulo I en el inciso B, se habla de la hospitalización del enfermo mental y se refiere a los dos países citados.

En relación con España se nos dice que hay tres formas de ingreso en un establecimiento oficial o privado para los enfermos psíquicos: a) Por voluntad propia. b) Por indicación médica. c) Por orden gubernativa o judicial. (Art. 8).

El artículo 10 nos dice: "La admisión por indicación médica (admisión involuntaria: tendrá el carácter de "medio de tratamiento" y en ningún caso el de privación correccional de libertad. Se exigen las siguientes formalidades:

a) Un certificado médico oficial (especial para enfermos mentales), en el que conste la existencia de enfermedad mental y la necesidad de reclusión. Se hará constar la sintomatología sin que sea preciso establecer el diagnóstico.

b) Declaración firmada por el pariente más cercano o representante legal o en su falta las personas que convivan con el enfermo, en la que se exprese su conformidad y se solicite el ingreso del Director del establecimiento". (137). Aquí se hace constar que la admisión involuntaria no es un castigo que se imponga al sujeto por el hecho de estar enfermo, sino que es un "medio de tratamiento", se señalan las personas que deben solicitar el ingreso y se exige un certificado médico oficial. Pero no sólo eso, más adelante este mismo artículo exige que en un plazo de 24 horas, el director comunicará al Gobernador de la provincia la admisión

del enfermo, que dicha autoridad dispondrá el reconocimiento del enfermo y la remisión del informe correspondiente dentro del plazo de 8 días, por medio del Jefe Provincial de Sanidad, quien designará al perito que corresponda. Por su parte, el médico director remitirá al juez de Primera Instancia un informe donde figuren la filiación del enfermo, nombre y domicilio del médico que certificó el ingreso. Con todo esto, la Ley Española defiende los derechos del enfermo y se asegura de que no haya abuso o arbitrariedad en el internamiento del enfermo mental; pues como vemos intervienen médicos y autoridades políticas, sanitarias y judiciales.

Nos dice el artículo 16: "La admisión por orden gubernativa y judicial, puede ser: a) Para observación en el primer caso y b) Con arreglo al Código Penal vigente en el segundo". (138).

La admisión por orden gubernativa para observación podrá ser dispuesta por el Gobernador Civil o Jefe de Policía en las Capitales de Provincia y por el alcalde en las otras poblaciones. (Art. 17). Nos sigue diciendo este artículo que esta admisión procede cuando a juicio de un médico el enfermo es peligroso para sí o para los demás; pero no podrá prolongarse la estancia más de 24 horas sin que se justifique con certificado del médico Director o forense correspondiente. Como vemos, la orden de internamiento se basará en el juicio de un médico, corroborado por el de otro médico director del establecimiento y será ordenada por la Autoridad Civil y esto para que el enfermo sea observado.

El artículo 19 ordena que la admisión por orden judicial será dispuesta por la Autoridad Judicial correspondiente. Para que un enfermo psíquico suje

to a procedimiento criminal sea ingresado en un establecimiento psiquiátrico por orden judicial, deberá llevar un informe médico. (Art. 20).

El artículo 21 nos dice: "La acción para solicitar de la autoridad gubernativa o judicial la orden de ingreso de un enfermo psíquico compete a todo español o extranjero mayor de edad residente en territorio nacional". (139). En este mismo artículo se nos dice que el procedimiento para el internamiento forzoso de un enfermo mental peligroso es de interés público y se tramitará de oficio con máxima urgencia.

Después de que el enfermo lleve 6 meses de internado, el médico Director del establecimiento debe mandar al juzgado de primera instancia un informe sobre los resultados de la observación del enfermo; con esto la autoridad judicial decide sobre la continuación del internamiento. Así nos lo dice el artículo 22.

Es muy interesante el artículo 26, pues fija la obligación del médico que asiste a un enfermo mental internado, de comunicar el caso a las autoridades, a la letra dice este artículo: "Todo médico que se haga cargo de la asistencia de un enfermo mental y ésta tenga el carácter de aislamiento involuntario en asistencia privada o familiar, lo comunicará al Gobernador de la Provincia dentro de las 48 horas, notificando que se han tomado las medidas de custodia oportunas. La familia o representante legal de un enfermo psíquico peligroso que, a pesar de los consejos médicos, no haya tomado las medidas de prevención convenientes (internamiento, -- vigilancia, etc.) es responsable civilmente de las acciones delictivas del enfermo -- contra la vida de los demás". (140). Otra medida que sujeta el internamiento del en

fermo al control de una autoridad oficial.

El artículo 32 da facultades al paciente o a sus familiares para -- que puedan elevar sus quejas y reclamaciones al Gobernador de la Provincia o a la -- Dirección General de Sanidad, con lo cual se evita la arbitrariedad y el abuso en el problema del internamiento del enfermo mental.

En Francia existen dos formas en el internamiento del enfermo men -- tal, la llamada "Internamiento en Servicio Cerrado" y la "Hospitalización en Servi -- cio Libre". La primera forma es cada vez menos usada, en cambio la admisión en -- "servicio libre" es la más usual. Esta hospitalización en "servicio libre" es similar a la hospitalización de un enfermo ordinario en un hospital general. "La admisión en servicio libre supone, sin embargo, que el enfermo consiente en su hospitalización -- y que no es peligroso". (141).

La primera forma o sea la de internamiento, queda regida por la -- ley de 30 de junio de 1838, se utiliza cuando es necesario hospitalizar al enfermo por ser éste peligroso para sí mismo y para los demás, o por que es incapaz de hacer -- se cargo de sus asuntos o porque su estado mental exige condiciones especiales de cuidado y de vigilancia.

El internamiento tiene dos modalidades, en la primera es por peti -- ción de la familia del enfermo (ingreso voluntario) y en la segunda, es ordenado por la autoridad pública administrativa representada por el prefecto (ingreso de oficio).

El artículo 8 de la ley de 1838, rige el ingreso voluntario, "vo -- luntario" porque es solicitado voluntariamente por la familia, la cual a su vez puede

Llevarse a su enfermo cuando quiera. La solicitud de admisión la pueden hacer los - padres, o un amigo, o una asistencia social y hasta el mismo enfermo. A esta solici- tud se debe añadir un documento que establezca la identidad del enfermo y también la persona que firme dicha solicitud deberá probar su identidad. Además el Certificado Médico de Internamiento. Este certificado debe extenderse sobre papel sellado. El - médico certificador no debe estar vinculado al establecimiento psiquiátrico, ni ser - pariente o allegado hasta el segundo grado de la persona que solicita la entrada, ni del director o propietario del establecimiento.

El ingreso de oficio (artículo 18) es ordenado mediante una orden del prefecto (el prefecto de policía en París) y en los casos de urgencia, de los al- caldes cuando se trate de enfermos mentales peligrosos para el orden público y la se- guridad de las personas. Esta orden hay que motivarla suficientemente.

Se integra el expediente del ingreso de oficio con lo siguiente:

1) La orden del prefecto mandando la entrada. 2) Esta orden prefectoral debe estar motivada por un atestado del Alcalde o del Comisario de Poli- cía, que haga notar los testimonios de los hechos que demuestren el trastorno men- tal. 3) Un informe sobre la situación económica personal y familiar del enfermo y el lugar donde va a ser internado. 4) Un certificado médico (no obligatorio, por lo me- nos legalmente) pero que generalmente sirve para motivar la orden. Este certificado cumple los mismos requisitos que el certificado en el ingreso voluntario. 5) Los do- cumentos de identidad que justifican el estado civil del enfermo.

