

UNIVERSIDAD MAYOR SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO



TRABAJO DIRIGIDO

**“CREACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES
PARA ENFERMOS MENTALES SOMETIDOS A
MEDIDAS DESEGURIDAD”**

POSTULANTE:

Sandra Larrea Riveros

TUTOR:

Dr. Abraham Aguirre Romero

La Paz - Bolivia

2010

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	A
AGRADECIMIENTOS.....	B
INTRODUCCION.....	1

CAPITULO I

LA ENFERMEDAD MENTAL

1.1. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL.....	3
1.2. ENFERMEDAD, ENAJENACION, ALIENACION Y TRASTORNO MENTAL.....	4
1.3. BREVE RESEÑA HISTORICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL....	6
1.3.1. Sidmud Freud	8
1.3.1.1. Los comienzos del psicoanálisis	10
1.3.1.2. Reconocimiento internacional	12
1.4. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.....	13
1.4.1. Enfermedades Mentales Orgánicas.....	14
1.4.2. Enfermedades Mentales Funcionales.....	15
1.4.3. Trastornos mentales. Clasificación.....	15
1.4.4. Trastornos de la afectividad.....	17
1.4.5. Trastornos paranoides.....	17
1.4.6. Ansiedad, fobias y obsesiones.....	17
1.4.7. Trastornos de la personalidad.....	18
1.4.8. Trastornos comunes: las Neurosis.....	19
1.4.8.1. Trastorno por ansiedad generalizada.....	19
1.4.8.2. Crisis de angustia.....	20
1.4.8.3.Fobias.....	20
1.4.8.4. Trastorno obsesivo-compulsivo.....	20
1.4.8.5. Trastorno por angustia de separación.....	21

1.4.8.6. Trastorno por estrés postraumático.....	21
1.4.8.7. Personalidad múltiple.....	21
1.4.9. Otros trastornos neuróticos.....	21
1.4.10. Tratamiento de las neurosis.....	22
1.4.11. El trastorno más común: la depresión.....	22
1.5. LAS CATEGORIAS PSIQUIATRICAS Y SU CORRELACION CON LAS JURIDICO PENALES.....	24
1.5.1. Inimputabilidad y Causas de Inimputabilidad.....	25
1.6. LAS MEDIDAD DE SEGURIDAD.....	29
1.6.1. Antecedentes.....	29
1.6.2. Concepto y fundamento.....	29
1.6.3. Naturaleza de las medidas de seguridad.....	31
1.6.4. Diferencias con la pena.....	32
1.6.5. Teorías.....	32
1.6.5.1. Teoría de la identidad.....	32
1.6.5.2. Teoría de la separación o dualista.....	32
1.6.5.3. Teoría ecléctica o intermedia.....	33
1.6.6. Criterio criminológico para su determinación.....	33
1.7. LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL DERECHO PENAL.....	34
1.7.1. Las medidas de seguridad pre- delictuales.....	35
1.7.2. Internamiento en una casa de salud o manicomio, internamiento en colonias agrícolas.....	37
1.8. LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA LEGISLACIÓN PENAL BOLIVIANA.....	37
1.8.1. Referentes históricos – jurídicos.....	37
1.9. TRATAMIENTO JURÍDICO DEL ENFERMO MENTAL.....	38
1.10. SISTEMA Y PENITENCIARIO EN BOLIVIA.....	43

1.10.1. Sistema penitenciario en La Paz.....	44
--	----

CAPITULO II

LA REALIDAD DE LOS ENFERMOS MENTALES INFRACTORES DE LA LEY.

2.1. SENTENCIADOS A PURGAR UNA DOBLE CONDENA.....	49
2.1.1. La realidad de los enfermos mentales en la Cárcel de San Pedro.....	50

CAPITULO III

BASES JURIDICAS PARA LA CREACION DE UN CENTRO ESPECIAL PARA SOMETIDOS A MEDIDAS DE SEGURIDAD CON ENFERMEDAD MENTAL

3.1. Registro del sometido a medidas de seguridad con trastorno mental a su ingreso al centro especial.....	55
3.2. Necesidad de implantar el sistema progresivo en la rehabilitación del sometido a medidas de seguridad con enfermedad mental.....	56
3.3. CENTRO ESPECIAL DESTINADO A ENFERMOS MENTALES INFRACTORES DE LA LEY.....	57
3.4. INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO ESPECIAL PARA SOMETIDOS A MEDIDAS DE SEGURIDAD CON ENFERMEDAD MENTAL.....	58
3.4.1. Condiciones básicas de habitabilidad del establecimiento especial.....	58
3.5. FINANCIAMIENTO Y RECURSOS PARA SU CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO ESPECIAL PARA EL	

SOMETIDO A MEDIDAS DE SEGURIDAD CON ENFERMEDAD MENTALES CON ENFERMEDAD.....	61
3.6. ESTRUCTURA TÉCNICA DEL CENTRO ESPECIAL.....	64
3.6.1. El reclutamiento y formación de personal.....	73
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES.....	76
BIBLIOGRAFIA.....	78
ANEXOS.....	80

DEDICATORIA

A MI ESPOSO RAMIRO OROSCO, POR SU AMOR, COMPRENSIÓN Y SU APOYO INCONDICIONAL EN LA REALIZACIÓN DE MIS SUEÑOS; Y A MIS HIJOS SEBASTIAN Y HUASCAR, POR SER LA LUZ DE MÍ CAMINO.

AGRADECIMIENTOS

SOBRE TODO A DIOS PADRE, POR BENDECIRME POR TODO AQUELLO QUE ME DIO; A MIS PADRES TEÓFILO LARREA Y BENEDICTA RÍVEROS, POR SU AMOR Y APOYO EN CADA INSTANTE DE MI VIDA, A LA FACULTAD DE DERECHO, POR HABERME ACOGIDO DURANTE ESTOS AÑOS DE MI FORMACIÓN PROFESIONAL.

INTRODUCCION

La modernización de la Política Criminal del estado Boliviano se inicia unánime que este tiene su tratamiento es centros adecuados para estos, pero tal conquista no llegó a superar en meros enunciados.

Todo imputado doctrinaria y legítimamente tiene sagrados derechos fuertemente enraizados en la Constitución Política del estado, preceptos constitucionales que visiblemente reconocen, además su consideración de ser humano y lógicamente el respeto como principal misión del Estado de sus derechos inherentes, pero existe una omisión en relación a los sometidos a medidas de seguridad con enfermedad mental la Ley 2298 en su art. 81 es genérico lo que da la posibilidad de su consideración

El tema de sometidos a medidas de seguridad con enfermedad mental no es poco común, en varias oportunidades se ha sido tema de debate público, al hablar de este tema se está hablado de personas que han cometidos delitos leve, graves o muy graves que comúnmente llegarían a la categoría de “delincuentes”, producto más que lógico de su grave enfermedad, que puede ser leve hasta severamente grave. Son múltiples los motivos por los cuales en la mayoría deriva en el problema del trastorno mental, somos responsables como sociedad del tratamiento y recuperación de estas personas en centros adecuados tanto en la infraestructura, recursos necesarios, a pesar de todo esto este tema no ha sido enfrentado con responsabilidad.

Es así como surge una serie de contradicciones sobre cómo enfrentar este problema: el internamiento al interior de hospitales psiquiátricos, reclusión en cárceles comunes con delincuentes en muchos casos altamente peligrosas, en ambas situaciones existe la peligrosidad de sufrir algún tipo de daño. En los hospitales psiquiátricos al tratarse de internos que han infringido la ley su agresividad puede ser incontrolable, corriendo riesgo el personal como los demás internos. Lo mismo ocurre en las cárceles, o peor aún, estas personas al tener un trastorno mental y estar fuera de la realidad y sin tratamiento médico adecuado, su peligrosidad es incrementada en desmedro de ellos y los demás internos, por otra parte son sometidos a verdaderos maltratos y vejámenes por su situación mental por parte de la población carcelaria.

Estos aspectos son tratados en la presente monografía, la misma que se encuentra dividida en tres capítulos. En el primer capítulo abordamos la teoría

de la enfermedad mental, el sistema penitenciario, la inimputabilidad, de las medidas de seguridad y el tratamiento jurídico del enfermo mental en nuestra legislación. El segundo aborda aspectos de la realidad de los enfermos mentales sometidos a medidas de seguridad, o que durante la ejecución adolezcan de un trastorno mental su realidad en la Penitenciaría de San Pedro y en los hospitales Psiquiátricos. Y por último en el tercer capítulo se plantea La Creación de un Centro Especial para sometidos a medidas de seguridad con enfermedad mental.

LA ENFERMEDAD MENTAL

2. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

Una de las materias más importantes de la Psiquiatría, y por ende la Psiquiatría Forense, son las denominadas enfermedades o enajenaciones mentales, su clasificación y la manera como éstas pueden repercutir en el campo del derecho, particularmente en el ámbito de las Ciencias Penales han sido puestas en evidencia de tiempo atrás, generando al presente nutridas disquisiciones doctrinales, con marcada intromisión en las legislaciones vigentes.

Antes de conceptualizar lo que debe entenderse por enfermedad mental, es menester evocar el concepto médico de enfermedad, en ese entendido podemos decir que es “cualquier desviación o alteración de la estructura o la función normales de una parte, órgano o sistema del cuerpo, que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos cuya etiología, anatomía patológica y pronóstico pueden conocerse o ser desconocidos”¹. El paso de lo biológico a lo psíquico acarrea dificultades; pero traspalando al campo de la psiquiatría ésta noción, tenemos que la enfermedad mental es “un proceso morboso del cerebro que transforma las leyes y fenómenos psíquicos en términos que afectan a la personalidad del sujeto que lo padece”², demasiada amplia esta definición, sin embargo tiene el mérito de comprender los fenómenos que afectan al conjunto de la vida psíquica, o por mejor decirlo en la enfermedad mental hay un cambio profundo en el campo de la personalidad del sujeto, pudiendo en alguna de ellas afectarse el pensamiento, la inteligencia, la conciencia y en general una perturbación grave a la razón y a la psiquis de la persona.

Según sostiene Gustavo Labatuf, las antiguas concepciones psiquiátricas hacían consistir la enajenación mental en una alteración de la razón, o sea de la vida intelectual, actualmente, en cambio, se sabe que la enfermedad mental compromete el psiquismo en forma global, y que tanto los

¹ DORLAND. “Diccionario Médico Ilustrado” McGraw-Hill. Interamericana; Madrid-España; Pág.227;2000.

² VIDAL, GUILLERMO. “Salud y Enfermedad”, Editorial El Ateneo; Buenos Aires Argentina; Pág 43;1999.

procesos mentales del consciente como del inconsciente se encuentran interesados en mayor o menor grado, según los casos.

Una revisión bibliográfica sobre el tema nos proporciona el siguiente abanico de definiciones de enfermedad mental:

Así para Eduardo Hamilton, la enfermedad mental consiste en una falta absoluta o relativa de facultades intelectuales, afectivas y volitivas, de carácter más o menos permanente, o un desorden o desequilibrio entre estas facultades³.

Nerio Rojas, citado por Hernán Silva, dice que la enfermedad mental, es un trastorno general y persistente de las funciones intelectuales, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo y que impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, sin provecho para sí mismo ni la sociedad.

Según Osvaldo Tieghi, quien sigue en esta parte el concepto general que de la enfermedad mental tiene Valdés Millar y otros, anota, que se considera a aquella como una conducta, un síndrome psicológico o un patrón clínicamente significativo que aparece en el sujeto, asociado de modo típico a un síntoma perturbador (distress) o deterioro funcional⁴.

3. ENFERMEDAD, ENAJENACION, ALIENACION Y TRASTORNO MENTAL

Delimitado el concepto sobre lo que debe entenderse por enfermedad mental, es menester distinguir entre los conceptos de éste y los de enajenación mental, alienación mental y trastorno mental. Hernán Silva Silva, en su obra "Medicina Legal y Psiquiatría Forense", sostiene que es indiferente hablar de enfermedad o enajenación mental⁵. En una ponencia presentada hace algunos años (SERPA 1985) se sostenía que la expresión trastorno mental tiene un significado distinto según se la use en un sentido médico, más restringido y

³ HAMILTON, Eduardo "Medicina Legal", Facultad de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales, Universidad Católica de Chile; Pág. 232; 1999.

⁴ TIEGHI, Osvaldo. "Tratado de Criminología", Editorial Universidad; Buenos Aires-Argentina; Pág. 231; 1989.

⁵ SILVA, Silva Hernán "Medicina Legal y Psiquiatría Forense", Editorial Universal; Chile; Pág. 57; 1995.

equivalente a enfermedad mental, o en un sentido más amplio y general, el que se le da en el lenguaje ordinario, el trastorno es la perturbación, el desorden o desarreglo de las facultades mentales del sujeto, bien sea causado por factores patológicos permanentes o transitorios, o por circunstancias ajenas a esos factores, la misma es una expresión muy amplia en la que caben las siguientes hipótesis: a) las enfermedades mentales tradicionalmente calificadas como psicosis, sicopatías y neurosis; b) los casos de obnubilación de la conciencia determinados por profundas alteraciones de la esfera emotiva de la personalidad, por ebriedad, por ingestión de sustancias que produzcan dependencia física o psíquica, por enfermedades físicas que generan graves estados febriles o por causas naturales no patológicas.⁶

En cuanto a la locución Alienación Mental, según Jimenez de Asúa y Sanchis Banús, citado por Manuel Michel Huerta en su obra “Enajenación Mental”, ésta expresión significa lo mismo que enajenación, ambos conceptos similares estructuralmente por lo que pueden ser empleados indistintamente; en un criterio similar Francisco Alonso Fernández, sostiene que “enajenación” es sinónimo exacto del término “alienación”⁷, proveniente de la raíz “alius” o “extraño” (extraño de sí y de los demás) y cuyo origen se atribuye a Asclepiades de Bitimia.

Hechas estas aclaraciones, de imperiosa necesidad en una investigación como la presente y a efectos de una mejor comprensión, evocaremos algunos conceptos de lo que se entiende por Enajenación Mental:

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

⁶ REYES Echandia, Alonso. “La Imputabilidad”, Editorial TEMES; Bogota-Colombia; Pág216, 2005.

⁷ ALONSO, Fernández Francisco. “Fundamentos de la Psiquiatría Actual”, Editorial Paz Montalvo Tomo I, Tercera Edición; Madris-España; Paág145; 2000.

persistente de las funciones psíquicas, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo y que impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio, sin provecho para sí mismo ni la sociedad.

Smith, citado por Michel Huerta, apunta que debe entenderse por enajenación mental “la perturbación general y temporalmente estable de las funciones psíquicas, durante la cual el sujeto que la padece no tiene conciencia de su enfermedad”⁸.

3.1. BREVE RESEÑA HISTORICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

A lo largo de la historia y hasta tiempos relativamente recientes, la enfermedad mental era un problema moral, el extremo de la depravación humana o espiritual, casos de maldición o de posesión demoníaca, este período es conocido como la concepción mágico-animista o demonológica propia de las antiguas civilizaciones (India, China, Mesopotamia, Egipto, etc.) donde la mayor parte de las enfermedades y muy especialmente los trastornos psíquicos, se atribuían a la posesión de malos espíritus o a la influencia de la hechicería o la brujería, no se habla en esta primera época de enfermedades sino de enfermedad, la concepción pluralista se habría de imponer después. Sin embargo, se afirma que la primera descripción específica de la enfermedad mental aparece hacia el año 3000 a.C., en el antiguo Egipto; pero se considera a Hipócrates, época grecorromana, (460 – 377 a.C.) como el responsable del concepto de enfermedad psiquiátrica en la ciencia médica; Hipócrates quien demostró tener conocimientos psicológicos, fue prácticamente el padre de la Psiquiatría. Describió la Frenitis (consistía en fiebre y alucinaciones). También habló del delirio violento, denominado hoy manía; de la melancolía y de la locura del embarazo. Dio bases empíricas a la medicina griega; consideraba que la epilepsia, era simplemente una enfermedad natural, le quita a la misma el nombre de enfermedad sagrada desmitificándola. Describió los síntomas de la histeria a la vez que se esfuerza por demostrar su origen uterino. Fundó la teoría de los humores y analizó su influencia en el carácter. Constituye principalísimo mérito de Hipócrates oponerse a las supersticiosas prácticas de adivinos y sacerdotes en el tratamiento de las enfermedades mentales, cuya

⁸ MCHL, Huerta Manuel. “Enajenación Mental, Editorial Tupac Katari; Sucre-Bolivia; Pág. 20;1993.

terapéutica inicia con el empleo empírico del eléboro, la mandrágora, los baños y la sangría . Criticaba que los anormales mentales fueran tratados a base de golpes, grillos y encierro, describe los trastornos mentales agudos con fiebre y sin fiebre, histeria y lo que llamó la enfermedad de los escitas (transvestismo).

Más adelante, Claudio Galeno (138 -201 filósofo y médico romano), reconocido como un auténtico predecesor de los estudios anatómicos; su descripción del cuerpo del hombre es tan perfecta que se creyó por mucho tiempo que había disecado cadáveres humanos, cuando en realidad sólo lo efectuó sobre animales, principalmente monos. Galeno dividió la locura en idiopática y simpática, señala algunas formas clínicas, como la melancolía; sucediendo una regresión del concepto en la Edad Media y comienzos de la Época Moderna, donde nuevamente se entiende que la enfermedad mental no se debe a causas sobrenaturales, si no maléficas.

Ya en el siglo XCI se reconocen la deficiencia mental y la demencia (Platter, 1536 – 1614); no obstante, la idea era que los diferentes síndromes se debían sólo a un proceso patogénico, hasta que se advierte que cada enfermedad responde a una causa específica.

Philippe Pinel (1745 – 1826), creador de la moderna psiquiatría, avanzó al llevar al alienado a la categoría de enfermo, sacándolo de su condición de paria. El primer loco, junto con su colaborador Jean Baptiste Pussin liberado de sus cadenas fue un soldado de apellido Chevigné, encarcelado en La Santé, quien lloraba como un niño al verse tratado como un hombre. Introduce el método experimental en la psiquiatría, es decir, la observación crítica y razonada de los hechos que se repiten, para sacar conclusiones. Libera al demente de las cadenas físicas e intelectuales. Reconoce ciertos tipos clínicas fundamentales: manía demencia e idiotismo; vuelve en esta forma al sistema de clasificación no complejo hipocrático. Se crean con él los primeros asilos o sanatorios psiquiátricos como “La Salpetriere”, el “Hotel–Dieu”, en Francia, como una verdadera cruzada a favor de éstos enfermos. Hacia el siglo XIX, la enfermedad mental es considerada como la manifestación de una patología

física, investigándose el desarrollo de una enfermedad como base de clasificación. Se dista en Francia la primera ley sobre alienados, en 1838.

