

N 76

10

BLANCA CORREA SANCHEZ

De las enfermedades mentales en general y en particular, de la demencia precoz

Memoria de prueba para
optar al grado de Licenciado
en la Facultad de Ciencias
Jurídicas y Sociales de la
Universidad de Chile.

DONACION DEL PROFESOR
DON EUGENIO P. GADOMINGUEZ. A
BIBLIOTECA ESCUELA DE DERECHO
UNIVERSIDAD DE CHILE

ESCUELA TIPOGRAFICA
"LA GRATITUD NACIONAL"
SANTIAGO DE CHILE
1937

01 - 007648

well
C8242
1937
col

BLANCA CORREA SANCHEZ

De las enfermedades mentales en general y en particular, de la demencia precoz

DONACION DE PROYECTO
EUGENIO PUJOS DOMINGUEZ
BIBLIOTECA ESCUELA DE DERECHO
UNIVERSIDAD DE CHILE

Memoria de prueba para
optar al grado de Licenciado
en la Facultad de Ciencias
Jurídicas y Sociales de la
Universidad de Chile.

ESCUELA TIPOGRAFICA
"LA GRATITUD NACIONAL"
SANTIAGO DE CHILE
1937



23803

Santiago, Abril 30 de 1937.

Nº 52.

Señor Decano:

La Memoria de Prueba, intitulada "De las enfermedades mentales en general y en particular de la demencia precoz", de que es autora la señorita Blanca Correa Sánchez, merece al suscrito las observaciones siguientes:

La autora traza un cuadro de conjunto, que se distingue por su claridad y concisión, de las enfermedades mentales, con especial referencia a las diversas manifestaciones de la esquizofrenia, utilizando una bibliografía en que figuran algunos de los más modernos tratados de Psiquiatría.

Escrita en un estilo correcto y fácil, de acuerdo con un plan metódico bien concebido, la obra de la señorita Correa constituye un útil resumen, al alcance de cualquier lector medianamente culto, del estado actual de la Psiquiatría, y, al mismo tiempo, de la repercusión jurídica de los múltiples estados de enajenación mental, pues respecto de cada uno de ellos se señalan los efectos que producen sobre la responsabilidad penal y la capacidad civil.

La Memoria aparece dividida en ocho capítulos. El primero, que contiene una somera historia de las enfermedades mentales, no agrega nada nuevo a lo ya dicho en otras Memorias sobre la materia, y a mi juicio conviene suprimirlo. Los tres capítulos siguientes están destinados a estudiar, respectivamente, la definición, la etiología y la sintomatología de las enfermedades mentales. Respecto de lo primero, la autora examina con espíritu crítico las definiciones más en boga, reconoce la superioridad de la contenida en el art. 16 del Reglamento general para la organización y atención de los servicios de salubridad mental y hospitalización y reclusión de insanos, y termina proponiendo una definición, inspirada en ella, notablemente perfeccionada.

Esta definición sirve de base a una clasificación metódica de las enajenaciones, de acuerdo con la cual son estudiadas en el Cap. V.

El capítulo siguiente está consagrado a la esquizofrenia en sus diferentes manifestaciones; y los dos últimos, a la interdicción de los enajenados, de acuerdo con las disposiciones del C. C., y al análisis de las disposiciones contenidas en el Reglamento ya citado.

No comparto algunas de las opiniones sustentadas por la autora en lo que concierne, por ejemplo, a la conveniencia de aplicar una pena atenuada, conforme al art. 11 nº 1 del C. P., a los individuos que padecen de alguna enajenación mental incompleta o se encuentran todavía en el período prodrómico de la enfermedad. La señorita Correa debió investigar las modernas ideas al respecto, que aconsejan también la hospitalización de estos enfermos. Igualmente estimo que debió profundizar más el tema relativo a la responsabilidad penal del ebrio delincuente; y considero inaceptables las conclusiones a que llega en lo que concierne a la situación de los locos morales ante el derecho penal, conclusiones

que, por lo demás, aparecen en contradicción con sus afirmaciones acerca de la peligrósidad de estos individuos.

No obstante lo anterior, la Memoria de la señorita Blanca Correa Sánchez, un breve Manual de Psiquiatría Forense, constituye un trabajo de evidente utilidad práctica, y el Director que suscribe le presta su aprobación.

Saluda atentamente al Señor Decano

GUSTAVO LABATUT G.
Director del Seminario de Derecho
Penal y Medicina Legal.

Santiago, 4 de Mayo de 1937.

Señor Decano:

Me es grato informar sobre la Memoria de Prueba de la señorita Blanca Correa Sánchez, que trata "de las enfermedades mentales en general y de la demencia precoz, en particular".

El trabajo en estudio, es un resumen bastante completo y bien documentado, de las causas y síntomas de las diversas enfermedades mentales.— Se intenta además, una definición y clasificación de esas anomalías que, si bien es cierto, no son originales del autor, ha estado acertado en transcribirlas y comentarlas.— Un ligero esbozo de la evolución histórica que ha experimentado el concepto de "enfermedad mental", un estudio más a fondo sobre la esquizofrenia, y algunos comentarios sobre la interdicción e internación de los enajenados mentales, completan la Memoria de Prueba de la señorita Correa Sánchez.

El mérito principal de este trabajo radica, a nuestro juicio, en el resumen ordenado, metódico y claro que el autor hace de los diversos tratados de Psiquiatría, en lo referente a las generalidades de las enfermedades mentales.— Con esta Memoria se ha logrado reunir en pocas páginas, aquellos conocimientos generales indispensables para quedar en condiciones de entrar a estudiar a fondo las enfermedades mentales.

Merecen discusión algunas de las consecuencias jurídicas que el autor deduce de ciertos estados de enajenación mental; pero, ello no resta mérito a esta Memoria; ya que, en dichas materias, existen opiniones diversas.

Por lo tanto, concluyo este informe en el sentido de que la Memoria de Prueba en examen, puede ser aprobada, en atención a que ella representa un estudio atento, prolijo y bastante completo de las materias de que trata, estando fundamentado en obras de Psiquiatría de diversos autores de reconocida versación, que han sido consultadas cuidadosa e inteligentemente.

A. E. GARCIA G.
Profesor Agregado de Medicina Legal.

DONACION DEL PROFESOR
DON EUGENIO PUGA DOMINGUEZ A
BIBLIOTECA ESCUELA DE DERECHO
UNIVERSIDAD DE CHILE

A mi querido padre

HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Es tarea muy difícil y casi imposible el hacer una historia completa del concepto que se ha tenido de las enfermedades mentales, porque éstas, en un principio, han evolucionado en medio de la barbarie y de la ciega ignorancia primitivas, no existiendo, de todo este extenso primer período, documentos fidedignos que permitan conocer con precisión el desarrollo de ellas.

Sólo a partir de la Antigüedad greco-romana comienza a hacerse un estudio más completo de la evolución de las enfermedades mentales, de sus características y de los medios de su curación, y este conocimiento ha ido ampliándose cada vez más hasta culminar en la época actual, en la cual, la aplicación de la ciencia al estudio de dichas enfermedades, ha permitido al hombre dominar casi por completo al primitivo "espíritu maligno", causa y agente de toda perturbación psíquica, según el concepto de aquellas épocas.

Para hacer más fácil y comprensible nuestro estudio sobre la historia de las anomalías mentales, dividiremos ésta en cuatro períodos:

- 1.—EPOCA PRIMITIVA.
- 2.—EPOCA ANTIGUA.
- 3.—EPOCA DE TRANSICION.
- 4.—EPOCA MODERNA. (1)

1.—EPOCA PRIMITIVA

La mentalidad de los pueblos primitivos admitía, sin esfuerzo alguno, la intervención de los dioses, de los espíritus o de fuerzas sobrenaturales en toda clase de cosas. Basándose en la distinción entre dioses buenos y dioses malignos, suponían que la acción de estos últimos producía en los hombres las enfermedades del espíritu. Y así, un individuo que padecía de histeria, epilepsia, u otra enfermedad análoga, era considerado como un endemoniado, o como un poseído por el espíritu del mal.

Con tales creencias sobre la naturaleza de las enfermedades mentales, el método de curación consistía en ceremonias religiosas que efectuaban los sacerdotes: exorcismos, abluciones con el agua lustral o con

(1) E. Régis, 'Précis de Psychiatrie', pág. 1, Paris 1921.

la sangre de alguna víctima expiatoria, etc. Y si estos procedimientos no lograban la curación del enfermo, todavía quedaba un medio infalible: el enfermo era llevado a la hoguera, no sin que previamente se le sometiera a tormentos horrorosos y a tratamientos de terrible hechicería.

Poseemos de esta época escasísimos documentos. Uno de éstos, un monolito egipcio del siglo XIII A. J. C., tiene una inscripción según la cual una princesa asiática poseída del demonio pudo ser curada sólo gracias a la intervención del dios Khons. (2)

2.—EPOCA ANTIGUA

Distínguese en esta época tres ciclos netamente diferenciados: el ciclo hipocrático, el alejandrino, y el greco-romano. Precediendo al primero de estos, ha existido un extenso período durante el cual los enfermos mentales siguen siendo considerados como poseídos del demonio, y así nadie estima que la locura sea una enfermedad curable por medios naturales.

1) **CICLO HIPOCRATICO.**—Cúpole el honor a Hipócrates de ser el primer sabio que dió a las perturbaciones mentales el carácter de enfermedades. A juzgar por sus obras, parece que tenía un conocimiento bastante preciso de aquéllas, y en sus escritos encontramos hasta un esbozo de clasificación en la cual tienen cabida la manía, la melancolía, etc., y — lo que es de notar — presentó en forma bastante clara la locura alcohólica, la histeria y la epilepsia.

Los continuadores de Hipócrates no agregaron nada nuevo a la idea de su maestro, y cuando el imperio de Alejandro se desmembró, la tradición científica pasó al Egipto, donde adquirió cierto brillo bajo el reinado de los Ptolomeos.

2) **CICLO ALEJANDRINO.**—Este ciclo, intermediario entre el hipocrático y el greco-romano, es sumamente oscuro, pues son muy escasos los documentos, referentes a él, que han llegado hasta nosotros. Entre los representantes de este período encontramos a Herófilo y a Herasítrato cuyo único mérito — ya que sus obras se han perdido — ha sido el de conservar y difundir las ideas hipocráticas.

En este tiempo también se insinúa la idea de abrir establecimientos especiales para recluir a los enajenados mentales. Sabemos que en Egipto, por ej., hubo dos establecimientos con fines curativos, que funcionaban en los templos destinados al dios Saturno y a los cuales se mandaba, principalmente, a los que padecían de melancolía.

Viene después la decadencia de Alejandría, la dispersión de los sabios que en ésta se encontraban, y la tradición científica pasa a Roma, donde encuentra un vasto campo para su progreso.

(2) E. Régis, Ob. Cit., pág. 2.

3) **CICLO GRECO-ROMANO.**—En este ciclo mencionaremos solamente a Celso, a Coelius y a Galiano, interesantes por las clasificaciones que han hecho de las enfermedades mentales y por las innovaciones que trataron de introducir en los sistemas de curación de los enfermos mentales.

Se preocuparon los romanos de la situación de los enajenados no sólo en lo relativo a su persona, sino que también en lo relativo a sus bienes, y así podemos ver en la Ley de las XII Tablas principios que se refieren a su tutela y curatela, como lo prueba el contenido de la Tabla Va. Nº 10, que dice: "Si el furioso no tiene un custodio (paters familias o curador) quedan él y su pecunia bajo la potestad de sus agnados, y en defecto de estos, de sus gentiles". (3)

3.—EPOCA DE TRANSICION

Distinguiremos en esta época dos grandes períodos perfectamente definidos: la Edad Media y el Renacimiento.

1) **EDAD MEDIA.**—Todavía los espíritus se encuentran dominados por la idea de la superstición: es el reino de la brujería y de las fanáticas ceremonias sabatinas (4). La creencia en la intervención de los demonios y de las fuerzas sobrenaturales sigue agitando las imaginaciones. La posesión demoníaca continúa siendo para los pueblos la causa de la mayor parte de las enfermedades mentales. Y como por aquel entonces sobreviniera una epidemia de locura religiosa histérica, vemos que los enfermos, a quienes se les consideraba portadores del espíritu del mal, son llevados inexorablemente a la hoguera. No hay una sola voz que se eleve para defenderlos y es necesario llegar al siglo XV para reanudar, desde el punto de vista histórico de la Medicina Legal, la cadena tanto tiempo interrumpida.

En este siglo comienza ya a formarse una corriente de opinión que, basándose en la enseñanza hipocrática, sostiene que las alteraciones observadas en la locura, histeria, etc., constituyen una enfermedad producida por causas naturales y curable por medios menos enérgicos que el fuego.

2) **RENACIMIENTO.**—Gracias a los esfuerzos y enseñanzas de algunos médicos que citaremos a continuación, comienzan ya los espíritus a desprenderse lentamente de los prejuicios bastante tenaces dejados por los siglos precedentes.

Sobresalen en este período **Pablo Zacchias**, médico del Papa y de los estados romanos, que publicó un libro titulado "Cuestiones médico

(3) Diccionario Espasa. T. LVIII, pág. 1418.

(4) **Sabat:** Reposo sagrado que, según la ley de Moisés, los judíos debían observar el séptimo día de la semana consagrado a Dios. Asamblea nocturna de brujos y de brujas que, según una superstición popular, se efectuaba el sábado a media noche, bajo la presidencia de Satanás. (Dictionnaire Larousse), Paris 1928, pág. 921.

legales”, en el cual hace una clasificación de las enfermedades mentales, trata de la capacidad civil de los alienados, de la validez de sus actos, de los intervalos lúcidos y de la responsabilidad moral de los enajenados.

En esta misma época debemos considerar a **Gullen**, médico de gran iniciativa, que representa el eslabón de unión entre el Renacimiento y la época moderna. Concibió una clasificación de las enfermedades mentales según la cual habría sólo dos clases de locuras: la manía y la melancolía; las restantes se derivarían de éstas.

Contribuye eficazmente Gullen a que la ciencia médico-legal, progrese notoriamente en el sentido de eliminar, en forma gradual, la ignorancia y obscuridad que aún perduraban en ese tiempo. Pero a pesar de esto la situación de los enajenados es deplorable: viven siempre en prisiones, casas de refugio o sórdidas barracas, en el más absoluto abandono y promiscuidad.

En 1660, por decreto del Parlamento Francés, los enfermos son trasladados a los hospitales comunes, en los cuales se les aplica un tratamiento de curación consistente en duchas frías y numerosas sangrías con aplicación de elébora. Si al cabo de algunas semanas no daban muestra de mejoría, eran llevados a pequeñas casas que se convirtieron con el tiempo, en los actuales Hospicios. En estos establecimientos se encerraba a individuos de ambos sexos, tanto criminales como enfermos pues, en aquella época no se distinguía al loco del criminal. Allí permanecían estos individuos aspirando aire corrompido, infecto, acostados entre la paja podrida como verdaderas bestias y, lo que es más, expuestos a la vista del público como un objeto de recreación.

4.—EPOCA MODERNA

En esta época, que tiene como punto de partida la revolución Francesa, sobresalen los médicos Pinel y Esquirol.

FELIPE PINEL (1755-1826). Nacido en Saint Paul (Francia), después de buenos estudios se recibió de doctor en Tolosa. En 1789 publicó una obra sobre el régimen moral de los enajenados, la cual debía inspirar su obra maestra y aún toda su vida de alienista. En 1793 fué nombrado médico del asilo de Bicetre, donde se albergaba a los enajenados en condiciones deplorables, muchos de ellos amarrados con cadenas y sumidos en el más horrible abandono. Conmovido con el espectáculo que se presentaba ante su vista, trató de solicitar una reforma a la Commune, acudiendo al célebre Couthon, el cual fué a visitar el asilo y al imponerse de la gritería de los desgraciados enfermos, tuvo que retirarse, diciendo que el más loco de todos era Pinel al querer quitar las cadenas a esos individuos. El notable alienista no se desanimó y rompió los hierros que ceñían a los infelices asilados, substituyéndolos por camisas de fuerza, logrando en parte la tranquilidad del establecimiento. Recomendó, además, la separación y distribución de los enajenados según la naturaleza de la enfermedad.

En 1795 pasó a ser médico de la Salpetriere, al abrigo ya de la tormenta revolucionaria que por poco le costó la vida. En tales difíciles momentos su humanidad fué grande para todos.

Su obra "Tratado médico-filosófico acerca de la enajenación mental", fué completada en la Salpetriere entre las arduas labores de reorganización de un servicio descuidado. Después publicó "Nosografía Filosófica", la cual contiene una nueva clasificación de las enfermedades mentales basada en la estructura y funciones orgánicas. De acuerdo con ésta Pinel distingue cuatro formas de locura: 1º **manía**, delirio general, con agitación, irascibilidad, tendencia al furor; 2º **melancolía**, delirio exclusivo con abatimiento, tristeza, tendencia a la desesperación; 3º **demenia**, debilitamiento de las operaciones del entendimiento y de los actos de la voluntad; 4º **idiotismo**, especie de estupidez más o menos pronunciada. El Instituto Nacional y el Directorio ensalzaron su obra diciendo que honraba al "genio francés" y a la ciencia contemporánea. Fué traducida a innumerables lenguas e hizo universalmente famoso a su autor. Napoleón lo nombró médico consultor. La Academia de Ciencias lo admitió en su seno (1803) y al año siguiente se le hizo caballero de la Legión de Honor.

Pinel es considerado como el libertador de los enajenados, pues se esforzó por abolir los medios inhumanos empleados para su tratamiento en aquella época, y reemplazarlos por un sistema científico y eficaz. Debe tenersele como uno de los creadores de la psicoterapia ya que recomendó y trazó las líneas generales del tratamiento moral.

Los modernos conceptos de la nosografía psiquiátrica ya aparecen en germen en los trabajos de Pinel, y es considerado como un precursor en varias de las ramas de la ciencia médico-mental.

A pesar de la magnitud de los esfuerzos de este médico, su obra no alcanzó los frutos que él esperaba, siendo vivamente combatida por sus contemporáneos. Fué necesaria la ayuda de otro gran médico de esta época, **ESQUIROL**, distinguido discípulo de Pinel, para implantar en definitiva el régimen deseado por este último tendiente a cambiar la suerte de los enajenados.

Como coronación a esta serie de ininterrumpidos esfuerzos, se promulgó en Francia, en 1838, una ley sobre enajenados que se ha hecho posteriormente famosa y que ha servido como punto de referencia a la mayoría de las legislaciones modernas. En esta ley se dispone la creación de establecimientos especiales para enajenados, se enuncian las reglas relativas a la admisión de los enfermos, se reglamenta la administración de los bienes del individuo recluso y las reclamaciones contra la validez de sus actos, etc., etc.

Otros países de Europa también se han preocupado del estudio de las anomalías mentales.

En **Alemania**, debemos mencionar la escuela "psicológica" cuyos partidarios creían que las enfermedades mentales se debían a las perversiones del alma producidas por el pecado. Entre los principales representantes de esta escuela deben ser citados Legermann, Ideler y Heinroth. Como una reacción contra esta tendencia se formó la escuela

“somática”, cuyos miembros protestaron contra las teorías espiritualistas exageradas de los psicólogos y se esforzaron por probar que las alteraciones mentales provenían de lesiones físicas cerebrales o viscerales. Entre los que sostuvieron estas ideas merecen especial mención Griesinger, Nasse y Friedreich.

En Inglaterra, William Tuke emprendió y realizó una obra semejante a la de Pinel en Francia. Suya fué la idea de construir una casa de salud para enfermos mentales, (Retreat en York) en la cual no tuvieron aplicación el rigor corporal ni los malos tratos.

Con el impulso dado por los autores y escuelas antes mencionados, la Psiquiatría ha visto extenderse ampliamente su campo de acción. La creencia en dioses y espíritus malignos ha sido por completo desterrada. La creciente aplicación del método científico a los problemas psiquiátricos ha contribuído de modo eficazísimo a la seguridad de sus descubrimientos y a la incorporación a la Psiquiatría de nuevos problemas y nuevas materias tratadas antiguamente sólo por la Metafísica o la Filosofía.

Debido al enorme desarrollo que actualmente ha alcanzado la Psiquiatría, los estudios se han especializado, por así decirlo; cada psiquiatra estudia de preferencia un sector más o menos reducido, profundizando su conocimiento y contribuyendo con ello al adelanto total. Entre los grandes problemas que han sido tratados en particular en los últimos tiempos, debemos citar los relativos a la herencia, y a los estados degenerativos, a la confusión mental, a la demencia precoz. Se ha hecho un estudio profundo y detenido de la etiología, patogenia y anatomía patológica de las diversas enfermedades psíquicas; son dignas de mencionarse las modernas concepciones de la histeria, de las perversiones sexuales, impulsiones criminales, etc., así como también el notorio adelanto en la legislación sobre anomalías mentales, en los medios de curación, en el régimen imperante en los establecimientos para su reclusión, etc., etc.

En este esfuerzo por alcanzar la verdad en el terreno de lo mental debemos mencionar a ciertos psiquiatras y psicólogos que se han distinguido en los diferentes campos de la ciencia. Entre ellos tenemos a Segismundo Freud y a su escuela (Bleuler, Yung, Richlin, Sadger, etc.), que se han hecho célebres con sus estudios sobre la nueva teoría del psico-análisis y del subconsciente, estudios que han sido la base de una moderna forma de explicar y curar las psiconeurosis; Babinsky, que se ha destacado principalmente por sus investigaciones sobre anomalías del sistema nervioso; Charcot, que ha contribuído con ciertos trabajos sobre epilepsia, histeria, etc.; Pierre Janet, notable por sus investigaciones relativas al automatismo psicológico, neurosis e ideas fijas; Kraepelin, que ha dado luminosas ideas en la concepción de diversas enfermedades mentales; Korsakoff, Wernicke, Ribot, A. Dupré, etc., etc.

CAPITULO SEGUNDO

DEFINICION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Múltiples han sido las tentativas que se han hecho para definir las enfermedades mentales, pero son muy contadas las definiciones que expresan con exactitud lo que en realidad ellas son. Esto se debe a la gran complejidad y enorme amplitud de lo definido, lo que hace en extremo difícil dar una definición adecuada y exacta. Aumenta la dificultad el hecho de que aún hasta hoy no se conocen las causas de ciertas enfermedades, y, por otra parte, la gran diversidad en los síntomas de las anomalías psíquicas es casi insalvable obstáculo para que todas ellas queden comprendidas en una sola definición.

La mayoría de las definiciones dadas por autores de siglos pasados, son vagas, incompletas y muchas veces erróneas.

Esquirol, psiquiatra de la primera mitad del siglo XIX, define a las enfermedades mentales como "las afecciones cerebrales crónicas sin fiebre caracterizadas por los desórdenes de la sensibilidad, inteligencia, y voluntad" (1). Los errores de esta definición aparecen en forma manifiesta, pues no todas las enfermedades presentan dichas características consideradas como esenciales, cronicidad, ausencia de fiebre, y aún en algunas se encuentran las características opuestas: en los estados de excitación, por ej. hay aumento de temperatura; por otra parte, son numerosas las enfermedades temporales, agudas, que debidamente tratadas, sanan definitivamente sin alcanzar a la cronicidad. Tiene, pues, la definición ya mencionada, sólo un valor histórico.

L. F. Lelut, alienista francés de mediados del siglo pasado, considera a la locura como "una perturbación de las pasiones y de la voluntad, sin consecuencia y sin causa exterior actual, acompañada de un vicio en la asociación de los sentimientos y de las ideas, y de transformación de estas manifestaciones intelectuales en sensaciones". (2)

Esta definición, aceptada por muchos médicos de aquella época, es, como fácilmente puede verse, poco acertada. En primer lugar, no es completa, pues en ella no tienen cabida ni los idiotas, ni los imbéciles, ni los maníacos. La definición es, además, confusa y, si se quiere, absurda, pues esas manifestaciones intelectuales a que alude (ideas, sentimientos), no son susceptibles de transformarse en sensaciones.

(1) Esquirol, 'Des Maladies Mentales', París, 1838.

(2) Citada por Pedro Mata en su 'Tratado de Medicina y Cirugía Legal', pág. 182; Madrid, 1857.

Algunos autores del siglo XIX, Copland entre ellos, han creído que estas insuficiencias y errores de las definiciones eran explicables, ya que lo que se trataba de definir — la locura — era en sí mismo indefinible. Pero, en realidad, esos defectos se debían a las erradas concepciones que se tenía en aquella época de la razón y de la locura. Así, por ej., creían que la locura era un estado uniforme, simple, y era considerada por algunos como un desorden, o una aberración; por otros, como una perversión de la razón. No se daban cuenta de que la locura podía revestir cualquiera de esas formas, y que no se podía reducir, en general, o una perversión, o a un desorden, o a una aberración exclusivamente. Por otra parte, también se explicarían estos errores por ese afán de definir la esencia misma de la locura sin darle mayor importancia a sus manifestaciones, a sus caracteres, a sus resultados.

Otra definición del siglo pasado es la que M. N. Bouillet, incorporó en su "Dictionnaire Universel des Sciences, des Lettres et des Arts" de 1864, y según la cual la locura o alienación mental sería "una lesión más o menos completa y por lo general permanente de las facultades intelectuales y afectivas, sin perturbación apreciable de las sensaciones y de los movimientos voluntarios, y sin desórdenes aparentes de las demás funciones vitales" (3). Esta definición es también bastante defectuosa, pues, además de ser incompleta, es errónea, ya que en muchas afecciones mentales se alteran gravemente las sensaciones y percepciones, como asimismo los movimientos voluntarios. Comentando esa definición, Bouillet agrega que el loco conserva, en general, el conocimiento de su propia existencia y el de los objetos que lo rodean, pero no se da cuenta de su estado de delirio. Estas ideas sustentadas por Bouillet no pueden ser aceptadas para todas las enfermedades mentales, pues, en ciertas enajenaciones los individuos pierden la noción de su propia existencia, y en otras, están perfectamente conscientes de la anomalía de que sufren.

Don Pedro Mata, en su "Tratado de Medicina y Cirugía Legal" se esforzó por esclarecer y corregir las erróneas concepciones que tenían sus contemporáneos sobre las enajenaciones mentales, y ha sintetizado sus ideas al respecto en la siguiente definición: "La locura es un estado caracterizado por la falta de desarrollo completo o incompleto, la pérdida o la aberración total o parcial de las facultades psíquicas, a veces sin síntomas somáticos o físicos, esencial o sintomática, continua o intermitente" (4).

Se ve claramente que esta definición significa un verdadero progreso en el campo psiquiátrico del siglo pasado. De acuerdo con ella, los hombres que se encuentran en estado de locura o de "sinrazón", lo están porque la razón les ha faltado desde su nacimiento, o porque la han perdido en un determinado período de su vida; y si no la han per-

(3) M. N. Bouillet, Ob. Cit., 7ª edición, pág. 687, París, Hachette, 1864.

(4) Pedro Mata, Ob. Cit., pág. 183.

dido la tienen trastornada de modo general o parcial. La enfermedad mental puede ser esencial o sintomática, en otras palabras, ser una enfermedad por sí misma o bien, resultado, producto de otras dolencias.

Siguiendo la definición mencionada podrán distinguirse: 1º las anomalías mentales por falta de desarrollo psíquico completo o incompleto (idiotas, imbeciles), 2º las por pérdida de la razón (dementes), y 3º las por aberración de ella (maníacos y monomaniacos).

En nuestro país, hasta hace poco, no existía una definición oficial de enfermedad mental, y es sólo en el Código Sanitario de 1925 donde encontramos la primera que diga relación con ella. En su art. 172, inciso 2º, dice: "se entiende por persona demente la que tiene manifestaciones de una enfermedad cerebral caracterizada por un estado patológico desordenado, funcional u orgánico, más o menos permanente de la mentalidad y por la perversión, impedimento o función desordenada de las facultades sensoriales o intelectuales o por el menoscabo o desorden de la volición".

Como se ve esta es una de las definiciones más completas que hasta la fecha se hayan dado, y actualmente está en vigencia, porque, si bien es cierto que el Código de 1925 fué derogado por el D. F. L. 226 de Mayo de 1931, éste no derogó el Reglamento General "para la organización y atención de los servicios de salubridad mental, hospitalización y reclusión de insanos", el cual en su art. 16 reproduce ampliamente la definición ya mencionada del Código Sanitario de 1925.