En casos de peligro inminente, la ley preve (artículo 19) que los

comisarios de policía en París y los alcaldes pueden ordenar la entrada de los enfermos pero a título provisional; pues esta orden debe ser ratificada por el prefecto a la mayor brevedad.

La ley de 30 de junio de 1838 establece un control de los internamientos, por medio de las llamadas medidas de protección de la libertad individual para hacer imposible un internamiento arbitrario además de los requisitos ya mencionados para la admisión, dentro de las veinticuatro horas que siguen a ésta, los médicos de los hospitales psiquiátricos están obligados a establecer un certificado médico que decida sobre la justificación del internamiento.

Pasados 15 días deberán hacer un nuevo certificado que concluirá o no respecto al internamiento del enfermo. "La dirección de cada establecimiento sometido a la ley de 1838, debe tener al corriente unos registros anotados y firmados por el alcalde, procurador, etc. (denominados registros legales, art. 12) en donde son inscritos los enfermos y donde son recopilados los certificados precitados. En el libro legal deben ser mencionados mensualmente todos los cambios que puedan sobrevenir en el estado de los enfermos". (142). En esta forma el enfermo no es olvidado durante su internamiento. Pero no sólo esto, sino que los establecimientos psiquiátricos son visitados por lo menos cada 6 meses por el Procurador de la República (Artículo 4) que así recibirá directamente las reclamaciones de los enfermos y por último, el artículo 29 establece un recurso para impugnar la legitimidad del internamiento, del que puede hacer uso el propio enfermo o cualquier persona que se interese por él. "Este recurso se dirige al presidente del tribunal. El tribunal se cons

tituye en sala de deliberaciones y ordena la salida, si ha lugar". Por todos estos -- medios establece la ley francesa el control por las autoridades del internamiento del enfermo mental durante toda su duración.

La segunda forma de internamiento, la llamada "Hospitalización - en servicio libre" se estableció en Francia en 1922. "Esta hospitalización enteramente libre, está destinada a permitir a los enfermos que lo deseen, y cuyo estado - mental no exige el internamiento, el hacerse asistir libremente. La hospitalización en servicio libre, es decir, no sometida a las disposiciones de la ley de 1838, - - tiende a extenderse de una manera constante y progresiva". (143). Esta hospitalización se rige según las reglas de admisión de todo hospital general.

Con esto terminamos estas breves referencias a las legislaciones extranjeras, en las cuales, como vimos, se busca proteger los derechos del enfermo mental, para que éstos no sean vulnerados con un internamiento arbitrario. Y al mismo tiempo el peritaje médico es necesario, buscándose también la colaboración del - médico con las autoridades. Un gran número de legislaciones consideran al enfermo mental como irresponsable de sus actos y por lo tanto no sujeto a penas sino a medidas de seguridad.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES FINALES

El tema que nos interesa y que implica un control estatal del enfermo mental abarca necesariamente 3 ramas del derecho. 1o. El Derecho Constitucional en su aspecto de garantías individuales que como sabemos forman la parte dogmática de la Constitución. 2o. El Derecho Civil en lo relativo al juicio de interdicción. 3o. Y el Derecho Penal en lo relativo a la responsabilidad y al estado peligroso sin delito.

Estas tres ramas del Derecho, necesariamente tendrán que ser tomadas en consideración y relacionadas para poder resolver el problema del enfermo mental peligroso. Se dice como ya hemos visto que hay que juzgar al enfermo mental que haya cometido un delito, pues de otra manera se violarían sus garantías individuales; para poderlo internar aún contra su voluntad. Respecto al enfermo mental peligroso pero que no ha cometido delito alguno, con más razón se piensa que no se le podrá internar, pues sería violatorio de sus garantías individuales, en forma más ostensible; ya que el sujeto no ha cometido ningún delito.

Las garantías de libertad establecidas por los artículos constitucionales 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 24, 25 y 28, son y deben ser respetadas, pues a la humanidad le ha costado muchos siglos y mucha sangre para poder verlas consagradas en los ordenamientos constitucionales, por lo tanto el enfermo mental no debe ver conculcados estos derechos tan importantes para el bienestar y progreso de la humanidad. Pero las garantías de libertad como nos decía el Lic. Luis Capín: "Son las únicas garantías limitadas por sí mismas; todos somos iguales, vimos en la garantía de igualdad; pero en cambio quiero hacer algo, ir de un lugar a otro, tengo que pasar por el campo del vecino. ¿Hasta dónde deben ser limitadas las garantías de libertad? pues están limitadas por la libertad de que deben gozar los demás. Pero además el derecho de los demás implica un bien común, no voy sólo a realizarme a mi mismo, sino que debo ayudar a los demás a realizarse, hay una responsabilidad social. Mi libertad, mi interés de realizarme, de perseguir mis fines que realizar, todo esto es el bien común, el bienestar común, el interés público". (144). -- Con toda razón nos decía el Lic. Capín también que: "El derecho de libertad tiene una importante limitación y es que no se debe usar esta libertad para destruir la misma libertad y las demás garantías". Es pues obvio que la libertad de un sujeto no significa que tenga derecho a molestar, limitar, perjudicar o invadir el derecho de libertad de los demás seres humanos.

En la declaración francesa de los derechos del hombre y del ciudadano, claramente se consigna este criterio de limitación a la libertad, pues en su art. IV dispone: "La libertad consiste en poder hacer todo lo que no dañe a otro. De

aquí que el ejercicio de los derechos naturales del hombre no tenga más límites que los que aseguren a los otros miembros de la sociedad el goce de esos mismos derechos: Estos límites no pueden determinarse mas que por la Ley". (145).

La libertad del sujeto para actuar no es ni puede ser ilimitada, la sociedad tiene también el derecho de defenderse y ambos derechos son igualmente importantes. Ignacio Burgoa se refiere a este problema de la libertad diciéndonos: "La libertad social, traducida en la potestad del sujeto para realizar sus fines vitales mediante el juego de los medios idóneos por él seleccionados, y la cual determina su actuación objetiva, no es absoluta, esto es no está exenta de restricciones o limitaciones . Estas tienen su razón de ser en la vida social misma. En efecto, la convivencia humana sería un caos si no existiera un principio de orden". (146). Más adelante y después de algunas consideraciones pertinentes, llega el Lic. Burgoa a decirnos: "La libertad social u objetiva del hombre se revela como la potestad consistente en realizar trascendentalmente los fines que él mismo se forma por conducto de los medios idóneos que su arbitrio le sugiere, que es en lo que estriba su actuación externa, la cual sólo debe tener las restricciones que establezca la ley en aras de un interés social o estatal o de un privado".

Con esto creo dejar probado que las garantías de libertad deben ser limitadas y más aún si pensamos en el art. 6 Constitucional, en el que se dice claramente que la libertad de manifestar las ideas queda limitada cuando se ataque la moral, los derechos de terceros o se provoque algún delito o perturbe el orden público. El art. 73 Constitucional que señala las facultades del Congreso, nos dice en su —

fracción XVI: "Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República:

1o.- El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2o.- En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3o.- La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4o.- Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor a la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degenera la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan".

Esta fracción XVI señala claramente cómo el interés público debe prevalecer sobre el interés individual. Las disposiciones sobre Salubridad son obligatorias en todo el país. La razón es obvia porque la comodidad del individuo no debe ser obstáculo a la defensa de la salud de toda la población.

Por otra parte, el art. 14 constitucional nos dice: "A ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna.

Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales, previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho".