De la revisión bibliográfica del material especializado se tiene que Emil Kraepelin (1856 – 1926) es quien ingresa a la Psiquiatría contemporánea el estudio de las enfermedades mentales; él sintetizó tres enfoques principales: el clínico descriptivo; el somático y la consideración del curso de la enfermedad. Considerando las enfermedades como entidades nosológicas orgánicas, otorga la posibilidad de clasificarlas en base a su etiología, curso y resultado de ellas. Dentro de un sistema de clasificación incluye por primera los conceptos de “neurosis psicógena y personalidades psicopáticas”.

Cabe a J Prichart (1835), la responsabilidad de haber manifestado por primera vez los trastornos de la personalidad en estas clasificaciones. Por su parte A. Koch (1891), aporta el concepto de “personalidad psicopática”, y finalmente, los conceptos dinámicos de Freud rebasan el concepto de enfermedad mental de tal modo que la lleva a las formas de desviación de la personalidad.

Los especialistas hoy se lanzan a la búsqueda nosográfica de especies morbosas, se trata de describir cuadro y evoluciones típicas dando lugar a la Psiquiatría contemporánea, que debe proporcionar un esquema de diagnóstico y pronóstico, previa observación de los trastornos mentales. Se afirma que todas las clasificaciones actuales sobre las enfermedades mentales giran en una u otra forma en torno a las nueve clasificaciones kraepelinianas. Para otros, los modelos de clasificación no existen. E. Stengel, citado por Henry Ey en su libro “Clasificación y Nosografía en Psiquiatría”, afirma que en esta caso, las últimas clasificaciones, como la de American Psychiatric Association (DSM-III y IV), no deben tomarse como una clasificación, ya que dice: se trata de una mezcla extraordinaria de ítem en número casi indefinido, que se supone está destinado a poner orden en las estadísticas; pero que en realidad constituyen un laberinto más tendiente a falsear que a resolverlos, agrega, que no se debería clasificar géneros y especies sin una idea directriz.

3.2. Sidmud Freud

Nació en Freiberg (actual Příbor, República Checa), el 6 de mayo de 1856 y se educó en la Universidad de Viena.

Aunque su ambición desde niño había sido dedicarse al ejercicio del derecho, Freud se decidió a estudiar medicina justo antes de entrar en la Universidad de Viena en 1873. Inspirado por las investigaciones científicas del poeta alemán Goethe, sintió un vehemente deseo de estudiar ciencias naturales y de resolver alguno de los retos que en aquel momento afrontaban los investigadores de su tiempo.

Ya durante el tercer curso, Freud comenzó a investigar sobre el sistema nervioso central de los invertebrados, en el laboratorio de fisiología que dirigía el médico alemán Ernst Wilhelm von Brücke. Estas investigaciones neurológicas fueron tan absorbentes que Freud descuidó sus obligaciones académicas, permaneciendo en la facultad tres años más de lo habitual antes de obtener su licenciatura en Medicina.

En 1881, después de cumplir un año de servicio militar obligatorio, finalizó su licenciatura. Sin embargo, no quiso abandonar el trabajo experimental y permaneció en la universidad como ayudante en el laboratorio de fisiología. En 1883, presionado por Brücke, abandonó de mala gana la investigación teórica para adquirir alguna experiencia práctica.

Así, Freud estuvo tres años en el Hospital General de Viena, dedicándose sucesivamente a la psiquiatría, la dermatología y los trastornos nerviosos. En 1885, tras su designación como profesor adjunto de Neuropatología en la Universidad de Viena, dejó su trabajo en el hospital. A finales del mismo año, recibiría una beca del gobierno para estudiar en París diecinueve semanas junto al neurólogo Jean Charcot, que a la sazón trabajaba en el tratamiento de ciertos trastornos mentales mediante la hipnosis, en el manicomio de Salpêtrière del que era director. Los estudios de Freud con Charcot, centrados en la histeria, encauzarían definitivamente sus intereses hacia la psicopatología, el estudio científico de los trastornos mentales.

En 1886 Freud se estableció como médico privado en Viena, especializándose en los trastornos nerviosos. Sufrió una fuerte oposición de la clase médica vienesa por su defensa del punto de vista de Charcot sobre la histeria y el uso de la hipnosis, entonces considerados como enfoques poco ortodoxos. El enfrentamiento resultante retrasó la aceptación de sus hallazgos posteriores sobre el origen de las neurosis.

3.2.1. Los comienzos del psicoanálisis

El primer trabajo publicado de Freud sobre psicopatología, *Sobre la afasia*, apareció en 1891; era un estudio de este trastorno neurológico en el que la capacidad para pronunciar palabras o nombrar objetos comunes se pierde como consecuencia de una enfermedad orgánica en el cerebro. Su último trabajo sobre neurología, el artículo, 'Parálisis cerebrales infantiles', fue escrito para una enciclopedia en 1897 sólo por la insistencia del editor, porque en aquel momento Freud estaba más ocupado en las explicaciones psicológicas de las enfermedades mentales que en las fisiológicas. Sus trabajos posteriores se inscriben enteramente en ese terreno, que él mismo había bautizado como psicoanálisis en 1896.

Esta nueva orientación de Freud se dio a conocer por vez primera en su trabajo *Estudios sobre la histeria* (1893), elaborado en colaboración con el médico vienés Josef Breuer, que dos años después se publicaría con mayor extensión. Se consideraban los síntomas de la histeria como manifestaciones de energía emocional no descargada, asociada con traumas psíquicos olvidados. El procedimiento terapéutico consistía en sumir al paciente en un estado hipnótico, para forzarle a recordar y revivir la experiencia traumática origen del trastorno, con lo que se descargarían por catarsis las emociones causantes de los síntomas. La publicación de esta obra marcó el comienzo de la teoría psicoanalítica, formulada sobre la base de las observaciones clínicas.

Durante el periodo de 1895 a 1900, Freud desarrolló muchos de los conceptos posteriormente incorporados tanto a la práctica como a la doctrina psicoanalítica. Poco después de la publicación de los estudios sobre la histeria, Freud abandonó el uso de la hipnosis como procedimiento catártico, para

reemplazarlo por la investigación del curso espontáneo de pensamientos del paciente —llamado asociación libre—, como método idóneo para comprender los procesos mentales inconscientes que están en la raíz de los trastornos neuróticos.

En sus observaciones clínicas, Freud halló evidencias de los mecanismos mentales de la represión y la resistencia, describiendo la primera como un mecanismo inconsciente que hace inaccesible a la mente consciente el recuerdo de hechos dolorosos o traumáticos; y la segunda como la defensa inconsciente contra la accesibilidad a la consciencia de las experiencias reprimidas, para evitar la ansiedad que de ella se deriva.

Freud propuso seguir el curso de los procesos inconscientes, usando las asociaciones libres del paciente como guía para interpretar los sueños y los lapsus en el lenguaje (además de chistes, actos fallidos, etc). Mediante el análisis de los sueños llegó a sus teorías sobre la sexualidad infantil y el complejo de Edipo, que explicaría el apego del niño al progenitor del sexo contrario, junto con los sentimientos hostiles hacia el del propio sexo (considerado —en principio— un rival). Estos planteamientos, que hacían hincapié en la base biológica del comportamiento humano —particularmente el sexo y la agresividad—, fueron muy controvertidos.

En estos años, desarrolló también la teoría de la transferencia, proceso por el que las actitudes emocionales, establecidas originalmente hacia las figuras de los padres durante la infancia, son transferidas en la vida adulta a otros personajes (maestros, autoridades, jefes, el propio psicoanalista, etc). El final de este periodo viene marcado por la aparición de su obra más importante, *La interpretación de los sueños* (1900 primera edición, que posteriormente el mismo Freud ampliaría). En ella analiza (además de algunos sueños de sus pacientes, amigos, hijos, e incluso de personajes famosos) muchos de sus propios sueños, registrados durante tres años de autoanálisis iniciados en 1897. Este trabajo expone todos los conceptos fundamentales en que se asientan la teoría y la técnica psicoanalítica.

En 1902 Freud fue nombrado profesor titular de la Universidad de Viena. Este honor no era, sin embargo, debido al reconocimiento de sus aportaciones, sino como resultado de los esfuerzos de un paciente con influencias. El mundo médico todavía contemplaba su trabajo con hostilidad, y sus siguientes escritos, *Psicopatología de la vida cotidiana* (1904) y *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905), no hicieron más que aumentar este antagonismo. Como consecuencia, Freud continuó trabajando virtualmente solo, en lo que él mismo denominó "una espléndida soledad".

Sin embargo, hacia 1906, Freud contaba ya con un reducido número de alumnos y seguidores destacando los psiquiatras austriacos William Stekel y Alfred Adler, el psicólogo austriaco Otto Rank, el psiquiatra estadounidense Abraham Brill, y los psiquiatras suizos Eugen Bleuler y Carl Jung, además del húngaro Sándor Ferenczi, que se unió al grupo en 1908.

2.1.2.3. Reconocimiento internacional

El creciente reconocimiento del movimiento psicoanalítico hizo posible crear en 1910 una organización de ámbito mundial denominada Asociación Psicoanalítica Internacional. Mientras el movimiento se extendía, ganando adeptos en Europa y Estados Unidos, Freud estaba preocupado por las disensiones aparecidas entre los componentes de su círculo original, sobre todo las de Adler y Jung, cada uno de los cuales desarrolló una base teórica diferente en desacuerdo con la tesis de Freud sobre el origen sexual de las neurosis. Freud se enfrentó a estas posturas desarrollando sus conceptos básicos y sus puntos de vista en publicaciones y conferencias.

Tras el comienzo de la I Guerra Mundial, Freud abandonó casi la observación clínica y se concentró en la aplicación de sus teorías a la interpretación psicoanalítica de fenómenos sociales, como la religión, la mitología, el arte, la literatura, el orden social o la propia guerra. En 1923 se le detectó un cáncer en la mandíbula que precisó de un tratamiento constante y doloroso, por el que tuvo que someterse a varias operaciones quirúrgicas. A pesar de estos sufrimientos, continuó su actividad durante los dieciséis años siguientes, escribiendo principalmente sobre asuntos filosóficos o culturales.

Cuando los nazis ocuparon Austria, en 1938, Freud se trasladó con su familia a Londres, donde falleció el 23 de septiembre de 1939.

La principal contribución de Freud fue la creación de un enfoque radicalmente nuevo en la comprensión de la personalidad humana, al demostrar la existencia y poder de lo inconsciente. Además, fundó una nueva disciplina médica y formuló procedimientos terapéuticos básicos que, más o menos modificados aún se aplican, en el tratamiento mediante psicoterapia de las neurosis (y, parcialmente, de las psicosis). Aunque nunca conoció en vida un reconocimiento unánime, y ha sido a menudo cuestionado desde entonces, Freud es indudablemente uno de los grandes pensadores del mundo contemporáneo.

Entre otros de sus trabajos habría que destacar *Tótem y Tabú* (1913), *Más allá del principio del placer* (1920), *Psicología de masas* (1920), *El yo y el ello* (1923), *El malestar en la cultura* (1930), *El porvenir de una ilusión* (1927), *Introducción al psicoanálisis* (1933), y *Moisés y el monoteísmo* (1939).

4. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Nunca dejó de constituir tarea compleja para la Psiquiatría la clasificación, agrupamiento o codificación de las enfermedades mentales, ya que existen criterios diferentes para ello, a esto debe agregarse que no se conocen muy bien sus causas; lo que no es un problema de reciente data, ya que desde tiempos inmemoriales filósofos, psicólogos, biólogos y alienistas pretendieron relacionar cada forma de perturbación psíquica con determinada causa.

Esta evolución histórica de la enfermedad mental, así como su clasificación constituyen, así no se encuentre escrito en ningún libro especializado, una faceta de un campo más vasto: la historia de la cultura, las consideraciones generales sobre la enfermedad mental no pueden dejar de reflejar las notas esenciales que caracterizaban la mentalidad y la civilización de cada período histórico. Las ideas sobre ésta entidad es, en cada época, manifestación de las correspondiente urdimbre de creencias, es decir, de aquella trama fundamental

de evidencias dadas por supuestas sobre la cual se asientan las ideas de una época. En ese marco de referencia, se tiene que antiguamente “se diferenciaron la epilepsia, el delirio, la oligofrenia y la histeria, por tener características o manifestaciones distintas⁹”. En el largo período de la Edad Media hubo un retroceso o ninguna novedad. Posteriormente Pinel, por el año 1801, hace una importante clasificación la más conocida e importante fue la de Emil Kraepelin, el gran psiquiatra alemán.

La clasificación de las enfermedades mentales es todavía inexacta y varía según las escuelas y doctrinas psicopatológicas, apartándonos de la controversia que hoy día existe, debemos señalar las que proporcionan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la otra es la DSM, esto es, Diagnostic and Statistital Manual of Mental Disorder. Está última para algunos es la más completa. El instrumento proporcionado la OMS, es la clasificación Internacional, CIE, en sus versiones novena y décima.

No puntualizaremos sobre los instrumentos a los que hicimos alusión en cuanto a las clasificaciones; porque a los fines del presente trabajo preferimos hablar de una clasificación de las enfermedades mentales, atendiendo a su etiología, en este sentido podemos referirnos a dos grupos: 1) Orgánicas y 2) Funcionales.

4.1. Enfermedades Mentales Orgánicas

Como su nombre lo indica, son aquellas que resultan directamente de una lesión cerebral, o sea dependen de una lesión estructural evidenciable en el Sistema Nervioso Central, dicha lesión puede ser reversible (aguda) o irreparable e irreversible (crónica); pero que de cualquier manera provocarán una alteración notable de la estructura del Sistema Nervioso Central, es decir, del encéfalo como víscera, la participación del cerebro es primigenia. Son las más médicas de las enfermedades psiquiátricas.

⁹ SILVA Silva Hernán. Op, Cit. ; Pág. 45.

Las causas de estas alteraciones en el Sistema Nervioso Central son variada y pueden citarse infecciones, efecto de sustancias neurotóxicas, falta de oxígeno, tumores, traumatismos y otras. Las alteraciones estructurales que provocarán y la traducción de estas a la vida psíquica del enfermo dependerán de la intensidad y duración de su acción, del lugar o lugares que afecten y de la tolerancia o debilidad propia de Sistema Nervioso Central.

4.2. Enfermedades Mentales Funcionales

En las funcionales existe un trastorno psicopatológico, incluso este sigue patrones característicos; pero el Sistema Nervioso Central del enfermo no muestra signos evidentes de cambios morfológicos. Según sostiene Roberto Solorzano Niño, en su obra “Psiquiatría Clínica y Forense” en este segundo grupo no se encuentra un substrato histopatológico cerebral, no hay una lesión orgánica. Se supone que la enfermedad es constitucional, propia de la naturaleza del individuo, posiblemente defectuosa por una anomalía genética. En estas entidades endógenas intervienen factores tales como la edad, sexo, raza, constitución y la herencia. Dentro de estos se ubican trastornos de distinto grado de gravedad, algunos como la esquizofrenia, la psicosis maniacodepresiva, la paranoia y otras psicosis. Estos trastornos igualmente pueden ser de presencia clínica continua o aparecer por crisis o brotes o manifestarse durante un período para desaparecer después.

4.3. Trastornos mentales. Clasificación.

Son afecciones o síndromes psíquicos y comportamentales, radicalmente opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y al comportamiento social adaptativo. Se han descrito a través de la historia y en todas las culturas, pese a la vaguedad y dificultades de definición de este tipo de trastornos.

A lo largo de la historia, y hasta tiempos relativamente recientes, la locura no se consideraba enfermedad, sino un problema moral —el extremo de la depravación humana—, o espiritual —casos de maldición o de posesión

demoníaca—. Después de unos tímidos inicios, a comienzos de los siglos XVI y XVII, la psiquiatría empezó a ser una ciencia respetable en 1790, cuando el médico parisino Philippe Pinel decidió quitar las cadenas a los enfermos mentales, introdujo una perspectiva psicológica y comenzó a hacer estudios clínicos objetivos. A partir de entonces, y desde el trabajo en manicomios, se definirían los principales tipos de enfermedad mental y sus formas de tratamiento.

La división de los trastornos mentales en clases es todavía inexacta, y las clasificaciones varían según las escuelas y doctrinas psicopatológicas. Para uniformar criterios, la Organización Mundial de la Salud (OMS), creó la DSM, clasificación de los trastornos mentales universal, que ha conocido hasta la fecha varias versiones.

La mayoría de los sistemas de clasificación reconocen los trastornos infantiles, (como el retraso mental) como categorías separadas de los trastornos adultos. También la mayoría trata de distinguir entre trastornos orgánicos, los más graves provocados por una clara causa somática, fisiológica, relacionada con una lesión o una anomalía congénita estructural en el cerebro, y trastornos no orgánicos, a veces también denominados funcionales, considerados más leves.

En parte, desde esta distinción en función de la gravedad y de la base orgánica, se diferencian los trastornos psicóticos de los neuróticos. De forma general, psicótico significa un estado en el que el paciente ha perdido el contacto con la realidad, mientras que neurótico se refiere a un estado de malestar y ansiedad, pero sin llegar a perder contacto con la realidad. En su extremo, como formuló Sigmund Freud, el fundador del psicoanálisis, todos somos "buenos neuróticos", en tanto que los casos de psicosis son contados. Los más comunes son: la esquizofrenia, la mayor parte de los trastornos neurológico/os y cerebrales (demencias), y las formas extremas de la depresión (como la psicosis maniaco-depresiva). Entre las neurosis, las más típicas son las fobias, la histeria, los trastornos obsesivo-compulsivos, la hipocondría (miedo patológico a la enfermedad y la muerte), y en general todos aquellos

que generan una alta dosis de ansiedad sin que haya desconexión con la realidad.

La esquizofrenia es un concepto que abarca un grupo de trastornos graves, que normalmente se inician en la adolescencia. Los síntomas son agudas perturbaciones del pensamiento, la percepción y la emoción, que afectan a las relaciones con los demás, con un sentimiento perturbado de uno mismo y una pérdida del sentido de la realidad que deteriora la adaptación social de quien la sufre. La idea de mente dividida implícita en la palabra esquizofrenia se refiere a la disociación entre las emociones y la cognición, y no, como vulgarmente se supone a menudo, a una división en la personalidad, que más bien tiene que ver con otro tipo de trastornos como la personalidad múltiple que en la clasificación kraepeliniana sobre los trastornos se llamaban psicopatías.