Esta definición es bastante recomendable, pues precisa en forma detallada lo que es enfermedad mental, a diferencia de otras definiciones que sólo se limitan a enunciar algunas características.

Pero a pesar de los méritos ya enunciados, se han hecho a esta definición algunas objeciones de importancia y entre ellas la de que emplea el vocablo "demencia" como término genérico de todas las enfermedades mentales, lo que es un lamentable error ya que la demencia es sólo una especie de enajenación mental. Esta falta se encuentra no sólo en el Código Chileno, sino que también en la mayoría de los códigos sudamericanos.

Otra de las objeciones que se hacen a la definición dada es la que se refiere a las manifestaciones de defectos o enfermedades cerebrales, quedando así excluidas las sintomáticas. Esta objeción no es de gran valor pues, según una tendencia moderna, aceptada por gran número de psicólogos, toda anomalía mental reconocería una base orgánica, y si actualmente hay enfermedades sin lesión orgánica conocida, esto no prueba que las alteraciones orgánicas no existan, pues nuestro desconocimiento de ellas se debería a la insuficiencia de los actuales medios de observación.

El mismo Reglamento General ya citado, en su art. 17, hace algunas consideraciones relativas a los enfermos mentales. Empieza por aceptar como sinónimos los términos "demente" y "psicópata". Este último, considerado etimológicamente, (psyche = alma, pathos = enfermedad), designa, de un modo general, las alteraciones de la mente, cualesquiera que ellas sean. Claramente fluye de lo anterior la necesidad de in-

interpretar científicamente nuestros Códigos Civil y Penal, que cuando emplean el término "demente" debe entenderse que lo hacen en el sentido de enfermedad mental en general, y no para designar solamente a esa especial clase de enfermos que en Psiquiatría se denominan "dementes".

Entre los psicópatas habría que distinguir dos grupos: los alienados y los psicópatas simples. Serían alienados los enfermos que **deben** ser hospitalizados obedeciendo órdenes de la autoridad, la cual sólo lo ordena cuando el enfermo se hace peligroso para sí mismo o para la sociedad. Se da el nombre de "psicópata simple" a aquellas personas que **pueden** hospitalizarse de modo "voluntario" por ser presuntos dementes o bien por ser dementes cuya conducta no involucra peligro para sí mismo ni para los demás.

Nuestra legislación, tanto Civil como Penal, además de la expresión "demente" ya considerada, se sirve de los términos "lôco" (5), v. gr. en el art. 10 del C. Penal, y "fatuo" (6) en el art. 109 del C. Civil. Estas expresiones son empleadas en nuestros códigos en un sentido amplio y genérico, designando así todas las formas de enajenación mental. Son, pues, expresiones vagas y anticientíficas que no concuerdan con los términos empleados por los psiquiatras. Se debe esta deficiencia a que la legislación chilena se inspiró para sus proyectos y doctrinas, en las leyes francesas y españolas, las cuales, a su vez, se habían basado en la antigua legislación romana, en cuya época la psiquiatría sólo estaba en sus comienzos.

Y para terminar lo referente a la definición de las enfermedades mentales, citaremos a la que, a nuestro juicio, reúne la mayor claridad y corrección. Se basa en la terminología empleada por el C. Sanitario y está concebida en los siguientes términos: "Enfermedad mental es el conjunto de estados patológicos del cerebro, ya sean orgánicos o funcionales, más o menos permanentes y caracterizados por el impedimento, perversión o desorden de las funciones sensoriales, intelectuales o volitivas".

(5) **Locura.** Considerando jurídicamente la alienación mental, podríamos distinguir dos grandes grupos de alteraciones: a) las que corresponden a una falta de desarrollo de las facultades mentales (idiocia, imbecilidad), y b) las que constituyen la locura propiamente dicha, la cual es una perturbación de las facultades psíquicas, después de haber llegado a su completo desarrollo. Dentro de la locura cabría distinguir entre las demencias, que presentan un debilitamiento de las facultades mentales, y las manías, que se caracterizan por una sobreexcitación de las mismas.

(6) **Fatuo.** Se dice de las personas faltas de razón o entendimiento, y a veces se emplea como sinónimo de imbécil, estúpido, etc.

CAPITULO TERCERO

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Muchas son las causas que producen las enfermedades mentales y difícil es su clasificación. Adoptándolas desde el punto de vista sustentado por Levy-Valensi (1), podrán agruparse en causas que actúan antes del nacimiento, y causas que operan después de él.

A.—ETIOLOGIA ANTES DEL NACIMIENTO

En este grupo los elementos etiológicos de mayor importancia serían los correspondientes a la herencia, a la fecundación, a la gestación y al parto.

1. **HERENCIA.**—Es ésta una de las causas de mayor importancia en la producción de enfermedades mentales. En el campo de la patología mental la herencia sería una predisposición originaria a las psicopatías, transmitida a los individuos por sus padres.

Naturaleza, frecuencia.—Esta predisposición puede reconocer como origen no sólo una enajenación mental sino que también otros factores, como la mala consaguinidad, la edad avanzada o la embriaguez en el momento de la concepción, las neurosis, etc. Teniendo esto en cuenta, puede afirmarse, con respecto a la frecuencia de la herencia como causa de trastorno mental, que en un 90% de casos es posible encontrar un antecedente hereditario.

Caracteres, formas, variedades.—Lo más frecuente es que la herencia provenga de los padres, y se denomina entonces **inmediata**, la cual puede ser paterna o materna. Si se debe a los abuelos, saltándose los ascendientes inmediatos, la herencia es **mediata** o **atávica**, y si proviene de varias generaciones anteriores, recibe el nombre de **acumulada**.

Se distingue, además, según la línea de parentesco, la herencia directa y la colateral.

La herencia puede manifestarse en los hijos por una alteración mental idéntica a la que tenían sus padres (suicidio, obsesiones, locura circular, etc.) y se denomina entonces **similar** u **homóloga**.

Es, por el contrario, **desemejante** o **transformada**, cuando se modifica al pasar de padres a hijos. Esta forma de herencia es la más fre-

(1) Levy-Valensi, 'Psiquiatría', pág. 13, Barcelona, Salvat, 1930.

cuenta, y puede irse acentuando a través de las generaciones (herencia progresiva) o bien ir atenuándose mediante cruzamientos que neutralicen el elemento morboso hasta hacerlo desaparecer (herencia regresiva).

No se debe de creer por lo que acabamos de decir que todos los hijos heredan en el mismo grado las taras mentales de sus progenitores, pues la experiencia nos demuestra que en cada generación hay individuos que escapan a la herencia y otros no. Pero esta distribución no se produce al azar, respeta una determinada proporción que ha sido estudiada por Mendel, quien ha tratado de expresarla exactamente en las reglas o leyes que tomaron su nombre, "Leyes de Mendel".

Las teorías mendelianas, que codifican en ciertas fórmulas matemáticas las leyes de proporción y de transmisión de los caracteres normales y patológicos según los cruzamientos, las generaciones y los sexos (proporciones mendelianas) aparecen como demasiado teóricas y absolutas, por lo menos en lo que se refiere a la especie humana. En el hombre, la imposibilidad de hacer experimentos de cruzamientos, y la enorme complejidad y amplitud del elemento mental, hacen que las leyes mendelianas sólo tengan un valor aproximativo, más o menos probable y pierden, por lo tanto, su estricto carácter de ley.

Según la naturaleza de los elementos hereditarios, la herencia puede dividirse, de modo esquemático por cierto, en psíquica y toxi-infecciosa.

a) **Herencia Psíquica.**—Consiste en una transmisión de las tendencias, las cuales pueden ser reforzadas por elementos toxi-infecciosos, confirmándose así lo que ya hemos dicho, o sea, que en este campo toda división rígida es sólo artificial. Se debe a la herencia psíquica principalmente, el mal resultado que, por lo general, dan los matrimonios consanguíneos, sobre todo si ninguno de los cónyuges aporta elementos sanos para contrarrestar los nocivos del otro. Para evitar estos inconvenientes debería eliminarse en lo posible los matrimonios entre individuos unidos por consanguinidad.

b) **Herencia Toxi-infecciosa.**—Mediante esta herencia los progenitores transmiten un elemento morboso a sus descendientes. Este elemento morboso puede ser infeccioso, tóxico o autotóxico.

Merecen atención en éste párrafo la sífilis y el alcoholismo. La sífilis hereditaria es talvez el factor cuyas consecuencias son más funestas para la descendencia del que padece de esta enfermedad. Así tenemos que a ella se deben gran parte de las encefalopatías infantiles, algunas formas de idiotez, imbecilidad, perversiones, parálisis juvenil y aún, en ciertos casos, puede llegar a determinar la demencia precoz.

Los hijos de alcohólicos son muchas veces idiotas, imbéciles o epilépticos, seres inadaptables, incorregibles, que demuestran, a menudo, una conducta verdaderamente anti-social.

Además de estos dos factores ya mencionados (sífilis y alcoholismo) debemos citar entre las infecciones la producida por la tuberculosis.

De las intoxicaciones provenientes del exterior del organismo, y que tienen importancia por la producción de anomalías mentales, citaremos

las que reconocen como causa a la morfina, el opio, el cloral, el plomo, etc., las cuales serán tratadas en especial más adelante.

Entre las **autointoxicaciones**, o sea, aquellas intoxicaciones producidas por elementos que emanan del propio organismo, debemos mencionar las que se deben a insuficiencia tiroidea, a alteraciones de las glándulas suprarrenales, de la hipófisis o glándula pituitaria, las glándulas sexuales, etc.

2. FECUNDACION.—En el momento de la fecundación puede alguno de los padres encontrarse en estado de embriaguez o de desequilibrio mental, lo que actuando sobre las células germinativas, puede ser causa de diversos trastornos psíquicos en el nuevo ser.

Otras circunstancias que influyen en la salud mental de la prole es la avanzada edad de los padres al efectuarse la fecundación, claro que refiriéndonos a la edad fisiológica, pues se ha comprobado que en los hijos de padres seniles existe un crecido porcentaje de débiles mentales, imbeciles, idiotas, etc., lo que justificaría ampliamente el que se innovara en nuestra legislación en el sentido de incluir una disposición que estableciera la edad máxima para contraer matrimonio.

El único medio que existiría para evitar todos los peligros que reconocen su origen en la fecundación, sería el que ésta se efectuara de acuerdo con las leyes lógicas y eugénicas, estando ambos padres en perfecto estado de salud tanto mental como física.

3. GESTACION.—Debemos considerar en este grupo los incidentes del embarazo, como ser, las tentativas de aborto, las intoxicaciones, los traumatismos fetales, los choques físicos o morales que sufra la madre, etc. Todos estos elementos, debido a la suma fragilidad del sistema nervioso del que está por nacer, tienen una acción de gran importancia en la determinación de alteraciones mentales.

4. PARTO.—Debemos citar aquí las lesiones producidas durante el parto, ya sean debidas a la estrechez pelviana de la madre, al empleo de forceps o a infecciones cuyo origen se encuentra en el acto mismo del nacimiento.

B.—ETIOLOGIA DESPUES DEL NACIMIENTO

Los factores posteriores al nacimiento que son susceptibles de determinar anomalías mentales, pueden reducirse a tres grupos principales: 1) fisiológicos, 2) psicológicos y 3) patológicos.

1) FACTORES FISIOLÓGICOS.—Los factores fisiológicos que producen trastornos psíquicos son los representados por los grandes cambios que debe sufrir el organismo del individuo, como ser desarrollo de las glándulas sexuales, pubertad, vejez, menstruación, embarazo, lactancia, parto, menopausia, etc. De estos elementos debemos insistir en la

gran importancia que tienen las glándulas sexuales, sus productos y sus funciones, materia de la cual se han preocupado en forma especial, en los últimos tiempos, Freud y sus discípulos.

2) **FACTORES PSICOLOGICOS.**—Los principales serían los que corresponden al ejemplo, a la educación y a la instrucción.

a) **Ejemplo.** En muchos casos el ejemplo recibido por el individuo, sobre todo en la infancia y adolescencia, ha sido el elemento determinante del fondo psíquico, ya sea reforzando las tendencias existentes, combatiéndolas, o, en ciertos casos, creando tendencias y hábitos nuevos.

Ejemplos de capital importancia son los que se reciben en la familia y en la escuela, y a menudo, desgraciadamente, muchas perversiones, anomalías, etc., reconocen como punto de partida una falla familiar (vida escandalosa de los progenitores, ausencia de los padres en la infancia, malos tratamientos injustamente recibidos, etc.) o un defecto escolar (amistades nocivas, promiscuidad de los internados, etc.).

b) **Educación.**—Es ésta un elemento cuya acción complementa la del anterior, y que se manifiesta ya sea por el desarrollo de ciertas tendencias o bien por el refrenamiento o inhibición de otras. La educación tiene acción determinante sobre todo en dos campos: el moral y el religioso.

En el primero, o sea, la educación **moral**, el niño adquiere las nociones de bien y mal y sus resultados inmediatos, la recompensa y el castigo. La educación tratará, como es natural, de desarrollar las tendencias netamente sociales (altruistas, asociativas, generosas, desinteresadas, etc.) y de refrenar las que vayan contra los intereses de la sociedad.

Punto de suma importancia en la educación, es la enseñanza sexual, pues ésta, mal dirigida, puede producir la perversión y desviación de la sexualidad y su interminable secuela de calamidades.

La educación **religiosa**, es el complemento indispensable de la educación moral ya mencionada y tiende a reforzar las adquisiciones hechas por ésta. No hay que exagerar la enseñanza religiosa, pues muy a menudo trae como resultado escrúpulos y remordimientos que son a veces causa de alteraciones psíquicas.

Es también digno de tomarse en cuenta la clase de educación y la oportunidad en que se da. Una educación viciosa, demasiado rígida o demasiado débil, como demasiado recargada o precoz en exceso, puede hacer nacer en el niño ciertas tendencias a la alienación mental, o, lo que es más frecuente, hacer desarrollar en él ciertas predisposiciones o gérmenes ya existentes.

c) **Instrucción.**—Esta, en la infancia y en la adolescencia, es de suma importancia para la mentalidad del individuo. Es un problema bastante delicado y al descuido en su tratamiento se debe muchas veces la perversión de la imaginación, incremento del semi-automatismo o disgregación psíquica, reducción del juicio, etc.

3) **FACTORES PATOLOGICOS.**—Entre los principales de este grupo, podemos mencionar los chocs, sean traumáticos o emocionales, las enfermedades y el contagio mental.

a) **Chocs.**—Podemos distinguir dos clases de chocs, los traumáticos y los emocionales. Estos últimos sobre todo, juegan un importante papel en la producción de psicosis (histerismo, neurastenia, etc.). Es algo ya comprobado que son de más funestas consecuencias los chocs repetidos con intervalos cortos que los chocs más intensos pero ampliamente espaciados. Hay que evitar, pues, en lo posible, las preocupaciones hondas familiares, las afectivas y toda exageración en cualquiera otra clase de preocupaciones.

b) **Enfermedades.**—Son numerosísimas las enfermedades que pueden ser causa de alteraciones psíquicas. Sólo mencionaremos las infecciones, las lesiones cerebrales, etc.

c) **El contagio mental (2).**—Este problema estudiado extensamente por Dupré y que se ha esclarecido con el adelanto de la interpsicología, es hoy de suma importancia. En nuestra época, tan pródiga en anomalías mentales, es corriente que en una familia en la que haya un miembro mentalmente insano, los demás en mayor o menor grado y según su resistencia psíquica, vayan siendo dominados por ese elemento morboso. En el contagio mental se puede distinguir un elemento activo, o sea, el individuo enfermo (delirante, histérico, etc.), y un elemento pasivo, que es el que recibe la influencia del anterior y que, por lo general, es más débil y menos inteligente que el activo.

El contagio puede ser conyugal, familiar y aún, en ciertos casos, colectivo. Los ejemplos de este último caso son muy numerosos: el contagio mental místico, las revoluciones sociales, los fanáticos movimientos de opinión, etc. Graves repercusiones sociales tuvieron las epidemias de locura de la Edad Media, y no menores la tiene hoy la llamada "locura de las muchedumbres", que ha sido estudiada a fondo en estos últimos tiempos por Gustave le Bon, Georges Dumas, A. Marie, etc, etc. Esta locura nace y se manifiesta en condiciones muy especiales y sus consecuencias, para la sociedad, son gravísimas. En la mayoría de los crímenes colectivos, el rol preponderante en la ejecución de ellos es desempeñado por seres débiles, o para ser más claros, por los más excitable e impulsivos.

Un estudio serio de la contaminación mental deberá investigar:

1º—Las manifestaciones mentales morbosas que son susceptibles de ser transmitidas (toxicomanías, crisis de histeria, delirios sistemáticos, impulsiones, obsesiones, gestos estereotipados, etc.).

2º—El mecanismo de la transmisión. La anomalía mental puede trans-

(2) Levy-Valensi: 'Psiquiatría', Barcelona, 1930.
E. Régis: 'Précis de Psychiatrie', París, 1926.
G. Dumas: 'Traité de psychologie', Madrid, 1924.
Mallet-Collin: 'Psychiatrie', París, Maloine, 1926, 2ª edición.

mitirse mediante la persuasión, la imitación obsedante o automática, la demostración, la sugestión, etc.

3º—La virulencia del agente tóxico, o sea, el conjunto de cualidades y circunstancias que permiten asegurar el buen éxito del contaminador sobre su víctima. Entre estas cualidades son a veces decisivas la inteligencia, prestigio, carácter dramático y persuasivo del enfermo, etc.

4º—Las condiciones psicológicas que por parte del contaminado favorecen el contagio, serían v. gr. comunidad de intereses, temores o esperanzas comunes, etc. Se ve esto sobre todo en los casos de delirio sistematizado de persecución o de ambición, etc.

5º—Las condiciones patológicas del contaminado que favorecen el establecimiento del contagio, pueden ser: deficiencias del juicio y del razonamiento, la impresionabilidad, debilidad mental, la predisposición mórbida, etc., etc.

CAPITULO CUARTO

SINTOMATOLOGIA

La sintomatología es aquella rama de la patología que tiene por objeto el estudio de los síntomas de las enfermedades mentales (1).

Es muy importante conocer los elementos que constituyen estas enfermedades, antes de entrar de lleno a su estudio en particular, pues así tendremos un punto de apoyo para decidir qué es y qué no es enfermedad mental.

Estos elementos ya mencionados podrían agruparse en: **Perturbaciones Psíquicas y Perturbaciones Físicas.**

I. Perturbaciones Psíquicas

De estas perturbaciones consideraremos: A.—las perturbaciones de la ideación; B.—de las percepciones; C.—de la afectividad; D.—de la conciencia y de la personalidad; E.—de la actividad.

A.—Perturbaciones de la ideación

Las principales anomalías de la ideación, esto es, de la formación y encadenamiento de las ideas, estarían representadas por las **ideas delirantes** y el **delirio**, las perturbaciones de la **imaginación**, de la **memoria** y de la **atención**.

1.—**Idea delirante y delirio.**—Definir la idea delirante es sumamente difícil, porque si bien es cierto que en algunos casos es absurda e imposible, en otros casos, muy numerosos, concuerda con el orden normal de las cosas, siendo solamente contraria a la evidencia de los hechos reales y sin razón de ser en la boca del que habla. Así por ej| si un individuo se cree perseguido o condenado, esa idea reposa sobre algo posible y en manera alguna absurdo, y sólo es delirante con respecto a quien la sostiene.

Además — y esta es otra dificultad para definirla — la idea delirante se confunde a menudo con el error. No se puede decir que la diferencia consista en que la idea delirante no se modifica a pesar de la acumulación de pruebas en contra, ya que hay errores a veces más

(1) Diccionario Espasa, T. LVI, pág. 716.

tenaces e irreductibles que el delirio. No hay en realidad diferencia esencial entre el error y el delirio, y lo que hace distinguir a uno del otro son sus causas y consecuencias, que en el delirio revisten un carácter patológico que no aparece nunca en el error.

En la práctica, la idea delirante se nos presenta combinada con otras de la misma naturaleza, formando un todo homogéneo de ideas delirantes que ha recibido el nombre de **delirio**.

Sin embargo, la idea delirante puede presentarse aislada, constituyendo entonces la **idea fija**, la cual no puede confundirse con la **idea obsesionante**, pues en tanto que la primera es aceptada como verdadera e identificada con la conciencia, la última, o sea, la idea obsesionante es reconocida como falsa, extraña a la conciencia y en desacuerdo con el Yo. No sería pues, la idea fija, sino un delirio rudimentario, simplificado al máximun. Por lo demás, muy a menudo la idea fija no permanece estacionaria, sino que se extiende, se organiza y progresa hasta constituir un delirio propiamente dicho.

Lalande (2) define el delirio como un "estado mental temporal, caracterizado por la confusión de los estados de conciencia, su desorden, la intensidad de las imágenes, las cuales se hacen muy a menudo alucinatorias y determinan a veces actos violentos y anormales".

Por regla general, el delirio se presenta en casi todas las enfermedades mentales, pero esto no es una regla absoluta y así su ausencia no indica en modo alguno ausencia de enfermedad, como tampoco su presencia es un signo inequívoco de existencia de enajenación.

Los delirios pueden ser: **primarios** o **secundarios**, según que ellos sean anteriores o posteriores a las otras perturbaciones psíquicas de la enfermedad; **únicos** o **múltiples** en un mismo individuo, o sea, puede haber coexistencia de delirios.

Considerándolos desde distintos puntos de vista podríamos dividirlos, según sus **caracteres constitutivos** en: absurdos o verdaderos, coherentes o incoherentes, difusos o sistematizados, etc.; según su **evolución** en: agudos y crónicos; y según su **formación** o **mecanismo patológico**, Morselli distingue: delirios de inferencia o por razonamiento; delirios de percepción inmediata o por alucinaciones e ilusiones; delirio de simbolismo verbal o por asociación de palabras (3). Los delirios se agrupan, por último, según su **contenido**, es decir, según la naturaleza de las ideas que los forman, y desde este punto de vista las principales categorías, según Ball y Ritti serían: las ideas de grandeza, de culpabilidad, de perversión, hipocondríacas, etc., etc. (4).

2.—**Perturbaciones de la imaginación.**—Son éstas de dos clases: o bien representan una exaltación imaginativa o, por el contrario, hay depresión de la función.

(2) André Lalande, 'Vocabulaire Technique et Critique de la Philosophie', T. I, pág. 152, París, Alcan. 1926.

(3) E. Régis, Ob. Cit., pág. 67.

(4) E. Régis, Ob. Cit., pág. 68.

En las perturbaciones por exaltación, el individuo crea proyectos fantásticos, inventa historias, crea fábulas hechas sobre todo a base de las ideas de grandeza y de vanidad.

Los trastornos de la imaginación son muy comunes en los débiles mentales, en los perseguidos, en algunos estados confusionales, en la parálisis general y en los estados demenciales, manías, etc.

Hay atrofia de la imaginación en los degenerados (idiotas, imbeciles, débiles mentales, melancólicos); la mitomanía, la tendencia a fabular, o sea, la exaltación imaginativa, aparece con bastante frecuencia en los histéricos y en ciertos niños anormales.

3.—**Perturbaciones de la memoria.**—La memoria, considerada en el sentido vulgar de la palabra es, por lo general, con frecuencia bastante buena en los enajenados mentales y se ve, a veces, que aún después de mucho tiempo de enfermedad la conservan más o menos intacta.

Las alteraciones más conocidas de la memoria son la **hipermnesia**, la **paramnesia** y la **amnesia**, perturbaciones que representan, respectivamente una exaltación, una perversión y una inhibición de las funciones mnemónicas. Cada una de estas perturbaciones es susceptible de afectar particularmente a uno de los elementos constitutivos de la memoria: fijación, conservación, reproducción, localización. Las alteraciones mencionadas pueden ser generales o parciales, según afecten el conjunto de los recuerdos o una parte más o menos considerable y sistematizada de ellos.

La hipermnesia.—Es la sobre actividad funcional mórbida de la memoria (5). Se presenta total en los estados psicopáticos caracterizados por exaltación intelectual, como, por ej. en el caso de exaltación maníaca o también en la parálisis general e histeria.

Encontramos hipermnesia parcial en los individuos que sufren de delirio sistematizado de persecución o de grandeza; para construir su delirio remueve hasta el último rincón de un sector de su pasado.

La amnesia.—“Es la pérdida o debilitamiento de la memoria pudiendo coexistir con un estado normal de las demás funciones intelectuales” (6).

Puede ser general o parcial.

Es general cuando se extiende a todas las categorías de recuerdos (cierta clase de sensaciones, nombres propios, datos o aún letras determinadas).

Se presenta por excepción, en su forma general, siendo, por lo común sólo parcial. Existen numerosísimas variedades de amnesias. Puede ser **continua** (confusión mental e intoxicaciones) o **periódicas** (epilepsia, histeria); **súbita** o **lenta**; **definitiva** (epilepsia) o **temporal** (histeria, confusión mental). Es **retrograda** la amnesia, cuando se refiere al pasado, y es **anterógrada** o **actual** cuando es relativa a recuerdos del presente.

(5) E. Régis, Ob. Cit., pág. 79.

(6) Lalande, Ob. Cit., T. I. pág. 36.

Bajo estas diferentes formas de amnesia los individuos van perdiendo temporal o definitivamente, las nociones de tiempo y lugar convirtiéndose en seres incapaces de orientarse en el pasado ni en el presente (desorientación en el tiempo, desorientación en el espacio).

La paramnesia.—Llámase también falsa memoria, y es "un fenómeno que consiste en creer que se reconoce lo que en realidad se ve por primera vez" (7).

El individuo tiene ante los acontecimientos nuevos que experimenta, un sentimiento de haberlos ya visto, un sentimiento de lo, "ya visto".

Comunmente se presenta como un fenómeno parcial, pasajero e intermitente (psicastenia, confusión mental), pero excepcionalmente, en las psicosis, puede ser total, continuada y durable.

Al lado de los casos que corresponde al sentimiento de lo "ya visto", hay que mencionar los casos de un fenómeno inverso, o sea, el de aquellos individuos que consideran lo que ven, oyen o experimentan, como siempre nuevo, aunque se trate de hechos ya experimentados anteriormente. Tal es el caso del enfermo citado por Mabile (8) que desde hacía ocho años afirmaba haber llegado al Sanatorio sólo la víspera y creyendo durante ese tiempo, vez por primera vez a los que le rodeaban.

Por oposición a lo "ya visto" podría denominarse esta particularidad el sentimiento de lo "jamás visto" y se observa, como el anterior, en los estados de confusión mental y en la psicastenia.

4.—**Perturbaciones de la atención.**—Se da el nombre de atención a la "concentración de la actividad intelectual, sea espontánea, sea voluntaria, sobre un objeto o conjunto de objetos que no ocuparía en ausencia de este fenómeno, sino una parte del campo de la conciencia" (9)

La atención puede ser voluntaria o automática (espontánea). En el primer caso, hacemos un esfuerzo para percibir mejor un objeto, para retener su imagen, una idea que se presenta en nuestro espíritu, para coger una relación lógica. En el segundo caso es el objeto el que, por su interés, su novedad, la intensidad de la sensación, solicita o retiene nuestra atención; no hay esfuerzo de nuestra parte, sería necesario, por el contrario, un esfuerzo para desviar su atención (10).

Las perturbaciones de la atención pueden reducirse a dos grandes grupos: atrofia o hipertrofia de la función.

a) En el grupo de la **atrofia**, debemos incluir todos aquellos casos en que la atención no puede mantenerse y, aún, muchas veces, ni siquiera constituirse, esto es, el individuo es incapaz de atención voluntaria, sólo hay un flujo desordenado de ideas e imágenes, en el cual ningún estado predomina ni dura. Suele verse este trastorno en ciertas

(7) Lalande, Ob. Cit., T. II. pág. 52.

(8) E. Régis, Ob. Cit., pág. 83.

(9) Lalande, Ob. Cit. T. I. Pág. 76.