De acuerdo con este párrafo del art. 14 constitucional, se puede privar de la libertad a un sujeto si se le sigue juicio ante tribunal, previamente establecido y que en este juicio se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y se apliquen leyes expedidas con anterioridad al hecho.

De lo dicho podemos concluir:

1o.- Las Garantías de Libertad del enfermo mental pueden y deben ser limitadas, sin violar por esto la Constitución.

2o.- Para internar a un enfermo mental contra su voluntad, — será necesario seguirle un procedimiento ante un tribunal y cumpliendo las formalidades esenciales del procedimiento.

¿Existe algún juicio, por medio del cual un individuo se vea privado de algunas de sus garantías de libertad? La respuesta es afirmativa, pues existe el juicio de interdicción.

El Código Civil en vigor, en su art. 23 nos dice: "La menor edad, el estado de interdicción y las demás incapacidades establecidas por la ley, son -- restricciones a la personalidad jurídica; pero los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes".

A su vez el art. 450 nos dice: "Tienen incapacidad natural y legal:

I.- Los menores de edad.

II.- Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad, aún cuando tengan intervalos lúcidos.

III.- Los sordo-mudos que no saben leer ni escribir.

IV.- Los ebrios consuetudinarios, y los que habitualmente hacen uso inmoderado de drogas enervantes".

Estos artículos se relacionan con el art. 902, 904, 905 del Código de Procedimientos Civiles en vigor. En estos artículos se estipula que es necesario se declare el estado de incapacidad, esta declaración de estado de demencia puede pedirse, por el cónyuge, por sus presuntos herederos legítimos, por el albacea o por el Ministerio Público. En el art. 904 se establece un juicio sumario que se seguirá entre el peticionario y un tutor interino que para tal objeto designe el juez. En el art. 905 en su fracción II nos dice: "El estado de demencia puede probarse por testigos o documentos, pero en todo caso se requiere la certificación de tres médicos por lo menos, preferentemente alienista, que en la ciudad de México serán del servicio médico legal y en el resto del Distrito y Territorios los que atiendan manicios oficiales. El tutor puede nombrar un médico para que tome parte en la audiencia y se riga su dictamen."

Aunque la ley no lo dice expresamente, hay jurisprudencia de la Suprema Corte en el sentido de que el presunto incapacitado debe ser emplazado. En la Legislación inmediata anterior, se exigía que el presunto incapacitado compareciera en el juicio, esta exigencia correcta y justa debería seguir figurando en la

**Faltan páginas**

**N° 163 y 164**

tuación de su enfermedad no ha cambiado favorablemente, su caso será nuevamente - revisado y se le señalará otro período más, ahora de 2 años para seguir internado en tratamiento y así se seguirá controlando al enfermo hasta su curación.

La acción para pedir el internamiento de un enfermo mental que su médico considera peligroso, deberá dársele exclusivamente al médico psiquiatra, único que puede considerarse como experto en este tipo de enfermo. El médico psiquiatra es un médico general al que se obliga a seguir dos años más de estudios, ya en la especialidad de psiquiatría. Pero no sólo será conveniente que sólo los médicos psiquiatras sean los únicos capacitados para ejercitar la acción de petición de internamiento. Sino que los médicos psiquiatras que deseen tener tal debecho deberán, - previamente solicitarlo y quedar registrados ante la autoridad indicada. El objeto de este registro será que la autoridad, ante la cual lo hagan, pueda convencerse de que estos médicos, sean médicos recibidos en las Universidades reconocidas por la Secretaría de Educación Pública, con cédula profesional y registrados en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Es decir, lo que se pretende es que sean profesionistas de reconocida capacidad e integridad moral. Esta acción de petición de internamiento deberá ser hecha ante una junta o tribunal, compuesta por un jurista y dos médicos psiquiatras. Esta junta deberá ser parte de la Procuraduría del Distrito Federal, por lo tanto, el médico psiquiatra podrá acudir a un Agente del Ministerio Público y éste a su vez presentar la petición ante la mencionada junta. Como la petición la deberá hacer el psiquiatra apoyada en razones técnicas, la junta dictaminará si procede o no, hacer el estudio del enfermo. Si se hace este estudio y el enfermo es declarado

enfermo peligroso, se procederá a internarlo pero al mismo tiempo se deberá instaurar un juicio de interdicción el cual como es lógico lo declarará incapacitado. El enfermo en este caso quedará sujeto como hemos visto a revisiones periódicas de su caso, para que no se dé la situación lamentable de enfermos internados, que olvidados de la suerte, están perdidos dentro de los manicomios sin que ellos sepan por qué, ni nadie se preocupe por su suerte.

Ningún enfermo deberá ser internado, sin que las autoridades indicadas no intervengan, pues las garantías individuales serían violadas respecto a este enfermo. De los estudios que al respecto se han hecho, podemos concluir que la forma preferible para el internamiento del enfermo mental es la voluntaria, es decir, cuando el enfermo acepta internarse; pero como es lógico hay un buen número de enfermos que no quieren que se les interne, y esto con más razón, en los casos de enfermos peligrosos. Cuando el enfermo se niegue a ser internado, habrá que internarlo contra su voluntad, es entonces cuando el sistema que estamos proponiendo será utilizado, como ya dije, para garantizar que las garantías individuales del enfermo no van a ser violadas, es necesario hacerle a cada enfermo un juicio de interdicción. En la ciudad de México hay un solo juzgado popular, es ya actualmente insuficiente para atender el enorme volumen de asuntos que ante él se plantean, es ante este Juzgado Pupilar, donde hay que plantear los juicios de interdicción. Para poder seguirle a todos los enfermos mentales peligrosos, que deban de ser internados contra su voluntad, un juicio de interdicción, lo primero que hay que hacer es crear un nuevo juzgado pupilar. Este segundo juzgado pupilar, deberá dedicarse exclusivamente a jui-

cios de interdicción; el juicio de interdicción, mejor dicho la labor del Juez Pupilar, no deberá terminar con la sentencia que declare la incapacidad del enfermo, sino que este enfermo deberá quedar bajo la custodia del juez pupilar; el caso del enfermo tendrá que ser revisado periódicamente, en estas revisiones deberá intervenir la junta establecida en la procuraduría y el juez pupilar. Si según la opinión de los médicos que están tratando al enfermo, a éste se le debe dar de alta, esta decisión médica, en los casos de enfermos previamente considerados peligrosos, deberá ser turnada a la junta, la cual decidirá si se da de alta al sujeto o no. En los casos en que los psiquiatras sigan considerando que el enfermo no ha mejorado y sigue siendo peligroso, también se informará a dicha junta de tal decisión y si ésta está de acuerdo, en que el enfermo debe seguir internado, se notificará al juez pupilar para que éste señale un nuevo período de internamiento. En esta forma las garantías del sujeto enfermo no quedan violadas; pues en estos trámites el enfermo y sus familiares tendrán oportunidad de alegar lo que les convenga.

En el Derecho Penal es unánime la opinión de que un enfermo mental no es responsable jurídicamente de sus actos, aún cuando estos actos tipifiquen un delito, los enfermos mentales son inimputables, no son culpables y no son responsables de los delitos que pudieran cometer durante su enfermedad. A una persona con el entendimiento y la voluntad viciada no se le puede juzgar; pues lógicamente no entiende por qué y de qué se le acusa, ni la pena que se le pudiera imponer tendría ningún efecto benéfico, sino sería una crueldad inútil. Seguirle un juicio a un enfermo mental es una farsa. El Lic. Ignacio Villalobos nos dice: "Basta leer la declaración

categoría del artículo 80, sobre que los delitos son intencionales o de imprudencia, y recordar las nociones unánimemente admitidas respecto del dolo y de la culpa, para comprender que los actos de un alienado, aún cuando sean típicamente antijurídicos, no constituyen delito por falta del elemento subjetivo de culpabilidad; que todo demente se halla por lo mismo, exento de responsabilidad penal (aún cuando se excluyente sea suprallegal); y que sólo cabe aplicarle medidas de seguridad y no penas". (148).