4.3.1. Trastornos de la afectividad

Son aquellos en los que el síntoma predominante es una alteración del estado de ánimo. El más típico, la depresión, se caracteriza por la tristeza, el sentimiento de culpa, la desesperanza y la sensación de inutilidad personal. Su opuesta, la manía, se caracteriza por un ánimo exaltado, expansivo, megalomaniaco y también cambiante e irritable, que se alterna casi siempre con el estado depresivo.

4.3.2. Trastornos paranoides

Su síntoma principal son las ideas delirantes (creencia falsa, firmemente asentada y resistente por ello a la crítica), y las más típicas son las de persecución (se considera víctima de una conspiración), las de grandeza (el sujeto se cree de ascendencia noble, principesca, santa, genial, e incluso divina), o las celotípicas (celos desmedidos). En cualquier caso, la personalidad paranoide es defensiva, rígida, desconfiada, egocéntrica, por lo que se aísla, y puede llegar a ser violentamente asocial. Este trastorno normalmente suele iniciarse en la mitad o el final de la vida, destruyendo las relaciones sociales, sobre todo las de pareja.

4.3.3. Ansiedad, fobias y obsesiones

La ansiedad es el síntoma predominante en dos casos: los desórdenes que suponen pánico ante situaciones concretas, y los trastornos ansiosos generalizados.

En las fobias y las neurosis obsesivo-compulsivas, el pánico aparece cuando el individuo intenta dominar otros síntomas: el miedo irracional, desmedido, a una situación, objeto, o animal concretos que altera su vida cotidiana. Entre las más perturbadoras está la **agorafobia** (el miedo a los espacios abiertos) la **claustrofobia** (el miedo a los espacios muy cerrados), tras el que en realidad se oculta un miedo desmedido a la muerte y al propio ataque de pánico que se pueda experimentar en esas situaciones, y que hace a los que la sufren incapaces de salir de su casa.

Por otro lado, las **obsesiones**, otras neurosis cada vez más frecuentes (frente a la histeria, que ha ido disminuyendo su frecuencia), consisten en pensamientos, imágenes, impulsos o ideas repetitivas y sin sentido para la persona, que se ve sin embargo sometida a ellos. Por último, la compulsión es la tendencia irrefrenable a repetir mecánicamente comportamientos inútiles, rituales de comprobación o de previsión (lavarse las manos más de treinta veces al día, por ejemplo, o revisar una y otra vez la llave de paso del gas, o las joyas guardadas).

4.3.4. Trastornos de la personalidad

A diferencia de lo episódico de los trastornos neuróticos e incluso de algunos psicóticos, los trastornos de la personalidad duran toda la vida, pues hacen que determinados rasgos de la personalidad del enfermo sean tan rígidos e inadaptados que llegan a causar problemas laborales y sociales, daños a uno mismo, y probablemente a los demás.

La personalidad **paranoide** se caracteriza por ser suspicaz y desconfiada. La **esquizoide** ha perdido la capacidad e incluso el deseo de amar o de establecer relaciones personales, mientras que la **esquizotípica** se caracteriza por el pensamiento, el habla, la percepción y el comportamiento

extraños. Las personalidades **histriónicas** se caracterizan por la teatralidad de su comportamiento y de su expresión, relacionadas en parte con el siguiente tipo, la personalidad **narcicista**, que demanda la admiración y la atención constante de los demás.

Las personalidades **antisociales** (antes conocidas como **psicopatías**), se caracterizan por tener un comportamiento irresponsable y nocivo para los demás. Los borderline son inestables en su autoimagen, estado de ánimo y comportamiento para con los demás, y los evitadores son hipersensibles al posible rechazo, la humillación o la vergüenza. La personalidad dependiente es pasiva hasta el punto de ser incapaz de tomar una decisión propia, forzando a los demás a tomar las decisiones. Los **compulsivos** son perfeccionistas hasta el extremo, e incapaces de manifestar sus afectos. Por último, los **pasivos-agresivos** se caracterizan por resistirse a las exigencias de los demás a través de maniobras indirectas, como la dilación o la holgazanería.

3.3.5. Trastornos comunes: las Neurosis

Neurosis, o psiconeurosis son términos que describen una variedad de trastornos psicológicos que originalmente parecieron tener su origen en algún problema neurológico, pero a los que hoy en día se atribuye un origen psíquico, emocional o psicosocial. Su característica principal es la ansiedad, personalmente dolorosa y origen de un comportamiento inadaptado. Sin embargo, las neurosis por lo general no son tan graves como para aislar al que las padece de una vida social normal, a diferencia de lo que ocurre con las psicosis, que habitualmente requieren hospitalización.

Hoy en día, estos términos ya no son clasificaciones clínicas, porque ahora cada una se define desde sus propios síntomas, y en el DSM (Manual de Clasificación de las Enfermedades Mentales de la OMS, Organización Mundial de la Salud), publicado en 1987, no se incluyen las neurosis como tales, aunque se describen las enfermedades que antes englobaba este término. Son las siguientes:

3.3.5.1. Trastorno por ansiedad generalizada.

También conocida como ansiedad libre flotante, es una condición constante de displacer y de sentimientos aprensivos, que supone una sobrerreacción al estrés normal, leve, que no afectaría a una persona equilibrada.

3.3.5.2. Crisis de angustia.

Se caracteriza por los ataques de pánico que también se dan en el trastorno anterior y que son episodios de aprensión aguda, imposible de sobrellevar, acompañados de síntomas físicos como palpitaciones cardíacas, transpiración copiosa, respiración entrecortada, temblores musculares, náuseas y desmayos. Una persona que sufre un ataque de angustia se siente como si se fuera a morir.

3.3.5.5. Fobias.

Consisten en una respuesta de miedo desmedido ante un estímulo (por ejemplo, una serpiente), o ante situaciones que normalmente no se consideran peligrosas (por ejemplo, viajar en el metro). Para diagnosticarse como una fobia, el pánico debe ser lo suficientemente intenso y constante como para que interfiera en la vida normal del sujeto. La reacción emocional varía desde el mero disgusto al pánico. Normalmente, el fóbico se da cuenta de que su miedo es irracional, pero es incapaz de controlarse. La fobia simple es el rechazo a un objeto particular, por ejemplo a las arañas, y se pueden tener varias fobias simples. Las fobias sociales son las referidas a situaciones sociales, en las que, por ejemplo, la persona que las sufre se convence de que tartamudeará si tiene que hablar a un extraño, aunque no le suceda ni le haya sucedido nunca. La agorafobia (del griego *ágora*, plaza pública o mercado), que se manifiesta como miedo ante los lugares desconocidos, es seguramente la fobia más incapacitadora, ya que lleva en los casos más severos a hacer que el sujeto no se atreva a salir de su casa, y a que genere una fobia de segundo orden a su propio ataque de pánico, cuya posibilidad de ocurrir le aterroriza.

3.3.5.6. Trastorno obsesivo-compulsivo.

Este trastorno consiste en la persistente intrusión de pensamientos o impulsos desagradables en la conciencia del sujeto, y en las urgencias irresistibles (compulsiones) a desarrollar acciones o rituales para reducir la ansiedad consiguiente. Ambas características se suelen dar juntas en este trastorno. Por ejemplo, una persona obsesionada con la idea de que su casa puede ser saqueada y su familia atacada, comprobará reiteradamente que todas las ventanas y las puertas están cerradas, pudiendo llegar a hacerlo cientos de veces al día. Otro caso típico es el de las personas que tienen la compulsión de lavarse las manos.

3.3.5.7. Trastorno por angustia de separación.

Ocurre durante la infancia y consiste en un miedo irracional a estar separado de los padres. A menudo los adultos agorafóbicos han sufrido la angustia de separación cuando eran niños.

3.3.5.8. Trastorno por estrés postraumático.

Este término se acuñó después de la guerra del Vietnam para describir los síntomas psicopatológicos experimentados por los veteranos de guerra cuando volvían a su hogar. En la I Guerra Mundial se llamó neurosis de guerra, y en la II Guerra Mundial, fatiga del combate. Pero este trastorno no es exclusivo de las guerras, ya que puede aparecer después de cualquier tipo de desastre, como un accidente aéreo o una catástrofe natural (inundación, terremoto, etc.) Los síntomas consisten en revivir los sucesos traumáticos, sufrir desarreglos del sueño, como pesadillas e insomnio, padecer ansiedad, distanciarse de los entornos normales, y perder en general el interés por las actividades que se realizaban antes del desastre.

3.3.5.9. Personalidad múltiple.

Se trata de un trastorno extremadamente infrecuente en el que más de una personalidad coexiste en el mismo individuo. A menudo, una de las personalidades es inconsciente de lo que ocurre mientras la otra domina, por lo que aparecen periodos de amnesia. Este trastorno sigue a una experiencia infantil extremadamente traumática.

4.4. Otros trastornos neuróticos

Además de la depresión neurótica y otros trastornos ansiosos, hay diversas situaciones que tradicionalmente se han considerado neuróticas, como la histeria, las reacciones de conversión (de un conflicto psíquico a una enfermedad orgánica irreal), la hipocondría y los trastornos disociativos.

Los llamados trastornos psicósomáticos se caracterizan por la aparición de síntomas físicos sin que concurren causas físicas aparentes. En la histeria, las quejas se presentan dramáticamente, de forma teatral y se inician, por lo general en la adolescencia, para continuar durante la vida adulta. Es un trastorno que se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, y en su extremo —la histeria de conversión— aparecen parálisis que imitan trastornos neurológicos, de modo similar a como en el dolor psicogénico no se encuentra causa física aparente del dolor. Por último, en la hipocondría el síntoma dominante es el miedo irracional a la enfermedad.

Entre las formas de trastorno mental comprendidas entre las disociativas están la amnesia psicológica y la personalidad múltiple (antaoño conocida como histeria de la personalidad alternante), una extraña enfermedad en la que el paciente comparte dos o más personalidades distintas, alternando el predominio de una o de otra (es el caso en el que se basa la obra de Robert Louis Stevenson Dr. Jekyll y Mister Hyde y la película de Alfred Hitchcock, Psicosis).

4.5. Tratamiento de las neurosis

La mayoría de las neurosis se tratan mediante el psicoanálisis u otras formas de psicoterapia dinámica. También las trata con bastante éxito la modificación de conducta (especialmente en el caso de las fobias y los trastornos obsesivo-compulsivos). En este tipo de trastornos, la medicación suele ser sólo un medio complementario para reducir los niveles de ansiedad, como la relajación o la hipnosis. Muchas de las neurosis responden bien al tratamiento, y sus efectos perturbadores sobre el sujeto se logran atenuar en gran medida.

4.6. El trastorno más común: la depresión

Estar triste y apático, verlo todo de color negro, no poder dormir o perder peso son algunos de los estados que pueden delatar una depresión. Sufrirla en situaciones como la pérdida de un ser querido o una enfermedad puede ser normal, pero si la depresión es muy intensa o prolongada en el tiempo, o no responde a una causa aparente, es necesario tratarla. Y para ello resulta imprescindible acudir al psiquiatra.

Al igual que la alegría o el miedo, la depresión es una reacción normal e inevitable en determinadas situaciones, por ejemplo, ante una pérdida importante -ya sea de un ser querido, una posesión o una posición- o acompañando a numerosas patologías. Pero la depresión también puede ser en sí una enfermedad y ese sería el caso en el que no hubiera una causa razonable para padecerla o, si la hubiese, la depresión fuera demasiado intensa, de tal forma que impidiera desarrollar una vida normal, o demasiado prolongada en el tiempo.

La tristeza, y con ella la apatía o el desánimo, es el síntoma más visible de la depresión, pero no es el único. Las personas deprimidas suelen tener también alteraciones del pensamiento, de forma que valoran negativamente sus capacidades o su responsabilidad en los acontecimientos y lo ven todo -su futuro, sus relaciones personales- de color negro. Esta es una razón por la que muchos depresivos adoptan una conducta autodestructiva e intentan suicidarse, toman drogas o caen en la bebida o el juego.

Por otro lado, la depresión origina, además de ansiedad en muchas ocasiones, alteraciones en el funcionamiento del organismo: se pierde sueño y peso o, por el contrario y en menor medida, se duerme demasiado o se engorda; se produce una continua sensación de cansancio; son frecuentes los dolores de espalda o de estómago; y se pierde también el interés sexual y la capacidad para adaptarse a las situaciones de estrés. Además, la depresión afecta al sistema inmunológico, con lo que hay una mayor predisposición a contraer enfermedades.

Pero, ¿cuál es el origen de la depresión? Según los expertos, no se puede hablar de una causa, sino de muchas. En principio, la depresión significa que algo funciona mal en el cerebro, es decir, que hay un problema en los mecanismos de neurotransmisión cerebral, en la conexión de unas neuronas con otras. Esto provoca la disminución de catecolaminas y serotoninas, sustancias que segregan las neuronas y que intervienen, entre otras cosas, en la adaptación de la persona al estrés y en la regulación de los estados afectivos. Esta situación se puede producir por múltiples motivos, pero un factor importante es el propio organismo del paciente y el grado de estrés al que esté sujeto. Hay personas que, por un **déficit de neurotransmisores**, con muy poca presión ya desarrollan una depresión y en otros casos los enfermos son más resistentes y llegan a la depresión cuando el estrés es muy intenso y largo y acaba agotando la capacidad del cerebro para reaccionar.

5. LAS CATEGORIAS PSIQUIATRICAS Y SU CORRELACION CON LAS JURIDICO PENALES.

Carlos V. Gutierrez Ferreira, en su libro "Psiquiatría Forense", ilustra la marcada diferencia que existe entre la labor del psiquiatra y el jurista (magistrado o abogado); el primero, sostiene, dirige su labor al diagnóstico y tratamiento de individuos que presentan desordenes mentales o emocionales, en tanto que el jurista trabaja con individuos; pero a través de la aplicación de las leyes o normas vigentes. El psiquiatra busca la salud mental individual como meta suprema; el jurista, en su posición de magistrado, busca la recta administración de justicia, para lo cual debe tener en cuenta los factores individuales psicológicamente anómalos que intervienen en los actos o conductas humanas. Ya en un nivel de mayor profundidad, se trata de los agravantes o atenuantes individuales que suelen gravitar en el cumplimiento o transgresión de la ley entre otros aspectos. Es en este punto donde la figura del psiquiatra adquiere su real dimensión, en su condición de evaluador de la condición mental individual a pedido del juez.

Sentadas las bases para la correlación integral entre Psiquiatría y el Derecho, es menester enunciar las figuras jurídicas en las cuales la psiquiatría

posee un papel en muchos casos decisivo o de valor orientador, y entre las principales, aunque no son las únicas, suelen ser:

- a) La determinación del estado mental del acusado en el momento de cometer la acción delictiva;
- b) Determinación de la competencia mental para cumplir las obligaciones de testigo, acusador o acusado en determinada fase del proceso judicial, posterior al hecho delictivo;
- c) Compatibilidad del reo con el régimen penitenciario;
- d) Determinación del estado mental de la víctima en el momento de sufrir la acción delictiva;
- e) Determinación de posibles secuelas psíquicas;
- f) Validación de la confiabilidad del testimonio o de la competencia para testificar en menores de edad y enfermos mentales;
- g) Peritación al considerado en supuesto estado peligroso por enfermedad mental o toxicomanía, etc.

Dos figuras adquieren importancia para la presente monografía, el tema inherente a la inimputabilidad y la competencia mental del imputado.

5.1. Inimputabilidad y Causas de Inimputabilidad

No es el propósito de la presente monografía tratar en intenso la teoría de la imputabilidad y las denominadas causas de inimputabilidad, por las razones que expondremos más adelante, sólo nos extenderemos en lo necesario.

En ese entendido imputabilidad “es la aptitud o capacidad de comprender la antijuricidad del hecho o de dirigir las acciones conforme a dicha comprensión, condicionada por un desarrollo mental suficiente, por una conciencia sin perturbaciones profundas y por un psiquismo exento de alteraciones en el momento del hecho”¹⁰. Por regla general, dice Federico Estrada Vélez, los códigos no contienen una norma expresiva de este concepto positivo, limitándose a consignar las causas que excluyen la imputabilidad, esto es, aquellas situaciones o estados de carácter personal que la condiciona negativamente.

¹⁰ FRIAS, Caballero, Jorge. “Imputabilidad Penal”; EDIAR; Pág. 127; Venezuela; 1993.

Para este fin se utilizan en la legislación comparada tres distintos métodos o sistemas o fórmulas de inimputabilidad denominadas respectivamente –con bastante propiedad- método, o sistema, o fórmula biológica o psiquiátrica pura, o psicológica pura, o mixta. De estos tres tipos de fórmulas, la última es, sin disputa de ningún género, la preferida, todos los proyectos y códigos más recientes la consagran sin excepciones. En el primer sistema la ley se limita a señalar aquellos estados negativos de inimputabilidad que, como causas personales, la excluyen. En el segundo se indica únicamente la exclusión del contenido de la imputabilidad, prescindiendo de señalar las causas. En el tercero, o sea el denominado biológico psicológico o psiquiátrico psicológico o psiquiátrico-psicológico-jurídico, se combinan los dos anteriores consignando por una parte las causas y por otra, la exclusión, resultante de ellas, del contenido de la imputabilidad. Luego “se consideran la enfermedad mental y las consecuencias psicológicas que produce en el agente. Se apunta a la patología mental y el efecto en la conducta del autor, que le impiden ajustarse a la norma legal”¹¹. éste método atiende tanto a las bases biológicas que producen la inimutabilidad como a sus consecuencias en la vida anímica del autor, de esta manera se concilian las esferas de actuación del psiquiatra, que trabaja sobre aquellas bases biológicas y del juez que enjuicia jurídicamente aquellas consecuencias.

En cuanto a la inimputabilidad, es el reverso de la imputabilidad, es decir, su aspecto negativo, consistente en la ausencia de imputabilidad. Causas de inimputabilidad son, por tanto, aquellos supuestos en los que no se puede afirmarse que la persona sea imputable en el momento de la realización del delito, la persona que no está en capacidad de conocer y comprender que actúa antijurídicamente o que pudiendo comprenderlo no está en condiciones de actuar diversamente; en tal sentido siendo la conducta típica y antijurídica no se encuentran condiciones para atribuir el acto realizado al sujeto por no concurrir la salud o madurez mental.

Según sostiene Jorge Frías Caballero, las causas de inimputabilidad pueden ser divididos en cuatro grupos, la misma que “se ajusta a los dispuesto,

¹¹ SILVA, Silva Hernán. Op. Cit. Pág. 165

en términos generales, por los códigos actuales”¹², está división es la siguiente: a) Defecto de desarrollo mental (oligofrenia); b) Perturbación profunda de la conciencia; c) Alteración morbosa del psiquismo; d) Alteraciones del psiquismo no necesariamente morbosa (otras anomalías psíquicas equivalentes).