(10) E. Goblot, 'Le Vocabulaire Philosophique', Paris, 1909.

formas de delirio, y, sobre todo, en la manía aguda, como así mismo en la histeria, en la embriaguez, en la debilidad mental congénita o adquirida.

b) Se caracteriza la hipertrofia de la atención por el "predominio absoluto de un estado o de un grupo de estados, que se hace estable, fijo, que no puede ser desalojado de la conciencia (11). La hipocondría, las ideas fijas y el éxtasis son casos de esta naturaleza. Se trata pues, como se ve, en este grupo de una hipertrofia de la atención espontánea.

B.—Perturbaciones de las Percepciones

Las principales serían las alucinaciones y las ilusiones.

Se da el nombre de **alucinación** a la percepción por un individuo en estado de vigilia, o más raramente por un grupo de individuos, de un objeto sensible que no está realmente presente o de un fenómeno que no se ha producido realmente" (12). En otras palabras, se trata de una imagen no reducida, o sea, de una imagen a la cual se le atribuye la idea de exterioridad confundiendo con una percepción actual. No hay, pues, causa externa alguna que provoque esa percepción, sólo existe como estímulo una imagen interna anormalmente intensa.

Pueden agruparse las alucinaciones en tres clases principales: **sensoriales**, v. gr. auditivas, visuales, gustativas, olfativas, táctiles; **motrices** y **cenestésicas**, llamado así el conjunto de alucinaciones provenientes de las sensaciones internas o viscerales.

Las alucinaciones las encontramos, de preferencia, en los delirios, obsesiones o fobias, manía, melancolía, psicosis, histeria y particularmente en las psicosis tóxicas.

En la mayoría de las enfermedades mentales, las alucinaciones son secundarias con respecto a la enfermedad, o sea, no constituyen por sí mismas una entidad nosológica determinada, sino que son manifestaciones de una alteración patológica más profunda. Pero en los últimos años se ha descrito bajo el nombre de delirio o psicosis alucinatoria crónica (Séglas) o alucinosis (Dupré), un síndrome "puramente o casi puramente alucinatorio", constituyendo un conjunto de alucinaciones multi-sensoriales. Pero este síndrome sólo se encuentra excepcionalmente y su lugar en la nosología psiquiátrica está mal determinado (13).

Ilusiones.—Llámase ilusión a "una percepción que altera las cualidades del objeto percibido y lo presenta a la conciencia bajo forma distinta de la real" (14). Según esto tendría una ilusión la persona que oyera palabras injuriosas en los gritos de los animales, o que creyera ver a un individuo cuando sólo hay un árbol o un mueble.

(11) Abel Rey, 'Psicología', pág. 148, Madrid, edición Lectura, s/f.

(12) Lalande, Ob. Cit., T. I., pág. 289.

(13) J. Rogues de Fursac, 'Psiquiatría', pág. 38, Valencia, 1921.

(14) J. Rogues de Fursac, 'Psiquiatría', pág. 29.

Las ilusiones son de pronóstico menos grave que las alucinaciones y las experimentan no sólo los enfermos mentales sino que también los individuos sanos de espíritu en circunstancias especiales: una cortina agitada por el viento puede parecernos, en la semi-obscuridad, un duende o un animal fantástico.

En las enfermedades mentales son muy frecuentes las ilusiones, sobre todo en la manía aguda, melancolía y delirios tóxicos. Las ilusiones de la vista se presentan con mayor frecuencia que las demás.

Lo mismo que las alucinaciones hay ilusiones de todos los sentidos, v. gr. visuales, auditivas, gustativas, etc.; internas o cenestésicas y motoras.

C.—Perturbaciones de la afectividad

Aparecen estos trastornos afectivos en el curso de todas las psicosis y son de una frecuencia e importancia muy grandes. Consideraremos principalmente las perturbaciones generales de la afectividad, para después pasar al estudio de una de las alteraciones especiales de ella, alteración que por su gran importancia merece que la consideremos en particular: es la **obsesión**.

1.—**Perturbaciones generales de la afectividad.**— Las principales serían:

- a) La disminución de la efectividad: indiferencia morbosa.
- b) Exaltación de la afectividad.
- c) La tristeza morbosa.
- d) La cólera patológica.
- e) La alegría morbosa (15).

a) **Disminución de la efectividad.**—En su forma menos grave, esta disminución se manifiesta por la desaparición de los sentimientos elevados o tendencias, altruistas, persistiendo, en cambio, muchas veces, los sentimientos egoístas. Ya en una forma más extensa, la indiferencia morbosa abarca todas las formas de la afectividad, como por ejemplo, la que encontramos en la demencia precoz, parálisis general y demencia senil en su última etapa.

La indiferencia morbosa puede ser “consciente o inconsciente” (16), o sea, el individuo se da cuenta, en el primer caso, de su alteración siendo para él desconocida en el segundo. Este último caso es más frecuente y es el que se presenta en las perturbaciones demenciales.

b) **Exaltación de la efectividad.**—Puede presentarse en la mayoría de las afecciones mentales, congénitas o adquiridas. Es la base del humor irritable y cambiante y de la extremada susceptibilidad, tan común en los estados de excitación morbosa.

(15) J. Rogues de Fursac, Ob. Cit., pág. 77.

(16) J. Rogues de Fursac, Ob. Cit., pág. 77.

En las psicosis adquiridas representa la exaltación una manifestación que precede, a veces muy precozmente, a los demás síntomas; en el individuo hasta entonces sano, se nota, como única característica, una impresionabilidad exagerada que le hace tornarse desagradable, irritable y violento.

Los trastornos de la emotividad son los caracteres esenciales del grupo de enfermedades denominado "psicopatías constitucionales". En estos casos, los individuos — susceptibles en extremo — experimentan emociones que no están en proporción con el objeto que los produce, así por ejemplo, un hecho insignificante les comunica una desesperación o una alegría sin límites.

c) **Tristeza morbosa.**—Es esta la base de los estados melancólicos. Tal como la tristeza normal, se presenta bajo dos aspectos: tristeza pasiva y tristeza activa. Se basa esta distinción en la existencia o, mejor dicho, en la intensidad del **dolor moral**. En la tristeza activa es éste vivo y muchas veces violento, mientras que en la pasiva es difuso, vago y escasamente consciente.

Tristeza pasiva.—Su característica fundamental es la depresión, o sea, la laxitud, el desaliento y la resignación. Este estado triste va casi siempre asociado a un acusado grado de **inhibición psíquica**, pudiendo complicarse todo esto con la presencia de ideas delirantes y alucinaciones. Acompañan a este estado modificaciones orgánicas bien conocidas: vaso-constricción periférica, hipotensión circulatoria, trastornos respiratorios (respiración superficial, irregular), nutrición disminuida, digestión difícil, combustiones orgánicas lentas, etc.

Tristeza activa.—Se caracteriza especialmente por el dolor moral, el cual es lo suficientemente acentuado como para hacerse consciente de sí mismo. Tal como el dolor físico, el dolor moral, también tiende a reducir el campo de la conciencia y a excluir las manifestaciones psíquicas restantes, lo que trae como resultado, a veces, un cierto estado de desorientación y de confusión mental.

Según la intensidad de los fenómenos pueden distinguirse: la **inquietud**, la **ansiedad**, y la **angustia**. Los dos primeros estados son continuos, en tanto que, generalmente, la angustia se manifiesta en forma paroxística.

Ahora desde el punto de vista **reaccional**, el dolor moral, lo mismo que el físico, se manifiesta de dos maneras: por el estupor o por la agitación.

Estupor ansioso.—Se caracteriza por una parálisis psicomotriz más o menos completa, pudiendo llegar, en los casos extremos, a una completa inmovilidad con indiferencia a toda excitación.

Agitación ansiosa o melancólica. Se traduce en movimientos que corresponden, en estado normal, a la desesperación o al terror.

En determinados casos, el dolor moral no se manifiesta por ninguna agitación, siendo entonces compatible con reacciones reflexivas y coordinadas. Se disfraza podríamos, decir, con el ropaje de la alegría y de la tranquilidad. Pero esos dolores concentrados, callados, lúcidos, son los más terribles y muchas veces conducen al suicidio.

d) **Cólera morbosa.**—Asociado a reacciones o a impulsos violentos, el dolor moral se transforma en cólera. Esas reacciones desordenadas que vemos aparecer en la cólera reconocen su origen automático y coinciden casi siempre con un trastorno de la conciencia y de la percepción.

Se encuentra la cólera patológica en casi todas las psicosis, excepción hecha, talvez, de la melancolía. Puede llegar hasta el furor, sobre todo en los idiotas, epilépticos, etc.

e) **Alegría morbosa.**—Se le denomina también **euforia morbosa**, y puede presentarse bajo dos aspectos: alegría tranquila y alegría activa, exuberante.

Se manifiesta la primera por un vago estado de bienestar y satisfacción, y cuando se desarrolla al máximun, constituye el éxtasis, estado en el cual la euforia no se acompaña de ninguna reacción motriz, como puede verse en ciertos delirios místicos.

Mucho más común que la euforia tranquila es la alegría activa, bulliciosa y estridente, que se presenta como síntoma constante de las psicosis denominadas expansivas: parálisis general con exaltación, manía, y algunos delirios tóxicos.

Si observamos el aspecto de un individuo eufórico, veremos que es opuesto al del deprimido: El rostro del primero aparece dilatado, risueño, la cabeza en alto, el cuerpo erguido, la conversación animada, los gestos exagerados, etc.

Los fenómenos físicos que acompañan a la alegría con también opuestos a los de la tristeza. En aquella se observa: vaso-dilatación periférica, aceleración del pulso, impulsión cardíaca más enérgica, respiración acelerada, etc.

2.—**Las obsesiones.**—La obsesión es “un síndrome mórbido que se caracteriza por la aparición involuntaria y ansiosa en la conciencia, de sentimientos o de pensamientos que tratan de imponerse al YO, que evolucionan al lado de él a pesar de sus esfuerzos por rechazarlos, y crean así una especie de disociación psíquica que lleva, en último término, a un desdoblamiento consciente de la personalidad” (17).

La obsesión puede revestir dos formas principales, según que la ansiedad que constituye su base se traduzca por un temor o por una idea. En el primer caso, sería la obsesión fóbica, o fobia; en el segundo, la obsesión ideativa u obsesión propiamente dicha.

A) **Obsesiones fóbicas o fobias.**—Estas obsesiones que como ya he-lo dijimos, se traducen en temor, pueden revestir dos grados: la fobia difusa y la fobia sistematizada.

1.—En la **fobia difusa** los individuos se encuentran en una permanente tensión emotiva, en una ansiosa expectación, que se interrumpe bruscamente de modo paroxístico o en forma de ataques sin causa aparente o por motivos insignificantes. El individuo tiene miedo a todo va-

(17) E. Régis, Ob. Cit., pág. 108.

gamente, su ansiedad es flotante y se especializa en un objeto determinado sólo momentáneamente y al azar.

2.—**Fobias sistematizadas.**—Aquí ya la ansiedad deja de ser difusa para aplicarse a un objeto o fenómeno bien determinado. Estas fobias sistematizadas pueden formar parte del temperamento del individuo (fobias constitucionales o idiosincrasias), o bien producirse en el curso de la vida, a raíz de impresiones bruscas o choques morales intensos (fobias accidentales). Estas últimas son las verdaderas fobias sistematizadas y las más frecuentes en la práctica.

Variedades de fobias.—Son numerosísimas y pueden reducirse a varios grupos que, según Régis (18), serían:

1º grupo.— Fobias de los **objetos y de los actos**. Como su nombre lo indica, esta clase de fobias se refieren a los diversos objetos y actos.

Las fobias de los **objetos** son numerosísimas y tan variadas como los objetos mismos. Entre las más comunes debemos mencionar las referentes a los fósforos, armas, agujas y alfileres, aceite, fierro, sustancias venenosas, etc. Algunas de estas fobias han sido designadas con nombres especiales y así tenemos que la de los alfileres se llama **beleñofobia**, la de los metales, **metalofobia**; la de los venenos, **tóxicofobia**; la de la sangre, **hematofobia**, etc.

Las fobias de los **actos** están íntimamente unidas a las precedentes, pues muy a menudo se refieren a los objetos indispensables para ejecutar un acto. Entre las principales deben citarse las fobias **profesionales** (artistas, barberos, sastres, mecánicos etc.), en las cuales el individuo experimenta una dificultad y a veces imposibilidad ansiosa u obsedante para ejecutar un acto de su profesión y servirse del instrumento necesario para ello.

2º grupo.— Fobias de los lugares y elementos, de las enfermedades y de la muerte. Las fobias de los lugares o **topofobias** principales serían: la **claustrofobia** o temor de los espacios cerrados; la **agrofobia** o temor de los grandes espacios abiertos; la **cremnofobia** o temor de los precipicios, etc. Entre las principales fobias de los elementos debemos citar la **aerofobia** o temor al viento; la **hidrofobia** o miedo al agua; la **pirofobia** o miedo al fuego, etc., etc. Las fobias de las enfermedades y de la muerte quedan suficientemente explicadas con el mero título.

3º grupo.— Fobias de los seres vivos.—Comprende este grupo las **zoofobias** o temor a los animales; la **antropofobia** o temor al hombre; la **ochiofobia** o temor a las muchedumbres, etc.

B. **Obsesiones ideativas u obsesiones propiamente dichas.**—Estas obsesiones se diferencian de las obsesiones fóbricas en que se manifiestan no por temor sino que por una idea. La obsesión ideativa puede suceder a la fóbrica, de la cual no es sino la forma intelectualizada.

Como los fenómenos emotivos (ansiedad) de la obsesión ideativa son los mismos que los de las fobias, sólo nos referiremos aquí al elemento intelectual, a la **idea**.

(18) E. Régis, Ob. Cit., pág. 111.

Idea constitutiva de la obsesión.—Es ésta una idea consciente, pero involuntaria o parásita, automática, en desacuerdo con el resto de los pensamientos del individuo, irresistible. Por lo general, las ideas obsesionantes no son absurdas sino que, al contrario, muy verosímiles, y sólo son patológicas por su gran desarrollo, dominación y persistencia.

Las obsesiones pueden, a veces, presentarse con alucinaciones haciendo más fácil, de este modo, su fijación en el espíritu. Y como la obsesión se impone forzosamente al espíritu, rompiendo la tenaz resistencia de la voluntad individual, debemos admitir que ella (la obsesión) afecta, no sólo a la emotividad, sino que también a la conciencia, a la personalidad y a la voluntad.

D.—Trastornos de la conciencia y de la personalidad.

Trastornos de la conciencia.—Lalande define la conciencia como “la intuición (más o menos completa, más o menos clara) que tiene el espíritu de sus estados y de sus actos” (19).

Los trastornos de la conciencia podrían reducirse a: abolición (insconciencia); debilitación (obnubilación intelectual) y exaltación (hiperconciencia), de la conciencia.

Insconciencia, Obnubilación intelectual. Estados crepusculares.

La insconciencia aparece en estado fisiológico, en el sueño sin ensueño, y pertenece al terreno patológico la insconciencia del coma, del estupor completo, etc.

La diferencia entre la obnubilación intelectual y la insconciencia es sólo de grado.

A la abnubilación siempre acompaña una **desorientación** más o menos marcada. Para que la orientación sea completa es preciso la simultánea presencia en el espíritu de las tres siguientes nociones: 1º de nuestra propia personalidad; 2º del lugar o mundo exterior; y 3º del tiempo. La desaparición patológica de estas tres nociones puede ser total o parcial, o sea, pueden desaparecer las tres mencionadas o sólo alguna de ellas. En el *delirium tremens*, por ej., hay pérdida de las nociones del lugar y tiempo, conservándose intacto el concepto de la personalidad.

En ciertos casos el individuo sufre de una obnubilación intelectual transitoria pronunciada, pero sigue siendo capaz de efectuar actos coordinados: son los llamados estados crepusculares, frecuentes en los estados confusionales post-paroxísticos epilépticos.

Los actos coordinados que un enfermo ejecuta durante el período crepuscular pueden alcanzar, a veces, marcada complicación, pero una vez que el acceso termina, el individuo no conserva recuerdo alguno de los actos ejecutados.

(19) Lalande, Ob. Cit., pág. 127, T. I.

Exaltación de la conciencia.—Habría dos clases de hiperconciencia: a) la que se aplica a los fenómenos orgánicos y produce ilusiones y alucinaciones de la sensibilidad general (son éstas comunes en los hipocóndricos, melancólicos, paranoicos); y b) la que se aplica a representaciones y emociones cuyos resultados son los estados alucinatorios espontáneos o provocados, es ésta en buenas cuentas, la base del hipnotismo.

Por regla general, la hiperconciencia es siempre parcial: unas sensaciones absorben la actividad psíquica inconsciente con menoscabo de las otras.

Trastornos de la personalidad (20).—Las perturbaciones de la personalidad forman lo que se denomina desorientación autopsíquica.

Pueden agruparse en tres clases:

- a) Debilitamiento de la noción de personalidad.
- b) Transformación de la personalidad.
- c) Desdoblamiento de la personalidad.

a) **Debilitamiento de la personalidad.**—Esta noción puede faltar sólo en parte, o estar abolida por completo debido a la falta de desarrollo o insuficiencia del mismo (atrasados mentales, idiotas e imbeciles); o porque ha desaparecido o se ha debilitado a consecuencia de la frecuencia de un elemento patógeno, como por ej., en la confusión mental, delirio epiléptico, etc.

b) **Transformación de la personalidad.**—Puede ser de dos clases: completa e incompleta.

En la primera, el enfermo ha olvidado su personalidad anterior o se niega a reconocerla: creen estos enfermos que se han transformado en divinidades, en animales, (zoantropía) o en simples objetos.

Esta transformación puede ser a su vez **permanente** o **transitoria**. En esta última, el YO nuevo desaparece en ocasiones determinadas reapareciendo el antiguo.

Mucho más común que la transformación completa es la incompleta, por la cual los enajenados, llevados por sus ideas delirantes, se atribuyen títulos que jamás han tenido pero siempre reconociendo su YO real. Así por ej., un individuo se creía San Pedro y decía que se había encarnado en un ser viviente para darles la felicidad a los hombres (21).

c) **Desdoblamiento de la personalidad.**—Se trata en este caso del crecimiento de una nueva personalidad al lado de la real. Esta personalidad parásita es la que produce muy a menudo, en los delirios melancólicos crónicos sobre todo, la idea de posesión del espíritu del individuo por una persona extraña a él: el enfermo ve que la dirección de sus pensamientos y la movilidad de su cuerpo no son controlados por él y opta por creer que ha surjido una nueva personalidad al lado de

(20) J. Rogues de Fursac, Ob. Cit., pág. 132.

(21) J. Rogues de Fursac, Ob. Cit., pág. 93.

la suya. Es esto resultado de una disgregación psíquica, cuyos principales elementos serían las alucinaciones psíquicas y motrices.

E.—Perturbaciones de la actividad.

Estas perturbaciones pueden reunirse en cuatro grandes grupos:

- 1.—Perturbaciones de la actividad general.
- 2.—Perturbaciones del lenguaje.
- 3.—Perturbaciones de los actos.
- 4.—Impulsiones.

1.—**Perturbaciones de la actividad general.**—Estas perturbaciones pueden referirse a dos órdenes de fenómenos: a) fenómenos de excitación y de depresión, b) alteraciones de la mímica.

a) **Excitación y depresión.**—Las impresiones que recibimos del medio interno o externo, determinan en nosotros un estado o tono emocional que puede ser agradable o penoso. Este tono emocional y su reacción exterior cambian de un momento a otro debido a la variedad de las impresiones. Pero en la mayoría de los individuos hay una manera predominante de sentir y de reaccionar: **dolorosa** (que puede ser activa o pasiva) o **agitada** (alegre o violenta). En otras palabras hay **deprimidos y violentos**.

Estas reacciones de la actividad (excitación y depresión) pueden a veces llegar a ser patológicas por su intensidad, por su duración y por su relación con algún fenómeno emotivo del cual son manifestación (22)

2.—**Perturbaciones del lenguaje.**—Comprenden estas perturbaciones todas las alteraciones de los diversos modos de expresión del pensamiento. Veremos sucesivamente las perturbaciones de la mímica y del lenguaje propiamente tal.

A. **Perturbaciones de la mímica.**—Estas alteraciones pueden afectar las actitudes y movimientos del rostro que forman la expresión (expresión mímica) o bien las actitudes y movimientos del cuerpo que determinan la acción (acción mímica).

a) **Expresión mímica.**—Las perturbaciones referentes a la expresión mímica pueden ser: una exageración (**hipermímica**), una disminución (**hipomimia**), una supresión (**aminia**), o la persistencia de ella en un sólo lado (**hemimia**).

Casi siempre estas alteraciones mímicas están en relación con el estado psíquico del individuo pero, en ciertos casos, puede presentarse disociación y aún contradicción entre el estado psíquico y la expresión fisionómica.

b) **Acción mímica.**—Las perturbaciones de ésta consisten, como ya lo dijimos, en alteraciones de la actitud del cuerpo y de la gesticula-

(22) Ya en el capítulo de 'Perturbaciones de la Afectividad', hemos visto los caracteres principales de la excitación y de la depresión. No serán, por lo tanto, tratados aquí.

ción. Puede consistir en exceso o falta de gestos, o en el desacuerdo de la gesticulación con la expresión mímica. En ciertas psicosis crónicas (demencia precoz por ej.) los individuos reducen a veces su mímica a ciertas actitudes o gestos invariables estereotipados (estereotipias). En otros casos, repiten las actitudes que observan (ekomimia).

B. Perturbaciones del lenguaje propiamente dicho.—Las que pueden afectar tanto al lenguaje hablado como al escrito.

a) **Perturbaciones del lenguaje hablado.**—Las principales variedades serían: dificultad excesiva para expresarse, para encontrar las palabras necesarias (notable sobre todo en la melancolía, psicastenia y confusión mental); incoherencia del lenguaje (demencia, manía); neologismos, estereotipias.

A veces aparece alterada la dicción expresiva: la intensidad, timbre y tono de la voz adoptan inflexiones no acostumbradas — voz alta y sonora de los maníacos, vacilante y trémula en los melancólicos — lenguaje monologado, etc.

En ciertos casos el estilo y la sintaxis es lo que se encuentra alterado; lenguaje rebuscado, dramático, sentencioso, incorrecto, etc.

b) **Perturbaciones del lenguaje escrito.**—Son tan frecuentes como las del hablado. Las más importantes son el olvido de los signos del lenguaje escrito, el mutismo gráfico, la estereotipia gráfica, etc.

3.—**Perturbaciones de los actos.**—Se estudiarán ahora las perturbaciones de los actos por alteración de su mecanismo fisiológico, dedicando la primera parte de este párrafo al estudio de las alteraciones del mecanismo de los actos, y la segunda a los actos delirantes.

a) **Perturbaciones del mecanismo de los actos.**—Son aquellos que afectan la actividad voluntaria en cuanto función. En las alteraciones del mecanismo funcional de los actos voluntarios pueden distinguirse tres grupos según que consistan:

1º—en un defecto de comprensión del acto o de identificación de los objetos necesarios para su cumplimiento. Esta clase de perturbaciones está representada por las **apsiquias** (falta de concepción del acto), las **agnosias** (falta de conocimientos e identificación de los objetos) y las **abulias** (pérdida del querer, de la voluntad de acción. Vemos pues que estas tres variedades de alteraciones afectan la fase de elaboración y preparación del acto.

2º—las perturbaciones pueden consistir en una imposibilidad de ejecutar los movimientos necesarios para un acto, por impotencia motriz: se habla entonces de **akinesias**.

3º—pueden constituir, por último, en la desaparición de las imágenes-recuerdos de los movimientos necesarios para su producción; se trata en este caso de **apraxias**. La apraxia según la definición de Liepmann (23), consistiría en "una incapacidad más o menos completa para ejecutar movimientos adoptados a un fin, y esto a pesar de la conservación de las fuerzas musculares y de la integridad de la actividad sensorio-

(23) E. Régis, Ob. Cit., pág. 149.

perceptiva". Esta alteración se debería, pues, como ya se dijo, a la pérdida de las imágenes motrices necesarias para la ejecución de un acto.

b) **Actos delirantes.**—Los actos mórbidos pueden ser absurdos o lógicos; conscientes e inconscientes; premeditados o espontáneos; deseados o irresistibles.

También pueden ser considerados, más en particular, como el resultado de un delirio de ideas o de sentimientos, (acto delirante) de alucinaciones (acto alucinatorio) o de lesiones de la voluntad (impulsión, inhibición).

Los actos anormales más frecuentes dentro de las enfermedades mentales son:

I.—Actos de descortesía, de suciedad, exhibiciones obscenas, etc. (Demencias).

II.—Actos de violencia, de destrucción, de furor ciego y súbito (ob-sérvense estos en los estados maniacos y en la epilepsia).

III.—El rechazo de los alimentos, suicidio (Melancolía).

IV.—El homicidio, frecuente en el delirio de persecución y en la epilepsia.

V.—El robo e incendio (Demencia, imbecilidad y epilepsia) (24).

4.—**Impulsiones.**—Las impulsiones constituyen un síndrome de gran importancia entre las perturbaciones de la actividad, y por esto es que serán tratadas con mayor detención, a pesar de ser alteraciones de los actos tales como las demás citadas.

La acción nerviosa reconoce como ley y principio la tendencia al reflejo, o sea, a la producción de fenómenos sin que intervenga en ella ningún fenómeno consciente. Pero, a medida que nos elevamos en la escala animal, el reflejo — fuerza ciega y fatal — va coordinándose y transformándose en un proceso consciente, reflexivo, determinado: es la volición. Y un ser será tanto más superior a otro cuanto más capaz sea de dominar conscientemente esa tendencia innata al reflejo. Y sólo habrá equilibrio cuando el YO regule armoniosamente al conjunto innato de reflejos, manteniendo una cierta tensión voluntaria.

Ahora bien, la impulsión es la tendencia misma al reflejo, o sea, es un proceso perfectamente normal, pero sólo mientras se subordina el YO, mientras se mantenga esa tensión voluntaria de que hablábamos. Si el equilibrio se rompe en favor de la impulsión, ésta se hace patológica.

La impulsión puede ser constitucional o accidental, según que la tendencia al automatismo sea innata o adquirida.

Los caracteres generales de las impulsiones, según Morselli (25) serían:

1º son endógenas, o sea, motivadas por causas internas; 2º son fuertes, imperiosas; 3º contrastan con el carácter del individuo y con las exigencias sociales; 4º son, a menudo, conscientes pero siempre involuntarias, en otras ocasiones son absolutamente inconscientes.

(24) E. Régis, Ob. Cit., pág. 153.

(25) E. Régis, Ob. Cit., pág. 156.

Habría tres tipos o categorías de impulsiones.

a) las **impulsiones motrices puras**, o de reflejo directo, en las cuales el acto sigue el estímulo de modo fatal e inmediato, sin que haya acción inhibitoria intermediaria (esta clase de impulsiones son frecuentes en los idiotas imbéciles y epilépticos); b) las **impulsiones psico-motrices**, o de reflejo retardado, en las cuales el acto sigue fatalmente, pero no siempre de modo inmediato al estímulo, pues hay intermediarios emotivos o ideo-emotivos (conciencia, recuerdo, idea, emoción, etc.), que no alcanzan a producir una inhibición apreciable. Aparecen estas impulsiones sobre todo en los psicasténicos, histéricos, maniacos, etc.; c) las **impulsiones psíquicas** o de reflejo interrumpido, en las cuales entre el estímulo y la reacción, la cual no es inmediata ni aún en ciertos casos fatal, se interpone un elemento ideo-emotivo largo, complejo, casi siempre de carácter doloroso y una lucha inhibitoria que resulta frecuentemente victoriosa. Lo que caracteriza, pues, a estas impulsiones es esa lucha ansiosa, indecisa, entre el poder de inhibición y la tendencia al reflejo. Tipo de esta clase de impulsión es la obsesión impulsiva.

Formas clínicas.—Las impulsiones más importantes, tanto en la clínica como en la Medicina Legal, son las que se manifiestan por tendencia al suicidio, al homicidio, al robo, al incendio, a la fuga, a los actos sexuales, etc.

a) **Impulsión al Suicidio.**—Esta se presenta en forma muy variada dependiendo su ejecución de muchos factores. A veces la impulsión es súbita, instantánea y el sujeto llega al suicidio en un estado más o menos completo de inconsciencia, como ser durante el ataque epiléptico o durante el estado de manía aguda. En otros casos, la impulsión se traduce por una tendencia progresiva y más o menos combatida por el enfermo, como ocurre en algunos degenerados y desequilibrados.