"Aún las personas no avezadas a estos 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 a un enajenado plenamente, el juez tendrá que despojarse de su serena majestad para sentarse frente a esta clase de reos y simular todas esas diligencias encaminadas a tomarle declaración, carearle con los testigos, exigirle protestas y asumir otras muchas actitudes pintorescas en que parecerá entablar una competencia con la desviación mental del enjuiciado". (149).

Más adelante, el Lic. Villalobos nos pide lo siguiente: "Que se modificara y completara la legislación en beneficio de la claridad; que se reglamentaran los procedimientos con la amplitud necesaria; y, quizá todavía mejor, puesto que uno de los estados peligrosos cierta y científicamente probables, lo constituye la enajenación mental, se expidiera una legislación específica para esta clase de enfermos, en la que, así como actualmente se declara la interdicción para efectos civiles, en el terreno administrativo se pudieran adoptar (a través de los tribunales) las medidas elementales requeridas por la seguridad pública, con la sola comprobación de ese

estado peligroso y sin necesidad de esperar, monstruosamente, a que el enfermo cometa un homicidio o un incendio previsible y se tramite el sainete de un proceso penal, que no lo es, para decretar como "sanciones" tales medidas". (150).

Una vez más como vemos la doctrina penal apoya la necesidad urgente de forjar una legislación adecuada al problema del enfermo mental, en nuestros días.

Ya Ulpiano nos definía la justicia como "La voluntad firme y continuada de dar a cada uno lo suyo. (L. 10, pr., D., de Justit., I, 1: Justitia est -- constans et perpetua voluntas jus suum cuique tribuendi. - Ad I, pr., de Justit., I. - 1.- Cicerón, de Finib., V, 23.,". (151).

De acuerdo con esta definición romana, a cada quien hay que darle lo suyo, de ahí que no se podrá tratar al enfermo mental en la misma forma que se trata a la persona cuerda, pues con ello se cometería una injusticia incalificable contra el enfermo mental. El Lic. Rafael Preciado Hernández, nos da la siguiente definición de justicia: "La justicia es el criterio ético que nos obliga a dar al prójimo lo que se le debe conforme a las exigencias ontológicas de su naturaleza, en orden a su subsistencia y perfeccionamiento individual y social". (152).

En esta definición, con mayor amplitud se nos dice que lo justo es darle al prójimo lo que le corresponde por razón de la naturaleza de su ser, otra vez queda justificado que es injusto tratar al enfermo mental como a los demás individuos. La naturaleza de la justicia, como vemos exige que se trata igualmente a los iguales y desiguales a los desiguales. Nadie se atreverá a sostener que un enajenado mental

es igual a una persona cuerda. Por lo tanto si se quiere ser justo, necesariamente habrá que tratar desigualmente al enfermo mental.

León Duguit con fina agudeza gala nos dice: "Los hombres lejos de ser iguales, son de hecho, esencialmente diferentes los unos de los otros y estas diferencias se agudizan tanto más que las sociedades son más civilizadas. Los hombres deben ser tratados diferentemente porque son diferentes, su estado jurídico no siendo más que la traducción de su situación en relación a sus semejantes, debe ser diferente para cada uno de ellos, porque el papel que juega cada uno con relación a todos, es esencialmente diverso". (153). Si esto es así, con más razón estará justificado tratar al enfermo mental de manera diferente que a los individuos normales."

Creo que con todo lo dicho ha quedado probado que las disposiciones que impongan un trato distinto y aparentemente violatorio de las garantías individuales del enfermo mental, son necesarias, legales, justas y beneficiosas para el enfermo y la sociedad en cuyo seno vive.

En la doctrina se ha aceptado el llamado "estado peligroso sin delito". Esta feliz concepción de la doctrina penal abarca como hemos visto, varios tipos de sujetos, en que unos por razón de su naturaleza orgánica, otros por sus hábitos y costumbres y por otras razones son sujetos en que es muy fácil esperar que cometan delitos aún cuando todavía no los haya cometido. Este es precisamente el caso del enfermo mental peligroso, pues debido al desquiciamiento de su mente, este enfermo con extraordinaria facilidad puede cometer el delito, sin ser responsable de

él. Yo creo que de todos los casos de estados peligrosos sin delito, este es uno de los más patentes y relativamente fácil de controlar; pues si se le da al psiquiatra -- oportunidad de controlar médicamente al enfermo, éste quedará neutralizado e incapacitado para cometer los horribles delitos a que este tipo de enfermedades dan lugar.

Como la misma doctrina lo reconoce, la declaración del estado peligroso sólo debe incumbir a la autoridad judicial, ya que de otra manera son muy fáciles los abusos y la violación de las garantías individuales del sujeto, por eso es absolutamente necesario que un juez determine si un individuo es enfermo mental peligroso y por lo tanto debe ser internado para quedar bajo control médico y judicial hasta su curación.

Dada la importancia de este problema, tanto los tratadistas como los congresos criminológicos, se han avocado su estudio.

El Congreso de Praga en 1930, realizó la distinción entre penas y medidas de seguridad, postulando la individualización del tratamiento penal y de las medidas especiales para diversas categorías de delincuentes.

"Es indispensable completar el sistema de las penas con un sistema de medidas de seguridad, para asegurar la defensa social, ahí donde la pena es inaplicable o insuficiente. La función de las medidas de seguridad es definida en el sentido de que ellas tienden a enmendar al delincuente, a eliminarlo o a suprimir en él la posibilidad de delinquir. Internación de delincuentes alcohólicos y tóxicómanos, mendigos y vagabundos, delincuentes de hábito, etc." (154).

El estado peligroso sin delito como vemos, se combate con las --

medidas de seguridad, como a su vez el delito se combate con la pena.

El Lic. José Angel Ceniceros se refiere al estado peligroso sin delito en los siguientes términos: La teoría del estado peligroso puede enunciarse en los siguientes términos: El individuo por el hecho de vivir en sociedad tiene necesidad de "capacidad" para vivir en ella, de acuerdo con el grado de civilización del grupo de que forma parte.

¿En qué consiste esa capacidad de sociabilidad?

El jurista español Jiménez Escribano contesta: "Todos los individuos en sociedad se encuentran sometidos a la presión de impulsos que los empujan a romper los lazos que limitan su libertad. A esta presión debe oponer el individuo una resistencia que los anule; esta resistencia constituye su capacidad de sociabilidad." (155).

El mismo autor agrega: "En el estado peligroso no existe ya sólo la capacidad de ser autor probable de un delito (temibilidad), sino que existe la tendencia cierta a violar la norma legal.

El estado peligroso puede declararse lo mismo cuando se temen delitos de riesgo general que particular.

En 1910 Liszt, en el Congreso Internacional de Derecho Penal, clasificó como un estado peligroso:

- a) Jóvenes delincuentes.
- b) Por vagancia y alcoholismo.
- c) Enajenados y débiles mentales.
- d) Reincidencia múltiple.