Delimitando como se encuentra nuestro estudio a la enfermedad mental, solo realizaremos un examen particularizado de la alteración morbosa del psiquismo, grupo en el que se encuentra el núcleo central de las causas tradicionales de inimputabilidad; aquí se comprenden, desde luego, las genuinas enfermedades mentales en el más tradicional y estricto sentido, esto es, los más graves trastornos anímicos denominados psicosis.

Originariamente la psiquiatría clásica había construido este concepto restringido de enfermedad mental sobre la base de dos ideas fundamentales.

La primera tiene detrás de sí una concepción racionalista y atomizadora del psiquismo según la cual la auténtica enfermedad mental se caracteriza por un trastorno de la razón o de la inteligencia. Lo morboso se reduce a la esfera puramente intelectual, con prescindencia del resto del psiquismo humano.

Expresión sumamente característica de este punto de vista es el concepto de “alienación mental” que, importado de Francia, se elabora y sostiene en la Argentina por la escuela de Nerio Rojas. Según ello la alienación mental “es el trastorno general y persistente de las funciones psíquicas, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo, que impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio, sin provecho para sí mismo ni la sociedad”.

La nota definitoria de este concepto de alienación –al que restrictivamente se constreñiría, lo morboso- es la carencia o incapacidad intelectual. Sin ella no existe alienación mental, cualquiera sea la extensión y gravedad de otros trastornos psíquicos de índole afectiva o volitiva. En suma, enfermo mental (alienado) es, en todo caso el afectado en sus funciones intelectuales; estrictamente el que ha perdido el uso de la razón.

¹² FRIAS Flores, Roberto. Op. Cit.; Pág. 144.

Una segunda vertiente del concepto limitado de enfermedad mental deriva de la idea de que no hay enfermedades sin substrato somático, corporal u orgánico. La idea ya enunciada por Kraepelin, se desarrolla ulteriormente por Kurt Schneider. Según ello la enfermedad únicamente existe en lo corporal. Por consiguiente una manifestación psíquica morbosa (enfermedad morbosa) sólo es tal cuando está condicionada por alteraciones o modificaciones patológicas en el cuerpo, esto es, por procesos morbosos en el cerebro; por enfermedades del cerebro mediatas o inmediatas cuyas manifestaciones anatómico-progresivas son en parte demostrables por los sentidos en la autopsia a través del microscopio.

Para construir este concepto sobre la base de procesos somáticos que explican la enfermedad mental desde afuera, a través de un proceso causal, Schneider parte del “dualismo empírico” (efecto empírico recíproco entre cuerpo y alma). La enfermedad mental queda, de este modo, reducida a las llamadas psicosis en el sentido más riguroso. Conforme a este concepto restringido de enfermedad mental, las variantes de la personalidad, o formas de ser de la constitución espiritual, consistentes en simples variaciones cuantitativas de lo normal (desviaciones de la norma) y que no exhiben las peculiaridades específicas de la psicosis, tales como la oligofrenias, las personalidades psicopáticas, la neurosis, no son enfermedades mentales genuinas sino meros estados anormales de psiquismo.

El traslado de estos conceptos, del área psiquiátrica al de la imputabilidad penal acarrea, especialmente con arreglo a aquellas fórmulas de inimputabilidad que aludían a un trastorno o alteración morbosa de psiquismo, y más acusadamente todavía a las que se referían explícitamente a la enfermedad mental, la consecuencia inexorable de que solamente es inimputable el psicótico o alienado (en el mejor de los casos junto a profundas perturbaciones de la conciencia y a defectos de desarrollo mental, a veces previstos en la ley por separado).

Esta consecuencia, pacíficamente admitida por la doctrina y por la praxis” judicial en muchos países, incluso en los tiempos que corren, fue en cambio resistida en otros con sódicos fundamentos. En efecto, las exigencias de un

derecho penal culpabilista en auge creciente, la concepción normativa de la culpabilidad, y la elaboración del concepto de imputabilidad como capacidad personal de reprochabilidad, no podían satisfacerse con semejante restricción apriorística, toda vez que también puede estar aniquilada la capacidad de culpa y con ella la reprochabilidad del autor, a causa de una perturbación o alteración anímica no psicótica (enfermedad mental en sentido restringido).

6. LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

6.1. Antecedentes

Surgen en el Derecho Penal Positivo, Derecho Penal legislado, en el anteproyecto del Código Penal Suizo de 1833, Este C.P. es elaborado por el penalista Carlos Stooß, este anteproyecto establece medidas de seguridad contra sujetos irresponsables o de responsabilidad disminuida.

Se originan criterios divididos en las escuelas penales sobre las medidas de seguridad; por una parte los positivistas (Garófano, Lombroso, Ferri) propugnan el sistema denominado monista; es decir la imposición absoluta de medidas de seguridad atendiendo a la personalidad del delincuente.

Por otra parte; la escuela clásica plantea el principio de aplicación de la pena en proporción a la gravedad del daño inferido y una tercera postura conciliadora o denominada corriente ecléctica plantea en Italia el sistema Doppo Binario; este sistema determina la existencia de penas por un lado y medidas de seguridad por otro. La posición ecléctica finalista es que en la actualidad se aplica en la mayor parte de las legislaciones de reciente data.

6.2. Concepto y fundamento

Para desglosar el concepto de medidas de seguridad mencionaremos algunas características que la diferencian de las penas. “Las medidas de seguridad no son penas, no son sanciones: son acciones determinadas, son formas de prevención, son un medio preventivo de alcance amplio que dispone el estado para la defensa social en la lucha contra el crimen”¹³.

¹³ LABATTUT, Glenda Gustavo, “Derecho Penal” Tomo II. Editorial Jurídica de Chile; Santiago de Chile; Pág. 133.

La escuela del Derecho Penal Positivista dentro sus aportes nos habla del estado peligroso que es el fundamento de las **medidas de seguridad** lo mismo que el delito es el presupuesto de la pena. La peligrosidad es distinta de la culpabilidad; porque la culpabilidad es el juicio de reproche que hace la sociedad a un individuo por una conducta delictiva.

Se define la peligrosidad o “estado peligroso como una elevada probabilidad en la persona de cometer delito”¹⁴, por lo que se denomina la proclividad de la persona a cometer delito. Esa proclividad puede ser permanente pasajera; pero la imposición de una medida de seguridad tiene que ser actual, la peligrosidad en el sujeto puede manifestarse antes de cometerse el delito. La peligrosidad se puede manifestar en la persona por las compañías que frecuenta, por las amistades que tiene, por la personalidad del sujeto, cuando rehúye al trabajo como medio de sustento o convertir el vicio en una forma de subsistencia.

Estos caracteres de peligrosidad se los conoce como peligrosidad pre delictual: es decir, antes de cometer el delito y la peligrosidad que deriva después de la comisión de un delito se denomina peligrosidad post-delictual.

Se entiende por medida de seguridad pre-delictual aquella que se aplica como medios pendientes a prevenir la delincuencia combatiendo la peligrosidad social que se detecta en los sujetos que realizan actos de carácter antisocial. En el entendido que el estado peligroso es el fundamento de las medidas de seguridad se considera el estado de peligrosidad como uno de los aportes más válidos de la Criminología y de la Criminología al Derecho Penal. Este estado peligroso es la situación en la que se encuentra una persona a punto de cometer delito.

El positivismo penal plantea la teoría de la peligrosidad y frente a esta peligrosidad el estado no puede permanecer indiferente o en la situación que una vez cometido el delito el ex convicto que ha cumplido su condena no se haya corregido y es muy posible que incurra en la reincidencia o si no ha sido juzgado y condenado incurra en la reiteración delictual. De la misma manera no

¹⁴ LABATTUT, Glenda Gustavo, Ob Cit.

puede quedar indiferente el estado frente a aquellos que son delincuentes profesionales, habituales y frente a aquellos que en su condición de **inimputables** constituyen un peligro para la sociedad; es decir, aquellos menores de edad, aquellos que tienen **enfermedades mentales** y aquellos que tienen perturbada la conciencia por el uso de estupefacientes o alcohol.

La Escuela Positivista frente a esta realidad crea las medidas de seguridad que podemos conceptualizar como “recursos orientados a la vida en libertad”. Las medidas de seguridad son ciertos recursos orientados a readaptar a la vida en libertad, a promover su educación o su curación según tenga necesidad de una u otra y que forma parte del sistema tradicional.

Podemos definir a las medidas de seguridad como los “medios o procedimientos en virtud de los cuales el estado trata de obtener la adaptación de un individuo a la sociedad a través de medidas educativas, correctivas o la eliminación de los inadaptados”¹⁵.

Con la aplicación de las penas el estado sólo podía actuar contra quienes incurrieran en la comisión de delitos; pero no contra los sujetos peligrosos que constituyen una amenaza para la sociedad, como por ejemplo los antisociales y otras personas que sin cometer delitos están vinculados al ámbito delictivo. Las medidas de seguridad por su carácter tienen fines aflictivos porque limitan al goce de bienes jurídicos protegidos.

De la naturaleza de las medidas de seguridad hay que hacer una referencia a que son y en qué consisten, es necesario hacer una diferencia de la pena con medidas de seguridad.

6.3. Naturaleza de las medidas de seguridad

Con relación a la naturaleza jurídica de la medida de seguridad se discute si tienen carácter judicial o si pertenecen al Derecho Administrativo; es decir, si pertenecen al Derecho Penitenciario o inclusive al Derecho Penal. Al respecto es necesario puntualizar tres aspectos:

¹⁵ LABATUT, Glenda Gustavo .Op. Cit. Pág 142.

1º Las medidas de seguridad se aplican por autoridad judicial que vigila su ejecución tratándose de medidas de seguridad post-delictuales.

2º Nadie puede ser sometido a medidas de seguridad, sino en los casos específicamente previstos por ley.

3º Las medidas de seguridad están reguladas por el Código Penal.

A partir de estos tres elementos podemos concluir que las medidas de seguridad están previstas en el Código Penal y se imponen cuando son post-delictuales por autoridad jurisdiccional que también regula su cumplimiento y ejecución.

6.4. Diferencias con la pena

Las medidas de seguridad principalmente no tienen carácter de castigo no corresponden a la sanción de un delito, las medidas de seguridad son proporcionales a la peligrosidad del sujeto. En ese sentido la pena es fija; en cambio las medidas de seguridad es indeterminada dura mientras dura la peligrosidad del sujeto.

Otra diferencia es que la medida de seguridad se aplica a inimputables; mientras la pena se aplica a imputables.

La medida de seguridad cesa cuando desaparece la peligrosidad del sujeto.

Finalmente; las medidas de seguridad no son necesariamente consecuencia del delito sino del estado de peligrosidad.

6.5. Teorías

Con relación a establecer la naturaleza de las medidas de seguridad existen teorías;

6.5.1. Teoría de la identidad

Sostenida por la Escuela Positivista del Derecho Penal, entre ellos Enrique Ferri señala “no hay diferencia entre medidas de seguridad y pena, son

lo mismo, porque ambas tienen el objeto y ambas son sustituibles una por otra”.

6.5.2. Teoría de la separación o dualista

Que tiene sus representantes en Italia, Alemania, explica que penas y las medidas de seguridad son diferentes y se diferencian respecto a los siguientes aspectos:

- La pena es un castigo por delito; mientras que la medida de seguridad es aplicada por el carácter peligroso del sujeto.
- La pena es un medio de sufrimiento en cambio las medidas de seguridad no tienen carácter aflictivo.
- La pena se aplica tomando en cuenta el delito, el autor del delito; mientras que las medidas de seguridad se aplican en proporción a la peligrosidad del sujeto.
- La pena es la reacción frente a un hecho consumado; mientras las medidas de seguridad tienen carácter previsor o sea se orienta hacia futuro.

6.5.3. Teoría ecléctica o intermedia

Admite diferencias entre penas y medidas de seguridad; plantea que en la teoría existen diferencias pero en la práctica ambas se confunden. En atención de este criterio se plantean otras diferencias entre las medidas de seguridad y la pena; la más clara se refiere a:

Las consecuencias del delito y del estado de peligrosidad; por una parte la pena se prevé, se impone a la persona que comete delito; mientras que las medidas de seguridad se aplican frente al carácter dañoso del sujeto tratándose de medidas de seguridad pre-delictuales.

La pena es una forma de causar sufrimiento, tiene carácter aflictivo y las medidas de seguridad no tienen la finalidad de causar sufrimiento por lo tanto no tiene un carácter aflictivo.

6.6. Criterio criminológico para su determinación

Para la aplicación de las medidas de seguridad se recurre a la Criminología, en ese sentido para aplicar medidas de seguridad pre-delictuales antes de que se cometa el delito se aplica un criterio criminológico para su determinación; es decir, tratándose de menores de edad inimputables y sujetos inimputables. Una persona es capaz penalmente en nuestra legislación a partir de los 16 años de edad cumplidos, es penalmente responsable para responder por la comisión de un delito, antes de los 16 años es inimputable porque no tiene capacidad penal para responder por el hecho cometido.

¿Cómo se va a determinar si la persona es capaz, o incapaz penalmente por el delito cometido? A través de una determinación de la edad del sujeto, de un criterio criminológico. La inimputabilidad tiene que ver también con determinar si esa persona es capaz penalmente y si tiene la madurez mental, física, psicológica para poder responder por sus actos.

Para el Derecho Penal, Código Penal una persona es inimputable cuando no es capaz física, psicológica y psíquicamente para responder por el acto cometido. Entonces ese es un criterio criminológico que nos ayuda a determinar que una persona es inimputable o imputable, lo mismo si se trata de una persona que tiene una enfermedad o perturbación mental que no le permite razonar y conocer la antijuricidad de su acto.

Estos criterios manejan la Criminología; es decir, los grados de debilidad mental del sujeto (oligofrenia), sean leve, moderada, severa o profunda. Lo mismo que los tipos de enfermedad mental como es la psicosis que no le permite al sujeto razonar y estar en uso pleno de sus facultades mentales.

El enajenado mental, el débil mental, el alcohólico, el drogadicto son persona que no están en pleno uso de sus facultades personales, porque están perturbados en su conciencia o tienen grave insuficiencia de la inteligencia. Se han desechado esas teorías que nos hablaban de grados de cretinismo, invecibilidad, idiotez, estupidez.

7. LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL DERECHO PENAL

La ley establece las penas según la importancia del bien jurídico que se lesiona cuando se comete un delito, fija las penas con relación al grado de la

lesión, al grado de culpabilidad del autor. Las medidas de seguridad están sujetas a un control para su cumplimiento; finalmente que la pena es una reacción contra una lesión ocasionada por la comisión de un delito, por ello tiene un carácter represivo mientras que las medidas de seguridad protegen antes que se cometa un daño por ello que tiene un carácter preventivo.

7.1. Las medidas de seguridad pre- delictuales

Las medidas de seguridad pre-delictuales que refieren a criterios criminológicos para su determinación, se aplican a personas que por su forma de vida antisocial, por sus compañías se presume que pueden delinquir, no es necesario que previamente cometa un delito.

Por vago se entiende aquellos que carecen de domicilio: aquellos que no tienen oficio, profesión, renta, sueldo, ocupación, ni bienes con que vivir; asimismo, es vago aquel ebrio consuetudinario o aquellos que frecuentemente se embriagan. También se conoce como vagos aquellos que ejercen la mendicidad en lugares conocidos:

Se considera mal entretenido a aquellos que diariamente concurren a casas de juego o de embriaguez, aquellos que viven del fraude o engaño, hurtos pequeños, aquellos que infunden a la mendicidad de niños, aquellos que comercian con cosas robadas o que adquieren obligaciones a sabiendas que no van a poder cumplir. También se denomina mal entretenido a aquellos que corrompen niños, sirvientes o domésticos o dependientes a aquellos que administran ese tipo de locales conocidos como proxenetas, en el caso de personas de sexo femenino que cometan este tipo de actividades se les denomina celestinas, también se considera mal entretenido a aquellos que viven habitualmente del comercio ilegal, aquellos que se autodenominan adivinos, hechiceros.

Finalmente se considera maleante a aquella persona que sin haber cometido delito tienen malos antecedentes, son personas peligrosas, viven en ambiente propicio al delito; a la mala vida, y aquellos que carecen de medios estables, honrados de vida. En ese sentido se los asimila a la categoría de mal

entretenidos; la característica de este grupo es que son personas que no han cometido delito pero están en un ambiente proclive a que se cometa delito, no por los mismos sino por las personas que están vinculadas a este tipo de vida.

La mendicidad también es un fenómeno social, es una actividad que realizan algunas personas que no ejercen alguna actividad por incapacidad física o mental; en algún caso por hábito, por su naturaleza está vinculada y es proclive al delito.

La prostitución es una actividad vinculada al delito y que dependiendo de la legislación de algunos países, puede ser prohibida, sancionada y reglamentada. En ese sentido existen tres teorías o sistemas para el tratamiento de la prostitución:

1. **Sistema de Reglamentación:** que señala condiciones para su ejercicio, como ser revisiones periódicas, señalamiento de lugares donde pueden funcionar estas casas de cita, pago de ciertas cargas u obligaciones, prohibición de recibir a menores de edad, etc. Este es el sistema que adopta nuestro país.
2. **Sistema Prohibicionista:** considera a la prostitución como una conducta antisocial y como tal admite una penalización; es decir, se considera a la prostitución como un delito; el caso de Cuba, China Continental y en la mayor parte de los países socialistas.
3. **Libre ejercicio de la prostitución:** que lo considera como un problema personal, que es librado a la iniciativa de la persona que ejerce esta actividad.

Vinculado con ello existe también lo que se denomina el homosexualismo que en estos últimos tiempos también ha adquirido la particularidad de consecuencias de grandes proporciones.

Desde el punto de vista jurídico a este fenómeno en algunos países se les aplican medidas de seguridad como el internamiento, aislamiento y en otros países no se adoptan ninguna medida actuando con total independencia.

En nuestro país, existen en el Código Penal medidas de seguridad post-delictuales aplicables a delincuentes reincidentes, habituales y profesionales; y existen medidas de seguridad pre-delictuales aplicables a vagos, mal entretenidos, mendigos, prostitutas, y lo que se denomina los caballeros de industria o denominados rufianes que están vinculados a determinadas conductas antisociales. En nuestra legislación podemos establecer que para la aplicación de medidas de seguridad pre-delictuales y la calificación a ese grupo de individuos no delincuentes como los vagos, mal entretenidos, etc. Toda esa regulación está prevista en el art. 50 de la Ley Orgánica de la Policía incisos a y b donde establece ese procedimiento la calificación de esas personas; hablando de medidas de seguridad pre-delictuales.