La impulsión consciente al suicidio puede sobrevenir en forma rápida o lenta como consecuencia de los desequilibrios mentales ocasionados por el proceso fisiológico de la vida genital (pubertad, parto, menstruación, edad crítica, etc.), por pasiones intensas o estados emocionales profundos.

Hay otros casos en que la impulsión al suicidio se produce por herencia, y así, en la Historia se registran ejemplos de familias en que de generación en generación se van produciendo casos de suicidios.

b) **Impulsión al Homicidio.**—Tiene casi los mismos caracteres que la impulsión al suicidio y puede adoptar una de las tres formas de impulsión mencionados: motriz, psico-motriz o psíquica. En el primer caso, los actos de violencia y homicidio se producen en medio de una inconsciencia y amnesia absoluta, siendo las víctimas, a veces, personas desconocidas o inofensivas (epilepsia, alcoholismo agudo).

En las impulsiones psico-motrices homicidas hay conciencia y recuerdo más o menos preciso de la acción (estados alucinatorios, degenerados, etc.

Las impulsiones psíquicas homicidas tienen todos los caracteres de la obsesión impulsiva. Aquí ya aparece una causa bien precisa: es a me-

nudo un choque moral brusco (asesinato célebre, ejecución, etc.) que determina el comienzo de la impulsión que sólo cesará con un asesinato. En estos casos graves, casi siempre la impulsión aparece sólo en sujetos tarados, como por ej., degenerados, alcohólicos, epilépticos, etc.

Impulsión a la Bebida (Dipsomanía).—Comunmente suele confundirse esta impulsión con el alcoholismo lo que es muy distinto porque éste no es más que el envenenamiento producido por el alcohol, en cambio, la dipsomanía es una tendencia imperiosa y casi siempre pasajera paroxística y que se manifiesta por accesos a ingerir una bebida. Esta clase de impulsión se presenta en la histeria, epilepsia, melancolía, pero principalmente en la manía aguda, en la parálisis general, y sobre todo en los degenerados.

Cuando el individuo siente venir la impulsión, lucha a veces obstinadamente por no ceder, pero una vez vencido nada puede ya detenerlo para conseguir una bebida alcohólica, si no tiene dinero roba, atropella y llega al crimen.

Esta tendencia irresistible que hemos visto existe para ingerir bebidas alcohólicas, también aparece respecto de todos los venenos artificiales, y así tenemos la dipsomanía morfínica, etérea, cocaínica, haschísica, clorálica, opiúmica, etc.

Impulsión a la Fuga.—(o Dromomanía). Como su nombre lo indica es la tendencia a huir sin que haya causas reales que la expliquen. Es frecuente en los perseguidos, melancólicos, alcohólicos, degenerados, psicasténicos, y sobre todo en los paralíticos generales y epilépticos, constituyendo en estos últimos lo que se ha denominado automatismo ambulatorio. En este estado el individuo puede desplazarse de una ciudad a otra o cometer crímenes en un estado de completa inconsciencia.

Impulsiones sexuales.—Es la tendencia a satisfacer el placer sexual, tendencia que está revestida de un carácter imperioso e irresistible. Se observa generalmente en los maníacos, paralíticos y en los degenerados inferiores, predominando en estos últimos la tendencia automática e invariable a la masturbación.

Las impulsiones sexuales pueden dividirse en dos grandes grupos: las que tienden a actos sexuales normales y las que tienden a actos anormales (perversiones). Las perversiones sexuales son innumerables, las principales serían: el exhibicionismo, fetichismo, sadismo, masoquismo y uranismo (homosexualismo).

Damos aquí término al estudio de las perturbaciones psíquicas más frecuentes en las enfermedades mentales. Consideraremos a continuación el grupo de las perturbaciones físicas.

II. Perturbaciones Físicas

Las perturbaciones físicas pueden referirse:

A.—a las funciones del sistema nervioso.

B.—al sueño y

C.—a las funciones orgánicas.

A.—**Perturbaciones del sistema nervioso.**—Estas perturbaciones pueden recaer: 1º sobre la sensibilidad; 2º sobre la motilidad; 3º sobre las funciones tróficas y vaso-motrices.

1º **Perturbaciones de la sensibilidad.**—Estas pueden ser perturbaciones de la sensibilidad externa o interna, dividiéndose la primera en: sensibilidad general y especial (órganos de los sentidos.

a) **Sensibilidad general.**—La sensibilidad que se encuentra generalmente alterada no es la que nos da las nociones de forma, dirección, consistencia o posición de los objetos, sino que la sensibilidad para los agentes físicos, calor electricidad, dolor, etc.

Entre las principales alteraciones podemos mencionar: la **hiperesesia cutánea** (frecuente en la manía, en los delitos tóxicos, etc.) la **anestesia**, mucho más común que la anterior, y que puede ser parcial o general, leve o muy marcada (se presenta sobre todo en la melancolía estuporosa, parálisis general depresiva, psicosis tóxicas, etc.). La anestesia más común es la que se refiere a la temperatura y al dolor (analgesia).

b) **Sensibilidad especial.**—Es la sensibilidad dependiente de sentidos especiales, v. gr. sensibilidad auditiva, gustativa, olfativa, visual, etc., también pueden presentarse perturbaciones que traen como consecuencia la exaltación, disminución o, en algunos casos, la total desaparición de una sensibilidad determinada.

c) **Sensibilidad interna.**—Esta sensibilidad, llamada también **cenestésica**, comprende todas las sensaciones internas que, teniendo su origen en los nervios centrípetos que parten de cada uno de nuestros órganos, transmiten al cerebro las impresiones producidas por su actividad funcional, sus necesidades y su estado de salud o de enfermedad (26).

En estado normal la sensibilidad orgánica tiene sensaciones muy rudimentarias que tienen su nacimiento en la inconsciencia. Pero a veces, sobre todo en los neurópatas, éstas se alteran y entonces los enfermos no sienten funcionar sus órganos y creen que algo les falta a su equilibrio vital. Esto es muy frecuente en la parálisis general, sífilis cerebral, neurastenia, etc.

En otras ocasiones sucede lo contrario y los enfermos sienten un aumento en su actividad orgánica, lo que les produce un gran bienestar.

En lo tocante a las perversiones orgánicas, ellas son muy frecuentes y variadas en los enajenados mentales, presentándose en todo el cuerpo o sólo en algunas partes. Estas últimas afectan sobre todo la cavidad abdominal.

2º **Motilidad.**—En las enajenaciones mentales pueden observarse las más variadas alteraciones de la motilidad. Citaremos sólo las principales:

a) **Temblor.**—Puede ser vibratorio y rápido (en los estos de exci-

(26) E. Régis, Ob. Cit., pág. 194.

tación) o bien ondulatorio y más lento (en los estado de depresión). El temblor no sólo puede aparecer en las extremidas sino que también en la lengua, párpados, cabeza y aún el cuerpo entero.

b) **Tetanismo.**—Es una hiperexcitación muscular que se manifiesta sobre todo en los miembros superiores, pero que puede abarcar en otras ocasiones todo el cuerpo. Se presenta en los histéricos, psicosis tóxicas e infecciosas.

c) **Catatonismo.**—Es una disposición a la contradicción tónica de ciertos grupos musculares (estereotipias, tics, muecas, etc.) Se presenta con frecuencia en el estupor, delirios tóxicos e infecciosos, en la parálisis general, etc.

Es un sistema de gran importancia en algunas formas de psicosis hebefrénica (27) y hasta se llegó a formar una nueva entidad, "la catatonía" que después pasó a ser una forma de la demencia precoz.

3º **Funciones tróficas y vasos-motoras.**—Las anomalías de estas funciones son de suma importancia. Entre las alteraciones tróficas principales mencionaremos.

- a).—Alteración del sistema cutáneo.
- b).—Cicatrización sumamente difícil.
- c).—Gran fragilidad ósea.
- d).—Atrofia y degeneración muscular.
- e).—Disminución de la secreción lagrimal.
- f).—Degeneración adiposa de ciertos órganos.

Las alteraciones vaso-motoras no son menos numerosas ni menos importantes que las anteriores. Las principales serían:

- a).—Las parálisis vaso-motoras de las extremidades o sólo en ciertas partes de los tegumentos.
- b).—Afixias locales por contracción de los capilares.
- c).—Irregularidad en la distribución sanguínea.
- d).—Sensaciones subjetivas de calor y frío.
- e).—Vaso-dilatación o vaso-contracción, etc., etc.

B.—**Perturbaciones del sueño.**—Las principales anomalías del sueño serían: el **insomnio**, que en ciertos casos puede llegar a durar semanas enteras; la **somnolencia**, que se traduce por un entorpecimiento que aparece en el individuo sobre todo después de las comidas, estando de pie o durante el trabajo, y en ciertos casos puede coexistir con el insomnio nocturno. Los **sueños**, o sea esa actividad psíquica que se desarrolla mientras el individuo duerme, son susceptibles de variadas deformaciones, sobre todo en el delirio alcohólico.

C.—**Perturbaciones de las Funciones Orgánicas.**—Esta alteraciones que pueden observarse con extremada frecuencia en las enfermedades mentales, pueden afectar a: 1º la circulación; 2º la respiración; 3º la nutrición y la asimilación, la digestión; 4º las funciones sexuales; 5º los humores, secreciones y excreciones; 6º la temperatura.

No entraremos al detalle de cada una de estas funciones. Las per-

(27) La demencia hebefrénica en una forma de la Demencia Precoz.

turbaciones que éstas pueden sufrir son variadísimas, pero pueden revestir una de las siguientes formas: o se trata de una exaltación de la función (hiperfunción), o bien, de una desaparición de la función misma. En otras ocasiones puede presentarse la perversión de una determinada función, notable esto último sobre todo en la actividad sexual.

Debemos mencionar también, antes de terminar esta parte relativa a los Síntomas Físicos, los vicios de organización, a los cuales se da corrientemente el nombre de estigmas de degeneración. Consisten estos en anomalías, malformaciones, exceso o detención de desarrollo, etc.

Los **estigmas físicos de degeneración** pueden afectar a: 1º la talla y el desenvolvimiento general del cuerpo (gigantismo, nanismo, etc.); 2º la piel y los apéndices cutáneos (ausencia o exageración del sistema piloso, etc.); 3º el cráneo; 4º la cara (asimetría, estrabismo, etc.) 5º el tronco y las vísceras; 6º las extremidades (acondroplaxia, raquitismo, polidactilia, etc.); 7º los órganos genitales.

CAPITULO QUINTO

CLASIFICACION Y ESTUDIO DE LAS ANOMALIAS MENTALES

Las mismas dificultades que se han presentado para definir las enfermedades mentales, aparecen también al intentar su clasificación. Se debe esto a la falta de una base sólida en que apoyarse, a la inexistencia de un criterio único, universalmente aceptado, según el cual proceder a una clasificación precisa, y también a la enorme complejidad y variedad de lo que se desea clasificar.

Muchos son los autores que han clasificado las anomalías psíquicas y entre los principales debemos mencionar, en primer lugar, a Lombroso, que lo hace en la siguiente forma (1):

A) ENAGENACIÓN CONGENITA

- I. Cretinismo
- II. Idiotismo
- III. Imbecilidad
- IV. Matoidismo

B) ENAGENACION ADQUIRIDA

- I. Manía
- II. Melancolía
- III. Monomanía
- IV. Locura Circular
- V. Demencias

C) ENAGENACION UNIDA A NEUROSIS

- I. Parálisis General
- II. Epilepsia
- III. Histerismo

D) ENAGENACION POR INTOXICACIONES

- I. Alcoholismo
- II. Ajenjismo
- III. Morfinismo
- IV. Cocainismo
- V. Pelagra

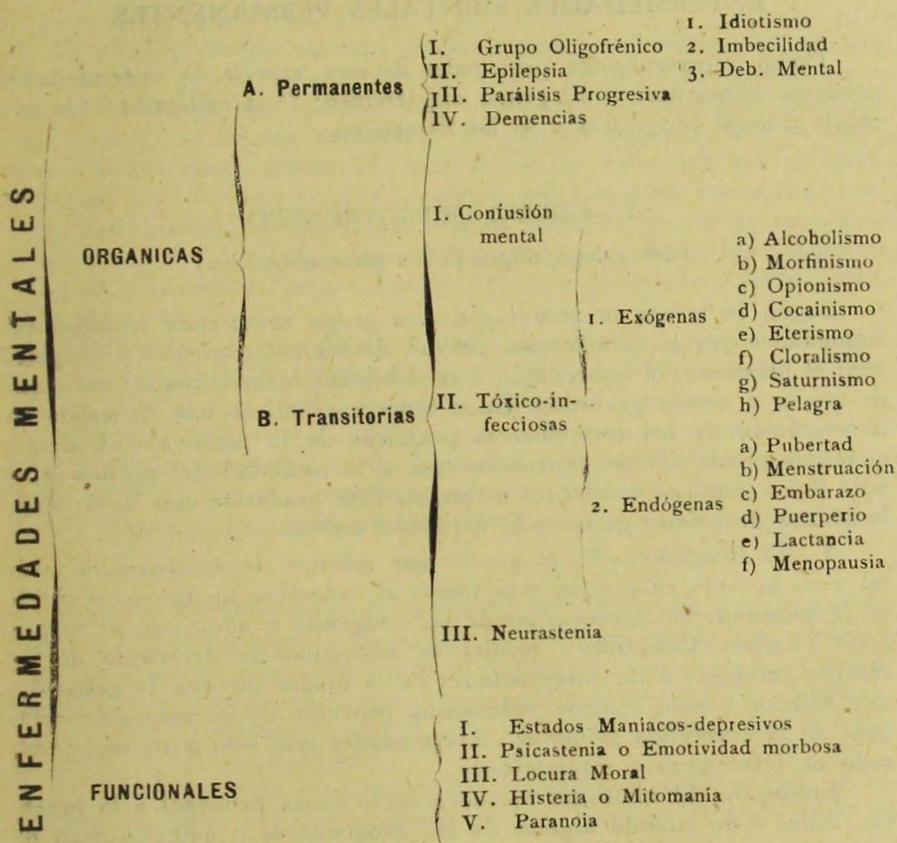
(1) César Lombroso, 'Medicina Legal' T. I. pág. 324, Madrid, s/f.

Levy-Valensi, notable psiquiatra moderno, formula una clasificación un tanto diferente. Según ésta las enfermedades mentales se reducirían a cuatro grupos:

- 1º Las enfermedades mentales de desequilibrio o constitucionales.
- 2º Las enfermedades mentales de volución o achaques psíquicos.
- 3º Las enfermedades mentales adquiridas.
- 4º Las enfermedades mentales de regresión o demencia senil (2).

Basándose en la definición que de enfermedad mental da el Reglamento General "para la organización y atención de los servicios de salubridad mental, hospitalización y reclusión de insanos", se ha formulado una clasificación de dichas enfermedades, muy clara y precisa, y que será la que se siga en este trabajo al hacer el estudio en particular de cada anomalía.

La clasificación mencionada es la siguiente:



(2) Levy-Valensi, "Psiquiatría", pág. 154, Barcelona, 1930.

Dos grandes grupos de enfermedades mentales aparecen al hacer esta clasificación: las orgánicas y las funcionales.

Las enfermedades orgánicas son aquellas en las cuales hay una lesión anatómica más o menos determinada. En cambio, en las funcionales no hay lesión anatómica alguna. Serían alteraciones del funcionamiento psíquico, sin base orgánica conocida.

ENFERMEDADES MENTALES ORGANICAS

Hay en este grupo de enfermedades dos grandes clases: permanentes y transitorias.

ENFERMEDADES MENTALES PERMANENTES

Como representantes principales de esta especie de enfermedades debemos mencionar: 1º El grupo oligofrénico; 2º la epilepsia; 3º la parálisis general progresiva y 4º las demencias.

I.—GRUPO OLIGOFRENICO

(del griego oligos-poco; phreen-espíritu)

Según lo indica su etimología, este grupo comprende aquellas enfermedades que se caracterizan por un déficit psíquico. Las principales son: el idiotismo, la imbecilidad y la debilidad mental, citadas en orden de mayor a menor gravedad. Estos conceptos indican una detención en la evolución de los componentes psíquicos de la personalidad, detención que puede afectar profundamente a la totalidad del psiquismo, o bien dañar algunas facultades mentales. Esta gradación nos lleva desde la idiocia de primer grado a la debilidad mental.

1.—El **idiotismo**.—Es el grado más inferior de insuficiencia mental y no permite en ningún caso tomar al individuo un puesto eficiente en la sociedad. El idiotismo puede ser congénito o adquirido en la primera infancia. **Congénito**, resulta de anomalías de desarrollo de los centros nerviosos o de enfermedades de la madre durante la gestación, que afectan a estos centros. **Adquirido**, proviene de la meningo-encefalitis, de la encefalitis primitiva, enfermedades que son, a su vez, resultado de infecciones o traumatismos.

Etiología.—El idiotismo reconoce como causa principal a la **herencia**, sobre todo cuando alguno de los progenitores o ambos sufren de epilepsia, histeria, alcoholismo o sífilis, todo lo cual se agrava aún más cuando existe la consanguinidad en los ascendientes tarados. Al lado de la herencia, y como estados coadyuvantes, deben mencionarse los estados infecciosos, los golpes, sobre todo en la región craneana, la compresión cerebral sufrida en el momento del parto, etc.

Formas de idiotismo.—Se distinguirían dos formas principales: el idiotismo de primer grado y el idiotismo de segundo grado.

El **idiotismo de primer grado** o idiotismo completo es una detención absoluta de la evolución global del psiquismo. A esta clase de idiotas casi no se les debiera dar el rango de seres humanos. Se caracterizan porque, sin ser sordos, son incapaces de aprender a hablar y sólo emiten gritos inarticulados; hasta su instinto de conservación aparece alterado, pues a veces se golpean contra las paredes o se infieren heridas de cierta gravedad; son indiferentes, no reconocen a sus padres ni a las personas que les rodean. En una palabra, son una ruina psíquica completa; sus sentidos pueden percibir, pero en su cerebro los centros receptivos no funcionan normalmente, no hay memoria, ni atención, ni juicio; son, pues, seres que carecen de todos los principales atributos constitutivos de su psiquismo. Su fisonomía es de aspecto estúpido, y en su cuerpo pueden encontrarse malformaciones múltiples y todos los estigmas de la degeneración.

En el **idiotismo de segundo grado**, la decadencia intelectual y moral del individuo no es tan completa. El idiota de esta clase puede tener algunos conceptos muy simples y es capaz de emitir algunas palabras; existen en él los afectos, reconoce a sus padres, su memoria y su atención alcanzan cierto desarrollo, más no así su voluntad, que es nula. Esta clase de enfermos pueden presentar, además, otros trastornos mentales: estereotipias, alucinaciones, accesos terribles de cólera, etc. Respecto a lo físico, presentan anomalías, como ser microcefalia, estatura reducida (enanismo), deformaciones de las extremidades, sordomudez, hemiplejias, etc.

Los instintos se manifiestan a veces exacerbados, y en muchas ocasiones pervertidos, sobre todo el sexual. Estos individuos suelen ser perezosos, violentos y crueles, ladrones, glotones, irascibles.

Según Binet-Simon, el idiotismo, en general, se reconocería por tres caracteres esenciales: 1º imposibilidad para comunicarse por medio de la palabra; 2º nivel intelectual inferior al de un niño de dos años y 3º incapacidad para adquirir una actividad superior a la simple prehensión (3).

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—El idiota es un ser que está fuera del conglomerado social; en él sólo predominan sus instintos, los que lo llevan a cometer las más monstruosas aberraciones. Comunmente es poseído de explosiones de cólera que lo hacen obrar ciegamente, dominando únicamente en ellos la tendencia animal y no el freno del juicio y del razonamiento.

Cometen los más variados delitos: parricidios, antropofagia, violaciones, asesinatos, homicidios, provocan incendios por el sólo placer de ver llamas, etc.

(3) Sollier et Courbon, 'Pratique sémiologique des maladies mentales', pág. 215, Massoon et Cie., Paris, 1924.

De acuerdo con nuestra legislación penal, debe considerarse al idiota como un ser completamente irresponsable de sus actos, pues carece en absoluto de discernimiento, no se da cuenta de los actos que ejecuta y su conciencia no puede en ningún momento reprocharle su mal comportamiento.

Nuestro Código Penal en su art. 1 considera "delito toda acción u omisión voluntaria penada por la ley". La voluntad está compuesta de tres entidades principales: la inteligencia, la libertad y la intención.

Es libre un acto cuando en el momento de su ejecución el individuo puede o nó quererlo.

Inteligente, si el individuo al cometerlo ha podido preveer sus condiciones y consecuencias.

Por fin, es intencionado cuando el resultado del acto concuerda con lo que el delincuente quiso hacer. Siempre que concurren estos tres elementos podemos decir que el acto es voluntario. De esto se desprende claramente que los idiotas están exentos de responsabilidad y que sus actos no son libres, inteligentes, ni intencionados. Pero como si esto no fuera suficiente, el art. 10 establece en forma expresa las eximentes de responsabilidad, a saber: "Están exentos de responsabilidad criminal: 1. El loco o demente (4) a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquiera causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón".

En lo que respecta a nuestra legislación civil, ésta considera al idiota como un ser totalmente incapaz, quedando incluído en los absolutamente incapaces, según se desprende de la disposición contenida en el art. 1447, que en términos generales dice que " los dementes son absolutamente incapaces de ejecutar cualquier clase de actos, o sea, para ejercer derechos y contraer obligaciones". La ley presume que en estos individuos no existe voluntad (factor indispensable en todo contrato) y donde ésta falta no hay existencia jurídica de los actos. En consecuencia, los actos ejecutados por los idiotas no tienen ni siquiera el valor de obligaciones naturales, no admiten caución, son absolutamente nulos y por lo tanto no pueden ratificarse, ni sanearse en un lapso de tiempo inferior a 30 años.

El idiota no puede contraer matrimonio porque el art. 4. N° 5 de la Ley de Matrimonio Civil al determinar qué personas no pueden contraer matrimonio menciona al demente y dentro de este término, como ya hemos visto, quedan comprendidos los idiotas.

Tampoco el idiota podrá testar válidamente según el Art. 1005 N° 3 que dice: "No son hábiles para testar; 3. El que se hallare en interdicción por causa de demencia". Aquí sólo nuestro Código se ha referido a los enajenados que estén en interdicción pero para aquellos que no lo están se les aplicará el inciso 4° del mismo Art. que dice: "El

(4) En capítulos anteriores ya hemos visto que el legislador emplea los términos 'loco y demente' para designar, en general, las enfermedades mentales.

que actualmente no estuviere en su sano juicio por ebriedad u otra causa". En este caso deberá probarse que en el momento de la confección del testamento el testador tenía su mentalidad alterada y sólo entonces se tendrá como sanción la nulidad del testamento.

2.—**Imbecilidad.**—En esta enfermedad los individuos poseen un desarrollo mental superior al de los idiotas. Su cerebro ofrece una constitución anormal, pero el desarrollo físico corporal, en general, es normal, a pesar de que presentan, a menudo, vicios de conformación bastante marcados en las distintas partes del cuerpo.

Desde el punto de vista psíquico, los imbéciles sólo poseen una restringida inteligencia; con dificultad logran aprender a leer, a escribir, son capaces de adquirir conocimientos ligeros y superficiales de todas las cosas, pero son incapaces de seguir una línea de conducta correcta y continua y hacer algo serio que requiera esfuerzo. Sin embargo, puede encontrarse entre los imbéciles algunos representantes que se destacan por alguna aptitud artística, por un gran desarrollo de la memoria de repetición y aún, a veces, por cierta vivacidad espiritual. Son aptos, pues, para ciertas adquisiciones intelectuales, pero en forma lagunar y desequilibrada.

Según Binet, su edad intelectual correspondería a la de un niño de 5 a 7 años. Pueden asimilar una educación, siempre que sea exclusivamente manual (5).

Desde el punto de vista moral, los imbéciles presentan lagunas más notorias que en el campo intelectual. Cierto es que a veces poseen, en diversos grados, sentimientos o afectos de un orden superior, pero, por lo general, son los sentimientos inferiores y los malos instintos los dominantes en ellos. Son individuos crueles, obscenos, irascibles, insensibles al dolor moral y muy sensibles al dolor físico. El imbécil no retrocede ante un acto de violencia si se trata de satisfacer un capricho. Es, pues, un ser peligroso, antisocial, en contraposición al idiota, que es extrasocial.

Pueden asociarse a la imbecilidad otros trastornos mentales, como manía, melancolía, que producen a los enfermos accesos durante los cuales pueden fácilmente y con mucha frecuencia cometer actos obscenos, incendios, robos, suicidios, homicidios, etc. Cuando estos accesos se repiten muy a menudo, los imbéciles no tardan en llegar a la idiocia de primer grado.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—Las reacciones antisociales del imbécil son parecidas a las del idiota, y algunas de ellas ya han sido mencionadas en páginas inmediatamente anteriores. Entre los delitos más frecuentes del imbécil debemos citar los de carácter sexual, los cuales muchas veces van seguidos de tentativas de homicidio; las reiteradas intoxicaciones con drogas tóxicas, sobre todo con alcohol, etc.

Cometen los delitos más brutales con la mayor naturalidad y sin que previamente hayan tomado las precauciones necesarias. Frecuente-

(5) Sollier et Courbon, Ob. Cit., pág. 218.

mente sirven de instrumento de venganza de otras personas que los sugestionan y llevan al delito.

En las mujeres imbéiles, se observa muy a menudo la tendencia a la prostitución y a la ejecución de toda clase de delitos sexuales.

Bajo un aspecto jurídico-social, podríamos distinguir dos clases de imbéiles: los apáticos y los exaltados. Los delitos que con mayor frecuencia cometen los primeros son fraudes, estafas y ridículas falsificaciones, torpemente hechas y descubiertas con facilidad. Todos sus actos son estúpidos y sin interés alguno; debido a su gran sugestibilidad suelen ser víctimas de muchos engaños.

El imbéil exaltado es sumamente peligroso, pues comete toda clase de delitos, desórdenes, escándalos, violencias, rebeliones, etc. La mujer imbéil de este tipo comienza por ser alcohólica para convertirse luego en prostituta; en caso que logre llegar al matrimonio será adúltera y actuará como cómplice en toda clase de delitos.

El imbéil, sobre todo el que está próximo a la idiocia, por su falta de discernimiento, debe considerársele como un menor de edad y declarársele absolutamente irresponsable.

El imbéil que está cercano a la debilidad mental, actúa a veces en la vida diaria como un individuo normal, pero en ningún caso su edad mental corresponde a su edad cronológica, y para precisar su responsabilidad deberá tenerse muy en cuenta la determinación de su mentalidad; así, en algunos casos, se le considerará como exento totalmente de responsabilidad quedando bajo el imperio del art. 10 N^o 1 del Código Penal, pero en otros casos deberá considerarse su responsabilidad en forma atenuada, teniendo aplicación en este caso el art. 11 N^o 1 y el art. 73 del mismo Código.

En cuanto a la capacidad civil debemos decir que son absolutamente incapaces, según se desprende del contenido del art. 1447 del Código Civil. Muchas veces será necesario probar detalladamente la enfermedad de estos individuos, porque el imbéil, en especial el tipo exaltado, alegará que se encuentra sano y llevará hasta testigos para probar su estado de salud mental. Los Tribunales deberán ante todo estudiar el medio ambiente en que vive, su peligrosidad, etc., y al encontrar estas causas que agravan la situación del individuo decretará cuanto antes su interdicción como medio de defensa social.

3.—**Debilidad Mental.**—Los idiotas e imbéiles, como lo hemos visto, son seres incapaces de adaptarse a la sociedad. Los débiles mentales, por el contrario, poseen un nivel mental, tanto intelectual como moral que hace posible esta adaptación. Pero alcanzan apenas a ocupar en ella un puesto inferior, son seres "infra-sociales" (6).

Desde la primera infancia, el débil aparece como un retardado en relación con sus camaradas de la misma edad. Es notorio en él la lentitud con que se opera su evolución intelectual. En la escuela o en otras

(6) Sollier et Courbon, Ob. Cit., pág. 219.

situaciones sociales, el débil puede dar muestra de aplicación, pero le falta iniciativa y comprensión.