Garraud, clasifica a los delincuentes peligrosos en la siguiente forma:

- a) Los que lo son en razón de su estado mental (locos y semi-locos).
- b) Los que lo son en razón de sus antecedentes judiciales -- (Reincidentes).
- c) Los que lo son en razón de su manera de ser y de vivir (vagabundos, mendigos, souteneurs, bonneteurs, apaches)". - (156).

El hecho de que la opinión pública, vea con muy malos ojos el -- que los abogados defensores aleguen alienación mental, lo que hace suponer que es un mero subterfugio, para que el defendido escape al castigo. Es motivo para que el Lic. Ceniceros nos diga: "Cuando la prensa da la noticia de que un procesado o su defensor han pedido que se lleve a cabo un estudio integral somático-humoral del -- procesado, se aventure la afirmación de que el solo hecho de pedirlo, ya implica que se trata de invocar que el procesado es un enfermo mental, lo que no es verdad, pues la ley imperativamente dispone que se realice ese estudio, aún tratándose de personas sanas que hayan delinquido, y aún del denunciante del delito. (Art. 271 del Código de Procedimientos Penales del Distrito Federal).

La razón de ser de esa disposición, es que el juez necesita al fallar, conocer la personalidad integral del delincuente, para decretar la medida de seguridad en un manicomio o agravar la pena en otros casos". (157).

En su parte conducente, dicho artículo 271 dice: "En todo caso - el funcionario que conozca de un hecho delictuoso, hará que tanto el ofendido como el presunto responsable sean examinados inmediatamente por los médicos legistas, - para que éstos dictaminen con carácter provisional, acerca de su estado psico-fisio\_ lógico".

La ley es pues lógica, ya que exige que el presunto delincuente - sea examinado por los médicos legistas, para dictaminar sobre su estado mental y - consecuentemente aplicar o no el artículo 68 del Código Penal. Desgraciadamente - esto es letra muerta.

Una vez más vamos a citar al Lic. Ceniceros para tener otra opi-- nión más de un connotado tratadista y penalista mexicano sobre el problema que nos interesa: "Las anteriores consideraciones sobre la situación de los alienados en Mé\_ xico, ante el Código Penal, no implican que no sea verdad la vieja afirmación de los especialistas de que debe ser elaborada una legislación especial para alienados que comprenda todos sus variados y complejos problemas.

Enumeraré algunos de ellos, para que se tenga una idea de su im- portancia:

Carencia de leyes y reglamentos que resuelvan cómo prevenir los - actos antisociales de enfermos mentales que no hayan delinquido.

La intervención necesaria de las autoridades administrativas en la internación o externación de enfermos mentales peligrosos que en la actualidad se - lleva a cabo por simple solicitud de los familiares.

Mejorar los procedimientos que deben seguirse para declararse la interdicción legal de los enfermos mentales, que con toda frecuencia carecen de tutor aun los internados en el manicomio.

Más hospitales y más sanatorios.

En cuanto al procedimiento a seguir para aplicar las medidas de seguridad a que se refiere el Código Penal, hay que estudiar como superar la situación actual de un procedimiento ficticio que se sigue a los enfermos mentales, tales como tomarles declaración preparatoria, decretarles formal prisión, etc.

Es mucho lo que hay por hacer en México, ya sea en las leyes civiles, en las penales o en las de trabajo, por lo que se refiere a los enfermos mentales.

Amplio campo para nuestros estudiosos y amplio campo principalmente de acción para nuestras autoridades, con el fin de lograr una eficaz acción tutelar por parte del Estado, en defensa de los intereses de la sociedad en relación con las enfermedades mentales". (158).

Después de esto no es posible pensar en mejor justificación a las medidas que yo propongo.

Lo mejor y en realidad, lo único que se puede hacer con un enfermo mental para beneficio de él y defensa de la sociedad donde vive, es ponerlo bajo control médico, es una perogrullada, pero es verdad que la enfermedad requiere la medicina. Dejar la suerte del enfermo mental en manos de la ignorancia, la indiferencia, la irresponsabilidad y hasta la malevolencia de las personas que lo rodean, es

una injusticia para con el mismo enfermo y para con la sociedad, que se ve seriamente amenazada, con la existencia y el abandono en que se encuentran buen número de enfermos mentales, especialmente los enfermos mentales peligrosos.

Si por medio de medidas adecuadas y con la intervención de las autoridades responsables, el enfermo mental peligroso puede quedar bajo control médico, el problema se habrá resuelto de manera satisfactoria para la curación del enfermo y el cumplimiento de las obligaciones que la misma sociedad tiene con sus miembros débiles y enfermos. Hay pues que actuar y dictar estas medidas adecuadas, ayudando en esta forma aunque sea en forma limitada y pequeña a la solución del grave y enorme problema de la higiene mental en el siglo XX.

## NOTAS

- 1.- "Ten per cent of all Americans have a personal brush with mental disturbance so serious as to require hospitalization. Far greater numbers suffer from lesser degrees of mental illness. To these, and to all thinking citizens, the system of admission to hospitals for the mentally ill is an immediate and pressing problem". Mental Illness and Due Process. Cornell University Press. Ithaca, -- New York, 1962. Pág. V.
- 2.- Lineamientos Elementales de Derecho Penal. Fernando Castellanos Tena. Segunda Edición. Editorial Jurídica Mexicana. México, 1963. Pág. 95. Hay ediciones posteriores de este libro.
- 3.- Psiquiatría. Dr. Kurt Kolle, Editorial Alhambra, S.A. Madrid - Buenos Aires México. Pág. 343.
- 4.- Time Magazine. Número de fecha 22 de Julio de 1966, Pág. 9.
- 5.- Time Magazine. Número de fecha 12 de Agosto de 1966, Pág. 13.
- 6.- Time Magazine. Número de fecha 12 de Agosto de 1966. Pág. 16 y 17.
- 7.- Time Magazine. Número de fecha 18 de Noviembre de 1966. Pág. 19.
- 8.- Higinio Sobera de la Flor. Dictamen técnico sobre la personalidad del delincuente, por los Dres. Alfonso Quiróz Cuarón, Alfonso Millán y José Sol Ca--

sao. Criminalia. Año XX, Enero de 1954. No. 1, Pág. 72 y siguientes, y  
Abril de 1954 Pág. 176 y siguientes.

- 9.- Criminalia. Año XX, Enero de 1954, Pág. 106.
- 10.- Criminalia. Año XX, Enero de 1954, Pág. 94.
- 11.- Criminalia. Año XX, Enero de 1954, Pág. 111.
- 12.- Criminalia. Año XX, Enero de 1954, Pág. 113.
- 13.- Criminalia. Año XX, Abril de 1954, Pág. 199.
- 14.- Criminalia. Año XX, Abril de 1954. Pág. 218.
- 15.- Criminalia. Año XX, Abril de 1954. Pág. 218.
- 16.- Criminalia. Año XX, Abril de 1954. Pág. 224.
- 17.- Criminalia. Año XX, Abril de 1954. Pág. 226.
- 18.- El estado peligroso sin delito. Luis Jiménez de Asúa. El criminalista. Tomo VIII. Topografía Editora Argentina. Buenos Aires, 1948, Pág. 197.
- 19.- El Criminalista. Tomo VIII. Edit. cit. Pág. 199.
- 20.- El proyecto de Ley sobre sujetos peligrosos (vagos, maleantes y temibles). - Luis Jiménez de Asúa. El Criminalista. Tomo IX. Topografía Editora Argentina. Buenos Aires. 1951, Pag. 171.
- 21.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 177.
- 22.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 178.
- 23.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 199 y siguientes.
- 24.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 203.
- 25.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 208.