7.2. Internamiento en una casa de salud o manicomio, internamiento en colonias agrícolas.

Con respecto al internamiento en casas de trabajo, como la granja de Miguillas o la de los Espejos han sido un total desastre, debido a que no se ha aplicado debidamente un tratamiento para rehabilitación. Se aplicó la ley de fuga porque eran maltratados física y psicológicamente, ahí no hay tratamiento sino abuso y violación de los derechos humanos; si bien el Código Penal, establece la rehabilitación no se pudo lograr ese objetivo y es también falta de dedicación del estado.

8. LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA LEGISLACIÓN PENAL BOLIVIANA

8.1. Referentes históricos – jurídicos

No existiendo legislación escrita, es muy poco lo que se conoce con relación a la época precolombina; pero se puede rescatar algunas prácticas descritas por Balcazar, quién sostiene que “entre los primitivos habitantes del Continente, la enfermedad tenía su explicación aparentemente lógica, de sentido común. Era causada por un cuerpo extraño demoníaco, que se apoderaba de una persona”¹⁶, los locos, dice éste autor, cuando eran agresivos, se los personificaban en fantasmas, de los que había de huir.

¹⁶ BALCAZAR, Juan Manuel. Historia de la Medicina en Bolivia, Pág. 11

Cuando ambulaban inofensivos, constituían la diversión de los sanos; por lo general se los aislaba en la selva o el desierto o se los echaba al río, o alternativamente se los mataba a palos o se los enterraba vivos.

En la Colonia, los locos y otras categorías de sujetos peligrosos, continuaron abandonados, perseguidos algunas veces, aislados otras y por lo general repudiados como seres irracionales y grotescos. Jaime Mendoza, citado por Balcazar, describe la espantosa casona llamada de los calabozos, lugar de asilo para los privados de la razón.

Durante la primera etapa de la vida republicana, nada se adelantó en relación a éstas personas, “no era extraño tropezar en las calles con los locos, seguidos de curiosos... Para sus familias, constituían una incomodidad y un peligro”. Sin embargo, la historia legislativa de nuestro país reconoce que la primera medida de protección a los locos furiosos y dementes que vagaban por las calles y los campos, se encuentra en el Decreto Supremo de 29 de abril de 1846, en el denominado Reglamento de Hospitales, por la cual se instituía el deber de los hospitales de recogerlos para su cuidado. En este mismo sentido se promulga el Reglamento de Hospitales de 19 de junio de 1868, que reconocía cuidado gratuito a los amentes pobres, quienes quedaban libres del abandono, de las persecuciones y de la mofa de los curiosos e ignorantes.

9. TRATAMIENTO JURÍDICO DEL ENFERMO MENTAL.

Si tenemos en cuenta la imputabilidad hace alusión a “una aptitud de la personalidad del agente, la imputabilidad se distingue tanto al imputación como la responsabilidad”.¹⁷ La imputación es la atribución del hecho realizado al agente, para lo fines del derecho penal; esto quiere decir no solo el hecho, además de ser producto material de su actividad física, es producto de su actividad psíquica, pero que es atribuible al agente y acarrea las consecuencias previstas por el derecho penal positivo. En tanto que la responsabilidad es el deber jurídico que para sobre el imputable para responder ante la sociedad por el delito que ha cometido y sufrir sus consecuencias jurídicas.

¹⁷ RANIERI, Silvio. “Manual de Derecho Penal”, Ed. TEMES; Bogota. Pág.204.1975

Aclarando esta estas nociones, estableceremos lo que expresa nuestra legislación, en las bases jurídico-políticas que están establecidas en nuestra carta magna.

Constitución Política del Estado

Artículo 74.

- I. Es responsabilidad del Estado la reinserción social de las personas privadas de libertad velar por el respeto a sus derechos, su retención y custodia en un ambiente adecuado, a su clasificación, naturaleza gravedad del delito, así como la edad y el sexo de las personas retenidas.*
- II. Las personas privadas de libertad tendrán la oportunidad de trabajar, estudiar en los centros penitenciarios.*

El Estado como primer responsable, en este caso tratándose de enfermos mentales trasgresores de la ley, mediante representación de los órganos pertinentes, tiene la facultad y la obligación, de tratar, rehabilitar y posteriormente la reinserción, con todas las garantías reconocidos constitucionalmente, sin distinción de raza, sexo, idioma, religión, origen, condición económica social u otra cualquiera, consagra además que la dignidad de los internos son inviolables de todos los sometidos a medidas de seguridad, para que así cumplan con la función social.

Código de Procedimiento penal

Art. 86.- Enajenación Mental. *Si durante el proceso se advierte que el imputado padece de alguna enfermedad mental, que le impidan comprender los actos del proceso, el juez o tribunal podrá ordenar de oficio o a petición de parte, su reconocimiento psiquiátrico. Comprobado este extremo ordenará, por resolución, la suspensión del proceso hasta que desaparezca la incapacidad.*

Esta resolución no impedirá que se investigue el hecho o que continúe el proceso con respecto a coimputados.

El juez o Tribunal podrá ordenar su libertad, dejándolo al cuidado de sus padres, tutor o curados, cuando no exista peligro de que dañe a sí mismo o a los demás. Caso contrario dispondrá la internación del imputado en un establecimiento adecuado, cuyo responsable informará por lo menos una vez cada tres meses sobre el estado mental del enfermo.

En ambos casos, el enfermo será examinado por lo menos una vez cada seis meses por los peritos que el juez o tribunal designe. Si los informes médicos resultan que el imputado ha recobrado su salud mental, el juez o tribunal dispondrá la prosecución de la causa.

Vemos entonces que se establece que si una persona en el momento de cometer un delito estaba bajo la influencia de un trastorno mental, no debía ser imputado. Más tarde apareció el concepto de improcesabilidad (en los países anglosajones: incompetence to stand trial) de los enfermos mentales. La evaluación por improcesabilidad, es la causa de evaluación más común en psiquiatría forense en todo el mundo. A pesar de ello, entre la gran cantidad de casos, ni una sola vez me han solicitado para verificar la procesabilidad de un enfermo mental. En Alemania, es la causa de evaluación pericial psiquiátrica más frecuente). Improcesabilidad es un término utilizado en psiquiatría forense.

CODIGO PENAL

Art. 17.- (Inimputabilidad). Está exento de pena el que en momento del hecho por enfermedad mental o por grave perturbación de la conciencia o por grave insuficiencia de la inteligencia, no puede comprender la antijuricidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión.

El texto del artículo 17 del C. Penal de 1973 se reforma con un nuevo sentido, se excluyen los calificativos de enajenación mental, intoxicación crónica, sordomudez y ceguera, embriaguez e indio selvático y se los sustituye por enfermedad mental, grave perturbación de la conciencia o grave insuficiencia de la inteligencia, esto por razones técnicas del actual estado de la medicina psiquiátrica.

Para determinar la imputabilidad de un sujeto, es decir la salud biológica y mental normal a fin de que pueda responder penalmente por su conducta se siguen varios métodos, como ser el biológico que se atiende a la salud corporal y su influencia en la capacidad mental, el método psicológico que se ve el estado psíquico y el combinado biopsicológico que es el más empleado, y en cierto sentido es el que sigue nuestra reforma cuando dice enfermedad mental, grave perturbación de la conciencia, insuficiencia de la inteligencia que inpidan

comprender la antijuricidad de la conducta o actuar de acuerdo a esta comprensión.

La ley al reducir la inimputabilidad a enfermedad mental supone que su determinación debe hacerse a través de un peritaje psiquiátrico, de otra manera usando otros análisis se pueden llegar errores. La perturbación de la conciencia se puede deber a causas externas al sujeto como traumatismos, intoxicación alcohólica, drogadicción, etc., o factores psico-endógenos como esquizofrenia, oligofrenia, la manía depresiva, epilepsia que tiene fuerte carga somática. Todas estas enfermedades y anormalidades conducen a lo que dice la ley de enfermedad mental, perturbación de la conciencia, insuficiencia grave de la inteligencia con las consecuencias que señala.

La enfermedad mental es un proceso morboso del cerebro que transforma la psique o la tergiversa afectando la personalidad del sujeto, lo que determina que no puede comprender que lo que hace es lícito o ilícito, el sujeto en el momento de la acción no conoce lo que hace por lo que también no actúa con voluntad.

La grave perturbación de la conciencia es un trastorno mental transitorio que muchas veces se circunscribe al momento en que el acto se realiza, debe tener una base patológica como la intoxicación o la embriaguez que alteran la conciencia, así como puede provenir también de una personalidad psicopática, histérica, de una neurosis. Debe tener intensidad para alterar la inteligencia para que el sujeto no pueda actuar habiendo comprendido lo que hace.

Lo fundamental en la imputabilidad es que el sujeto por causas que no provoca éstas determinan su incapacidad de comprender la antijuricidad de su conducta o se vea impedido por causas ajenas a su voluntad a actuar de otro modo.

Art. 79.- (Medidas de seguridad). *Son medidas de seguridad:*

- 1) *El internamiento, que puede ser en manicomios o casas de salud, en un establecimiento educativo adecuado, en una casa de trabajo o de reforma o en una colonia agrícola.*
- 2) *La suspensión o prohibición de ejercer determinada industria, comercio, tráfico, profesión, cargo, empleo, oficio o autoridad.*

- 3) *La vigilancia por la autoridad.*
- 4) *La caución de buena*

El Derecho tiende a establecer medidas para evitar la delincuencia, distinguiendo los factores que la pueden provocar o causar. En esta sentido se presentan ciertos fenómenos sociológicos y antropológicos que si no son determinantes para la comisión del delito, son en cambio predisponentes. Es por ello que las medidas de seguridad son aquellas que con el fin de evitar daños se aplican a los individuos limitándoles su libertad o también pueden ser aplicadas como consecuencia de la comisión de un delito. Estas medidas son parte del conjunto de disposiciones preventivas del Derecho Penal.

Según nuestro código las medidas de seguridad no son penas, como piensa el positivismo penal, sino medidas administrativas, están exentas del carácter conminativo de las penas o amenazas, tiene carácter preventivo y de buen gobierno.

Las medidas de seguridad, de acuerdo a nuestra legislación, proceden en casos de inimputabilidad, reincidencia, habitualidad, profesionalismo, pero sólo cuando ya se ha cometido delito o habiéndose cumplido la pena y se tiene seguridad que el sujeto no está socialmente readaptado.

El positivismo Penal basado en concepto de peligrosidad, en ciertas circunstancias, dispone la aplicación de medidas de seguridad sin que haya habido una conducta delictiva. Como hemos dicho, nuestro código en cierta forma considera que las medidas de seguridad son restrictivas o limitativas de libertad, sigue el criterio ya explicado, es decir, la medida de seguridad como emergencia de un delito y como medida preventiva y complementaria de la pena. Nuestro sistema al diferenciar penas y medidas de seguridad, aunque figuren en sus disposiciones, sigue la corriente dualista frente a la concepción unitaria que considera tanto a las penas como a las medidas de seguridad como sanciones.

Art. 80.- (Internamiento). *Cuando el imputado fuere declarado inimputable y absuelto por esta causa conforme al artículo 17, el juez podrá disponer previo dictamen de peritos, su internación en el establecimiento correspondiente, si por causa de su estado, existiere el peligro de que se dañe así mismo o dañe a los demás.*

Si no existiere un establecimiento adecuado, la internación del inimputable se hará en el que más próximamente pueda cumplir esta fin o se lo dejará en poder de su familia, si a juicio del juez aquella ofrece garantía suficiente para el mismo fin.

Esta internación durará todo el tiempo requerido para la seguridad, educación o curación.

El juez de ejecución penal, por lo menos una vez cada seis meses, examinará la situación de aquél a quien ha sido impuesta esta medida, examen que se llevará a cabo en audiencia oral, a puertas cerradas, previo informe de los responsables del establecimiento y de los peritos; la decisión versará sobre la cesación o continuación de la medida y, en este último caso, podrá modificar el tratamiento o cambiar el establecimiento en el cual se ejecuta.

Ley de ejecución Pena y Supervisión.

ARTICULO 81º (Establecimientos especiales).- *Los Establecimientos Especiales son aquellos de carácter asistencial, medico y psiquiátrico, destinados a la rehabilitación de personas condenadas a medidas de seguridad o que durante la ejecución de la condena adolezca de trastorno o enfermedad mental o presente dependencia a sustancias controladas.*

Claramente la Ley establece que las personas sometidas a medidas de seguridad, deben ser internados es establecimientos especiales que cuenten con una infraestructura adecuada, el personal médico especializado para la tarea que es el tratamiento y posteriormente la rehabilitación.

10. SISTEMA Y PENITENCIARIO EN BOLIVIA

El 15 de noviembre de 1826, el Mariscal Antonio José de Sucre estableció la creación de un presidio que fue instalado en la ciudad de Potosí, mediante decreto de 21 de diciembre del mismo año, con el fin de albergar a todas aquellas personas condenadas por los tribunales. Un decreto del 20 de abril de 1830, instituyó el trabajo en minas, lagunas, limpieza de la ciudad y mejora de caminos, como componentes del régimen penitenciario.

El 14 de septiembre de 1855, se dispuso la creación de cárceles cómodas y seguras en cada departamento y en las provincias, sin embargo, esta disposición no logró materializarse salvo algunas excepciones.

En 1886, se construyó la Penitenciaría Nacional de la ciudad de La Paz, denominada Panóptico por su diseño arquitectónico que hoy es conocida como

la cárcel de San Pedro. Recién en junio de 1897 se dicó el Reglamento General de Cárceles, pero fue hasta el año de 1943 con la puesta en vigencia del primer Código Penal que las normas punitivas en nuestro país fueron reguladas, este código tuvo vigencia hasta 1971, era copia fiel del código español de 1892, se caracterizaba por la dureza de las penas, incluyendo la pena de muerte.¹⁸

10.1. SISTEMA PENITENCIARIO EN LA PAZ

Entre las penitenciarías más importantes de la ciudad de La Paz, se encuentra la penitenciaría de San Pedro, concluida su obra en julio de 1897, bajo la presidencia de Gregorio Pacheco. En sus inicios su capacidad de albergue era para 400 reclusos, en la actualidad cuenta con una población carcelaria de más de 1500 internos, sin haberse realizado una clasificación alguna de los reclusos (sin haber clasificado o verificado que algún recluso tenga enfermedad mental), encontrándose en forma indiscriminada y promiscua entre reclusos con capacidades mentales “normales” y los que deberían ser sometidos a medidas de seguridad por enfermedades mentales.

Por las condiciones que se presentan en el centro penitenciario de San Pedro, por la excesiva población carcelaria, donde se transmite la corrupción, malos ejemplos, vicios delincuenciales y otros, es imposible una tarea de rehabilitación para los reclusos con enfermedad mental que se encuentran privados de libertad en este recinto carcelario.

La arquitectura de nuestros centros penitenciarios, no corresponden al sentido expresado en la ley.

En los que debe existir centro acordes para el funcionamiento de centros especiales para sometidos a medidas de seguridad que permitan su rehabilitación social y reinserción a la sociedad.

¹⁸ Diccionario Jurídico de Bolivia 2002; página 440

CAPITULO II

LA REALIDAD DE LOS ENFERMOS MENTALES INFRACTORES DE LA LEY.

La preocupación por la cuestión de la "irresponsabilidad *efectiva* del enajenado" fue hondamente debatida a fines del XIX. Desde principios de este siglo "todo un conjunto de juicios apreciativos, diagnósticos, pronósticos, normativos, referentes al individuo delincuente han venido a alojarse en la armazón del juicio penal"¹⁹, debido al cambio del sistema probatorio penal, ya que si inicialmente regía la aritmética de la demostración, posteriormente se implanta el principio "íntima convicción": para condenar es preciso tener la certeza total, exhaustiva e íntegra de la culpabilidad del acusado. La intervención del perito psiquiatra en el proceso penal deviene de este modo inevitable cuando hay duda sobre la sanidad del sujeto enjuiciado.

Por su parte, el principio clasificatorio y la especial consideración del enfermo mental delincuente reclamaban una institución específica. Aunque los psiquiátricos penitenciarios remontan sus orígenes a finales del siglo XVIII - pudiendo citarse como precedente de ellos la Bastilla, que había venido siendo utilizado como asilo de seguridad en el que se alojaban locos criminales- será a lo largo del siglo XIX cuando se extiendan por Europa y Norteamérica ²⁰.

Es fundamental en el proceso de creación de psiquiátricos penitenciarios la reforma inglesa. John Howard (1726-1790) en *The State of Prisons in England and Wales* (1777)²¹ hizo una rotunda crítica de la convivencia en cárceles de enfermos mentales y sanos y numerosos políticos y filántropos británicos promovieron, entre las ideas humanitarias, la reforma de las

¹⁹ FOUCAULT, M., *Vigilar y castigar*, Madrid, Siglo XXI, 1978.

²⁰ FERRI, E., *Sociología Criminal*, tomo II, Madrid, Góngora, 1907.

²¹ HOWARD, J., *The State of the Prisons in England and Wales, with Preliminary Observations and an Account of some Foreign Prisons and Hospitals*. Edición francesa, *État des prisons, des hospitaux et des maisons de force*, París, Chez la Granje, 1788.

instituciones que albergaban locos delincuentes. Pero en España, en la primera mitad del siglo XIX, la mezcla de locos y delincuentes era común²².

En Bolivia (La Paz) los enfermos mentales que cometen delitos o crímenes, (o muchas veces sin cometer) son enviados a las cárceles. La prensa ha informado recientemente la existencia de enfermos NN en la Penitenciaría de San Pedro, y el caso de un interno que estuvo detenido sin haber declarado una sola vez. Estos temas están relacionados a la psiquiatría forense, sobre la que voy a intentar ilustrar algunos aspectos.

En algún momento remoto del tiempo, los seres humanos empezaron a considerar que las personas con trastornos mentales que cometen actos ilegales, no deberían ser castigadas como los demás delincuentes.

Sin embargo no se debe entender de ninguna manera que enfermedad mental es igual a irreprochabilidad. Un enfermo mental puede imputable (reprochable en nuestro código) perfectamente si lo que cometió no estaba determinado por la enfermedad mental. La no comprensión de muchos aspectos de lo que es la psiquiatría forense en la actualidad por parte de profesionales de la ley y de los mismos psiquiatras lleva a cometer errores que terminan en lamentables resultados.

Un ejemplo consiste en la realización de supuesta evaluación pericial psiquiátrica en el momento presente. Eso constituye a todas luces un grave error, pues lo que el psiquiatra forense debe periciar es el momento en que ocurrió el hecho antijurídico. Otros errores comunes son: 1) no recoger información de otras fuentes además del examen al imputado y 2) no analizar el expediente.