Las funciones intelectuales elementales del débil son posibles y a veces bastante buenas; la memoria, especialmente, presenta, por lo general, hipertrofias localizadas asombrosas (cálculo mental, series larguísimas de fechas históricas, repetición de poemas enteros). Son, muy a menudo, locuaces, de una locuacidad desordenada que es fiel reflejo de una debilidad particular del juicio.

En el dominio afectivo predominan la inestabilidad del humor, la irritabilidad, la cólera, pero no es raro encontrar seres débiles dóciles y abnegados. Es habitual la vanidad, la cual se asocia a la mitomanía pueril. Acompañan a veces a la debilidad otros trastornos psíquicos, como ideas de persecución, grandeza, hipocondríacas, alucinatorias, etc.

La voluntad en los débiles mentales es tan poco segura como el juicio; se dejan arrastrar fácilmente y conducir por otros individuos; otras veces, sin embargo, son testarudos, desconfiados.

Sobre este terreno de debilidad no es raro ver aparecer las perversiones. El débil mental anti-social, estudiado en particular por Sollier, presenta los instintos pervertidos, lo que se traduce por caprichos y cóleras súbitas; luego la perturbación se extiende a los afectos: el individuo se torna terco, egoísta, disimulador, sufre impulsos de todas clases (robo, incendio, homicidio, etc.). No son seres ermendables por el castigo, y casi todos ellos representan un peligro para la sociedad.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—El débil mental actúa según el medio en que se encuentre, y este factor debe ser considerado en todo su valor. Así, por ej., un individuo que ha nacido y sigue viviendo en un medio honrado y decente será sosegado y razonador; en cambio, si vive entre bandoleros, en un plano social amoral se convertirá en un sujeto igual a ellos.

Los delitos que cometen los débiles mentales son muy a menudo productos de la imitación. Entre ellos podemos mencionar, como los más corrientes, los atentados al pudor, hurtos, delitos sexuales, etc. Estos individuos son los pequeños malhechores, los vagos maleantes, a veces alcohólicos, y, por lo general, entregados a toda clase de vicios.

El débil puede a veces entregarse a arrebatos de ira y exaltación y llegar en ese estado a la comisión de hechos de sangre ensañándose brutalmente con sus víctimas.

Como las actuaciones de estos individuos dependen en cierto modo del ambiente en que se encuentran, para ver si son responsables de sus actos habrá que estudiar, ante todo, el plano social en que viven.

El débil que se encuentra en un ambiente moral tendrá aptitud para conocer sus actos, aún cuando la tenga en forma disminuída para la inhibición. En consecuencia, será algo más responsable que el que vive en un ambiente viciado, porque éste tendrá por completo pervertida la capacidad de conocer y abolida la de inhibir, ya que el medio en que se encuentra lo conduce al delito.

En resumen, el débil mental es responsable de sus actos, pero no en forma absoluta, sino que sólo parcialmente y en cada caso particu-

lar se estudiará el medio en que actúa. Aplicando en estos casos el art. 11 N^o 1 del Código Penal, o sea, debe considerarse esta anomalía como atenuante de responsabilidad.

Civilmente los derechos de los débiles son poco discutibles, ya que son individuos que viven normalmente en sociedad. Estimamos pues, que a estos enfermos no hay que aplicarles el art. 1447 del Código Civil, el cual incapacita totalmente a los enajenados mentales. Pudiendo, por lo tanto, contraer matrimonio, valerse por sí mismos sin ayuda de curador, testar, etc. Sólo cuando cometan infracciones de cierta gravedad o pongan en peligro sus intereses, únicamente entonces debería declarárseles en interdicción.

II.—LA EPILEPSIA

Psiquiátricamente considerada, la epilepsia se caracteriza por trastornos permanentes y por accidentes paroxísticos.

Los trastornos permanentes afectan el carácter (irritabilidad, vanidad, reacciones impulsivas pasajeras, cóleras violentas) y la inteligencia (calma en las asociaciones, memoria en vías de debilitarse, y, en general, lentitud en los procesos psíquicos).

Los trastornos mentales episódicos pueden preceder a los ataques convulsivos (trastornos mentales preparoxísticos), reemplazarlos (equivalentes), seguirlos (trastornos post-paroxísticos).

a) **Trastornos mentales preparoxísticos.**—Entre los principales se encuentran los cambios en el carácter (irritabilidad y tristeza) y sobre todo las auras, o sea, signos que preceden inmediatamente al ataque. Hay auras de muchas clases: psíquicas, sensoriales, afectivas, motrices, etc., siendo, por lo general, de carácter terrorífico o desagradable. Al aura sigue la pérdida inmediata del conocimiento, lo que es una característica esencial del ataque epiléptico.

b) **Trastornos equivalentes**, que constituyen lo que Morel denominó **epilepsia larvada** y que ha sido especialmente estudiada por Fabret, Lasegue y Baillaarger. Entre los principales trastornos que forman la epilepsia larvada debemos mencionar el vértigo, la ausencia, la impulsión, la fuga y el delirio. Los tres primeros constituyen lo que se denomina **pequeño mal**, en oposición al **Gran mal**, representado por la crisis convulsiva y el delirio.

El **vértigo** es más una sensación de desvanecimiento que un verdadero vértigo.

Llábase **ausencia** a una suspensión muy fugaz, pero completa de la conciencia (dura 1 segundo o más). A veces estas ausencias no son tan fugaces y se prolongan por horas y hasta por días, y durante este tiempo el individuo se comporta normalmente, pero después no recuerda absolutamente nada. Se trata en estos casos de lo que se llama "automatismo ambulatorio o "fugas".

La **impulsión** epiléptica se reduce a un acto sencillo, casi siempre

inofensivo, pero ejecutado rápidamente siguiendo una amnesia consecutiva completa.

En el delirio epiléptico el individuo comienza por tornarse irritable y ansioso, para luego entregarse de lleno a su delirio que se caracteriza por obnubilación intensa de la conciencia y desorientación en el tiempo y en el espacio, por un intenso estado afectivo, alucinaciones múltiples y combinadas, reacciones automáticas, a veces violentas.

En el ataque epiléptico el individuo cae herido por el rayo, emite gritos inarticulados y es presa de convulsiones, durante cuatro o cinco minutos, siguiendo a esto rigidez muscular general, para terminar en un estado de relajación especial: queda el enfermo sumido en un sopor profundo, al término del cual, después de un período más o menos largo de desorientación mental, comienza a recobrar el conocimiento.

c) **Trastornos post-paroxísticos.**—Están éstos representados, sobre todo, por el estupor post-paroxístico ya mencionado al considerar el ataque. Por lo general, el estupor dura de un minuto a algunas horas, y excepcionalmente puede extenderse a varios días (7).

Según sean los síntomas que presenta la enfermedad o su modo de evolucionar, se han distinguido diversas formas de epilepsia.

1) La **epilepsia esencial** o mal mayor, es la epilepsia clásica, y presenta convulsiones y paroxismos con pérdida del conocimiento.

2) El **pequeño mal**, en el cual hay pérdida del conocimiento, pero faltan los ataques convulsivos.

3) La **epilepsia sintomática**, se diferencia de la genuina en que en ésta todos los centros están afectados, mientras que en la primera habría un fenómeno de desintoxicación que sólo afecta a una parte, a un territorio más o menos extenso. Pueden presentarse en el alcoholismo, por excitaciones psíquicas, esfuerzos corporales intensos en las intoxicaciones por opio, plomo, cocaína, etc., por encefalitis, traumas craneales, tumores, etc. En general cuando se presenta el ataque en esta epilepsia, es mucho menos intenso que el ataque genuino de la epilepsia esencial y muchas veces las convulsiones se limitan a una determinada región del cuerpo.

4) La **epilepsia afectiva**, se caracteriza por los ataques, por una hiperexcitabilidad psíquica, por distimias endógenas y por una gran inestabilidad.

5) La **demencia epiléptica**, que está constituida por la obtusión intelectual crónica, acompañada por un estado de sopor, de torpeza, que representa el primer grado de las demencias genuinas. Esta tendencia epiléptica puede revestir, a su vez, diversas formas: simple, pseudo-paralítica general, de tipo esquizofrénico, etc.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—El epiléptico es considerado como el más agresivo de todos los enfermos mentales, pero no se pueden sostener actualmente ciertas teorías penales del siglo pasado según las cuales todo epiléptico debe necesariamente llegar a la delincuencia, pues

(7) Rogues de Fursac, Ob. Cit., pág. 297.



hay muchos que pasan toda su vida sin delinquir, y se comportan como seres socialmente normales.

El delito del epiléptico se distingue en especial por la falta de conciencia del autor en el momento de ejecutarlo y por la amnesia consecutiva al acto. Por otra parte, es característico el salvajismo y el ensañamiento que manifiesta el hechor; hay en éste una impulsión ciega, brutal e irresistible a ejecutar determinado delito, después de cometido el cual el individuo queda absolutamente indiferente, sin recordar nada. Resulta de esto que el criminal genuinamente epiléptico, no trata de ocultar su crimen ni busca coartadas de ninguna especie.

Al analizar la gran variedad de hechos delictuosos cometidos por el epiléptico, debemos tomar en cuenta las diversas fases o etapas de la enfermedad.

En el período **prodrómico**, son frecuentes las agresiones con escándalo, los incendios y los atentados al pudor, a las buenas costumbres, etc.

En las **auras**, sobre todo en las que se prolongan por un tiempo más o menos considerable, pueden observarse reacciones de aspecto histerico, escenas violentas con ruptura de muebles o utensilios menores, desacato a las autoridades, delitos sexuales, etc.

Durante la **crisis** no hay actos delictuosos, pero al salir de ella, en los estados de semi-conciencia que siguen al ataque, el individuo se entrega, a veces, a actos de suma violencia.

En las **ausencias** y los **vértigos**, son frecuentes los pequeños hurtos y las lesiones de poca gravedad. Pero en las ausencias prolongadas, en las fugas, el epiléptico es capaz de llegar aún hasta la comisión de homicidios y atentados brutales por lo general, verdaderamente monstruosos.

Responsabilidad.—El epiléptico esencial, con ataques y pérdida absoluta del conocimiento, es indiscutiblemente irresponsable de sus actos, quedando estos individuos dentro de la eximente de responsabilidad contemplada en el art. 10 N^o 1 del Código Penal. Pero en ciertos casos cabría una responsabilidad atenuada, pues existiendo signos inequívocos que anuncien el ataque, el enfermo debería prevenirse tomando las máximas precauciones para evitar hechos lamentables.

Ahora bien, en los casos de epilepsia larvada, el individuo, a raíz de un delito cometido ¿debe ser internado a perpetuidad en un manicomio o bien debe ser dejado en libertad para que siga viviendo en sociedad? Es este un problema de difícil solución, pues es posible que el epiléptico no cometa ningún delito más en su vida, y sería poco humano el tenerle encerrado durante toda su existencia; pero también su estado epiléptico puede repetirse y caer nuevamente en alguna infracción legal, lo cual daría derecho a la sociedad para tomar medidas preventivas contra ese sujeto.

Para resolver estos casos, deberá hacerse previamente un examen detenido del enfermo, analizar su poder de inhibición, las condiciones y características de sus manifestaciones epilépticas, después de lo cual podrá dictaminarse en el sentido de internarlo en un manicomio por un tiempo más o menos largo, o bien dejarlo al cuidado de su familia, la

que se haría responsable de los actos del enfermo que se encuentre a su cargo.

Capacidad Civil.—El enfermo que presenta la crisis epiléptica o sus equivalentes sólo de tarde en tarde, debe mantener íntegra su capacidad civil. Pero la interdicción se impone cuando los trastornos mentales se hacen permanentes y conducen a la demencia.

El epiléptico, con la restricción ya mencionada conservará todos sus derechos, pero como una medida eugénica deberá prohibírsele el matrimonio, para así evitarle a su descendencia el legado de taras mentales incurables.

En el caso de individuos que constantemente están sufriendo ataques y progresivamente van llegando a la demencia, es indudable que son absolutamente incapaces, quedando en consecuencia dentro de la disposición contenida en el art. 1447 del Código Civil.

III.—LA PARÁLISIS GENERAL

La parálisis general fué descrita como entidad morbosa especial por Bale en 1822.

“Es una enfermedad de origen toxi-infeccioso, ordinariamente post-sifilítico, caracterizado anatómicamente por una meningo-encefalitis difusa, con lesiones accesorias difusas de todo el sistema nervioso y clínicamente por síntomas progresivos de demencia y de parálisis (demencia paralítica) a los cuales vienen frecuentemente a asociarse síntomas accesorios diversos, sintomáticos y psíquicos (8).

La parálisis se presenta con máxima frecuencia en la edad media de la vida, entre los 25 a los 50 años; sin embargo se la puede observar también en la juventud (parálisis general juvenil), en los niños (parálisis general infantil), o en los ancianos (parálisis senil).

El tiempo transcurrido entre la infección luética y el comienzo de los síntomas paralíticos es muy largo, por término medio entre los 10 y 18 años. Con frecuencia la infección primaria pasa inadvertida y la aparición de la parálisis se presenta entoces como una desagradable sorpresa.

Etiología.—Se considera actualmente que la parálisis general es una afección de naturaleza sifilítica. Pero se presenta un problema: de 100 sifilíticos sólo la mínima proporción (más o menos el 5%) evoluciona hacia la parálisis y la mayoría restante queda indemne. ¿A qué se debería esto? Este es un punto muy discutido y hay soluciones, hipotéticas por cierto, que tratan de resolverlo. Algunos autores (A. Marie y Levaditi) (9), cren que la enfermedad debería su origen a una clase de treponemas especiales que tendrían predilección por el sistema nervioso.

Otros (Robertson entre ellos) suponen que la parálisis sería debida a un bacilo difterioide que pulularía en el organismo gracias al debili-

(8) E. Régis, Ob. Cit., pág. 812.

(9) Dide et Guirad, ‘‘Psiquiatría del Médico Práctico’’, pág. 356, Barcelona, 1922.

tamiento de los medios de defensa producido por la sífilis u otras intoxicaciones (10).

Parece existir hoy un acuerdo para considerar que la sífilis es causa productora principal de esta enfermedad, pero no la única. Tiene que haber otras causas asociadas coadyuvantes, un factor personal: excesos, traumatismos, insolaciones, recargo intelectual, emociones intensas y prolongadas, etc.

Evolución.—Se puede dividir su curso en tres fases: comienzo, estado y término.

Comienzo.—Se produce de modo diferente según los enfermos y los diversos síntomas van apareciendo lenta e insidiosamente. Los trastornos más habituales serían: cambio de los hábitos y del carácter, alteraciones de la moralidad (ataques a la propiedad, fugas, atentados sexuales, tentativas de suicidio), debilitamiento intelectual, trastornos neurológicos (temblores, tremulación fibrilar, disartria, disgrafía, hemiplejias, crisis epileptiformes), trastornos generales, como cefaleas, insomnio, fiebre, adelgazamiento, etc.

Período de estado.—La transición a este período se hace de una manera insensible. Se caracteriza por una exageración de todos los síntomas, tanto de los demenciales como de los netamente paralíticos. Hay una destrucción lenta, progresiva y global de la personalidad, aunque a veces pueden observarse períodos más o menos largos durante los cuales se atenúa notablemente la enfermedad. El derrumbamiento afecta a las funciones intelectuales, afectivas y morales. Los trastornos físicos son también de gran importancia: disartria, desigualdad pupilar, marcha temblorosa, incoordinada, etc.

Fase Terminal.—Representa la destrucción definitiva y absoluta de la personalidad psíquica y física, y es tal su decadencia que recuerda al idiota de primer grado: inmóvil, insensible, alimentado con sonda, es menos que una animal. Tiene a veces crisis de cólera para volver a caer en el marasmo, hasta llegar a la muerte por una enfermedad intercurrente o por un agotamiento absoluto.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—El mayor número de delitos cometidos por paralíticos generales corresponden al período inicial de la enfermedad, o sea, cuando la parálisis no se ha manifestado en forma plena y todavía no ha atacado profundamente la personalidad. Sin embargo, durante este tiempo el germen morboso ya existe y su influencia, aunque oculta aún, es indiscutible.

Las infracciones más comunes en esta fase de la enfermedad, serían: estafas, especulaciones fraudulentas, falsificaciones, atentados al pudor, etc. Por lo general, son hechos anti-sociales incomprensibles, dada la honorabilidad y correcta conducta observada hasta entonces por el delincuente.

(10) Gregorio Nieto, "Ideas sobre Psiquiatría Forense, pág. 388, Madrid, 1934.

En el período de plena enfermedad las trasgresiones legales son escasas, pues el paralítico se encuentra, comunmente, recluido.

Responsabilidad.—¿Puede afirmarse que un cerebro que presenta alteraciones paralíticas es capaz de funcionar normalmente? Por cierto que la respuesta debe ser negativa, resultando de ello la irresponsabilidad de los paralíticos generales y su necesaria internación.

Pero en la enfermedad de que tratamos, aparecen con cierta frecuencia remisiones más o menos completas, que dan la impresión de que el individuo ha recobrado totalmente sus facultades mentales. ¿Debe éste responder íntegramente de las infracciones que pueda cometer durante estas remisiones o "intervalos lúcidos" como también se les llama? Nuestro Código Penal en su art. 10 dice: "Están exentos de responsabilidad criminal: 1. El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido. . . . Aplicando esta disposición deberíamos hacer totalmente responsables y condenar a los paralíticos que delinquen durante una de sus remisiones. Ahora bien, es una verdad científica ya establecida que la curación de la parálisis, debido a las lesiones destructivas cerebrales, es prácticamente imposible. Luego, en ningún caso podrá hablarse con propiedad de "intervalos lúcidos" en la parálisis, en el sentido que a ese término suele dársele, o sea el de períodos más o menos largos de completa salud mental.

Cierto es que puede haber notable atenuación de las manifestaciones alteradas, disminuído, lo que traerá correlativamente una disminución de la responsabilidad.

Respecto a los actos cometidos durante el período preliminar de la parálisis, el individuo no puede ser totalmente responsable de ellos pues puede decirse que esos hechos han sido ejecutados por un paralítico en potencia.

Capacidad Civil.—El paralítico general es un individuo bastante peligroso civilmente, ya que puede arruinarse o arruinar a su familia con sus proyectos absurdos o sus operaciones comerciales descabelladas. Debe, por lo tanto, ser puesto en interdicción en cuanto se pruebe fehacientemente su enfermedad.

Comunmente se cree que durante las remisiones del paralítico debe cesar la interdicción. Al respecto nos remitimos a lo ya dicho, o sea que esas remisiones no representan una vuelta completa a la integridad psíquica anterior. Pero a pesar de todo, legalmente, se considera a estos períodos como de perfecta salud mental lo cual hace surgir un problema: durante un intervalo lúcido ¿puede contraer matrimonio el paralítico?

Al respecto hay que establecer diferencia entre el que ha sido declarado en interdicción y el que no lo ha sido. En este último caso puede contraer matrimonio ya que no hay un comprobante legal que determine la enajenación mental. En el primer caso, el asunto ya es más complicado y han aparecido corrientes opuestas que han tratado de resolverlo.

a) La primera, estima que el demente (11) no puede contraer matrimonio en un intervalo lúcido basándose en la disposición contenida en el art. 1447 del Código Civil que declara, que los dementes son absolutamente incapaces y que sus actos no producen ni aún obligaciones naturales, y que no admiten caución.

Los partidarios de esta doctrina (entre los cuales podemos mencionar a los señores Latorre, Borja, Tomás Ramírez y Alfonso), invocan el art. 465, según el cual "los actos y contratos del demente posteriores al decreto de interdicción, serán nulos, aunque se alegue haberlos ejecutados o celebrado en un intervalo lúcido". Por el contrario, los actos ejecutados o celebrados sin previa interdicción, serán válidos a menos de probarse que el que los ejecutó o celebró estaba entonces demente.

Las disposiciones contenidas en los artículos precedentes probarían pues, que el matrimonio celebrado por un demente es nulo, ya que establecen la nulidad de los "actos o contratos" del demente, y como el matrimonio es un contrato, debe quedar incluido.

b) La segunda tendencia, opuesta a la anterior y sustentada por la mayoría de los autores (Claro Solar, A. Barros Errázuriz y otros), sostiene que el art. 465 sólo se refiere a los actos o contratos patrimoniales que pueda celebrar el demente y por lo tanto, no quedaría incluido el "contrato de matrimonio", debido a que éste es un contrato "sui generis" que se rige por leyes especiales.

Otra disposición que invocan los que sostienen esta opinión es la contenida en el artículo 30 de la ley de Matrimonio Civil que dice: El impedimento que, "según las prescripciones de esta ley, anula el matrimonio, ha de haber existido al tiempo de la celebración". De lo cual se desprende que al estar el demente en un intervalo lúcido, desaparece el impedimento al momento de la celebración del matrimonio, y éste es por lo tanto, válido.

Análogos a los argumentos citados existen muchos otros que sería largo enumerar. Para terminar bástenos decir que todos ellos se han hecho mirando las cosas desde el punto de vista jurídico, pero considerando socialmente, hay acuerdo casi unánime en considerar que no es de conveniencia que un enfermo mental contraiga matrimonio; las anomalías psíquicas comunmente son de origen hereditario, y si los individuos con tales taras contraen matrimonio, dejan a la sociedad un triste legado cuya influencia para la raza es de funestas consecuencias.

IV.—LAS DEMENCIAS

La primera definición clásica de demencia ha sido dada por Esquirol. Dice este notable psiquiatra "que en el estado de demencia l

(11) Como ya lo hemos visto en el capítulo referente a la "Definición de Enfermedades Mentales", el legislador emplea la palabra "demente" como término genérico de todas las enajenaciones mentales. "Demente" es, pues, en el caso que comentamos sinónimo de parali co general.

individuos razonan equivocadamente debido a que los órganos del pensamiento han perdido la fuerza necesaria para cumplir sus funciones” (12).

“El demente — agrega — está privado de los bienes de que antes gozaba; es un rico empobrecido: el idiota ha estado siempre en el infortunio y la miseria” (13). Y aún explica: “El hombre caído en demencia muestra en su organización, algo de su perfección pretérita; el idiota es lo que siempre ha sido, es todo lo que puede ser en relación a su organización primitiva” 14).

Indica, pues, claramente Esquirol, un elemento esencial de la demencia: el debilitamiento y ruina de las facultades mentales. Además hace una clara distinción entre la idiocia e imbecilidad, que son una insuficiencia mental congénita, y la demencia, que es una pérdida o decadencia adquirida.

Pero como se ha visto más tarde en la práctica, que los dos elementos esenciales (debilitamiento y adquisición) que sirvieron a Esquirol para caracterizar la demencia, pueden convenir a muy diversas enfermedades, — siendo pasajeras y curables unas (la confusión mental por ej., que es debilitamiento mental adquirido) y permanentes e incurables las otras, — se ha decidido emplear el término demencia sólo para las decadencias incurables y adquiridas.

Resumiendo, entonces, podemos decir que la demencia, de una manera general, “se caracteriza por un debilitamiento progresivo e irremediable de las facultades intelectuales y morales, al que sigue, al cabo de un tiempo más o menos largo, un debilitamiento físico (15).

Muy numerosas son las variedades de demencias: senil, precoz, paralítica, sifilítica, epiléptica, alcohólica, etc. En este trabajo sólo se tratarán en detalle las dos primeras.

Demencia Senil.—Es aquella clase de demencia debida a un desgaste cerebral que se va produciendo en el individuo a medida que avanza en edad. Hay veces en que esta enfermedad aparece entre los 50 a 60 años, pero también puede empezar en edad más avanzanda. La memoria y atención de estos sujetos se va atrofiando poco a poco, y se les va haciendo difícil darse cuenta del mundo que les rodea.

Se ponen irritables, peleadores, llorones e incrédulos, creyendo que todo lo que les dicen es sólo para burlarse de ellos.

En esta enfermedad aparecen delirios persecutorios, melancólicos, de negación y otros muchos.

Ya en un periodo más avanzado caen en la demencia completa: sus facultades intelectuales se debilitan cada vez más, reduciéndose al mínimun, sus hábitos de corrección, educación van perdiéndose, faltan al pudor y olvidan todas las conveniencias sociales, el sentido moral desa-

(12) Esquirol, ‘Des Maladies Mentales’, T. II pág. 219-20, París, Bailliére. 1838, 2 vol.

(13) Esquirol, ‘Des Maladies Mentales’, T. II, pág. 285.

(14) Esquirol, ‘Des Maladies Mentales’, T. II. pág. 286.

(15) Sollier et Courbon, Ob. Cit., pág. 227.

parece y, en cambio, aparecen, a veces, ideas suicidas, hipocondríacas o de persecución.

Por último, en la etapa terminal de la enfermedad, el individuo debe guardar cama; sobrevienen parálisis, caquexia y finalmente la muerte.

Demencia Precoz.—Esta forma de demencia será estudiada detalladamente en uno de los capítulos posteriores de este trabajo.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—La disminución global del psiquismo de los dementes, propiamente dichos, les va haciendo perder progresivamente el poder de conocer y de inhibir, lo que facilita en ellos la comisión de delitos, sobre todo de carácter sexual, v. gr. exhibicionismos, asaltos a personas de corta edad, actos obscenos, etc. Son, además, sugestionables e incapaces de oponer una resistencia efectiva a las insinuaciones o mandatos de los demás. Por eso no es raro ver que son con frecuencia autores por inducción, cómplices de otros individuos, sobre todo en ataques contra la propiedad y en hechos de menor gravedad.

Lo que caracteriza las trasgresiones legales del demente es su puerilidad, su fantasía, su carácter absurdo, y, sobre todo, la falta de proporción entre la vida anterior del sujeto, muy correcta y honorable, y sus infracciones actuales.

Responsabilidad.—El demente es absolutamente irresponsable, y deberá ser internado en un manicomio.

En el primer período de la enfermedad, o sea, cuando la demencia no está todavía manifiesta, las infracciones legales son muy numerosas. ¿Es totalmente responsable el individuo de esos actos? No lo creemos así, por cuanto seguramente desde antes de esa primera trasgresión la capacidad psíquica total del individuo ya estaba afectada. Tampoco estimamos que deba atribuírsele una responsabilidad atenuada ni que deba ser enviado a prisión a pagar su pena, y que la enfermedad, que es de carácter progresivo, se irá acentuando cada vez más, y no será ajeno a la rapidez de su evolución el estado de cautiverio penal.

Capacidad Civil.—Como ya hemos visto, debido a su gran sugestibilidad, el demente, sobre todo el senil, es fácilmente engañado por individuos poco escrupulosos, quienes no vacilan en aconsejarle negocios ruinosos o en hacerlo entrar en asuntos poco claros. Y esto tiene especial importancia en el período que precede a la demencia completa, cuando el enfermo conserva una relativa integridad de sus facultades mentales, y está todavía administrando personalmente sus intereses. Es precisamente en este período cuando se impone con más provecho la interdicción;

De lo anterior fluye con claridad que el testamento de un demente será absolutamente nulo, lo mismo que su matrimonio. Se ve corrientemente el caso de ancianos con síntomas demenciales que se empecinan en contraer matrimonio con muchachas muy jóvenes, debido a veces a una exaltación mórbida de su apetito sexual, o bien a que son sugestionados por esas personas, quienes sólo actúan con el ánimo de heredar a corto plazo a sus decrepitos cónyuges.

ENFERMEDADES MENTALES TRANSITORIAS

Comprende este grupo de enfermedades la confusión mental, las enfermedades tóxico-infecciosas y la neurastenia.

I.—LA CONFUSION MENTAL

“Esta enfermedad se caracteriza por una perturbación general de toda la esfera psico-sensorial y psico-motriz” (16). La confusión puede ir desde la simple obnubilación hasta el estupor completo, observándose en este caso, una suspensión absoluta de las funciones psíquicas.

Las confusiones mentales pueden abarcar la realidad exterior, o bien, la propia personalidad del enfermo. En el primer caso, el individuo está desorientado en el tiempo y en el espacio, o en ambos a la vez; en el segundo, la unidad de la personalidad se disgrega, no hay armonía entre sus elementos.