- 26.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 181.
- 27.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 188.
- 28.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 205.
- 29.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 193.
- 30.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 207.
- 31.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 194.
- 32.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 208.
- 33.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Pág. 209.
- 34.- El Criminalista. Tomo IX, edit. cit. Págs. 209 y 210.
- 35.- Mental Illness and Due Process. Special committee of the association of the -  
Bar of the City of New York and the Cornell Law Scholl. Cornell University -  
Press. Ithaca New York. 1962. Pág. 4.
- "Since the law must remain responsive to changing social needs and conditio-  
nes, the advent of these changes in the conception and treatment of mental ill-  
ness necessitates a review of the legal procedures for admission to and dis---  
charge from mental hospitals.
- 36.- Mental Illness and Due Process. Edit. Cit. Pág. 4 y 5.
- On the basis of skeleton evidence, the judge must decide whether a man or wo-  
man will be "sent away", that is, confined in a state mental institution for an  
initial period of sixty days, which may become six months or six years.
- 37.- Mental Illness and Due Process. Edit. cit. Pág. 9.
- But any procedure for prompt admission of patients to mental hospitals on me-

dical authority alone should be backed up by immediate judicial review.

38.- Mental Illness and Due Process. Edit. cit. Pág. 13.

The basic problem involves the need of the mentally ill for therapy, the protection of their personal freedom, and the interests of the community.

39.- Mental Illness and Due Process. Edit. cit. Pág. 13.

"No person... shall be... deprived of life, liberty or property, without due process of law".

40.- Mental Illness and Due Process. Edit. cit. Pág. 13.

Every person with serious mental illness needs some care and in many cases must go to a hospital, even if he does not want to. Mental Hospitals are not prisons, but they do, by force on body or mind, deprive patients of some freedom.

Rapid, noncompulsory admission to mental hospitals is good for MOST PATIENTS AND HELPS IN ALLOWING EFFECTIVE treatment and early release. When a person must be sent to a mental hospital against his will, he should not be treated like a criminal and be tried and convicted of being sick. Procedures for his admission are only stepping-stones to treatment.

Any person hospitalized against his will is entitled to watchful protection of his rights, because he is a citizen first and a mental patient second".

42.- Mental Illness. Edit. cit. Pág. 16.

There is a necessary balance in the hospitalization procedures between medical considerations and legal ones. Looking back at the principles stated above, we

note that some of them are mainly concerned with promoting therapy, others with protecting civil liberties. This does not suggest that there is a dilemma, or that the demands of one are incompatible with the needs of the other. It does rightly suggest, however, that no process of admission to mental hospital will ever be entirely satisfactory unless it meets certain minimal requirements both of legal rights and therapeutic policies.

This study is mainly aimed at marking out those requirements. On the one hand, this report will suggest that the increased use of voluntary admission has become closely tied up with modern therapy and should be encouraged. The committee proposes the immediate addition of fully informal admission as an advance from present voluntary procedures. On the other hand, the report recognizes that -- both voluntary patients and all patients who are or must be admitted against -- their will should get organized and continuing legal safeguards of their rights. For this purpose the report recommends the establishment of a special agency devoted solely to this function.

43.- Mental Illness and Due Process. Edit. Cit. Pag. 19.

The committee has found that there is a need during the entire stay in a mental hospital for objective and periodic examination of a patient's status and right -- the release.

44.- Mental Illness and Due Process. Edit. cit. Pág. 24.

They will also help to eliminate the fear and stigma that have been and still are associated with commitment and certification.

45.- Mental Illness and Due Process. Edit. Págs. 27 y 28.

Recommendation No. 8 (Renewal of authority to Retain). The judicial authorization for the retention of a patient for care and treatment in a hospital shall be renewed periodically.

Before the expiration of any period of retention, the hospital may apply for renewed authority to retain the patient, and notice of such application shall be served on the patient in the same way as the notice proposed in Recommendation No. 4... After the initial six-month judicial authorization, an order may be made authorizing retention of the patient for an additional year; after the additional year, an order may be made from time to time authorizing retention of the patient for a period not to exceed two years.

46.- Mental Illness and Due Process. Edit. cit. Págs. 29 y 30.

Recommendation No. 10 (Information to Voluntary Patients). It shall be the duty of a state hospital or licensed private institution to inform the voluntary patient in writing at the time of his admission, and thereafter before the expiration of sixty days, thereafter before the expiration of each two-years period, of his status as a voluntary patient.

47.- Mental Illness and Due Process. Edit. Cit. Pág. 37.

"The goal of all admission and review procedures is discharge of the patient and his return to the community as a well and useful citizen".

48.- Mental Illness and Due Process. Edit. Cit. Pág. 38.

"Recommendation No. 17 (Medical Release). The present provisions for release and discharge of patients on the certificate of the director of a state hospital or

the person in charge of a licensed private institution shall be continued".

49.- Mental Illness and Due Process. Edit. Cit. Pág. 38 y 39

"These provisions include (1) the right to a writ of habeas corpus, (2) the right to review of the admission by a judge acting on the verdict of a jury as provided in Section 76 of the Mental Hygiene Law, and (3) judicial review of the decision of a hospital director against release, and provisions allowing release by the Commissioner of Mental Hygiene, pursuant to section 87 of the Mental Hygiene Law".

50.- Mental Illness and Due Process. Edit. Cit. Pág. 46.

"Immediately upon the arrival of any patient at a state mental hospital, licensed private institution, or psychiatric receiving hospital, a medical officer of the institution shall inform the reason for his being there and shall give the patient the opportunity to make a telephone call anywhere within the state".

51.- Mental Illness and Due Process. Edit. cit. Pág. 253.

"Recommendation No. 28 (Place of Examination) the practice concerning examination of defendants on ability to stand trial should be brought into line with the provisions of the law (Code Cr. Proc., 660) so that the place of examination in criminal-order cases will not unnecessarily retard the trend toward open hospitals".

52.- Mental Illness and Due Process. Edit. Cit. Pág. 256.

"The transfer to Dannermora State Hospital from state penal or correctional institutions of male prisoners who are certified to be insane should be on a court order after notice to the prisoner and his nearest relative or friend and and

opportunity for a hearing".

- 53.- "La inimputabilidad del anormal psíquico permanente". Tesis Doctoral. María Antonieta Villarreal. México 1961. Pág. 20.
- 54.- La inimputabilidad del anormal psíquico permanente. Edit. cit. Pág. 20.
- 55.- La inimputabilidad del anormal psíquico permanente. Edit. cit. Pág. 21.
- 56.- La inimputabilidad del anormal psíquico permanente. Edit. cit. Pág. 24.
- 57.- La inimputabilidad del anormal psíquico permanente. Edit. cit. Págs. 25 y 26.
- 58.- La inimputabilidad del anormal psíquico permanente. Edit. cit. Págs. 26 y 27.
- 59.- "Ley Penal Mexicana". Lic. José Angel Ceniceros y Lic. Luis Garrido. Edic. Botas. México 1934. Pags. 69 y 70.
- 60.- Ley Penal Mexicana. Edit. cit. Pág. 155.
- 61.- Ley Penal Mexicana. Edit. cit. Pág. 155.
- 62.- Ley Penal Mexicana. Edit. cit. Pag. 155.
- 63.- Ley Penal Mexicana. Edit. cit. Pág. 156.
- 64.- La Escuela Positiva y su influencia en la Legislación Penal Mexicana. José Angel Ceniceros. Criminalia. Año VII. 1o. de Diciembre de 1940 # 4. Pág. 208.
- 65.- Criminalia año VII. Diciembre de 1940. Pág. 209.
- 66.- Criminalia año VII. Diciembre de 1940. Pág. 209.
- 67.- Criminalia año VII. Diciembre de 1940. Pág. 209.
- 68.- Criminalia año VII. Diciembre de 1940. Pág. 209.
- 69.- Criminología, José Ingenieros. Editorial Hemisferio Buenos Aires, República Argentina. 1953, Pág. 264.