A los efectos del procedimiento penal, esa incapacidad será declarada por el juez, previo examen pericial psiquiátrico. Los actos que el incapaz haya realizado como tal carecerán de valor.

²² ÁLVAREZ-URÍA, F., *Miserables y locos*, Barcelona, Tusquets, 1983.

Sin bien, los enfermos mentales que a causa de sus trastornos infringieron la ley no son imputables, en Bolivia son aún. Lo demuestra la existencia de enfermos mentales en la Penitenciaría de San Pedro. Personalmente, he asistido a juicios orales a los que fueron llevados pacientes delirantes y alucinados, retrasados mentales, o con convulsiones.

Un caso que me ha impresionado profundamente es el de una mujer del interior que cometió infanticidio en episodio de psicosis puerperal. La misma fue llevada a juicio oral y condenada, cuando internacionalmente está establecida la total inimputabilidad en los casos infanticidio durante un episodio psicosis puerperal.

En Bolivia existe otro problema: ¿qué se debe hacer con los enfermos mentales inimputables?

Luego del caso de Pierre Riviere se inicia en Francia un debate acerca de dónde internar a los enfermos mentales procesados, y surgieron tres propuestas: 1. Pabellón-asilo anexo a las prisiones; 2. Pabellón-prisión anexo a los asilos y 3. Asilo especial.

Mientras todavía se seguía discutiendo en Francia sobre este tema, en Inglaterra se adopta el modelo de Asilo-especial, independiente de los hospitales psiquiátricos y de las prisiones, creándose el primer hospital psiquiátrico penitenciario que fue el CRIMINAL LUNATIC ASYLUM OF BROADMOUR, que fue seguido por la implementación de otras instituciones similares en Inglaterra y Estados Unidos. Un país latinoamericano y de nuestra región, Brasil, ya el 23 de diciembre 1903 se promulga el decreto N° 123, que en su artículo 10° establece: "É proibido manter alienados em cadeias públicas o entre criminosos comuns".

Por tanto, el modelo universalmente aceptado es el de una Institución Especial, y es el que debe adoptarse también en Bolivia. Además, es importante que dicha institución pertenezca en lo asistencial al sistema de salud, quedando las cuestiones de seguridad a cargo del sistema policial. Por otro lado, la psiquiatría penitenciaria es una rama de la psiquiatría forense, la que a su vez es una subespecialización de la psiquiatría general.

Por qué se justifica la creación de esta institución: Hay enfermos mentales que son imputables y en sus momentos de crisis pueden necesitar internación.

Los pacientes que tengan una enfermedad mental sobreviniente, contemplado en nuestra legislación, es decir aquellas personas que se enfermen en algún momento luego de la comisión del hecho punible, deben ser tratados y posteriormente reenviados a seguir cumpliendo la condena.

Un porcentaje muy pequeño de personas que cometieron delitos graves, seguirán siendo peligrosas para sí o para los demás. A pesar de ser inimputables deberán permanecer internadas si con las técnicas de tratamiento adecuadas y apropiadas no se puede revertir ese estado

Nuestra legislación también contempla la internación para lo observación, lo cual significa que una persona de la que se sospeche que haya cometido un ilícito debido a una enfermedad mental, deberá ser internada a fin de realizar el diagnóstico apropiado.

Que sea el lugar adecuado para la realización de todas las pericias psiquiátricas con la infraestructura y personal apropiado para ello, siguiendo los estándares y normas internacionales desde el punto de vista médico psiquiátrico y de respeto a los Derechos Humanos.

Si se llegara a crear una institución psiquiátrica penitenciaria, sería muy importante la estricta selección de los profesionales a cargo del mismo, que deben gozar de autonomía y ser bastante creativos en su tarea.

Uno de los retos de una institución semejante es que no se debe transformar ya sea rápidamente o imperceptiblemente en una (otra más) institución de abandono, discriminación, exclusión y suciedad, algo a temer sobre todo teniendo en cuenta la historia de varios hospitales de nuestro país.

Está en manos de las autoridades la solución de este problema, para lo que debe existir voluntad política y nombramiento de personas idóneas para llevar a cabo la tarea.

SENTENCIADOS A PURGAR UNA DOBLE CONDENA

La situación de aquellas personas que sufren alguna enfermedad mental y han cometido algún delito es muy lamentable, porque son imputados, acusados hasta sentenciados se presenta a contra parte su enfermedad, que desde la primera instancia de su juzgamiento no son considerados en muchos casos como inimputables más al contrario son sometidos a medidas preventivas con detención preventiva y llevados a los centros penitenciarios de nuestra ciudad, peor es el caso de aquellos que con cuadros psicóticos son sentenciados a purgar una condena en una cárcel común, junto con otros internos sin discriminar su situación de “enfermos mentales”.

La problemática abarca mucho mas desde la falta de material humano, para el estudio y posterior clasificación de estas personas desde el momento de ingreso a la cárcel menos y por lo menos tratarles de dar una condición de sobrevivencia humana a un sea con las mínimas necesidades que cada ser humano necesita.

En el trabajo de análisis o trabajo de campo se ha visitado varios centros psiquiátricos, es decir, se ha consultado con los responsables o Directores de Salud de estos centros para que nos brinden información respecto a la atención de enfermos mentales que reciben medidas de seguridad en estos centros, la respuesta fue la siguiente:

Director Médico del Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, señala “que de los juzgados, derivan a este centro a sometidos a medidas de seguridad (enfermos mentales, alcohólicos y drogo pendientes) en primera instancia para que sean evaluados psiquiátricamente su estado mental, es decir, el grado de enfermedad mental (esquizofrenia, paranoia, personalidad esquizoide, demencia, depresión, etc.). Luego de la evaluación que se les practica, se recomienda si necesitan internación (generalmente en los casos crónicos o graves) que tipo de tratamiento deben seguir, si es necesario la medicación o solo las terapias, etc.”²³ El problema empieza cuando tienen que

²³ Dr. GARITANO Zavala, Fernando, Director Médico del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios.

ser internados, como se trata hospital de salud mental cualquier persona que llega hasta ahí tratado como “un enfermo más” siendo su estadía el tiempo en que dure su enfermedad, o se va su mejora para continuar su tratamiento fuera del hospital, esto a simple lógica, uno sometido a medidas de seguridad donde debería continuar su tratamiento? Por otra parte aquellas patologías severas o crónicas, donde el individuo pierde todo contacto con la realidad, son internados indefinidamente, por son un peligro para ellos y para la sociedad, estos pacientes si estas sometidos a medidas de seguridad tendrías que tener la misma hospitalización pero acá nuevamente se tropieza con el problema del como, ya que este hospital no cuenta con seguridad necesaria al tratarse de infractores de la ley.

En caso de recibir un paciente con sentencia ejecutoriada y al mismo tiempo se halle con enfermedad mental, este centro no reúne las condiciones de un centro de custodia (penitenciario), como hospital, solamente brindan toda la atención desde el punto de vista médico psiquiátrico, no asumen responsabilidad por la custodia ni vigilancia con el paciente psiquiátrico, responsabilidad que recae en régimen penitenciario.

Por otra parte, en visita al Hospital Psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud, se pudo evidenciar luego de la entrevista con la Directora de Salud, que en este hospital no se acoge a sometidos a medidas de seguridad con enfermedad mental, ya que al tratarse de una institución parte de la seguridad social, todos los internos deben contar con el seguro correspondiente (asegurado titular o beneficiario).

La realidad de los enfermos mentales en la Cárcel de San Pedro

Dejar a las personas con trastornos mentales tratables en manos del sistema de justicia penal no es útil ni para la sociedad ni para el individuo. El hecho de haya tantos internos con problemas psiquiátricos en las prisiones (frecuentemente sin tratamiento) supone una afrenta para los valores sociales y la adecuada comprensión de las enfermedades mentales.

En los centros penitenciarios, el número de afectados por patologías psiquiátricas graves es unas tres veces superior al de la población general.

Según explica la psicóloga de la cárcel de San Pedro “las personas con condiciones médicas potencialmente controlables, como la esquizofrenia o la depresión, pueden tener un comportamiento que la sociedad considera inaceptable e, incluso, criminal cuando no cuentan con los sistemas de apoyo adecuados”.²⁴

Asegura que las cárceles no son, desde luego, los lugares más apropiados para los enfermos mentales que han cometido algún delito. Al menos, no tal y como están planteadas en la actualidad, ya que no cuentan ni con las instalaciones ni con el suficiente personal médico especializado.

Existen inimputables, es decir hombre que cometieron un delito por su trastorno mental. “Más desobedientes, caprichosos y demandantes” que el resto de la población (según la Psicóloga) ellos habitan en espacios reducidos al igual que los demás internos. El índice de personas con enfermedades mental que se encuentran dentro de la cárcel de San Pedro es de por lo menos de unos 12 por año de los cuales un 50% están gravemente enfermos con delirios, de este universo la mayoría tienen detención preventiva, y en un menor porcentaje sentenciados. De estos internos se los imputa o en su caso acusa por delitos de Asesinato, Violación, Lesiones graves y en mayor índice lesiones gravísimas.

La situación de estas personas es extremadamente lamentable, porque en su mayoría se trata de personas indigentes o si tienen familiares ellos no quieren hacerse cargo de ellos por los consideran una carga o un problema, sus procesos están estancados por la retardación de justicia, la burocracia o por último por la poca diligencia de sus defensores públicos. Poco se puede hacer por ellos, ya que en su mente delirante no encuadran en su realidad de encierro con los demás internos, son motivo de burla, abuso hasta tortura. Por otra parte en los casos que son agresivos se tornan un peligro latente para el resto de la población carcelaria.

El apoyo Psicológico (que no es el adecuado porque al tratarse de enfermos mentales necesitan un apoyo psiquiátrico), hace lo posible para

²⁴ Lic. BALBOA, Angélica. Psicóloga de la Cárcel de San Pedro

ayudarlos, haciendo pruebas preliminares para determinar su trastorno, el panorama no es mucho mejor que en otros centros penitenciarios, hay entre tres y cuatro veces más enfermos mentales graves que en el conjunto del territorio nacional, las circunstancias en las que se encuentran los afectados por patologías mentales en las cárceles Bolivianas "son lamentables". En cambio, "en la mayor parte de los países desarrollados se han creado servicios de psiquiatría forense que dependen del sistema sanitario y cuentan con medidas de alta seguridad"²⁵. Ese sería el modelo de atención más adecuado.

En Bolivia no hay nada de eso, el origen del problema se encuentra la descoordinación entre administraciones. Los enfermos mentales que cometen delitos deben responder ante la justicia, pero también necesitan cuidados médicos. Y ahí es donde surgen las complicaciones, ya que el sistema penitenciario depende del Gobierno central, mientras que el sanitario corre a cargo de las municipalidades. Por eso nadie invierte en esta cuestión; los responsables municipales, autonómicos y nacionales se pasan la responsabilidad unos a otros.

Y mientras los políticos discuten, Bolivia sigue contando únicamente con los hospitales psiquiátricos del sistema de salud que siguen, un modelo de hace 40 ó 50 años y se encuentran absolutamente desbordados. Como ya no caben más pacientes en esos centros, muchos enfermos graves con causas penales pendientes ingresan directamente en prisión, donde no hay medios para proporcionarles el tratamiento psiquiátrico que requieren.

Por ejemplo, cuando una persona que padece una psicosis es condenado tras cometer un homicidio, acaba en la cárcel, pero eso no sirve de mucho, puesto que el médico y la psicóloga de la institución penitenciarias no cuenta con los medios ni recursos para tratarlo.

Las prisiones acusan la falta de personal médico y, particularmente, del especializado en salud mental y así, para todos los centros penitenciarios del país. Cuando la situación de los presos aquejados de enfermedades mentales se deteriora mucho, se les ingresa en un hospital. Nuevamente, son atendidos

²⁵ Lic. BALBOA Angélica. Psicóloga de la Cárcel de San Pedro.

de forma inadecuada, ya que se les mantiene aislados en habitaciones custodiadas. No salen de ellas para nada; son como celdas de aislamiento son poco terapéuticas que puede haber para unos pacientes que precisan, por ejemplo, salir al aire libre o realizar terapia ocupacional, este estado de cosas no beneficia al individuo, que no recibe tratamiento, ni al conjunto de la sociedad. Cuando un enfermo mental sale finalmente de la cárcel, algo que suele hacer más tarde que el resto de los presos, puesto que nadie se atreve a concederle permisos o progresiones de grado, nadie se ocupa de vigilarlo.

Dado que no hay medios en las prisiones para tratar los trastornos psiquiátricos y los afectados son puestos en libertad cuando han cumplido su condena, no es de extrañar que algunos salgan al mundo real, en condiciones pésimas. "Se les deja en la puerta de la prisión y, si se da la circunstancia de que están delirando, atacan a alguien poco tiempo después de estar en la calle", señala la psicóloga, quien asegura que es algo que ocurre con cierta frecuencia.

La situación de estas personas también ha sido denunciada por las asociaciones de defensa de los derechos humanos, que consideran que en estos casos coexiste un doble estigma: el asociado a la reclusión penal y el que soporta son los que padecen enfermedades mentales.

CAPITULO III

BASES JURIDICAS PARA LA CREACION DE UN CENTRO ESPECIAL PARA SOMETIDOS A MEDIDAS DE SEGURIDAD CON ENFERMEDAD MENTAL

En los últimos años se ha registrado un considerable incremento de hechos delictivos, en los que se han visto involucrados personas con algún tipo de alteración o enfermedad mental, lo que una vez detenidos han sido conducidos en su mayoría a las penitenciarías comunes. De acuerdo a las estadísticas de La Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen, el 8% de los detenidos son incapaces mentalmente, de este porcentaje el 60% provienen de las calles y son indigentes, los otros 30% de familias de clase pobre donde predomina la pobreza y no cuentan con recursos para tratar su trastorno; el 10 % está compuesta por personas de clase media y alta donde el tratamiento y cuidado el índice es mayor.²⁶

En nuestro país los sometidos a medidas de seguridad por algún tipo de trastorno mental están abandonados, constituyendo un serio problema aún no encargo por las autoridades y gobernantes demostrado con ello su insensibilidad hacia las necesidades de sus gobernados, así mismo por la impotencia, de algunos casos de familiares y servidores públicos (de la cárcel de San Pedro) por no saber qué actitud tomar frente a esta indiferencia estatal

Es urgente poner un alto a esta situación, para este fin se impone una saludable y pronta solución que consiste en la aplicación y perfeccionamiento de la legislación penitenciaria, que garantice de modo efectivo la “Creación de un Centro Especial para Sometidos a Medidas de Seguridad con Enfermedades Mentales”, la misma que contenga un profundo sentido humanitario, bajo una dirección y disciplina dinámica, administrativa, técnica, social y médico-psiquiátrico para el enfermo mental infractor de la ley.

²⁶ Departamento de Estadística Criminal FELCC. La Paz. 2009.

La Ley de Ejecución Penal y supervisión en sus artículos 75 y 81, respecto a los establecimientos Señala: *son aquellos de carácter asistencial, médico psiquiátrico destinados a la rehabilitación de personas condenadas a medidas de seguridad o que durante la ejecución de la condena adolezca de trastorno mental ...* esto establece que debería existir un centro destinado exclusivamente para estas personas en lo que dure su enfermedad para así reintegrarlos a la sociedad.

Estas disposiciones no se practican en la actualidad, por lo que me permito proponer ciertas directrices, destinadas a la curación y rehabilitación de los sometidos a medidas de seguridad con alguna enfermedad mental por la comisión de un delito, garantizando respuestas positivas en su reinserción social. Para ello los sometidos a medidas de seguridad con trastorno mental deben cumplir su sanción en un Centro Especial destinado exclusivamente a ellos, el mismo que tendrá fines curativos, terapéuticos y rehabilitadores, con normas adecuadas, mismas que se aplicarán desde su ingreso del interno al centro, iniciando con un correcto registro y prosiguiendo con el tratamiento de rehabilitación, para lo cual se deberá establecer el sistema Progresivo en forma real y eficaz.

Registro del sometido a medidas de seguridad con trastorno mental a su ingreso al centro especial

Desde el momento en mediante orden judicial son sometidos a medidas de seguridad, al interno se lo conducirá al Centro Especial. El primer aspecto es tomar un buen registro a tiempo de su internación que además deben tomarse en cuenta los siguientes datos:

1. Nombre y cargo de la autoridad que declaro la medida de seguridad.
2. Nombre y generales del sometido a medidas de seguridad con enfermedad mental.
3. Causa por que se dicto a medidas de seguridad.
4. Día, fecha y hora de ingreso.
5. Nombre dirección y teléfono del domicilio de los parientes.
6. Revisión médica, y evaluación psiquiátrica, a cargo médico psiquiatra designado a su tratamiento.

Toda esta información deberá registrarse en una carpeta persona, y además su historial clínico, en forma cronológica. Toda esta información debe ser resguardada en el Centro Especial, por su carácter confidencial.

Necesidad de implantar el sistema progresivo en la rehabilitación del sometido a medidas de seguridad con enfermedad mental

Así como lo establece la Ley de Ejecución Penal y Supervisión, en el tratamiento de esta reinserción social debe ser a través de los grados o periodos por los que deben pasar, en base de disciplina médica acorde con el grado de perturbación mental superando paulatinamente etapa por etapa desde las más rígidas hasta las menos severas.

a) Etapa de observación, clasificación y tratamiento

Debe ser una real etapa, un verdadero periodo de observación del comportamiento del interno, En este momento es de suma importancia que los profesionales sean especialistas en la materia de psiquiatría forense, quienes con estudios especializados y científicos clasificarán su trastorno mental (en esta etapa se clasificarán por su sexo, su grado de la enfermedad si se trata de casos severos o graves irreversibles, moderados y leves. El tratamiento debe ser seguir según la clasificación, la medicación que deben ser prescrita por los profesionales.

b) Etapa de readaptación social en un ambiente de confianza

Una vez clasificada su enfermedad y que tratamiento debe ser el sometido a medidas de seguridad, dentro de un marco de confianza con el interno le harán participe de lagunas actividades adecuadas a su capacidad, entre ellas la educación alternativa, empleo en habilidades ocupacionales, laborales desempeño de actividades culturales y deportivas.

Con el fin de que la medida de seguridad impuesta sea de rehabilitación y reinserción a la sociedad (en los casos moderados y leves), siempre bajo la vigilancia del personal de custodia y funcionarios capacitados al respecto.