A la desorientación debemos añadir, como síntoma de gran importancia, la pérdida de la memoria de todo lo que se refiere al acceso.

Por largo tiempo se ha confundido la confusión mental con la demencia; en realidad, tienen elementos comunes (alteraciones de la memoria, incoherencia, etc.). Pero se diferencian en que estos elementos en la confusión mental son transitorios, pasajeros, y evolucionan hacia la normalidad, en tanto que en la demencia son permanentes.

Desde el punto de vista clínico, se distinguen cuatro formas de confusión mental: simple, delirante o agitada, estúpida y sobre aguda.

a) **Confusión simple.**—En este grado de confusión predomina la torpeza, la obnubilación, etc.

b) **Confusión mental delirante, alucinatoria o agitada.**—Como su nombre lo indica, en esta forma de confusión hay marcado predominio de las perturbaciones psico-sensoriales (ilusiones y alucinaciones, sobre todo visuales) y que se traducen, en el campo orgánico, por la reacción motriz, y en el terreno mental, por el delirio.

c) **Confusión estúpida.**—El estupor puede alcanzar aquí su grado máximo, con inmovilidad completa, flacidez o rigidez muscular, y aislamiento absoluto del ambiente. Este estado, por lo general de corta duración, puede alcanzar, en algunos casos, hasta varios meses.

d) **Confusión mental sobreaguda o delirio agudo.**—Aparece aquí una agitación extrema, con fiebre y alteraciones meningíticas, y el establecimiento del delirio que casi siempre es fatal.

Etiología.—La confusión mental es muy variada y puede provenir de un estado tóxico, auto-tóxico, o infeccioso. A esto debemos agregar los choques morales y emocionales, el recargo intelectual y el agotamiento.

(16) Sollier et Courbon, Ob. Cit., pág. 186.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—Hemos visto que lo característico de la confusión mental es la obnubilación de todas las facultades intelectuales, una disminución del poder de crítica y de inhibición, quedando el individuo en un estado de automatismo más o menos grande, según sea la intensidad de la confusión.

El mismo estado confusional impide delinquir a los enfermos, pero en los casos de agitación intensa pueden producirse ciertas infracciones, más o menos graves, como, por ej., suicidio y lesiones, y después de la confusión, debido a la amnesia consecutiva, se pueden presentar acusaciones calumniosas, denuncias sin fundamento alguno, etc.

Responsabilidad.—En la confusión mental plena, no hay conocimiento ni poder inhibitorio, de modo que de los actos cometidos durante este período no podrá responsabilizarse a su autor. Si el estado confusional es producto de una autointoxicación, o de choques emocionales, o de cualquiera otra causa ajena al individuo, es perfectamente aplicable a esta situación el art. 10 N^o 1 del Código Penal, según el cual se exime de responsabilidad a los que por "cualquiera causa independiente de su voluntad, se hallen privados totalmente de razón".

En los actos intermedios de confusión mental, puede haber cierta capacidad de conocimiento, pero el individuo es incapaz de inhibición. No se podrá, pues, en estos casos eximir totalmente de responsabilidad, pero si serán considerados como una atenuante de responsabilidad.

Capacidad Civil.—Como se trata de estados confusionales transitorios, el individuo conserva intacta su capacidad civil, pues durante su anomalía se abstiene, por lo general, de hacer uso de derechos. No hay, pues, necesidad de provocar la interdicción de estos individuos, pero es evidente que los actos y contratos ejecutados durante la confusión mental son nulos, pues no existe, en el momento de efectuarlos, ni discernimiento ni voluntad.

II.—ENFERMEDADES TOXICO-INFECCIOSAS

Consideraremos ahora, las enfermedades producidas por la acción de tóxicos. Como estos pueden producirse fuera del organismo o dentro de él, se distinguen dos clases de enfermedades: exotóxicas y endotóxicas respectivamente.

1.—ENFERMEDADES EXOTOXICAS.—Debemos mencionar en primer lugar las producidas por el alcohol.

A) En el alcoholismo, hay que distinguir dos formas: alcoholismo agudo o embriaguez y el alcoholismo crónico. La primera se acostumbra dividirla en simple y patológica.

En la embriaguez simple, podemos distinguir tres períodos:

a) Período de **excitación**, durante el cual el individuo se anima, tiene un particular sentimiento de bienestar, se hace locuaz, magnánimo, en una palabra se manifiestan en él todas las tendencias expansivas. En este estado el ebrio posee todavía cierta lucidez en su conciencia y es

más o menos capaz de contenerse, pero ya hay muestras de una especie de anestesia moral.

b) Período de **franca embriaguez**, en el cual las alteraciones son más graves y marcadas. Ya no se trata solamente de una simple excitación, sino que se llega a la perturbación de las facultades intelectuales; hay confusión de ideas, incoherencia en el lenguaje, marcha vacilante, alteraciones sensoriales y aún, en algunos casos, un verdadero delirio con impulsiones múltiples.

c) Período **comatoso**, cuya característica es un sueño largo y profundo, generalmente acompañado de profunda transpiración, y durante el cual el sujeto está inerte y sin conciencia. Al término de este sueño, se experimenta malestar general, cansancio, sed insaciable, dolor de cabeza, etc.

En la **embriaguez patológica** o atípica, ya aparecen caracteres morbosos que hacen más grave el cuadro total de la enfermedad. Esta puede ser de variadas clases, y así tenemos entre las principales la **embriaguez patológica alucinatoria**, en la cual el individuo ve y oye cosas que le producen gran terror, y la **furiosa**, en que la persona que ha ingerido una fuerte dosis de alcohol se pone sumamente excitada, acomete a sus semejantes, destruye lo que encuentra a su paso y puede llegar a cometer crímenes horribles. Esta clase de embriaguez, por lo general, termina en un ataque convulsivo muy semejante al epiléptico y es por esto que se cree que los individuos que sufren estos ataques son epilépticos.

Alcoholismo crónico, es aquel período o estado en que llegan los individuos que se han hecho verdaderos profesionales en la bebida. Su sistema nervioso se encuentra muy debilitado y es por esto que se encuentran aptos para cualquier trastorno mental, siendo entre ellos los más comunes el alcoholismo sub-agudo, el delirium tremens, la epilepsia alcohólica y la demencia alcohólica.

De estos trastornos el más importante es el **delirium tremens**, debido a su mayor frecuencia para producirse. Sobreviene en individuos profundamente intoxicados por el alcohol.

Se caracteriza, este trastorno, por tres clases de síntomas psíquicos: a) trastornos de la conciencia, b) el delirio alucinatorio y c) la agitación motriz.

a) El **trastorno de la conciencia**, afecta exclusivamente la orientación en el mundo exterior, y deja la noción de la personalidad. Se presentan frecuentemente ilusiones y alucinaciones que revisten dos caracteres notorios: son desagradables y, además, se unen entre sí formando una especie de mundo fantástico.

b) El **delirio** es casi siempre de aspecto terrorífico y aparece como víctima el mismo individuo que lo experimenta.

c) La **agitación motriz**, muy intensa, traduce la angustia y el terror, y está, como fácilmente puede comprenderse, en íntima conexión con el delirio.

Físicamente el delirium tremens se caracteriza por el temblor del alcoholismo crónico, pero exagerado, llegando a constituir una trepida-

ción de todo el cuerpo que comunmente se comunica a la palabra; además, fiebre constante, hiperestesia, etc.

Entre los episodios prolongados del alcoholismo merecen especial mención el delirio sistematizado y el síndrome de Korsakoff.

a).—El primero se presenta, por lo general, bajo la forma de un **delirio persecutorio**, en el cual el individuo se cree rodeado de enemigos, de animales feroces, sus adversarios tratan de envenenarlo o asesinarlo, etc.

Casi siempre las ideas de persecución tienen un fondo sexual, lo cual hace que con mucha frecuencia adopten la forma de celos violentos.

Durante el estado de delirio la temperatura del enfermo puede llegar a 40°, 41° y aún más grados de fiebre.

b).—La psicosis polineurítica alcohólica o **psicosis de Korsakoff**, o simplemente síndrome de Korsakoff, se caracteriza por una confusión que está por lo general limitada a la **amnesia**. Esta amnesia es, de preferencia, de fijación o amnesia anterógrada, o sea, el individuo olvida los hechos recientes. Otro elemento característico del síndrome es la **fabulación**: los enfermos relatan muchas veces espontáneamente, historias con cierta verosimilitud, pero que son falsas. Otros elementos que aparecen con frecuencia en el síndrome de Korsakoff, son los signos de polineuritis que se reducen a menudo a una simple hiperestesia cutáneo-muscular.

Síndrome pseudo-paralítico.—Sanchis Banús (17) dice que el cuadro sindrómico del alcoholismo crónico puede simular bastante fielmente la parálisis general, sobre todo por los síntomas orgánicos de ésta: temblor, ataxia, etc., pero no corresponden los síntomas psíquicos, especialmente en su progresión; en cambio, en la parálisis general, al cabo de cierto tiempo, se ve que la demencia persiste sin que los fenómenos motores se agraven.

B) **Morfinismo.**—Se debe a la intoxicación crónica producida por la morfina. En la evolución de esta enfermedad hay un primer período de euforia que ha sido denominado luna de miel del morfinómano. Sigue a éste, un período en que ya aparecen los trastornos que afectan la esfera intelectual, afectiva y activa. El término es, por lo general, la caquexia. Se acentúan los síntomas anteriores. La disgregación psíquica es tan honda que simula una verdadera demencia, y el decaimiento físico es progresivo hasta terminar en la muerte.

C) **Opionismo.**—Es la intoxicación producida por el opio. La reacción corporal a la ingestión de una fuerte dosis de este veneno es un sueño comatoso, pero si la cantidad ingerida ha sido pequeña, el individuo empieza por sentir una gran languidez en sus miembros y al mismo tiempo comienza a perder insensiblemente la lucidez de su conciencia. El enfermo sufre de delirios y alucinaciones de carácter agradable, especialmente visuales. La repetición continuada de estos fenómenos produce en el sujeto un marcado debilitamiento psíquico y corporal: la aten-

(17) Gregorio Nieto, Ob. Cit., pág. 337.

ción voluntaria se debilita y la asociación mental se hace cada vez más difícil y lenta.

D) **Cocainismo.**—Enfermedad muy generalizada últimamente debido al abuso del empleo de la cocaína. Los efectos que produce son: una gran exaltación del ánimo, dando lugar a la ebriedad cocaínica, estado en el cual el individuo se deja llevar frecuentemente por el impulso a cometer actos delictuosos.

Estos enfermos padecen de alucinaciones de la vista, oídos y olfato; sufren de delirios, principalmente de celos, interpretación y de persecución. Ya en el último grado de la enfermedad, sucede a ésta exaltación un gran decaimiento psíquico y corporal que puede llevar al individuo a tomar resoluciones funestas, incluso el suicidio.

E) **Eterismo.**—Se produce como resultado de la absorción immoderada de éter. Absorbido en fuertes dosis por las vías respiratorias o digestivas, el éter determina un estado eufórico análogo al producido por la morfina. En ciertos casos, puede observarse un período de excitación susceptible de crecer hasta la embriaguez y al cual sigue un estado comatoso.

Cuando el eterismo se hace crónico, se manifiesta por insomnio, irritabilidad, temblor más o menos constante y disminución de la actividad psíquica general.

F) **Cloralismo.**—Es la intoxicación que en el organismo produce el cloral. Reviste dos formas: una agitada, insomnio en que predomina la ansiedad clorálica con insomnio; y otra depresiva, con estupor.

La ingestión exagerada del cloral puede producir un delirium tremens clorálico, muy parecido al del alcoholismo, pero más atenuado que éste. Se manifiesta por temblor y fiebre, siendo frecuente las alucinaciones liliputienses. El delirio puede producirse por el exceso de cloral o por la cesación brusca de la droga.

G) **Saturnismo.**—Es una enfermedad que se debe al envenenamiento producido por el plomo. Es corriente que vaya acompañada de delirios, de excitación maníaca y de convulsiones epileptiformes. Este envenenamiento produce, a veces, una alteración o descenso intelectual marcado, lo que hay que tener en cuenta si se trata de establecer la capacidad civil del enfermo.

H) **Pelagra.**—Es ésta una enfermedad determinada por la intoxicación que produce cierta sustancia venenosa que contiene el maíz fermentado.

Se han encontrado casos de pelagra hereditaria, en los cuales ésta ha sido transmitida de padres a hijos, sin que estos últimos hubiesen comido el maíz en fermentación.

Los enfermos que padecen de este mal, por lo general, son muy impresionables y así el más pequeño insulto les produce una gran reacción. Cuando esta enfermedad progresa en su evolución, puede llegar a producir la locura pelagrosa, caracterizada por delirios y alucinaciones.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—Las intoxicaciones determinadas por elementos extraños al organismo dan lugar a una variada clase de faltas y delitos. Consideraremos en especial las producidas por el alcohol, tanto por ser las más frecuentes como por involucrar un mayor peligro social.

Los crímenes y delitos cometidos por los alcohólicos podrían reducirse, en forma esquemática por cierto, a seis grupos principales: (18)

1) Crímenes y delitos cometidos durante la embriaguez: atropellos, injurias, lesiones, brutalidades, homicidios, delitos sexuales, actos de escándalo público, etc. En la embriaguez aguda se cometen, delitos de sangre que se caracterizan por su violencia y salvajismo. El individuo se torna una fiera que acomete sin motivo, es una máquina sin freno ni control alguno. No debe creerse por lo anterior que toda persona que se embriaga deba necesariamente cometer delitos o crímenes, pues hay muchos que en estado de ebriedad sólo cometen pequeños escándalos o no incurrir en falta alguna.

2) Crímenes y delitos producidos por la necesidad imperiosa del alcohol, como, por ej., estafas, abusos de confianza, robos, etc.

3) Crímenes y delitos consecutivos a excitación genital: exhibicionismo, atentados contra personas de corta edad, violaciones, etc.

4) Crímenes y delitos debido a la pérdida de las nociones éticas: engaños, atropellos a las personas, asesinatos, ultrajes al pudor, etc.

5) Crímenes y delitos explicables por las alucinaciones de que el individuo padece, y que podríamos llamar delitos defensivos: fugas domésticas, diserciones, brutalidad con sus familiares, etc.

6) Crímenes y delitos producidos por las ideas delirantes del alcohólico: asesinatos, violaciones, lesiones, etc.

Respecto a las faltas y delitos que se deben a la ingestión de drogas tóxicas (cocaína, morfina, opio, etc.), reconocen casi siempre como fuente de origen la necesidad de buscar la droga, lo que puede dar motivo a estafas, prostitución, abusos de confianza, y, en ciertos casos de exasperación, a hechos de sangre.

Responsabilidad Penal.—El problema de la responsabilidad de los alcohólicos ha tenido muy diferentes soluciones según sea el país de que se trate. En algunos (por ej. Rusia) el alcohólico que delinque no es castigado, sino que es trasladado a un local especial para su curación. En Inglaterra se castiga al que se embriaga voluntariamente. En Francia la embriaguez es considerada como delito y tratada como tal. En otros países, es circunstancia de atenuación.

Si se trata de determinar con cierta ecuanimidad la responsabilidad de los alcohólicos, creemos que debe hacerse distinción entre las diversas formas de embriaguez, pues no a todas ellas corresponde la misma responsabilidad.

Nuestro Código Penal nada dice con respecto a los actos cometidos en estado de embriaguez y únicamente se remite a ellos en el art. 330,

(18) Levy-Valensi, Ob. Cit., pág. 327.

al determinar la pena que corresponde al maquinista que se embriaga durante su servicio.

Creemos que en el caso de cometer delitos por haberse embriagado involuntariamente, estará exento de responsabilidad el individuo que en tal situación se encuentra, y por lo tanto quedará incluido dentro de la eximente de responsabilidad contemplada en el art. 10 N^o 1 del Código Penal. Concurren en el ebrio involuntario los dos requisitos establecidos en este artículo: 1^o "que se halle privado totalmente de razón" y 2^o "por causa ajena a su voluntad".

En consecuencia, el ebrio involuntario queda totalmente exento de responsabilidad.

Embriaguez voluntaria.—El individuo que ha consentido en embriagarse, ha consentido también en las consecuencias que le pueda acarrear su estado; por lo tanto debiera ser plenamente responsable. Pero estimamos que esta es una razón demasiado rigurosa, porque aunque el ebrio pudo prever las consecuencias de su ebriedad, al ejecutar el delito ha obrado sin conocimiento. Muy grande será la imprudencia del hecho cometido, pero nunca tan grande como la intención criminal del que lo realiza en su sano juicio.

En esta clase de embriaguez debemos considerar al individuo que comete el delito privado totalmente de razón y al que lo ejecuta en un estado más o menos consciente. En este último caso, deberá castigarse al individuo como a un vulgar criminal. En cambio en el primer caso sólo subsistirá la culpa de la imprudencia, la que deberá ser castigada con mayor severidad cuanto mayor sea la gravedad del delito cometido, tomando en cuenta además las veces que el sujeto ha incurrido en otros delitos estando embriagado.

Según nuestro Código Penal, aunque expresamente no lo dice, la embriaguez voluntaria debe considerarse como una atenuante de responsabilidad en conformidad con el art. 11 N^o 1.

Embriaguez premeditada.—Es el estado alcohólico buscado conscientemente con el fin de tener ánimos y fuerzas para consumir un delito planeado de antemano.

En esta embriaguez se nota en el individuo un instinto perverso, que lo lleva a embriagarse con el deliberado propósito de cometer un delito. Este caso debe considerarse como circunstancia agravante de responsabilidad, ya que ha existido premeditación para llevar a efecto el delito que se ha propuesto ejecutar el hechor.

De acuerdo con nuestro Código Penal, el delito cometido durante el estado de embriaguez premeditada es considerado en el mismo plano que el cometido por un criminal ordinario. No será justo aplicar el art. 11 N^o 1, por el hecho de concurrir uno de los requisitos exigidos por el art. 10 N^o 1, o sea, "encontrarse privado totalmente de razón"; por el contrario, creemos que una vez probada la embriaguez premeditada podría aplicarse una mayor pena a la que le corresponde por el delito cometido, pues según el art. 12 N^o 5 del mismo Código, se considera como circunstancias agravantes "Los delitos contra las personas, cuando han sido ejecutados con premeditación conocida, o se ha empleado astucia, fraude, etc.

Embriaguez Habitual.—El ebrio ocasional es aquél que rara vez se deja sorprender por la bebida, en cambio, el habitual es el que ha hecho de ella una verdadera costumbre. De estos individuos que se dedican habitualmente a ingerir bebidas alcohólicas, algunos llegan a embriagarse en forma profunda; en cambio, otros conservan una cierta lucidez. El primer caso correspondería a un período de embriaguez aguda; en el segundo no se embriagan, pero sí tienen arraigado el vicio, denominándose a estos individuos, alcohólicos.

Para establecer en forma precisa la responsabilidad del ebrio habitual, creen algunos que hay que tomar en cuenta si el hábito les ha producido perturbación mental o nó. Si su cerebro ha permanecido completamente sano, entonces será responsable totalmente y no se tomará en cuenta para nada su embriaguez crónica, pero si ésta ha constituido enajenación mental, aunque fuere sólo en sus comienzos, deberá considerarse como atenuante de responsabilidad. Por lo tanto, hay que examinar previamente al sujeto para determinar el grado de daño que ha causado el alcohol en su mentalidad.

No creemos que estén en lo cierto los que así opinan. Por el contrario, estimamos que el sólo hecho de embriagarse habitualmente, de convertir en hábito un acto que sólo debiera ser voluntario, constituye una prueba irrecusable de alteración mental, que debe ser considerada en todos los casos como una circunstancia que atenúe la responsabilidad del ebrio. Cierto es que en el individuo que se dedica a la bebida en forma habitual predomina el carácter voluntario, por lo que no podría considerársele dentro de la eximente de responsabilidad del art. 10 N.º 1, pero debemos tener en cuenta que el hábito ha constituido en el alcohólico una segunda naturaleza por lo que su voluntad se encuentra amonada debido a las repetidas intoxicaciones, y si su estado de inconsciencia no es totalmente independiente de su voluntad, tampoco es libre y querido, por lo tanto la embriaguez habitual debe ser considerada como atenuante de responsabilidad.

En nuestra legislación penal no se hace distinción entre la embriaguez aguda y la habitual. Por lo tanto, los delitos cometidos por un alcohólico crónico son considerados desde el mismo punto de vista que ya hemos observado al analizar la embriaguez aguda. Si el individuo ha llegado a un estado de locura o demencia alcohólica será totalmente irresponsable, pues en esos casos ya no es dueño de conocer ni querer los actos que ejecuta.

Es de particular interés, al analizar la embriaguez alcohólica, considerar lo referente al *Delirium Tremens*. En este caso el individuo debe ser totalmente irresponsable de los delitos cometidos durante el acceso, pues se encuentra en un estado de enajenación mental equivalente al de un individuo demente. Esta aseveración está confirmada por una sentencia de la Corte de Apelaciones de Valparaíso N.º 1635 del año 1896 que dice:

“Está exento de responsabilidad el que ejecute un delito, privado completamente de su razón, bajo el ataque del *delirium tremens*, que

“ le sobreviene siempre que deja de ingerir la cantidad de alcohol que “ su organismo le reclama por hábito” (19).

Hasta ahora hemos considerado la penalidad de los delitos cometidos durante la embriaguez, sin tomar en cuenta este estado en sí mismo. Legislando sobre este punto tenemos la Ley de Septiembre de 1933 N^o 5231 que fija el texto definitivo de la Ley de Alcoholes y Bebidas alcohólicas N^o 4536 del año 1932. Dicha ley pena en su art. 93 con uno a cuatro días de trabajo, sin derecho a remuneración, a todos los individuos mayores de 20 años que se embriaguen en calles, o lugares públicos. La reincidencia agrava notablemente la pena y así vemos que en el art. 95 la misma ley dispone que el individuo que sea sorprendido en estado de embriaguez más de tres veces en el término de un trimestre será castigado a quince días de trabajo sin remuneración. Y en caso que el ebrio se haga reincidente habitual y presente los síntomas de un alcohólico crónico, será enviado para su curación al “Instituto de Reeducción Mental” donde permanecerá el tiempo que determine la dirección del respectivo establecimiento.

Capacidad Civil.—El individuo en estado de embriaguez aguda, es, indiscutiblemente incapaz en ese momento, lo cual aparece confirmado con una serie de disposiciones legales, como por ej., el art. 1005 N^o 4 del Código Civil que establece la inhabilitación, para testar, de los individuos que “actualmente no estuvieren en su sano juicio por ebriedad “ u otra causa”.

La Ley de Matrimonio Civil exige también como uno de los requisitos de validez para contraer matrimonio el consentimiento de los contrayentes el cual deberá ser libre y espontáneo (art. 32). No hay para que decir que el ebrio no posee ni voluntad clara ni libertad, y, por lo tanto, no podrá contraer matrimonio válidamente.

En lo que dice relación con la embriaguez habitual, el art. 113 en su número 4 considera como causales que justifiquen el disenso o sea, la negativa para contraer matrimonio, la “vida licenciosa, pasión inmoderada al juego, embriaguez habitual de la persona con quien el menor “ desea casarse”.

Nuestra Ley de Matrimonio Civil considera en su art. 21 N^o 9 como causal de divorcio perpetuo a la embriaguez, y así dice: “El divorcio procederá solamente por las siguientes causas: N^o 9 Vicio arraigado al juego, embriaguez o disipación”.

Respecto a la interdicción debemos decir que únicamente deberá declararse en interdicción al alcohólico crónico. Lo mismo debemos decir de los demás toxicómanos crónicos (morfinómanos, cocainómanos, etc.).

2.—**ENFERMEDADES ENDOTOXICAS.**— Las enfermedades mentales endotóxicas son aquellas producidas por una autointoxicación.

Las afecciones o estados que pueden ser causa de autointoxicación

(19) Gaceta 1896, T. 1, p. 1108, s. 1635.

son numerosísimas: la uremia, el mixedema, el bocio exoftálmico, la acromegalia, la diabetes, las afecciones cardíacas y ciertos estados como la pubertad, la menstruación, el embarazo, la lactancia, etc. Consideraremos en especial sólo estos últimos.

a) **Pubertad.**—La aparición de la pubertad va acompañada de elementos psíquicos de muy variada índole, tales como timidez acentuada, cambios de humor, amores platónicos, coquetería, etc. Pero también, en ciertos casos, vemos complicarse este estado con el nacimiento de la neurastenia puberal, la hipocondría y las neurastenias genitales; los estados psicasténicos con obsesiones; impulsiones al robo, a la fuga, etc. Además en la pubertad aparece, aunque no muy a menudo, la psicosis puberal, la cual reviste todas las modalidades de la confusión mental. Por último, la pubertad, con el desequilibrio físico y mental que produce en el individuo, es campo muy propicio para la aparición del histerismo, epilepsia, demencia precoz, parálisis general y accesos de manía y melancolía.

b) **Menstruación.**—Los ligeros trastornos psíquicos que van unidos frecuentemente a los trastornos menstruales, pueden asumir a veces las proporciones de verdaderas psicosis. Comunmente la menstruación agrava los elementos psicopáticos, factor que el médico debe tener presente en todo caso.

Las principales perturbaciones psíquicas que se pueden producir son: excitación genital, obsesiones, impulsiones al incendio, al homicidio, al suicidio y a las perversiones sexuales.

La psicosis menstrual adquiere, a menudo, el carácter de una confusión mental alucinatoria, sobreviniendo con frecuencia el delirio de celos.

c) **Embarazo.**—La psicosis de embarazo reviste dos formas según que se deba a la predisposición vesánica o a la intoxicación.

En el primer caso se manifiesta bajo la forma de una locura clásica, en particular por un acceso de manía y sobre todo de melancolía. Se trataría en este caso más bien de una locura ordinaria que aparece con motivo de la gestación, que de una psicosis de embarazo propiamente dicha.

En la segunda forma llamada psicosis de embarazo, la causa real, fundamental, es la intoxicación del organismo provocada ya sea por el estado de embarazo mismo o por alguna de sus complicaciones. Causas coadyuvantes serían la anemia, fatiga, mal funcionamiento de ciertos órganos, emociones violentas, etc.

Esta psicosis tiene una duración y terminación variable: a veces termina con el parto mismo otras veces desaparece antes.

d) **Puerperio.**—La psicosis puerperal propiamente dicha, o sea, la que se produce como resultado del parto, es considerada actualmente como una psicosis infecciosa o tóxica.

Aparece de preferencia durante la primera o segunda semana que sigue al parto.

El tipo clínico de la psicosis es la confusión mental, y según sea la intensidad de la infección del organismo, esta confusión puede variar tanto de grado como de forma. Así, en ciertos casos se producirá la confusión mental simple, en otros el delirio agudo febril, o el estupor, el delirio alucinatorio agudo, etc. Esta última forma es la más frecuente.

La psicosis puerperal es, en general, una afección más o menos benigna, pues es curable en una proporción de 75 a 80% de los casos. Los restantes terminan algunos en la muerte, otros pasan a la cronicidad, y otros, por fin, evolucionan hacia la demencia precoz.

e) **Lactancia.**—Puede dar origen a confusión mental, en la que se observa como síntomas principales, la desafección por el hijo, tendencia al suicidio, al infanticidio, etc.

f) **Menopausia.**—Caracterizase este estado por la irritabilidad, el misticismo, los celos, perversiones sexuales, impulsión al robo, al incendio, al suicidio, etc.

La psicosis menopáusica es una simple confusión mental con delirio de persecución que muy a menudo tiene la forma de delirio de celos.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—Consideraremos en especial el parto y el puerperio, por ser los dos estados que producen con más frecuencia reacciones e infracciones de gravedad.

El delito más común, en relación con los estados anteriores, es el infanticidio, el cual puede dar lugar a errores judiciales de consideración. Muchas veces, a raíz del parto, la infanticida actúa movida únicamente por el interés de ocultar el nacimiento de la criatura y así evitarse el descrédito y la deshonra. Pero en otras ocasiones, durante el puerperio, la madre mata a su hijo sin haber motivo externo alguno, sin que se explique por el hecho de ocultar su deshonra o mantener alguna posición social. Quedaría, en estos casos, como única causa afectiva, la autointoxicación producida por el parto.