- 70.- Criminología, José Ingenieros. Edit. Cit. Pág. 268.
- 71.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes, Antonio Sabater. Editorial Hispano Europea. Barcelona España. 1962. Pág. 14.
- 72.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 14.
- 73.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 17.
- 74.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 18.
- 75.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 18.
- 76.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 18.
- 77.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 18. y 19.
- 78.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 20.
- 79.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 21 y 22.
- 80.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 22.
- 81.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit, pág. 22.
- 82.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 22.
- 83.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 22 y 23.
- 84.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 23.
- 85.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 23.
- 86.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 24.
- 87.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 25.
- 88.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 25.
- 89.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 25.
- 90.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 25 y 26.
- 91.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 26 y siguientes.

- 92.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 35 y 36.
- 93.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 37.
- 94.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 41.
- 95.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 41.
- 96.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 41 y 42.
- 97.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 42.
- 98.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 49.
- 99.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 49.
- 100.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 50.
- 101.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 57.
- 102.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 57.
- 103.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 58.
- 104.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 58.
- 105.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 59.
- 106.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 59 y 60.
- 107.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 60.
- 108.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. cit. pág. 63 y 64.
- 109.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes, Edit. cit. pág. 123.
- 110.- Derecho Penal Mexicano. Ignacio Villalobos. Editorial Porrúa, S.A. México.  
Págs. 1960.
- 111.- Las causas que excluyen la incriminación. Derecho Mexicano y extranjero. --  
Raúl Carrancá y Trujillo. Impreso por Eduardo Limón. México 1944. Págs. -  
159 y 160.

- 112.- "Ley Penal Mexicana." Lic. José Angel Ceniceros y Lic. Luis Garrido. Edic. Botas. México 1934. Pág. 69 y 70.
- 113.- Derecho Penal Mexicano. Ignacio Villalobos. Edit. Cit. Pág. 404.
- 114.- Legislación Penal Mexicana Comparada. Sugerencias y Jurisprudencia. Parte general. Jalapa-Enríquez. Pág. 327. Sin edit. ni edic.
- 115.- Todos estos artículos están tomados de la Tesis Doctoral "La Inimputabilidad del Anormal Psíquico Permanente". María Antonieta Villarreal. México, 1961. Pág. 143 y siguientes.
- 116.- Las causas que excluyen la incriminación. Derecho Mexicano y extranjero. - Cit. Pág. 150.
- 117.- Las causas que excluyen la incriminación. Derecho Mexicano y extranjero. - Cit. Pág. 150 y 151.
- 118.- Mental Illness and Due Process, edit. cit. pág. 279. "(1) Examination and admission by the hospital; (2) the requirement for periodic renewal of authority for detention; (3); medical discharge; (4) the patient's right to appeal to -- the lay management committee of the hospital for discharge; (5) the power of the nearest relative to order discharge, which becomes effective unless the -- hospital blocks it; and (6) the patient's right of recourse to the Mental Health Review Tribunal, a new body established in each of the fifteen hospital re-- gions".
- 119.- Mental Illness and Due Process. Edit. cit. pág. 282 y 283.
- "Compulsory admission is also medical, based on the application of a relative and on a single medical certificate. In Geneva, in addition, the Department

of Health issues a certificate of admission based on the medical certificate. Discharge is medical, with provision for appeal to the Conseil d'Etat. In -- Geneva, a patient may also apply to the Board of Psychiatric Supervisors -- (Conseil de Surveillance), made up of doctors and judges".

120.- Mental Illness and Due Process, Edit. cit. pág. 283.- "The same day that the patient enters the hospital, the hospital writes to the court informing it - that the patient has arrived. A commission, made up of a judge and a psychia-trist not attached to the part of the hospital where the patient is located, is - required to come to visit the patient at the hospital within three days. In prac-tice, the commission comes every two weeks. Before its visit the judge writes to the relatives of the patient and obtains information on the case. When the - commission arrives at the hospital, the patient is examined, an the psychia-trist proposes to the judge the maximum amount of time that the patient should be detained from one month to one year. If at the end of that time the patient is not well, then his detention can be renewed. Patients have a right of appeal - from the decision of the commission to a court".

121.- Mental Illness and Due Process. Edic. Cit. Pág. 284. "After the patient's admission, a Control Commission, set up for each hospital, consisting of a - doctor, a lawyer (usually the county judge), and a woman visits the hospital, reviews each new admission, and asks the patients whether they have any -- complaints. A patient may apply to the Control Commission for discharge on any of its visits to the hospital".

122.- Mental Illness and Due Process. Edic. Cit. Pág. 284 y 285. "(1) Every -

one has the right to liberty and security of person. No one shall be deprived of his liberty save in the following cases and in accordance with a procedure described by law:

. . . . .

(e) The lawful detention of persons for the prevention of the spreading of infectious diseases, of persons of unsound mind, alcoholics or drug addicts or vagrants.

. . . . .

(4) Everyone who is deprived of his liberty by arrest or detention shall be entitled to take proceedings by which the lawfulness of his detention shall be decided speedily by a court and his release ordered if the detention is not lawful".

123.- Mental Illness and Due Process. Edic. Cit. Pág. 285.- "(1) To increase to four the number of members of the Control Commission in order to permit the inclusion of a representative of business and to require that the lawyer-member be the county judge:

(2) To permit the Control Commission to sit as a court with all the powers of a court, if so requested;

(3) To establish a new appellate court in Oslo for that entire country, this court to be made up of a judge of the highest court of Norway, two persons - with the qualifications of such a judge, and two psychiatrists. Patients would have the right to apply to this court for discharge once every six months, but the matter of detention would be decided on papers and argument, without the

patient's appearance before the court. The Norwegians have rejected as medically undesirable the Danish system, which they examined, whereby patients appear in person for hearings before regular courts of law".

124.- Mental Illness and Due Process. Edic. Cit. Pág. 288. "And its drafters are seeking language to permit compulsory hospitalization of persons who are dangerous to themselves or others or who may be a risk to the health or life of the family. The aim is to find language, which is not too broad, authorizing compulsory hospitalization when the patient is sick, needs treatment, cannot get it in the community, and is an intolerable and destructive force in his family".

125.- Mental Illness and Due Process. Edic. Cit. Pág. 289. "Psychopaths. Lively discussion has centered around England's new provision authorizing compulsory admission for observation of persons with psychopathic personality at any age and compulsory admission for treatment of such persons under the age of twenty-one. This provision stems from the general feeling that if there is any hope of helping these patients it must be while they are young. There is great concern, however, lest these provisions establish a new criminal code for - - psychopaths before they have been convicted of any crime. In view of these - - concerns and the difference of opinion among psychiatrists as to whether these patients should and can be treated in hospitals it is interesting to know that the admission of psychopaths to mental hospital will start slowly in research centers, where the results can be evaluated".

126.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edic. Cit. Pág. 440.

127.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edic. Cit. Pág. 463.