Así mismo se fijaran días para recibir visitas de familiares, ya que ellos son parte fundamental del tratamiento sobre todo en aquellos casos en que luego de la permanencia en el Centro Especial serán sus ellos quienes tendrían que hacerse cargo de su tratamiento posterior.

c) Etapa de Pre libertad

De acuerdo a su conducta y evolución de su tratamiento psiquiátrico, en la primera y segunda etapa, pasaría a un periodo de semi libertad donde durante el día tendría sus actividades ya sean laborales o ocupacionales fuera del Centro Especial bajo el control de los juzgados de Ejecución Penal, quien llevara un registro mientras dure sus actividades, el personal de seguridad vigilará que esas diligencias se efectúen con normalidad y en las noches el interno deberá retornar Al Centro especial.

d) Etapa de Libertad condicional

Luego de administrar el tratamiento adecuado que garanticen la completa recuperación (de los casos moderados y leves) del interno, próximo a obtener su libertad que será demostrada mediante su forma de conducirse con espontaneidad e iniciativa individual, respetando las relaciones con las demás personas,

La última etapa se debe considerar tomar en cuenta los modos y formas de la vida, tanto en lo psíquico, psicológico, moral como en lo material, ya que sería en esta etapa que conseguiría su libertad, después de los informes periciales realizados por psiquiatras forenses.

**CENTRO ESPECIAL DESTINADO A ENFERMOS MENTALES
INFRACTORS DE LA LEY.**

Las penas privativas de libertad han resultado estériles por la inaplicabilidad de las normas y falta de “infraestructura adecuada”, sabiendo que las prisiones es el lugar donde se ejecuta la pena, pero esta no tiene que ser finalista, sino tiene que tener un objetivo, el de la rehabilitación y reinserción del enfermo mental a la sociedad, transformando su comportamiento, controlando su enfermedad a través de un tratamiento adecuado dentro de un Establecimiento apto que responda a los fines señalados en el Código de Procedimiento Penal, Código Penal y la Ley de Ejecución Penal y Supervisión,

por lo que urge la “Creación de un Centro Especial para Sometidos a Medidas de seguridad con Enfermedad Mental”, con las características necesarias para implementar el sistema progresivo.

En este Centro Especial, deberán desarrollarse, tratamiento médico profesional-especial específico, ya que se tratará con seres humanos que convalecen una enfermedad que les hace estar fuera de la realidad.

INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO ESPECIAL PARA SOMETIDOS A MEDIDAS DE SEGURIDAD CON ENFERMEDAD MENTAL.

El diseño y las instalaciones de estos establecimientos, con respecto a su infraestructura, deberá corresponder al objeto de su creación, que es el de obtener el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental trasgresor de la ley en proporción al sistema progresivo planteado anteriormente.

Con el propósito de una mejor vigilancia y facilidad en el tratamiento de rehabilitación del interno /pacientes.

Con el propósito de una mejor vigilancia y facilidad en el tratamiento de rehabilitación de los internos/pacientes, este establecimiento deberá ser construido por pabellones independientes con una capacidad de 100 internos/pacientes, divididos por sexo y para el cumplimiento de las diferentes etapas previstas en el sistema progresivo. Es decir edificar pabellones uno para el régimen cerrado, otro para el intermedio y otro para el régimen abierto con sus respectivas áreas.

Condiciones básicas de habitabilidad del establecimiento especial

➤ Sectores de alojamiento.

Alojamiento individual:

Superficie conformada por un local que posibilite el alojamiento de un único individuo, y que usualmente se denomina celda. Las celdas deberán contener instalaciones sanitarias (inodoro y lavamanos).

- Lado mínimo: 2,20 m
- Altura mínima: 2,45 m

- Superficie mínima, cuando la celda cuenta con instalación sanitaria:
7,50 m²
- Superficie mínima, cuando la celda no cuenta con instalación sanitaria:
7,00 m²

- Servicios Sanitarios Mínimos
Cuando se encuentren fuera de las celdas individuales, se dispondrán los siguientes servicios sanitarios mínimos:
 - 1 ducha cada 8 internos/as
 - 1 inodoro cada 12 internos
 - 1 inodoro cada 8 internas
 - 1 lavamanos por cada inodoro

- Las celdas individuales de un pabellón (o departamento) deberán contar con servicios sanitarios (inodoro y lavamanos), en los salones de día se dispondrán adicionalmente.
 - 1 inodoro cada 25 internos/as
 - 1 lavatorio por cada inodoro

- Alojamiento colectivo:
Superficie que deberá estar conformada por un local que posibilitara el alojamiento de más de un individuo, y que usualmente se denominará dormitorio o pabellón.
 - Superficie mínima, por interno/paciente: 3,40 m²
 - Superficie mínima, tendría que ser aceptable únicamente en caso de superar la capacidad real del establecimiento, por interno: 2,00 m²
 - Altura mínima: 2,60 m.

- Servicios Sanitarios mínimos:
 - 1 inodoro cada 12 internos
 - 1 inodoro cada 8 internas
 - 1 ducha cada 8 internos/as
 - 1 lavatorio por cada inodoro

➤ Dormitorios

Tendrían como equipamiento mínimo para cada interno/paciente:

- Cama o plano horizontal.

Mobiliario para guardar sus pertenencias, plano de apoyo de material de lectoescritura, y un asiento.

- Podrán disponerse camas tipo literas con un máximo de 3 unidades verticales, distancia mínima entre cama en forma vertical 1,20 m.

Distancia deseable entre cama superior y el cielorraso de 3,00m.

➤ Salones de día (Comedores).

El establecimiento deberá contar con Salones de Día, la superficie deseable a ser destinada por interno será de 3,25 m² sin considerar las instalaciones húmedas que pudieran estar incorporadas (sanitarios o duchas).

➤ Recreación

Los patios de recreos de los internos/pacientes tendrían en su conjunto una superficie mínima deseable de 5 m² por ocupante. En estos espacios se deberá disponer de instalaciones aptas para el lavado y secado de indumentaria personal de los internos.

➤ Área de cocina

Deberá ser un ambiente apto para la elaboración de los alimentos de manera higiénica, con una superficie mínima deseable de 10m². Contar con el mobiliario necesario.

En el régimen cerrado el pabellón deberá ser uno de los más seguros del recinto, ya que aquí se encontrarían por una parte los casos más severos de perturbación mental. Como también la primera etapa del recién llegado, ya que por su reciente privación de libertad y aislamiento de su entorno el enfermo mental se encuentra hostil y reacio, constituyendo la más crítica de las etapas de tratamiento, curación y rehabilitación.

Régimen intermedio, siendo un avance significativo, siendo un avance significativo dentro de lo que se pretende alcanzar, el pabellón deberán ser construidos para ser colectivos, por celda albergar tres camas siempre en número impar.

Régimen abierto, en esta etapa el sometido a medidas de seguridad, ya se encuentra próximo a salir en libertad, por lo tanto debe tener contacto con más personas, para lo cual los dormitorios deberán ser colectivos.

FINANCIAMIENTO Y RECURSOS PARA SU CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CENTRE ESPECIAL PARA ENFERMOS MENTALES CON ENFERMEDAD MENTAL

La creación del Centre Especial, es una solución al problema, de a donde conducirlos a los enfermos mentales sometidos a medidas de seguridad, ya que el tratamiento psiquiátrico especializado a su condición tiene que ser en medio adecuado y así una adecuada rehabilitación para devolverle la capacidad, derechos, dignidad que fueron privados como consecuencia de su enfermedad e infracción a ley.

Para la creación y mantenimiento del Centro Especial para enfermos mentales sometidos a medidas de seguridad, se necesita contar con financiamiento seguro los mismos que se conseguirán a través de Instituciones gubernamentales como el Ministerio de Gobierno, Ministerio de Salud Ministerio de Hacienda, Ministerio de Planeamiento y Desarrollo Sostenible.

Al tratarse de un problema de Régimen Penitenciario y Salud Pública, son los dos entes reguladores: el Ministerio de Gobierno y el Ministerio de Salud, mediante Resolución Bi-ministerial materializar la Creación de un Centro Especial, mediante la canalización de recursos provenientes del Sistema Nacional de Inversión Pública; a través del Ministerio de Hacienda.

Organo Rector del Sistema Nacional de Inversión Pública conforme a lo dispuesto en la Ley No. 1493 de 17 de septiembre de 1993, emite las Normas y Reglamentos Básicos del Sistema Nacional de Inversión Pública, que rigen para todas las entidades del sector público. Regulen los procesos de

asignación de recursos públicos para los proyectos inversión, mediante la aplicación de criterios de eficiencia y responsabilidad por la función pública.

Fase de Preinversión: Abarca todos los estudios que se deben realizar sobre un Proyecto de Inversión Pública, desde que el mismo es identificado a nivel de idea en los de los distintos niveles institucionales, hasta que se toma la decisión de su ejecución.

Dichos estudios en sus diferentes etapas deberán incluir:

- 1) La descripción de la necesidad a satisfacer o la potencialidad a desarrollar con el proyecto.
- 2) Las alternativas técnicas de solución.
- 3) La identificación, cuantificación y valoración de los beneficios del proyecto.
- 4) Los costos de inversión y de operación que demandará el proyecto.
- 5) Las alternativas de financiamiento para la inversión y operación.
- 6) El cálculo de los indicadores de evaluación económica, social, financiera y ambiental que recomienden el abandono, postergación o continuación del proyectos y la decisión en relación a la asignación de recursos al mismo.
- 7) El Diseño Final del proyecto, cuando corresponda, que permita validar los resultados de los estudios de preinversión antes de tomar la decisión de su ejecución

El Órgano Rector del SNIP, mediante Reglamento Básico, establecerá los alcances y niveles de profundidad que deberán observarse para la elaboración de estos estudios, según tipo de proyecto y cuantía de inversión, así como los criterios y parámetros de evaluación a los que deberán someterse los proyectos de inversión de todas las entidades públicas.

b) Fase de Ejecución: Comprende desde la decisión de ejecutar el Proyecto de Inversión Pública y se extiende hasta que se termina su implementación y el mismo está en condiciones de iniciar su operación. En esta fase se deben elaborar los términos de referencia para concretar la ejecución, realizar la programación física y financiera de la ejecución y ejecutar físicamente el proyecto.

c) Fase de Operación: Comprende las acciones relativas al funcionamiento del proyecto, a efectos de que el mismo genere los beneficios identificados y estimados durante la fase de preinversión.

El Ministerio de Planeamiento y Desarrollo Sostenible, está obligado a asignar un presupuesto anual destinado a gasto de operación y del personal del Centro Especial.

Estructura Técnica del Centro especial

Estaría compuesto por un Consejo de Dirección y Junta de Tratamiento,

El Consejo de Dirección estaría integrado

- Por el Director,
- Los Subdirectores de Régimen, Seguridad, Tratamiento, Médico y Personal y
- El Administrador. Además se añadiría
- El Subdirector de Enfermería.

Las funciones del Consejo de Dirección, de por sí serían amplias, devienen omnímodas en lo que a psiquiátricos penitenciarios respecta.

Por su parte, la Junta de Tratamiento está compuesta por: el Director (que la preside), el Subdirector de Tratamiento, el Subdirector Médico, los Técnicos del Centro Especial, un Coordinador de los servicios sociales penitenciarios del Centro, un Educador, y un Jefe de Servicios.

Son funciones de la Junta

- Establecer los programas de tratamiento y los modelos individualizados de ejecución penitenciarios para cada interno del Centro.
- Supervisar la ejecución de las actividades programadas por el Equipo Técnico.
- Adoptar los acuerdos que estime pertinentes sobre las peticiones y quejas que formulen los internos a los Equipos Técnicos sobre su clasificación, tratamiento o programa de intervención.
- Conceder los permisos penitenciarios de salida, previo informe del Equipo Técnico, solicitando la autorización del Juez de Ejecución Penal o del Centro Directivo, según corresponda.
- Organizar la ejecución de las prestaciones de carácter asistencial que precisen los internos o sus familiares, fomentar las actividades laborales de los internos, cuidando que las mismas se desarrollen con arreglo a las normas vigentes.
- Remitir los informes a que hace referencia el a diagnósticos psiquiátricos.

A tenor del art. 1º (*Objeto*).- *Esta Ley Tiene por objeto regular: La Ejecución de las penas y medidas de seguridad dictadas por los órganos jurisdiccionales competentes....*²⁷

De ahí deriva que los establecimientos en donde se cumplen aquellas como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sometidos a medidas de seguridad.

El instrumento de esta labor reeducativo-reinsertadora es el llamado "tratamiento penitenciario", que consiste en "el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los internos sometidos a medidas de seguridad. En efecto, el art. 81º señala que "los establecimientos especiales son aquellos de carácter asistencial médico y psiquiátrico destinados a la rehabilitación de las personas condenadas a medidas de seguridad que durante la ejecución de la condena adolezcan de trastorno o enfermedad mental...", y entre los tipos de centros especiales se indica expresamente que tal condición tendrán los "Centros psiquiátricos"). En tal centro el tratamiento se armonizará

²⁷ LEY DE EJECUCIÓN PENAL, Ley No 2298 de diciembre del 2001.

con la finalidad específica de esta Institución. Es evidente por tanto que en los "establecimientos o Centro Especial" el instrumento de reeducación y reinserción de los en ellos internados no es otro que el "tratamiento" armonizado con el fin específico de los mismos: la atención psiquiátrica.

El órgano administrativo al que se debe atribuir "las tareas de observación, clasificación y tratamiento penitenciario" son las Juntas de Tratamiento, encargándose de la ejecución de dichas tareas los llamados "Equipos Técnicos"

La distinción de funciones atribuidas a Consejo de Dirección y Junta de Tratamiento tiene que ser clara. Corresponden al primero tareas que tienen por común denominador los aspectos regimentales:

- Supervisión de la actividad general del centro.
- Elaboración de normas de régimen interior.
- Adopción de medidas en casos de alteración del orden.
- Determinación del número de puestos auxiliares.
- Determinación de horarios de comunicaciones, paquetes y recuentos.
- Determinación de las áreas regimentales de participación de los internos

Muy distinto tendría que ser el cometido de la Junta de Tratamiento. Precisamente, porque las funciones son distintas, distinta es la configuración de uno y otro órgano.

El psiquiatra en los Centros Especiales Psiquiátricos tendrá a su cargo la organización de los servicios médicos, la clasificación y distribución de los internos en los diferentes Departamentos, con arreglo a lo preceptuado en el Reglamento.

Junta de Régimen y Administración

- Establecer las normas adecuadas para el tratamiento de los reclusos.
- El tratamiento, régimen especial y disciplina a que han de someterse los enfermos, así como las clasificaciones y separaciones legales y de vida interna de los reclusos.

La estructura piramidal y jerárquica

- Director Médico especializado en psiquiatría, responsable del tratamiento, régimen y vida disciplinaria de los enfermos psíquicos y establecerá las clasificaciones y separaciones, tanto legales como de vida interna.
- Jefe de servicio responsable de la organización del servicio o la supervisión de su funcionamiento. - es el referente jerárquico asistencial. Quiere decir que su posición en lo profesional tiene la capacidad de decidir ante alternativas terapéuticas. Su decisión última ante casos difíciles y complejos le convierte en referente asistencial.
- Un profesionales con un neto perfil tratamental o asistencial (jurista y educador).

La estructura técnica en general (los "equipos multidisciplinares")

- Psiquiatras (mínimamente cinco)
- Un abogado, (con especialidad Criminología)
- un psicólogo,
- un médico general
- Un jefe de enfermería (Grado Académico Licenciatura)
- un sociólogo,
- un Maestro o Encargado de Taller,
- Educadores,
- un Trabajador Social, monitor Sociocultural y Deportivo.
- terapeutas ocupacionales
- enfermeros y enfermeras

Tal composición reflejaría la existencia de un órgano de base, sobre el que se debe asentar del programa de tratamiento de los internos de los establecimientos especiales.

Sus funciones más relevantes serían:

- Evaluar los objetivos alcanzados en la ejecución de los programas de tratamiento e
- Informar de los resultados de la evaluación a la Junta de Tratamiento,
- El asesoramiento pedagógico o psicológico en los talleres y escuelas de formación profesional.
- Presentar un informe a la Autoridad judicial correspondiente, en el que se haga constar la propuesta que se formula sobre cuestiones como el diagnóstico y la evolución observada con el tratamiento.
- El juicio pronóstico que se formula.
- La necesidad del mantenimiento.
- Cese o sustitución del internamiento,
- La separación del interno.
- El traslado a otro Establecimiento o Unidad Psiquiátrica.
- El programa de rehabilitación.
- La aplicación de medidas especiales de ayuda o tratamiento.
- Así como las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de la salida de aquél del Centro.
- Posteriormente, y debido a que la peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama una información periódica para el debido control judicial, a cuyo efecto la situación personal del paciente será revisada, al menos, cada seis meses por el Equipo multidisciplinar, emitiendo un informe sobre su estado y evolución.
- Labor de elaborar propuestas al Juzgado de Ejecución Penal, de "salidas terapéuticas" para un paciente, basadas en el informe de los especialistas que lo atienden o no estimar pertinente la aprobación de las mismas dado el escaso tiempo que lleva el paciente en el centro, dada la gravedad del delito, habida cuenta de su peligrosidad.

De las Funciones específicas:

El Abogado-criminólogo,

- Se le encomendaría asistir como vocal a las reuniones del Equipo, participando en sus actuaciones y acuerdos.
- Integrante de la Junta de Tratamiento y del Equipo Técnico.
- La labor de asesoramiento de la dirección del Centro Especial en materia legal.
- Aportar su conocimiento técnico a las labores de los diferentes órganos decisorios.
- La labor de informar a los internos acerca de su situación penal, procesal y penitenciaria, bien por propia iniciativa, cuando lo crea adecuado, o bien a petición del interno.

Los educadores

Debe cumplir con capacitación específica para tal función.

- Colaboradores directos e inmediatos de los Equipos de Observación y de Tratamiento.
- La observación directa del comportamiento de los internos/pacientes.
- Colaborar con los especialistas del Equipo.
- Organizar las actividades deportivas y recreativas o constituir una carpeta de información personal sobre cada interno del grupo o subgrupo que tenga atribuido.
- Atender al grupo o subgrupo de internos que se les asigne, a quienes deberán conocer lo mejor posible, intentando mantener con ellos una buena relación personal, y a los que ayudarán en sus problemas y dificultades durante su vida de reclusión.
- Intercediendo, presentando e informando ante la Dirección del Establecimiento sus solicitudes o pretensiones.
- Tal relación con el interno -aquí paciente-, esa labor de intercesión ante la Dirección.
- Además, su asistencia a las reuniones periódicas de los equipos y juntas de tratamiento erige a esta figura en un elemento fundamental en el mundo carcelario, ya que es un profesional especialmente cercano, una persona "de confianza" del paciente.