Responsabilidad.—Para determinar la responsabilidad es indispensable hacer un examen detenido del psiquismo de la enferma delincuente, pues será éste el único medio que permitirá establecer si ha operado conscientemente para ocultar una falta o ha obrado en forma involuntaria, impulsada por las toxinas provenientes del parto y que han ofuscado totalmente su cerebro en un momento dado. En el primer caso habrá responsabilidad, sin lugar a dudas; en el segundo, debe considerarse a la infanticida como irresponsable, o por lo menos, con su responsabilidad atenuada.

Capacidad Civil.—Debido a la transitoriedad de estos estados, no es procedente la interdicción, conservándose por tanto la plena capacidad. Sin embargo, debe tomarse con cierta reserva los testamentos otorgados por las enfermas durante el período climatérico, pues durante él pueden exacerbarse los odios familiares y cometer injusticias irreparables. Por lo que respecta al matrimonio, recobran su plena capacidad una vez que pase el transitorio estado de anormalidad.

III.—LA NEURASTENIA

Es todavía muy discutida la patogenia de la neurastenia. Las opiniones pueden reducirse a dos teorías principales: la teoría física, según la cual las manifestaciones de la neurastenia serían secundarias con res-

pecto al agotamiento del sistema nervioso, el que resultaría de una infección, de una intoxicación o de una perturbación orgánica cualquiera. Son partidarios de esta teoría Bouchard, Fleury, Deschamps, Freud, etc. y es el punto de vista adoptado por el profesor Sr. García en su curso de Medicina Legal.

La teoría Psíquica, sostiene, por el contrario, que el agotamiento nervioso sería secundario con respecto a un proceso psíquico de orden emocional. Esta tesis ha sido defendida sobre todo por Déjerine, Clau- ds, Levy-Valensi, etc.

La neurastenia aparece de preferencia entre los 25 y los 50 años y actúan como causas principales las enfermedades prolongadas, grandes infecciones, trabajo intelectual continuo y agotador, o factores de orden afectivo intenso. Pero en otros casos hay antecedentes constitucionales y tenemos entonces la neurastenia propiamente tal. Existen familias psicopáticas cuyos miembros ya desde la infancia presentan síntomas neurasténicos: cefaleas, tics nerviosos, sueños intranquilos, etc.

En la neurastenia predominan síntomas de fatiga física y mental, acompañados de trastornos subjetivos de la sensibilidad.

En la época de la pubertad, los individuos neurasténicos comienzan a tener preocupaciones hipocondríacas, se creen enfermos de tal o cual órgano, se quejan de su situación, sienten angustias, ansias, etc. Llegados a adultos, son seres incapaces de desempeñar trabajos en que tengan cierta responsabilidad. Predomina en ellos una fatigabilidad excesiva, pierden la confianza en sí mismos; otras veces se creen de una gran importancia y como en la práctica ven que es poco lo que valen, esto les produce un gran pesar. Algunos temen no poder terminar un trabajo, otros temen comenzarlo. Además de estos trastornos aparecen alteraciones del carácter: son irritables en exceso y después que se irritan quedan sumamente cansados.

Sufren también de insomnio o de sueño muy superficial y poco reparador; cefalea, a veces intensa; sensaciones anormales (centelleos, comezones); padecen de fobias; alteraciones cardíacas (palpitación, opresión, temor a ruborizarse); alteraciones gástricas (dispepsia nerviosa), etc.

El curso de la enfermedad es muy prolongado: dura toda la vida cuando se trata de neurastenias constitucionales. Pero si se trata de reacciones neurasténicas, eliminando la causa (exceso de trabajo, infección, etc.) se acaba la enfermedad.

Como medida profiláctica, en los casos constitucionales, debiera adoptarse la eugenesia, pues la tara mental proviene del plasma germinal. A pesar de ciertas excepciones a lo anteriormente dicho, es preferible que no haya cruzamiento entre individuos de familias neurasténicas.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—La conducta de los neurasténicos se mantiene, por lo general, dentro de la normalidad, pero cuando sus impulsiones y obsesiones son demasiado intensas, pueden llegar a cometer actos inmorales, atropellos o en otros casos, terminan en el suicidio o en el crimen, siendo esto último menos frecuente.

Responsabilidad.—No todos los autores están de acuerdo al valorar la responsabilidad de los hechos cometidos por los neurasténicos. Algunos, considerando que en esta clase de individuos existe la capacidad de conocimiento y de inhibición, se inclinan a aceptar la total responsabilidad de los neurasténicos. Pero, por otra parte, debemos considerar que la voluntad del neurasténico no se encuentra íntegra en el momento de ejecutar el acto delictuoso, y su libertad de acción se encuentra notablemente influenciada por la enfermedad que padece. Por lo tanto, debe quedar dentro de lo dispuesto en el art. 11 N° 1 del Código Penal, quedando su responsabilidad atenuada en mayor o menor grado.

Capacidad Civil.—La vida casi enteramente normal que llevan estos individuos no hace que se planteen problemas relativos a su capacidad civil. Pueden casarse, testar, celebrar contratos, etc.

Sería aconsejable, sin embargo, que estos individuos no contrajeran matrimonio si su neurastenia es demasiado marcada, porque en caso contrario, harán insoportable la vida del otro cónyuge debido a sus constantes obsesiones impulsivas. En este caso, estimamos que el cónyuge sano tiene derecho a pedir el divorcio invocando como causal la contenida en el art. 21 N° 2 de la Ley de Matrimonio Civil que dice: "Las causales que autorizan el divorcio son las siguientes: N° 2 "malos tratamientos graves y repetidos de obra o de palabra".

ENFERMEDADES MENTALES FUNCIONALES

Dentro de este grupo de enfermedades debemos mencionar ante todo los estados maniaco-depresivos, la psicastenia o emotividad morbosa, la histeria o mitomanía, la locura moral y la paranoia.

I. LOS ESTADOS MANIACO-DEPRESIVOS.

Consideraremos ahora los estados maniaco-depresivos y los estados melancólicos.

Los términos "manía" y "melancolía" eran empleados por los autores antiguos en un sentido muy diferente al actual. La manía se confundía con la simple agitación, y la melancolía designaba una locura parcial que no siempre implicaba la idea de tristeza o de depresión.

Actualmente la manía típica es considerada como una psicosis generalizada que se caracteriza por una sobre excitación psíquica violenta y desordenada, con reacción adecuada de la actividad general y de todas las funciones del organismo.

La melancolía presentaría como síntomas una concentración psíquica dolorosa de origen cenestésico, con reacción adecuada de la actividad general y de todas las funciones del organismo.

Kraepelin ha fusionado las dos psicosis anteriores en una entidad clínica sintética: la psicosis maniaco-depresiva o locura de doble forma. Estudiaremos a continuación en primer lugar la manía, luego la melancolía y por último la manía y melancolía por accesos.

1.—**MANIA AGUDA.**—Como caracteres fundamentales de la manía debemos citar la fuga de ideas asociadas a la movilidad de la atención, la euforia e irritabilidad morbosa, el carácter impulsivo de las reacciones y la agitación motriz.

La enfermedad reviste tres formas principales: manía simple, manía delirante y manía confusa.

a) **Manía simple.**—En esta forma de manía la cara del enfermo aparece coloreada, brillante, animada por la cólera o la alegría. Sus vestimentas son, por lo general, extravagantes y ridículas.

De los trastornos intelectuales sobresalen la debilidad y movilidad de la atención, lo que produce una fuga de ideas fácilmente notoria. Debido a esta misma movilidad de la atención, las asociaciones voluntarias se encuentran retardadas. Por otra parte, el juicio está profundamente trastornado. En resumen, debilitamiento de la actividad psíquica normal y predominio del automatismo mental. Esto produce disminución de la capacidad de trabajo intelectual.

Los trastornos afectivos se manifiestan por la euforia y la irritabilidad morbosa. La irritabilidad se traduce en accesos de cólera y violencias producidas por causas insignificantes. Estos enfermos no soportan contradicción alguna ni oposición a sus deseos.

El sentido moral siempre aparece debilitado, siendo borroso el sentimiento de las conveniencias sociales. Muchas veces el enfermo es incapaz de apreciar el valor de sus acciones, tanto antes como después de su realización.

En los actos aparece como alteración principal la agitación maniaca cuyos elementos serían la necesidad imperiosa del movimiento, la rapidez anormal de las reacciones y el carácter impulsivo de los mismos.

Como síntomas físicos aparecen los mismos ya considerados en la euforia morbosa.

b) **Manía delirante** (alucinatoria).— Tiene como síntomas fundamentales los mismos de la manía simple. Eso sí que aquí la agitación es más viva siendo característico el delirio. Este, por lo general, es móvil y se construye principalmente a base de ideas de grandeza y, en ciertos casos, de persecución.

Muy a menudo se confunde esta forma de manía con la parálisis general, pues ésta presenta con frecuencia, sobre todo en el primer período, un grado de excitación que puede llegar a la agitación. Pero el paralítico general excitado se distingue del maniaco por su afabilidad, su mirada ausente, las vacilaciones de su lenguaje, las perturbaciones óculo-pupilares, la disminución de la fuerza muscular, y sobre todo el carácter demencial que domina a veces sus actos y pensamientos. En cambio, la excitación del maniaco no es en modo alguno demencial, es sólo una exaltación de las facultades psíquicas, y es bastante corriente que durante ella se ejecuten actos perfectamente coordinados y que revelan un sentido de crítica bien desarrollado. Por otra parte, en la manía, los signos físicos paralíticos no se manifiestan.

c) **Manía Confusa** (Manía Furiosa).— La obnubilación de la conciencia en este caso es constante. El acceso se caracteriza desde un prin-

cipio por una desorientación completa, una agitación muy viva y un delirio totalmente incoherente. Todo esto puede acompañarse por alucinaciones diversas.

En muchos de estos casos, el acceso puede terminar en la muerte como resultado del agotamiento general.

Como hay muchos maníacos que no necesitan ser internados, hay que considerar con cuidado sus actos, pues ocultándose bajo su aparente normalidad, pueden ser autores de hechos anti-sociales.

2.—**MELANCOLIA AGUDA.**—Se caracteriza esta enfermedad principalmente por la inhibición psíquica, el estado emocional desagradable asociado a la indiferencia y la abulia.

Distinguiremos tres formas esenciales de melancolía: depresión melancólica, melancolía afectiva y melancolía con estupor.

a) **Depresión Melancólica.**—El aspecto exterior de los enfermos revela tristeza y abatimiento.

En la esfera intelectual, la inhibición psíquica produce debilitamiento de la atención y lentitud en las asociaciones mentales. Los trastornos del juicio existen, pero menos marcados que en la manía.

En la esfera afectiva predomina la tristeza, la lóbreguez espiritual y el pesimismo. Hay anestesia moral, la cual puede muchas veces ser consciente.

Por último, las reacciones del individuo participan de una abulia acentuada, que es manifestación de parálisis psíquica. Para llegar a la realización de un acto más o menos sencillo necesitan de un esfuerzo, a veces prodigioso.

Los síntomas físicos corresponden a los de la tristeza morbosa, los cuales ya han sido estudiados en su oportunidad.

b) **Melancolía Afectiva.**—Se caracteriza por la constancia e intensidad del dolor moral. Puede revestir dos formas, que se combinan con frecuencia: melancolía ansiosa y melancolía delirante.

c) **Melancolía con estupor.**—En esta forma hay inercia completa, que se asocia a una absoluta indiferencia por todas las impresiones provenientes del exterior. Se acentúan los síntomas físicos de la depresión melancólica.

Esto forma aparece, por lo general, como el grado extremo, como la coronación de las otras dos formas ya mencionadas.

En esta enfermedad, que puede durar de algunos días a un año y más, el pronóstico es más grave que en la manía, pues es más frecuente que en ésta el paso a la cronicidad o la terminación por la muerte (impulsión al suicidio, consunción melancólica, complicación intercurrente como ser grippe, pulmonía, tuberculosis debido a una deficiente alimentación, etc.).

En ciertos casos puede llegar a confundirse la melancolía con ciertos estados depresivos de la demencia precoz. Pero se diferencian éstos por la ausencia de tonalidad afectiva y por el tinte demencial que presentan casi todas las reacciones del demente precoz. En los melancólicos se observa dolor moral, contracción de los rasgos, en tanto que en el de-

mente precoz tenemos apatía, inestabilidad, etc., síntomas que permiten hacer en forma más o menos clara el diagnóstico diferencial.

3.—MANIA Y MELANCOLIA POR ACCESOS (Psicosis Maníaco-Depresivas).—Esta psicosis se caracteriza por una sucesión más o menos regular ya sea de accesos de manía, de melancolía o bien de accesos de manía y melancolía.

a) **Manía cíclica.**—Comprende dos variedades: la manía remitente y la intermitente. La **remitente** se caracteriza por un retorno más o menos regular de las crisis agudas o paroxismos de la manía, separados por periodos de atenuación o remisiones. La manía **intermitente** se diferencia de la anterior en que aquí los accesos están separados por intervalos de salud completa o intermisiones.

b) **Melancolía cíclica.**—Puede presentarse también, tal como la manía cíclica, bajo forma remitente e intermitente.

c) **Locura de doble forma** (psicosis maníaco-depresiva, manía-melancolía). Se trata aquí de una forma de alienación constituída por accesos alternativos de manía y de melancolía, o sea, de excitación y de depresión, y cuya sucesión es variable según los autores. Esta manía y melancolía son las mismas ya estudiadas; no hay, pues, una sintomatología especial, sino que sólo se trata de una forma propia de evolución.

Al lado de la locura de doble forma bien manifiesta, hay que mencionar los casos atenuados, o sea, una ligera excitación seguida de leve depresión, y que constituye lo que se ha llamado **ciclotimia**.

En la locura de doble forma podemos distinguir tres variedades: 1º Locura continua o **circular**, en la cual los accesos de locura se encadenan unos con otros, sucediéndose sin interrupción.

2º La locura **intermitente**, o sea, con accesos separados por períodos más o menos largos de completa salud mental.

3º La locura **alterna**, que ha sido considerada por Ritti (20) como una combinación en un mismo individuo de una manía y de una melancolía intermitentes. Para otros sería una tercera variedad de la locura de doble forma, en la cual la intermitencia, o sea, la vuelta a la salud mental, se produciría no sólo después de cada acceso doble (manía-melancolía) sino que después de cada fase del acceso. Esquemáticamente tendríamos entonces: excitación-normalidad-depresión-normalidad-excitación.

d) **Estados Mixtos.**—Estos estados deben entenderse en el sentido de accesos fundamentales de manía con síntomas accesorios de melancolía, o bien a la inversa. No puede decirse, entonces, que en el estado mixto el individuo sea a la vez **maníaco** y **melancólico** en el sentido exacto de la palabra. Es imposible que una persona esté conjuntamente en un momento dado bajo la influencia de un psiquismo de tristeza y de un psiquismo de alegría. Puede presentar caracteres y manifestaciones contradictorias, pero en el fondo es siempre uno; podrá llorar mentalmente y reír físicamente, pero no podrá, psíquicamente, llorar y reír a la vez.

(20) E. Régis, Ob. Cit., pág. 327.

Etiología de la locura de doble forma.—La causa principal es la herencia, la cual reviste con frecuencia la forma similar. También parecen tener influencia las auto-intoxicaciones, las diátesis, y, en general, todas las causas que perturben el equilibrio de la nutrición, pues esto producirá el desequilibrio afectivo que puede dar lugar más adelante a los accesos de manía o melancolía.

Marcha, duración, terminación.—La marcha de la locura de doble forma es crónica e intermitente, o más bien dicho, periódica.

En cuanto a la **duración** del acceso, es muy variable, puede durar meses y años o, por el contrario, sólo algunos días. La duración de la intermitencia está también sujeta a variación, dentro de límites semejantes a los anteriores. La duración de la enfermedad total es también muy larga, y se puede decir casi interminable, pues en muchos casos dura hasta la muerte.

La locura puede **terminar** con la curación del enfermo, la que es muy rara y excepcional, en la demencia o bien puede transformarse en otra forma de locura, como la manía o la melancolía. Puede también tener como término la muerte, la que sobreviene por alguna enfermedad o afección intercurrente, como por ej., congestión cerebral, neumonía, crisis epileptiforme, suicidio, etc.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—En los estados maniacos, como hay un exceso de energías, las infracciones son bastante numerosas y muchas veces de carácter grave. Por lo general, los individuos maniacos son intolerantes al alcohol, de modo que con pequeñas dosis pueden llegar a la embriaguez, y en este estado se acentúan y agravan notablemente las reacciones agresivas del sujeto.

Los melancólicos no dan, por lo general, ocasión a ejecutar delitos contra las demás personas, pero es bastante frecuente en ellos el suicidio, sobre todo en la melancolía de forma ansiosa y delirante. Creyéndose el ser más abyecto de todos, el melancólico se decide a desaparecer de este mundo, y si no puede hacerlo directamente lo consigue a veces en forma indirecta realizando homicidios y buscando todas las agravantes posibles para así estar seguro que merecerá la pena capital. Con este fin puede cometer parricidios, matar a los seres más queridos, pero nunca con el fin de saciar una venganza, sino que con el objeto de redimirlos, de ahorrarles sufrimientos y de evitarles el que lleguen al estado de ignorancia y abyección en que ellos se encuentran.

Responsabilidad.—No podemos en este caso hablar de irresponsabilidad, pero como la capacidad de inhibición está disminuída y muchas veces abolida, la atenuación se impone. En los casos de manía furiosa, es indiscutible que son absolutamente irresponsables los individuos que llegan al delito, ya que ellos no tienen voluntad para delinquir ni son capaces de refrenar los actos que su mente enferma les obliga a ejecutar.

Capacidad Civil.—A nuestro juicio, debiera declararse en interdicción a los sujetos que padecen de alguna forma de locura circular. Lo mismo en ciertos casos de manía, pues muchas veces esos afanes incon-

tenibles para realizar grandes empresas pueden llevar a la ruina tanto al autor como a los que le rodean.

Los testamentos otorgados por maniacos o melancólicos no deben considerarse válidos, sobre todo si han sido confeccionados en el período álgido de la enfermedad. Esto mismo puede decirse con respecto al matrimonio.

III. LA PSICASTENIA O EMOTIVIDAD MORBOSA.

Bajo la denominación de psicastenia, Pierre Janet aisló y describió una psicosis que se caracteriza por la lucidez del enfermo con respecto a sus alteraciones, y comprende las obsesiones, las impulsiones obsesio-nantes, las manías mentales, los sentimientos de extrañeza, las fo-bias, etc. (21).

Pierre Sollier, en su obra "Le Doute" (1909) ha tratado de demostrar que la base de los estados psicasténicos son la **duda** y la **emotividad** y esto hace que se de también a la psicastenia el nombre de enfermedad de la duda, de psiconeurosis emotiva o emotiva morbosa.

Para Pierre Janet habría tres órdenes de fenómenos que serían como la traducción y la expresión psíquica de la psicastenia: a) las obsesiones o las ideas fijas, b) las agitaciones intelectuales, motrices o emocionales, y c) las insuficiencias psicológicas. (22).

a) La **obsesión** es función de la **duda**. Esta sería una vacilación involuntaria del pensamiento entre las diversas actitudes posibles e inconciliables que pueden tomarse respecto a un hecho cualquiera.

En el psicasténico, a causa de su debilidad cerebral, ninguna tendencia es lo suficientemente fuerte como para dominar a las demás y se establece, así, entre ellas un estado oscilatorio que se impone al sujeto. Mientras persista este estado, el objeto a que se refiere no desaparecerá de la conciencia: es la **obsesión**, que desaparece sólo con la decisión.

El contenido de la obsesión (sacrificio, crimen, erotismo) tiene menos importancia que las reacciones del psicasténico producidas por ellas. He aquí sus caracteres principales: 1) su intensidad no está en relación con el valor real de su objeto; 2) es irresistible y mientras más se la combate, más se acentúa y persiste; 3) está en desacuerdo, y aún contrasta, con las ideas y sentimientos habituales del individuo; es siempre consciente e involuntaria y tiene, por lo general, carácter desagradable. Por otra parte, nunca se presenta aislada, sino que asociada con otras.

b) Las **agitaciones forzadas** se producen a consecuencia de las obsesiones o sin ellas, y consisten en una sobreactividad intelectual motriz o afectiva a la cual el individuo no puede sustraerse. Se queja que se ve obligado a pensar, o a actuar en forma exagerada.

(21) Pierre Janet, 'Les obsessions et la Psychasténie', Paris, 1908.

(22) G. Dumas, 'Traité de psychologie', T. II. pág. 989, Paris, Alcan, 1924.

Cuando la agitación emocional es difusa, se traduce por la angustia, y cuando es sistemática, por fobias de todas clases. En la fobia la obsesión va acompañada de temor, producido éste por el carácter de peligro real o supuesto para el sujeto mismo o para sus semejantes. Cuando la fobia se refiere a lo moral o a lo religioso, pasa a constituir un **escrúpulo**. Las principales fobias serían las del tipo de la **duda** (el sujeto tiene escrúpulos exagerados, temor a equivocarse aún en hechos sencillísimos); del **tacto** (el contacto de ciertos objetos produce en el enfermo un terror y angustia, que reconoce a veces como absurdo, pero que no puede vencer); la **onomatomanía** o manía de los nombres o palabras; la **arithmomanía** o manía de los números (un número o cifra obsiona el espíritu del enfermo); la **agorafobia** (o temor de los espacios abiertos, sobre todo de cierta extensión); la **claustrofobia** (o temor a los lugares cerrados, v. gr., iglesias, teatros, etc.); la **ereutofobia** (o temor a enrojecer) etc.

c) Los **estigmas de insuficiencia psicológica** son de dos clases: subjetivos (sentimientos de dificultad, de incapacidad, de insuficiencia, de despersonalización, etc.) y objetivos.

En el orden intelectual, la atención se hace penosa, se torna lenta la comprensión, la creencia y la certeza no se consolidan a propósito de nada. En la actividad voluntaria, predominan la abulia, la vacilación, la indolencia; en la afectividad, hay indiferencia emocional por todo lo que sea ajeno a las preocupaciones mórbidas del enfermo. Y esto, que es consciente para el individuo, despierta en él un deseo de ser amado, tranquilizado, protegido, sostenido, estimulado, dirigido.

Etiología.—La mayoría de los autores reconoce a la herencia como la gran causa de la psicastenia. La constitución mental que ya se manifiesta en las formas crónicas de la enfermedad, aparece sobre todo en las manifestaciones agudas, cuando la psicosis se presenta bajo la forma de accesos paroxísticos en que se acumulan y exageran todos sus caracteres.

Como causas ocasionales, debemos citar los traumatismos, los excesos de todas clases, la fatiga intelectual y emocional, las enfermedades infecciosas y crónicas, y en general todo aquello que ejerza una influencia depresiva sobre el sistema nervioso.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—Los psicasténicos son enfermos que sólo por excepción dan origen a trasgresiones legales. Son individuos inadaptables que encuentran mal hecho todo lo que existe, que se sienten siempre incomprendidos por los demás y en muchas ocasiones vejados por su conducta insolente y despectiva. Sólo llegan al delito cuando la obsesión es demasiado fuerte y poderosa, y su voluntad no alcanza a inhibir las reacciones exageradas y anti-sociales.

Dan origen a delitos, sobre todo, las obsesiones de carácter celoso, las cuales a veces se extienden a todos los miembros de la familia bajo forma de odios y comunmente son sin fundamento alguno; las impulsiones obsesivas son las que hay que temer más porque, por lo general, van asociadas a debilidad mental, paranoia, etc.

Responsabilidad.—En ciertos casos, estos individuos deben ser con-

siderados irresponsables, o por lo menos atenuarseles en gran parte su responsabilidad, pues su estado afectivo y emocional llega a veces hasta tal grado, que todo esfuerzo inhibitorio es imposible. Si actúan en un momento de lucidez, fuera de los arrebatos, el individuo será, como es fácil suponerlo, completamente responsable.

Capacidad Civil.—El problema de la capacidad civil de los psicóticos casi no ofrece dificultades. Sólo es necesaria la interdicción en aquellos casos en que el delirio les hace tener una errada concepción del medio social en que viven y pueden, por lo tanto, hacer peligrar los bienes y la fortuna de ellos mismos y de los suyos.

Pueden testar y casarse, pero en ciertos calificados debiera autorizarse el divorcio perpetuo, pues convierten a menudo la vida conyugal en un verdadero martirio a causa de sus obsesiones tenaces, sus ideas erradas, sus delirios celosos, etc. Podría invocarse al respecto el art. 21 N^o 2 de la Ley de Matrimonio Civil, porque en estos casos hay "malos tratamientos graves tanto de palabras como de obras", que se repiten con gran frecuencia.

IV. LA LOCURA MORAL.

Se da el nombre de "locura moral" a un "conjunto de anomalías psíquicas de orden moral y de origen constitucional que, independientemente de todo estado de debilidad intelectual evidente, hacen al individuo inadaptable a las condiciones impuestas por las leyes naturales y sociales" (23).

La locura moral es la combinación de dos elementos: uno positivo, constituido por la desviación de las tendencias, que se traduce por **perversiones instintivas**, y el otro negativo, la **indiferencia moral**, la cual, a su vez, se refiere a una doble atrofia de los sentimientos altruistas y del sentimiento de dignidad personal.

Estos dos elementos deben actuar conjuntamente, pues el uno sin el otro no alcanzan a constituir la locura moral.

Hay diversos modos de apreciar la locura moral. Según Delmas y Boll, estos individuos son incapaces de adaptarse a las reglas de la sociedad porque una tendencia instintiva los impulsaría a hacer el mal por el mal mismo. La maldad sería una fuente de placer. Tendrían una especie de demonio del mal que los llevaría a gozarse con la maldad (24). Pero esta concepción no corresponde a la realidad clínica. No hay una tendencia instintiva de la especie que lleve al sujeto a hacer el mal. Y así por ej., en una persona que se deja llevar por una vida alegre y desordenada, el mal no está en la tendencia que la arrastra al placer, sino en la facilidad con que cede a la tentación, sin preocuparse de las conse-

(23) Rogues de Fursac, Ob. Cit., pág. 360.

(24) Datos tomados en las clases de Psiquiatría del Doctor Fontecilla.

cuencias que se derivan de sus actos. Falla en ellos el freno que funciona en los demás individuos y que impide la comisión de actos inmorales. Y este freno, llamado bondad (tendencia a estimar a sus semejantes, a amarlos, a impedirles el sufrimiento, etc.) que es la base de nuestra conducta social, estaría alterado o destruido en los locos morales, lo que los haría muy poco resistentes a las tendencias de placer en todo orden de cosas. Un individuo con tendencia al robo, por ej., cuando siente manifestarse en él esa inclinación, lejos de combatirla, se deja arrastrar por ella y facilita su ejecución, indiferente a sus consecuencias.

Las variedades de locura moral se clasifican según las diversas perversiones instintivas. Pueden distinguirse tres grandes clases de perversiones, según que se relacionen con el instinto de conservación, con el de reproducción o con el de asociación. Interesan sobre todo las últimas, que son también las más numerosas. Entre las principales están: la crueldad, la impulsividad y la malignidad que dan como resultado, daños y agresiones contra las personas y cosas; la tendencia al parasitismo, que produce el vagabundaje, las fugas y la mendicidad; la tendencia patológica a la mentira o la mitomanía, la tendencia al robo, etc.

Las perversiones instintivas son precoces en sus manifestaciones, por razón de su misma naturaleza constitucional. La educación es impotente para modificar estas tendencias anormales; fracasan igualmente la dulzura y la severidad para reprimirla y, hágase lo que se haga, el niño perverso se convierte en un loco moral en la edad adulta.

Toda la actividad psíquica del sujeto se encauza a un doble fin: satisfacer sus tendencias perversas y, escapar a las sanciones naturales, sociales y legales que aquellas acarrear.

En la locura moral es frecuente un descenso intelectual, desequilibrio o debilidad mental. Pero no son raros los casos de locos morales psíquicamente equilibrados, con nivel intelectual normal, brillantes conversadores y hombres de empresa. Y son éstos, precisamente, los más peligrosos, a los cuales hay que temerles más, pues para conseguir sus fines se sirven de método, sangre fría, inteligencia y reflexión.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—Con la locura moral llegamos a las fronteras de la criminalidad y de la psiquiatría, fronteras mal delimitadas, imprecisas, que varían según las épocas y mentalidades.