- 128.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. Cit. Pág. 468.
- 129.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. Cit. Pag. 474.
- 130.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. Cit. Pág. 479.
- 131.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. Cit. Pág. 501.
- 132.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. Cit. Pág. 572.
- 133.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. Cit. Pag. 572.
- 134.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. Cit. Pág. 573.
- 135.- Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Edit. Cit. Pág. 575.
- 136.- La inimputabilidad del criminal psíquico permanente. Edit. Cit. Pag. 188.
- 137.- Tratado de Psiquiatría. Henri Ey P. Bernard y Ch. Brisset. Traducción de -  
C. Ruíz Ogara. Toray-Masson, S.A. Barcelona, 1965. Pág. 929.
- 138.- Tratado de Psiquiatría. Edit. Cit. Pág. 929.
- 139.- Tratado de Psiquiatría. Edit. Cit. Pág. 930.
- 140.- Tratado de Psiquiatría. Edit. Cit. Pág. 930.
- 141.- Tratado de Psiquiatría. Edit. Cit. Pág. 930.
- 142.- Tratado de Psiquiatría. Edit. Cit. Pág. 934.
- 143.- Tratado de Psiquiatría. Edit. Cit. Pág. 934 y 935.
- 144.- Apuntes tomados en clase del Sr. Lic. Luis Capín Martínez. Garantías y Am  
paro. México 1965, Pág. 39.
- 145.- Histoire de France et Notions Sommaires D'Histoire Générale. Albert Malet.  
Librairie Hachette, París Buenos Aires. Pág. 57. "Déclaration des droits de  
L'Homme Et Du citoyen. IV. La Liberté consiste á pouvoir faire tout ce qui -  
ne nuit pas á autrui. A insi, l'exercice des droits naturels de Chaque homme,

n'a de bornes que celles qui assourent aux autres membres de la société la -  
jouissance de ces mêmes droits; ces bornes ne peuvent être déterminées que -  
par la loi".

- 146.- Las Garantías Individuales. Tercera Edición. Ignacio Burgoa. Editorial Porrúa, S.A. México, 1961. Pág. 235.
- 147.- Las Garantías Individuales. Edit. Cit. Pag. 236.
- 148.- Derecho Penal Mexicano. Ignacio Villalobos. Editorial Porrúa, S.A. México, 1960. Pág. 404.
- 149.- Derecho Penal Mexicano. Edit. Cit. Pág. 404.
- 150.- Derecho Penal Mexicano. Edit. Cit. Pág. 406.
- 151.- Tratado Elemental de Derecho Romano. Eugéne Patit. Edit. Nacional. México, 1963. Pág. 19.
- 152.- Lecciones de Filosofía del Derecho. Rafael Preciado Hernández. Cuarta Edición. Edit. Jus. México. 1965. Pág. 217.
- 153.- Manuel de Droit Constitutionnel. Leon Duguit. Troisieme Edition. Paris-An\_ cienne Librairie. Fontemoing et Cie. Editeurs. E. de Boccard. Successeur. 1918. Pág. 5.
- "Les hommes, loin d'etre égaux; sont, en fait, essentiellement differents les uns des autres et ces differences s'accusent d'autant plus que les societés - sont plus civilisées. Les hommes doivent etre traites différemment, parce -- qu'ils sont différents; leur état juridique, n'etant que la traduction de leur si\_ tuation par rapport a leurs semblables, doit etre différent pour chacun d'eux, parce que le role que joue chacun a l'egard de tous est essentiellement divers".

- 154.- Derecho Penal y Criminología. José Angel Ceniceros. Edic. "Criminalia". -  
Ediciones Botas. México, D.F. 1954. Pág. 19.
- 155.- Derecho Penal y Criminología. Edit. Cit. Pág. 33.
- 156.- Derecho Penal y Criminología. Edit. Cit. Pág. 35.
- 157.- Derecho Penal y Criminología. Edit. Cit. Pág. 47.
- 158.- Derecho Penal y Criminología. Edit. Cit. Pág. 48 y ^o

## BIBLIOGRAFIA

Mental Illness and Due Process. Special committee of the Association of the Bar of the City of New York and the Cornell Law School. Cornell University Press. Ithaca New York. 1962.

Lineamientos elementales de Derecho Penal. Fernando Castellanos Tena. Segunda Edición. Editorial Jurídica Mexicana. México, 1963.

Psiquiatría. Dr. Kurt Kolle, Editorial Alhambra, S.A. Madrid - Buenos Aires - México.

Higinio Sobera de la Flor. Dictamen técnico sobre la personalidad del delincuente, por los Dres. Alfonso Quiróz Cuarón, Alfonso Millán y José Sol Casao. Criminalia: Año XX. Enero y Abril de 1954.

El Estado Peligroso sin Delito. Luis Jiménez de Asúa. El Criminalista. Tomo VIII. Tipografía Editora Argentina. Buenos Aires. 1948.

El Proyecto de Ley sobre sujetos peligrosos (vagos, maleantes y temibles). Luis Jiménez de Asúa. El Criminalista. Tomo IX. Topografía Editora Argentina. Buenos Aires. 1951.

"La inimputabilidad del anormal psíquico permanente". Tesis Doctoral. María Antonieta Villarreal. México, 1961.

"Ley Penal Mexicana". Lic. José Angel Ceniceros y Lic. Luis Garrido. Edic. Botas. México 1934.

La Escuela Positiva y su influencia en la Legislación Penal Mexicana. José Angel Ceniceros. Criminalia. Año VII. 1o. de Diciembre de 1940.

Criminología. José Ingenieros. Editorial Hemisferio Buenos Aires. República Argentina. 1953.

Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes. Antonio Sabater. - Editorial Hispano Europea. Barcelona España. 1962.

Derecho Penal Mexicano. Ignacio Villalobos. Editorial Porrúa, -- S.A. México 1960.

Las causas que excluyen la incriminación. Derecho Mexicano y extranjero. Raúl Carrancá y Trujillo. Impreso por Eduardo Limón. México 1944.

Legislación penal mexicana comparada. Sugerencias y Jurisprudencia. Celestino Porte Petit. Parte General. Jalapa-Enríquez. Sin edit, ni edic.

Tratado de Psiquiatría Henry Ey P. Bernard y Ch. Brisset. Traducción por C. Ruíz Ogara. Toray-Masson, S.A. Barcelona, 1965.

Apuntes tomados en clase del Sr. Lic. Luis Capín Martínez. Garantías y Amparo. México 1965.

Histoire de France et Notions Sommaires D'Histoire Générale. Albert Malet. Librairie Hachette, París Buenos Aires.

Las Garantías Individuales. Tercera Edición. Ignacio Burgoa. Editorial Porrúa, S.A. México 1961.

Tratado Elemental de Derecho Romano. Eugéne Patit. Edit. Nacio

nal. México 1963.

Lecciones de Filosofía del Derecho. Rafael Preciado Hernández.  
Cuarta Edición. Edit. Jus. México, 1965.

Derecho Penal y Criminología. José Angel Ceniceros. Edit. Crimi-  
nalia. Ediciones Botas. México, D.F., 1954.

El Delincuente y sus Jueces desde el punto de vista Psicoanalítico.  
Franz Alexander y Hugo Staub. Traducido por Wegner Goldschmidt y Víctor Conde.-  
Segunda Edición. Biblioteca Nueva. Madrid. 1961.

Introducción al Estudio del Derecho. Eduardo García Maynez. Octa-  
va Edición. Editorial Porrúa, S.A. México, 1958.

Manuel de Droit Constitutionnel. Leon Duguit. Troisieme Edition.  
Paris-Ancienne Librairie. Fontemoing et Cie. Editeurs. E. de Boccard. Successeur.  
1918.