- También sin justificación alguna, quien intercede y presenta ante la Dirección las solicitudes y pretensiones de los internos/pacientes, Equipos Multidisciplinares y las Juntas de Tratamiento.

La estructura médica en particular

El Estado (en su materialización operativa, la Administración Pública) es, ante todo y sobre todo, ejercicio de poder. Al mismo tiempo el psiquiatra tiene "poder" en un doble sentido: por un lado, en la relación terapéutica médico enfermo; por otro, en su papel como intermediario entre los presuntos enfermos y las instituciones estatales y no estatales que tienen interés en su actividad.²⁸ Puede calificarse, en este sentido al psiquiatra (penitenciario o no) como "uno de los más importantes agentes de decisión no estatales en la vida moderna."²⁹ Más radicalmente se ha afirmado, que la psiquiatría ejerce un rol de control social³⁰

Los psiquiatras tienen la condición de "agentes dobles" de los psiquiatras, con las connotaciones que en el plano ético ello induce. Es preciso averiguar en esa dualidad representativa de quién es realmente agente el psiquiatra: "El psiquiatra debe establecer diagnósticos y orientaciones terapéuticas que tienen indudables connotaciones políticas y sociales. En ese marco es de la máxima importancia a quien representa"³¹ Las consecuencias materiales de tal dualidad son de entidad, ya que en las sociedades occidentales "los psiquiatras trabajan, a menudo, como agentes de organizaciones, como escuelas, empresas, los tribunales o el ejército. O, incluso, aunque crea estar trabajando como agente del paciente, se encuentra influido por los deseos de su familia. Esto le produce un conflicto de lealtades cuando el paciente y la organización que le emplea tienen intereses y necesidades opuestas".³²

²⁸ CODOF, Pedro. "Mal uso y abuso de la Psiquiatría". Ed. Triacastela. Madrid-España. 2001.

²⁹ CODOF, Pedro. Ob. Cit.

³⁰ CODOF, Pedro. Ob. Cit.

³¹ GUIMÓN, J., "Psiquiatras: De brujos a burócratas". Barcelona, Salvat, 1990.

³² GUIMÓN, J., Ob. Cit.

Si esto sucede en el campo social general, qué no habría decirse del ámbito penitenciario. Es éste un espacio cerrado, aislado de la sociedad exterior.

Aquí se encuentra precisamente uno de los pilares básicos del problema manicomial penitenciario. En un espacio cerrado, con escasas conexiones con la sociedad exterior, el psiquiatra se encuentra aislado, siéndole en la práctica único referente la estructura burocrático-carcelaria. A ella se debe, por encima de todo y de todos.

Naturalmente la presencia de un colectivo de profesionales estables -con estabilidad profesional, se entiende- en los psiquiátricos penitenciarios, sería un actor desestabilizador del "sistema".

El profesional en psiquiatría

- La pericia psiquiátrica particular relevancia en el proceso penal. El tratamiento terapéutico, así como la administración de medicación.
- Dependería la firma de una salida terapéutica o permiso.
- El cambio de departamento.
- El informe de traslado a otro centro,
- Su objetivo fundamental sería el establecimiento de relaciones de causalidad psíquica entre los internos/pacientes y sus acciones.
- Fundamenta criterios de la ciencia médica, que tiene por finalidad asesorar al órgano judicial en la ejecución de la sentencia.
- Emisión de informes y dictámenes médico-legales que les sean solicitados por los Juzgados, Tribunales, y la Fiscalía.
- Emitir los informes que le sean solicitados por las autoridades judiciales y actuar como Perito ante los Tribunales de Justicia si fuera requerido.

- Realizar el tratamiento médico-psiquiátrico de todos los internos enfermos mentales o que presenten anomalías o trastornos de esta naturaleza.
- Una idónea relación terapéutica.

- Práctica profesional con todas las garantías de imparcialidad y objetividad, cuya especialidad esté acorde con la materia a dictaminar.
- Todas las formas de tratamiento psiquiátrico (incluyendo los tratamientos somáticos) dependen en gran parte de la relación médico-paciente.
- Y esa relación dependerá mucho de la "capacidad de confianza y confianza intercambiadas entre el paciente y el profesional. (sin embargo, al paciente recluido en Centro Especial psiquiátrico penitenciario se le "impone" al médico asistencial y al perito, unidos en la misma persona).
- Lo que contraría el carácter de la medicina como relación personal fundada en la confianza, en calidad de realización interhumana de consentimiento mutuo. (La confianza es una necesidad humana y un ingrediente esencial de las relaciones sociales, cuya importancia y problemática se acentúan en situaciones de especial dependencia y vulnerabilidad de la persona, como en la relación clínica).
- Asistir como perito al juicio y luego (durante la ejecución de la medida de internamiento) tratar al paciente e informar periódicamente sobre él, con las repercusiones en la relación terapéutica que ello conlleva.
- La relación médico-paciente pueda ser mantenida incólume o que el Psiquiatra debe actuar 'neutra y objetivamente' como perito no sólo tiene que ser una quimera, sino el más elemental sentido común.

A nivel de seguridad, con respecto al personal de seguridad, el Reglamento de la Ley de Ejecución Penal y Supervisión, en su capítulo IV, Organización de los Establecimientos penitenciarios, Art 67 al 73, menciona que la Dirección General de Establecimientos Penitenciarios solicitara al Comando General de Policía disponga de su personal calificado (guardias con el debido entrenamiento para el resguardo de personas sometidas a medidas de seguridad con énfasis en su enfermedad mental), las 24 horas y los 360 días del año.

Además cada pabellón deberá contar con un responsable de seguridad en cada turno, quienes deben ser especialistas adiestrados para la seguridad, vigilancia y protección discreta, con calidad humana. En ningún caso se les

impondrá castigo corporal alguno, personal que no cumpla con esta disposición tendría que ser sancionado severamente e incluso procesado por abuso de autoridad.

Para lograr un resultado favorable en la formación del personal destinado al Centro Especial para sometidos a Medidas de Seguridad con enfermedad mental y en general de todas las penitenciarias, se debe insistir en la Creación del Instituto de Estudios Penitenciarios dependiente del Ministerio de Justicia.

Asistencia Social: Compuesto por los profesionales en Psicología, Sociología y Trabajo Social. Su Funciones y Atribuciones:

- Su objetivo principal la rehabilitación del interno/paciente.
- Terapias individuales y grupales.
- Tratamientos para determinas donde se den las frustraciones (culturales, económicas, emocionales y educativas).
- Terapias que se deben extender a los familiares más cercanos del interno/paciente.
- Sesiones de terapias grupales, destinadas a orientar la evolución de su rehabilitación y las funciones y obligaciones de los familiares.
- Se enseñaran y rescatan los valores fundamentales de respeto a las demás personas de su entorno, aspecto necesario en la reinserción a la sociedad.

El reclutamiento y formación de personal

a) El cometido funcional, según norma de rango legal, de los facultativos de sanidad penitenciaria y los "técnicos" especialistas de Psiquiatría es distinto.

b) La convocatoria de plazas para el acceso al Personal Facultativo de Psiquiatría Penitenciaria debe especificar los requisitos de titulación de especialistas.

c) El programa de las pruebas de acceso no tiene que ser idéntico para todos los Facultativos de Medicina Penitenciaria (Médicos Generales o Especialistas), y notoriamente distinto para los Técnicos-Especialistas en Psiquiatría.

CONCLUSIONES

1. La Ley de Ejecución Penal y Supervisión, establece los establecimientos Especiales, para personas condenadas a medidas de seguridad, o que durante la ejecución de la pena adolezcan de trastorno mental, esta disposición no se cumple ya que no existen estos Establecimientos Especiales.
2. En la Penitenciarias de la ciudad de La Paz, existen internos con enfermedades mentales, que en el momento de su juzgamiento y reclusión, no se tomo en cuenta su estado mental por las autoridades judiciales.
3. En cárcel de San Pedro, no existe las mínimas condiciones para tratar a estos internos con enfermedades mentales, ya que solo cuentan con una psicóloga (Apoyo psicológico) y de un médico general (aspectos generales de la medicina).
4. Necesariamente tiene que crearse un Centro Especial adecuado para el tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales infractores de la ley, debiendo ser adecuado para su fin correctivo antes de ser represivo o carcelario.
5. Después de una aproximación al análisis del marco jurídico-doctrinario en la legislación nacional se puede concluir, de modo general que existe una clara actitud de pseudo asistencia, de los enfermos mentales sometidos a medidas, que no se traduce en los hechos.
6. Asimismo, debe concluirse, que los Hospitales de Salud Mental, que si bien acoge a cierto número de enfermos mentales sometidos a medidas de seguridad o que durante la ejecución de la pena adolezcan de estas enfermedades, no cuentan con el resguardo, custodia para estos pacientes/internos.

7. Todavía se tiene la creencia, que los enfermos mentales, son “locos”, a los que se tiene que negar sus derechos fundamentales y que el Estado y la sociedad no debe proteger.
8. Se mantiene la creencia de que estos individuos, merecen todo el castigo y rigor de la ley sin consideración alguna de que la enfermedad mental es una patología más, que deben ser tratados con la misma consideración que cualquier persona que este convaleciente.
9. La actual convivencia de enfermos mentales e internos en los recintos penitenciarios, está provocando que no solo se estén violando los derechos de estas personas, si no que llevan una doble condena, la de la cárcel y de su enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. La internación no debe entenderse como una privación de libertad, es una hospitalización en el Centros Especial adecuados. El individuo, dada su condición de enfermo mental, deberá ser tratado, asistido y custodiado, incluso impositivamente, puesto que nos referimos a personas que han perdido la capacidad de responder por sus actos.
2. Sin embargo, ante hechos de renombrada trascendencia pública, a veces es más cómodo condenar (enviar a un centro penitenciario tradicional) al individuo enfermo, que hospitalizar en centros adecuados, por un tiempo necesario, hasta la remisión de los síntomas o de la peligrosidad del paciente delincuente. Tal vez, la duda que afronta el magistrado rondará en asegurarse cuan adecuado es el centro hospitalario al que deberá enviar al paciente afectado. Pero concretamente, una vez que se ha desarrollado un diagnóstico efectivo y se ha determinado que ese individuo cometió un acto delictivo en estado de alienación (el que puede ser permanente o eventual) no se lo puede privar de la aplicación de un tratamiento curativo. En esto, no hay diferencia de carácter clínico entre alienados delincuentes y alienados no delincuentes.
3. Se debe tratar el tema de la enfermedad mental despojándose de cualquier posición subjetiva, lo que siempre ha sido difícil los ejemplos son claros y variados en las diversas ciencias, esta tarea exige de tratadistas de buena voluntad, pero sobre todo desprovistos de todo prejuicios.
4. Los expertos en materia penal, especialmente procesales y psiquiatras deben clasificar con precisión sobre la nosología de la enfermedad mental grave e irreversible, los primeros en cuanto a la situación jurídica de aquellos que la padecen, y los segundos en proporcionar las singularidades para una correcta introducción de estas categorías al ámbito de la Ley Penal.

5. También se hace necesario que los operadores de justicia deben tener conocimientos firmes de diversas áreas de las Ciencias penales y sus ramas auxiliares, como por ejemplo en Psiquiatría Forense, y así les permite percibir y comprender la realidad de los imputados enfermos mentales, lo que facilitaría notablemente la comunicación con los peritos en ésta área.
6. El Estado debe generar políticas para el cumplimiento la Ley y crear los Establecimientos Especiales para sometidos a medidas de seguridad.

BIBLIOGRAFIA

ALONSO F. Francisco, “Fundamento de la Psiquiatría Actual”, Editorial Paz Montalvo, España 1976.

ALVAREZ-URIA, F., “Miserables y Locos”, Editorial Tusquets Barcelona-España, 1983.

BALCAZAR, Juan Manuel, “Historia de la Medicina en Bolivia”, La Paz – Bolivia, Juventud, 1956.

CARNELUTTI, Francisco, “Las miserias del proceso penal”, Editorial TEMIS S.A.; Santa Fé de Bogotá – Colombia 1999.

DORLAN, “Diccionario Médico ilustrado” Mac.Graw-Hill. Interamericana; Madrid–España.

CABELLO, P., Vicente, “Psiquiatría Forense en el Derecho Penal”, Doctrina, Jurisprudencia, Pericia; Tomo I; Editorial Hammurabi; Argentina; 1981.

C.N.I. – C.E.I. MINISTERIO DE JUSTICIA Y DDHH, “Nuevo Código de Procedimiento Penal” Editorial OFAVIN; Bolivia; 2001.

ESTRADA Vélez, Federico, “Derecho Penal”, Editorial TEMIS S.A.; Bogotá – Colombia, 1986.

FERRI, F., “Sociología Criminal”, Tomo II, Madrid-España. Góngora. 1907.

FOUCAULT, M., “Vigilar y Castigar”, Madrid-España. Siglo XXI. 1978.

FRIAS Caballero, Jorge, “Imputabilidad Penal” EDIAR Sociedad Anónima Editora Comercial Industrial y Financiera, Argentina, 1990.

GARCIA Albero, Ramón. “Curso de Derecho Penitenciario”

GUTIERREZ Ferreira, Carlos, “Psiquiatría Forense”, MARSOL, Perú Editores S.A.,; Perú, 1996.

GIMENO Sendra, Vicente, “Derecho Procesal Penal”, Editorial COLEX, España, 1999.

HAMILTON, Eduardo, “Medicina Legal”, Facultad de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales, Universidad Católica de Chile.

LABATTUT, Glenda GUSTAVO, “Derecho Penal” Tomo II. Editorial Jurídica de Chile; Santiago de Chile.

MICHEL Huerta, Manuel, “Enajenación Mental”, Editorial Tupac Katari, Sucre – Bolivia, 1983.

MOLINA Céspedes, Tomás. “Derecho Penitenciario”

MORENO Catena, Víctor, “Ley de Enjuiciamiento Criminal”, Editorial Tecnos, Madrid – España, 2001.

RANIERI, Silvio. “Manual de Derecho Penal” Editorial TEMES; Bogota-Colombia.1975.

REYES Achinda, Alonso, “La inimputabilidad”, Editorial TEMES, Bogota-Colombia. 2005.

SILVA, Silva Hernán “Medicina Legal y Psiquiatría Forense”, Editorial Universal, Chile.

SAPENA Grau, Francesc. “Curso de Derecho Penitenciario”

SOLORSANO Niño, Roberto. "Psiquiatría Clínica y Forense", Editorial TEMIS S.A.; Bogotá – Colombia; 1990.

TAMARIT Sumilla, José María. "Curso de Derecho Penitenciario"

TIEGHI, Osvaldo, "Tratado de Criminología", Editorial Universidad; Buenos Aires-Argentina.

VIDAL, Guillermo. "Psiquiatría", El trastorno Mental; Editorial Médica PANAMERICANA; Bogotá, Caracas, Madrid, México, Santiago de Chile, Sao Paulo; 1996.

ANEXOS

Fontcalent Hospital Psiquiátrico Penitenciario



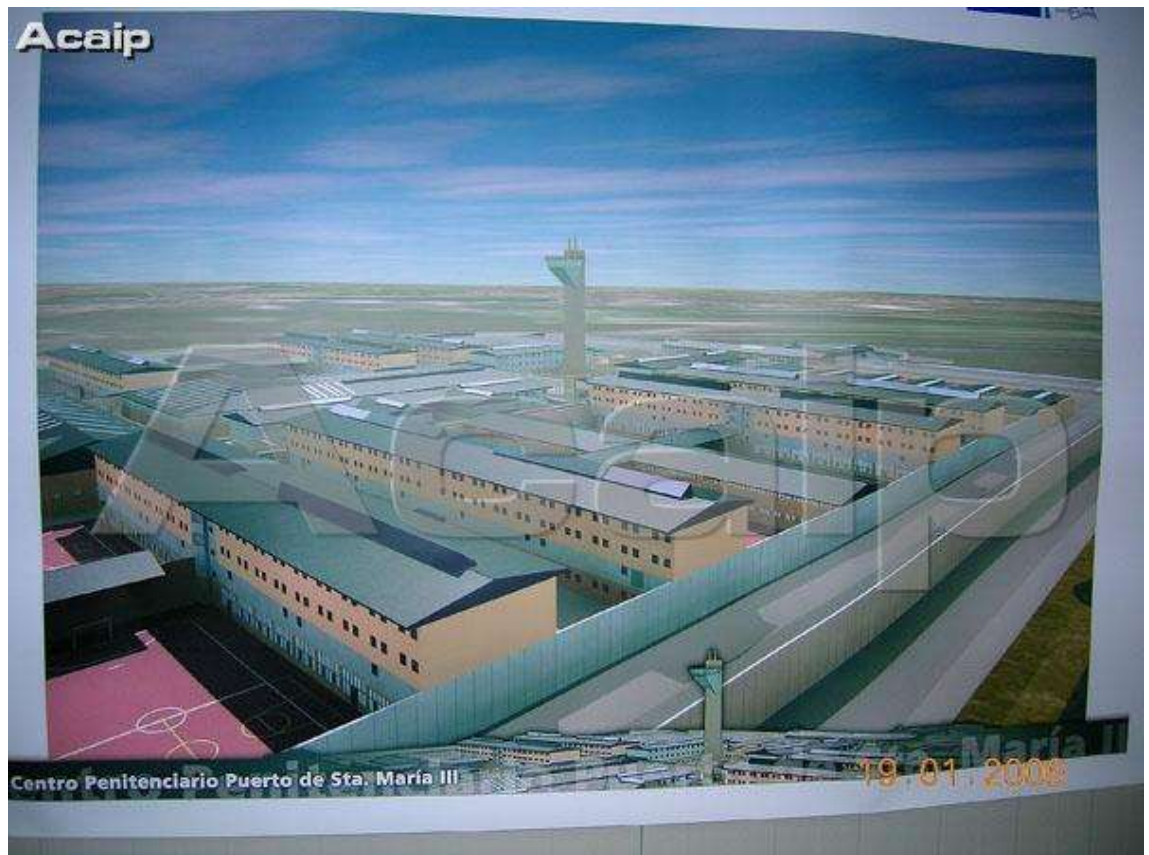
07 JUN 10 |

Un informe canadiense

En las cárceles se triplica la enfermedad mental
Psiquiatras y asociaciones de derechos humanos reclaman la reforma del sistema.



CENTRO PENITENCIARIO PSIQUIATRICO PUERTO DE SANTA MARIA –
ANDALUCIA ESPAÑA



CENTRO FEMENIL DE READAPTACION SOCIAL TEPEPAN – MEXICO