Surgen al respecto problemas de la más alta importancia y que han intentado resolver de diferentes modos los penalistas y psiquiatras.

Lombroso (25) afirma que los gérmenes de la locura moral y del crimen se encuentran normalmente en la infancia del hombre, en forma que el niño representaría a un individuo privado de sentido moral, al cual los alienistas llaman "loco moral!" y Lombroso "criminal nato". Los caracteres del criminal nato son los mismos del loco moral, de mo-

(25) César Lombroso 'L'homme criminel' T. I. pág. 92, París, Alcan, 2ª. edición, 1885.

do que ambos se confunden completamente (26). Y llega a esta conclusión después de analizar detenidamente una serie de caracteres y situaciones tanto del criminal nato como del loco moral, como ser el peso corporal y craneano, la fisonomía, la reacción vascular, la afectividad, la inteligencia, la actividad, etc.

La locura moral sería para Lombroso, tal como ya lo dijimos, un estado "de infancia prolongada" (27). En efecto — dice — si se observan los niños antes que se haya comenzado su educación, uno puede ver que no distinguen el vicio de la virtud, roban, mienten y golpean sin el menor escrúpulo. Nada de raro tiene, pues, que ciertos muchachos abandonados, huérfanos, se distinguan por su precocidad sorprendente en el crimen. Tanto la locura moral, caracterizada sobre todo por la maldad inmotivada, como la tendencia al crimen, pueden manifestarse por el sólo hecho de una mala educación que, en vez de poner un freno, facilita las malas inclinaciones congénitas.

Vemos pues, que Lombroso ha confundido en una sola entidad al loco moral con el criminal nato, siendo objeto ambos de un mismo tratamiento penal. Estas ideas han sido también defendidas por el psiquiatra Rogues de Fursac. Este afirma con Maxwell (28) que el criminal constitucional — loco moral — pertenece a la represión penal, la cual es la única capaz de ejercer sobre él una eficaz influencia. Y Rogues ratifica la opinión anterior al decir que el loco moral "sólo debe ser declarado irresponsable y reclamado por la medicina, si fuera de las taras morales que han determinado su delito, presenta trastornos mentales suficientemente acentuados para permitir por sí sólo considerarlo como un alienado" (29). De modo, entonces, que si el individuo presenta únicamente las taras de locura moral, debe caer bajo la sanción del Código Penal, tal como los demás delincuentes.

Otros juristas y psiquiatras han analizado detenidamente los delitos cometidos por los locos morales y han podido observar que en la mayoría de ellos existen elementos que agravan la falta cometida, v. gr., aumentar deliberadamente el mal del delito causando otros males innecesarios, emplear la astucia, fraude o disfraz, aprovecharse de las situaciones de incendio, naufragio u otras calamidades para cometer sus delitos, obrar con abuso de confianza, reincidir en la falta, etc. Como consecuencia de lo anterior, se ha estimado que si el individuo tiene su inteligencia normal y sólo perturbados sus instintos y su afectividad, es capaz de conocer el valor de sus actos, y, por lo tanto, será plenamente responsable.

Las concepciones recientemente espuestas no son, a nuestro juicio, aceptables. Ciertamente es que el loco moral tiene capacidad de reconocer pero es incapaz de inhibir. Se da cuenta que viola las leyes sociales, sin que tenga fuerza suficiente para refrenar esa tendencia perversa que lo lle-

(26) César Lombroso, Ob. Cit. T. II. pág. 1.

(27) César Lombroso, Ob. Cit. T. II. pág. 149.

(28) Rogues de Fursac, Ob. Cit., pág. 364.

(29) Regues de Fursac, Ob. Cit. pág. 364.

va al delito. Debe ser responsable, más su responsabilidad en lugar de estar agravada como lo pretenden algunos, debe estar por el contrario atenuada por existir un impulso ciego e irresistible que lleva al individuo a hacer el mal.

Respecto al peligro que encierran los locos morales para la sociedad, es, a los ojos de todo el mundo, evidente. Son individuos capaces de ejecutar toda clase de delitos, los cuales son preparados con inteligencia y sangre fría, sin que quede en el autor remordimiento alguno. Esto último explica su multi-reincidencia en las faltas y también la carencia total de efecto que producen en ellos los métodos persuasivos para su regeneración.

Capacidad Civil.—En cuanto a la capacidad civil de estos enfermos, debemos decir que ella permanece intacta debido a la lucidez de su inteligencia. Pero sería una gran ventaja para la sociedad si se innovara en nuestra legislación en el sentido de impedirles el matrimonio, pues su ausencia de sentido moral les hace injustos y crueles con su cónyuge e hijos, lo que es un impedimento insalvable para la existencia de esa comunidad espiritual, indispensable en todo matrimonio. Debiera quitárseles también el derecho a testar o, por lo menos restringírsele, pues pueden, en ejercicio de él, cometer graves daños a la sociedad, sobre todo cuando se trata de individuos que han llegado a ocupar altos puestos y espléndidas situaciones económicas.

V. LA HISTERIA O MITOMANIA

Es la histeria otra de las enfermedades esencialmente mentales, pues es mental esa sugestibilidad especial denominada "pitiatismo" por Babinsky (30) y que es el factor esencial de todas las manifestaciones hísticas.

El conjunto de los trastornos hísticos podría explicarse en general, por el predominio del automatismo sobre las operaciones psíquicas voluntarias y conscientes.

Distinguiremos en los trastornos dos clases: permanentes y paroxísticos.

1) **Trastornos mentales permanentes.**—Estos trastornos constituyen lo que Janet denominó "estigmas mentales" (31) y son los que confieren a la personalidad hística su sello especial. Los principales serían:

a) **Debilitamiento y movilidad de la atención,** la cual deja de ser el centro director de las asociaciones de ideas, formando, por lo tanto, un terreno propicio para el establecimiento del automatismo mental. Las ideas e imágenes surgen y se suceden muchas veces sin orden y sin lógica alguna. Otras veces, el automatismo reviste el aspecto de idea fija, la cual pasa a controlar la afectividad y las reacciones.

(30) G. Dumas, Ob. Cit., T. II. pág. 921.

(31) Pierre Janet 'L'Etat Mental des hystériques'.

b) **Trastornos de la memoria, amnesia de reproducción.**—Hay dificultad en la evocación voluntaria, pero los recuerdos pueden surgir de manera automática. Por otra parte, las alucinaciones e ilusiones de la memoria dan origen a **relatos imaginarios** a veces sorprendentes por su precisión y riqueza de elementos. Estos relatos imaginarios se explican por la gran sugestibilidad del sujeto y se deben frecuentemente a una conversación oída o a alguna lectura hecha. Este es un detalle digno de tomarse en cuenta en Medicina Legal, pues estos relatos asumen comúnmente la forma de autoacusación o heteroacusación. Se comprenderá fácilmente que estas acusaciones no tienen base real alguna, y sólo existe en la mentalidad del enfermo.

c) **Modificaciones de la afectividad y del carácter.**—La variabilidad del humor se hace notoria y se acentúa el hiperegoísmo, la susceptibilidad e hiperemotividad. Aparecen también tendencias mitomaniacas y perversiones de diversa especie.

d) **Debilitamiento de la voluntad.**—Es constante la abulia, la cual se manifiesta por la apatía y por la negligencia.

Entre las reacciones anormales del histerismo pueden observarse impulsiones de todas clases, sugestibilidad patológica, negativismo y, en los casos graves, actitudes catalépticas.

2) **Trastornos mentales episódicos.**—Pueden relacionarse con los ataques o ser ajenos a ellos.

1.—Como principales trastornos mentales asociados a los ataques, debemos citar:

a) Antes de la crisis: acentuación marcada de las anomalías del carácter.

b) Durante la crisis: alucinaciones, ideas delirantes y una agitación motriz que puede llegar, en ciertos casos, a reemplazar, en parte o totalmente, a los fenómenos histéricos.

c) Después de la crisis: fenómenos delirantes asociados a alucinaciones.

2.—De los trastornos mentales independientes de los ataques, los principales son el sonambulismo, que es muestra del automatismo psíquico en su forma más completa, y los estados crepusculares, que se nos ofrecen revistiendo tres formas principales: el estupor la agitación y la fuga.

SINDROMA DE GANSER.—Al estado crepuscular histérico se une a veces el síntoma de Ganser y constituye lo que se ha denominado "síndrome de Ganser". El síntoma mencionado es un fenómeno cuyo mecanismo psicológico parece no ser único, pero es, en muchos casos, índice cierto de la movilidad de la atención y de la fuga de ideas. Se caracteriza esencialmente por las contestaciones de lado, o sea, las respuestas del histérico dejan de corresponder, de ser adecuadas a las preguntas, pero siempre se refieren al mismo orden de ideas. Así por ej., a la pregunta "¿qué edad tiene Ud.?", el enfermo contesta. "Estamos en Diciembre de 1930". —"¿Dónde vive Ud.?" —"Mi padre vive en el Perú". Esta falta de correspondencia entre las preguntas y las contestaciones se

debería, como ya lo hemos dicho, a la anormal movilidad de la atención y de la fuga de ideas: el problema a que se refiere la pregunta evoca automáticamente en la conciencia del enfermo otro problema de la misma especie, y es a este último al cual corresponde la respuesta.

La explicación psicológica y patológica de los trastornos histéricos es muy simple, y se reduciría, según la concepción sustentada por Déjerine, Raymond, Claude y otros, a dos nociones fundamentales: **emoción** y **sugestión**. En la receptividad creada por la emoción la auto-sugestión o hetero-sugestión hace aparecer la idea fija (consciente o subconsciente) de la cual emanarían las manifestaciones clínicas. Y así, por ej., porque ha sido contrariada (emoción) y porque sabe que las personas contrariadas sufren "crisis nerviosas" (sugestión), por eso a una determinada persona histérica le sobreviene un ataque.

El pronóstico de la histeria es siempre de gravedad. Las alteraciones paroxística pueden desaparecer en el tratamiento, pero en el fondo, la constitución histérica está pronta a manifestarse de nuevo.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—Las infracciones en que incurren los histéricos son muy escasas, y, por lo general, de poca gravedad; algunos pueden pasar toda su vida sin haber cometido ningún delito. Pero cuando llegan a ejecutarlo, suele ser terrible, horripilante, debido al refinamiento de crueldad que los caracteriza.

Algo innato en el histérico es la tendencia a la mentira (mitomanía) de la cual se vale para inventar hechos novelescos y dramáticos que pueden llegar a convertirse en faltas y delitos: acusaciones falsas, denuncias infundadas, persecuciones celosas, envío de anónimos, ingestión de tóxicos o automutilaciones con el sólo fin de llamar la atención, etc.

Son frecuentes en los histéricos los odios familiares, que, por lo general, se encauzan hacia su cónyuge o sus inocente hijos, y pueden llegar, muchas veces, al parricidio o a intentos de envenenamiento. Estos delitos son casi siempre cuidadosamente meditados y ejecutados con procedimientos en que interviene poderosamente la fantasía.

En lo relacionado con el derecho penal tiene mucha importancia la simulación de que corrientemente se vale el histérico, por lo que a esta enfermedad se la ha llamado "la gran simuladora"; hay en ella simulación casi siempre inconsciente pero que contribuye a ser objeto de dudas.

Responsabilidad.—Con relación a la responsabilidad del histérico por los delitos que cometa, las opiniones están muy lejos de ser uniformes, y fluctúan entre la responsabilidad y la irresponsabilidad absoluta.

Hay autores como Doboisson y Vigoreux (32) que establecen una graduación de circunstancias para la aplicación de la pena. Así, por ej., de un delito que ha sido cometido sin intervención de la histeria el in-

(32) Gregorio Nieto, Ob. Cit., pág. 463.

dividuo será totalmente responsable. En cuanto a los delitos que cometa la persona que se encuentra bajo la influencia irresistible de la enfermedad, la primera vez que los cometa será irresponsable; la segunda vez se le aplicará la pena pero sólo como un medio de atemorización; ya en la tercera infracción hay que averiguar si el enfermo es intimidable por el castigo, siendo en este caso necesaria la reclusión. Ahora si el delito ha sido ejecutado en un estado confusional, será irresponsable la primera vez pero habrá de ponerse en guardia para evitar que en lo sucesivo cometa otros delitos, exigiéndosele al mismo enfermo que adopte medidas previsoras. En caso de delitos cometidos por histéricos con asociaciones de defectos psíquicos, por ej., en un estado delirante o de debilidad mental, será responsable.

Pero creemos que están demás estas graduaciones de la pena hechas por Doboisson y Vigoreux, por cuanto sabemos que el histérico obra según su modo de ser: en estado de acceso cometerá infracciones pero en los intervalos pasará como un individuo normal, claro que siempre bajo el modo de ser de su constitución histérica.

El histérico es un ser débil, su voluntad se encuentra disminuída, lo mismo su capacidad de inhibición, por lo que estimamos que a estos enfermos, si no se les exime totalmente de responsabilidad, a lo menos, en todo caso deberá considerárseles atenuada.

Capacidad Civil.—En la práctica casi no se suscitan dificultades relativas a la capacidad civil, porque corrientemente piensan y se comportan como individuos sanos.

Los histéricos pueden testar porque se dan cuenta de lo que hacen y sus odios son poco estables debido a su carácter cambiante.

En cuanto al matrimonio, es muy peligroso que estos sujetos lo celebren, porque su carácter en todo momento hará insoportable la vida del otro cónyuge, contribuyendo poderosamente a que desaparezca la comunidad moral del matrimonio y dando lugar, en esta forma, a un ejemplo de perniciosa influencia para sus hijos.

VI. LA PARANOIA.

Esta enfermedad mental se caracteriza por concepciones delirantes fijas y de curso progresivo. Corresponde a lo que, actualmente, se denomina delirio de interpretación.

Se trata en este caso de un delirio puro, sin alucinaciones, con integridad de las facultades intelectuales que no decaen, aunque la enfermedad dure toda la vida.

Consideraremos en esta enfermedad dos aspectos: a) la personalidad del individuo antes que se declare el delirio, o sea, lo que se denomina "constitución paranóica", y b) el delirio mismo.

a) **Constitución paranóica.**—Si se observa a un paranoico en el transcurso de su vida, se advertirá en él, a veces desde los primeros años, síntomas que revelan su enfermedad. Tiene el paranoico un modo de ser anormal, que podría resumirse en cuatro grandes caracteres: el orgullo,

la desconfianza, la susceptibilidad y la falta de lógica. Los enfermos de esta naturaleza siempre se creen superiores a lo que en realidad son; desconfían y recelan de todo y de todos; ven supuestas malas intenciones en los hechos más simples y en las personas más inocentes; se ofenden con suma facilidad y por causas, a veces, insignificantes. Por sobre todo esto, hay una falla en el razonamiento, o más bien dicho, la lógica del sujeto es errónea, lo que lo lleva a deducciones falsas, muchas veces absurdas, y de cuya falsedad nadie es capaz de convencerlos.

b) **Delirios paranoicos.**—El origen de los delirios se encuentran, por lo general, en las pasiones del individuo: amor, odio, temor, orgullo, ambición, etc.

Se clasifican estos delirios según la tendencia predominante en ellos. Así, por ej., en algunos individuos prevalecen las ideas de persecución, en otros las de grandeza, etc. Sólo estudiaremos aquí los delirios principales.

Delirio de persecución.—El sujeto en este caso es irritable y desconfiado y cuando el delirio se declara, comienza a ver todo en contra de él. Sobrevienen después ideas de persecución bien definidas. Aparece la "interpretación": el enfermo asegura que lo persiguen y encuentra motivo para sospechar, aún en los más mínimos detalles. Todo esto provoca en el sujeto una reacción defensiva: se torna reservado, observador, precavido. Las ideas de persecución, un tanto difusas y generales al principio, se reducen y se refieren ahora a una categoría especial de personas: sacerdotes, militares, etc., o a una sola persona, a quien responsabiliza de todo lo que a él le ocurre de malo. Esto le produce resentimiento, a veces muy vivo, el cual se traduce en injurias, amenazas, lesiones, y aún en crímenes.

Los delitos cometidos por los paranoicos de esta naturaleza son variados y revisten singular gravedad, sobre todo los crímenes con premeditación y sangre fría que estos enfermos preparan con todo cuidado y a veces con meses de anticipación para vengarse de su "enemigo".

Delirio de grandeza o megalómano.—Se denomina "megalómanos" a aquellos paranoicos en los cuales prevalece un delirio de grandeza, asociado, frecuentemente, a un delirio de persecución. En estos enfermos se nota una hipertrofia del orgullo y vanidad que caracteriza la constitución paranoica.

Cometen delitos de diversas clases, llevados por el convencimiento que todo lo pueden y de que todo les está permitido.

Hay varias especies de megalómanos, y entre las principales citaremos: los místicos o teomegalómanos que se creen apóstoles, dioses, profetas, iluminados; los políticos, demagogos y reformadores sociales (pertenecen a este grupo los "regicidas" o más bien dicho "magnicidas", pues asesinan presidentes, reyes y todo alto funcionario visible); los inventores (que gastan tiempo y dinero en inventos extravagantes e imposibles); los eróticos (megalómanos que se enamoran de alguna gran dama; se tornan peligrosos cuando despechados o celosos llegan incluso al crimen para vengarse de su amada o de su rival.

Delirio de Celos.—Es ésta una forma especial que reviste el delirio

de persecución. La idea de ser traicionado se incorpora a la persona del paranoico, y, como es "interpretador" por excelencia su imaginación le hace ver pruebas de infidelidad en los actos más inocentes de su víctima.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.—El tipo paranoico es un tipo razonador que se adapta a las normas sociales a pesar de su idea delirante. Las infracciones que comete son de carácter leve.

No podemos decir lo mismo del verdadero paranoico, porque éste es uno de los enajenados mentales más peligrosos que existen. Puede cometer toda clase de delitos: infanticidios, incendios, hurtos, parricidios, etc. Este individuo no es como otros enfermos que cometen delitos en un momento de ofuscación, por ej.; él los premedita bien, lo analiza, cree que es una buena obra la que va a cometer. Así el megalómano usará nombres de ilustres personajes y actuará como tales; el querellante atacará a los jueces porque no le oyen sus quejas, y en forma análoga cada delirante cometerá el delito a que le lleve su delirio. Estos individuos una vez consumado el acto se quedan tranquilamente, con la mayor naturalidad como si hubiesen ejecutado una hazaña digna de premio.

Responsabilidad.—Debido a que los paranoicos razonan y piensan, tienen voluntad y se presentan como seres normales, se les considera prácticamente como totalmente responsables. A pesar de esto, consideramos que a un paranoico debe de eximirse de responsabilidad.

Pero el problema se presentaría respecto del tipo paranoico en el cual el delirio sólo está en comienzos y no se muestra en forma bien clara. Estos seres se manifiestan como tipos amargados, pesimistas, etc. Es algo difícil establecer la penalidad que les corresponde, pero creemos que su responsabilidad debe atenuarseles, siempre que previamente se haya probado que es un paranoico por la forma de delito y por el examen del hechor.

Capacidad Civil.—La incapacitación de los paranoicos es un problema bastante delicado, pues estos individuos, por lo general, viven con relativa normalidad dentro del conglomerado social. Pero hay que tomar en cuenta los intereses que puedan llegar a comprometer, ya que un enfermo que padezca de delirio de invención por ej., es capaz de arruinar totalmente a su familia. Hay que considerar todas las circunstancias que rodean al enfermo e ir las valorando detenidamente, y en caso que la presencia de este individuo y sus actuaciones pongan en peligro a quienes le rodean deberá declarársele en interdicción.

Con relación al matrimonio, podemos decir que puede contraerlo siempre que el delirio que lo domina no sea de carácter sexual. Pero es aconsejable que estos enfermos no contraigan matrimonio, porque puede acarrear serios resultados al transmitir sus ideas delirantes a su cónyuge o a los familiares que vivan con él.

Creemos que en todos estos casos en que se comprobara la existencia de un delirio bien establecido y de curso progresivo, podría el cónyuge sano solicitar el divorcio invocando la causal contenida en el art. 21 N° 10 de la Ley de Matrimonio Civil que dice: "El divorcio procede-

“rá por las siguientes causales: N° 10 “Enfermedad grave incurable y “contagiosa”. La enfermedad mental que hemos estado analizando debería quedar incluida dentro de esta causal, porque es grave, por lo general, incurable y además contagiosa cuando el delirio se encuentra bien radicado en el cerebro del cónyuge enfermo. Varias legislaciones extranjeras consideran a las enfermedades mentales como causal de divorcio, así por ej., Alemania, España, Austria, Suecia, Méjico y Perú.

Entre nosotros debieran ser consideradas también como causal de divorcio perpetuo, pero no todas las enfermedades sino que sólo algunas y entre éstas la paranoia, porque hay muchas anomalías psíquicas que no alcanzan a reunir los requisitos de ser graves, incurables y contagiosas.

CAPITULO SEXTO

LA DEMENCIA PRECOZ (ESQUIZOFRENIA).

El conocimiento de la Demencia Precoz se remonta a los autores antiguos, y así tenemos que ya en el año 1672 Willis hace mención de ella en su obra "De la Stupidité ou Morosité" la cual contiene algunos capítulos relativos a esta enfermedad.

Más tarde se han preocupado también de su estudio, Sériéux, Esquirol, Spurzheim, Pinel (en la parte de su obra denominada "Idiotismo", 1809) y Morel, quien en su obra "Tratado de las enfermedades mentales" y en "Estudios Clínicos" (1851-1853) señala los signos característicos de dicha enfermedad, tales como la sugestibilidad, las estereotipias de las actitudes, del lenguaje, la catatonia, las muecas, los tics extravagantes, el negativismo, etc.

Esta concepción de la demencia precoz como una enfermedad mental evolucionó poco a poco y sus diversas variedades y formas fueron apareciendo sucesivamente.

En 1863 Kahlbaum en su obra "Gruppierung der psychischen Krankheiten" habla de una afección especial que sobreviene en la pubertad y a la cual da el nombre de Hebefrenia. En Alemania esta concepción es combatida por Kraff-Ebbing, Schule y otros, quienes sostienen que la Hebefrenia es sólo una forma de degeneración mental. En Francia esta forma de demencia precoz es confundida con los delirios polimorfos de los degenerados. La oposición que se hizo a la idea de Kahlbaum no fué duradera, y vemos que, posteriormente, los principales autores comienzan poco a poco a adoptarla y así tenemos, por ejemplo, que en 1891 Trowbrige considera que la locura de la pubertad constituye una psicosis especial que se desarrolla en un terreno predispuesto a la herencia (1).

En 1892 Daraskiewiez dice que la Hebefrenia es una demencia incurable que actúa en la pubertad.

Por último, Kraepelin en 1893 asimila la Hebefrenia a la Demencia Precoz considerándola como una de sus formas.

Algo parecido al desarrollo histórico de la forma Hebefrénica ha sucedido con la Catatónica y así tenemos que Kahlbaum en su obra "Die Katatonie" estudia una forma nueva de demencia precoz distinguiéndola de las otras y designándola con el nombre de "Catatonia". Según este autor, las principales manifestaciones de esta enfermedad consistirían en

(1) René Masselon 'La démence Précoce' pág. 13, París, 1904.

perturbaciones del sistema nervioso motor, que asumirían la forma de simples calambres y de perturbaciones psíquicas que comúnmente revestirían el carácter de melancolía, manía, estupor, concepciones delirantes, etc.

Se discutió mucho acerca de si debía o no aceptarse esta nueva variedad de demencia precoz, hasta que por último Kraepelin en la cuarta edición de su "Psiquiatría" finalizó el problema incluyendo la Catatonía en la Demencia Precoz. Al mismo tiempo hace un cuadro de esta enfermedad distinguiendo en ella tres formas principales: Hebefrenia, Catatonía y Paranoia (2).

Sérieux, en sucesivas publicaciones, da a conocer en Francia la idea de Kraepelin y además adopta las tendencias de Troemer, quien sostiene la existencia de una forma simple, no delirante, descrita anteriormente por Christian bajo el nombre de "Hebefrenia leve o mitigada" (3). —

Con esto queda definitivamente constituida la demencia precoz con sus cuatro formas principales: simple, hebefrénica, catatónica y paranoica.

DEFINICION.—Hay muchas definiciones de la demencia precoz; Sérieux, por ej. dice que "es una psicosis caracterizada esencialmente por un debilitamiento psíquico, de marcha progresiva, que sobreviene generalmente en la adolescencia y que termina con frecuencia en el aniquilamiento de toda manifestación de la actividad mental, sin comprometer en ningún momento la vida del enfermo" (4).

Kraepelin, por otra parte, ha dado gran importancia a las perturbaciones de la coherencia mental, de la afectividad y de la actividad voluntaria, resumiendo sus ideas en la siguiente definición: "la demencia precoz es una destrucción de la coherencia íntima de la personalidad, con lesiones predominantes de la afectividad y de la voluntad" (5).

ETIOLOGIA.—No se conocen con precisión las causas de la demencia precoz. Pero parece algo cierto que entre ellas deben figurar la edad, pues esta enfermedad aparece ordinariamente entre los 15 y 35 años, edad en que se acentúa la fragilidad especial del sistema nervioso; la herencia neuro-psicopática, ya que se la encuentra en más de la mitad de los casos; la predisposición psíquica congénita que, aunque discutida por muchos, se encuentra en una apreciable proporción de enfermos, quienes antes que se les aparezcan las primeras manifestaciones de su enfermedad, ya son individuos apáticos, reservados, con predisposición taciturna, irritables o fantásticas; las causas ocasionales, como, por la miseria fisiológica, la fatiga, el estado de cautiverio, chocs afectivos, traumatismos craneanos y, sobre todo, recargo intelectual escolar. Se explica fácilmente la acción de estas últimas causas, pues por intoxicación

(2) Kraepelin 'Psychiatrie', Leipzig, 1893, 4ª edición.

(3) René Masselon, Ob. Cit., pág. 21.

(4) E. Régis, Précis de Psychiatrie, pág. 396, Paris, 1926.

(5) Kraepelin, 'Psychiatrie', pág. 668, Leipzig, 1915.

o en otra forma producen en el sujeto un estado de menor resistencia o de causas determinantes mal conocidas y que se suponen sean auto-intoxicaciones o toxi-infecciones.

Hay, además, hipótesis según las cuales tendrían gran importancia en la génesis de la demencia precoz, las alteraciones del funcionamiento de las glándulas endocrinas (sobre todo las tiroideas, paratiroides y las sexuales), todas las infecciones agudas o crónicas (grippe, fiebre tifoidea, tuberculosis, infecciones puerperales, y todas las formas de toxi-infecciones), la edad de los padres en el momento de la procreación (hijos de padres de avanzada edad, nacerán con una debilidad neuronal y cerebral, campo propicio para la aparición de la demencia).

CARACTERES GENERALES.—Esquematisado un poco la realidad, podemos distinguir cuatro formas principales de demencia precoz: la forma simple, la hebefrénica, la catatónica y la paranoica. Pero como el período de la invasión y el de estado son sensiblemente iguales en las cuatro formas, hablaremos de ellos en términos generales para, por último, considerar los rasgos distintivos y propios de cada forma de demencia.

La **iniciación** de la demencia precoz, casi siempre insidiosa y lenta, se caracteriza:

1.º Por perturbaciones, al principio ligeras y después más marcadas, del humor y del carácter: los individuos se tornan tristes, apáticos, inestables e irritables.

2.º Por una disminución de los sentimientos afectivos y morales: el enfermo se vuelve indiferente y aún hostil con respecto a sus familiares; se hace agresivo, pendenciero y con frecuencia tiene tendencias perversivas (vagabundaje, robo, prostitución, etc.).

3.º Por fatigabilidad, inercia, pereza intelectual: el enfermo pierde toda espontaneidad, toda iniciativa, se transforma en un distraído, incapaz de atención e inapto para el trabajo. (6).

Deny, agrega al lado de estas perturbaciones psíquicas, algunas alteraciones somáticas que caracterizarían a este período, como por ej., el insomnio tenaz, estallidos febriles efímeros, crisis apoplectiformes o epileptiformes, cefalea, etc. (7).

Es al **período de estado** de la demencia precoz al que se aplica con mayor propiedad la definición de Kraepelin ya citada. De acuerdo con ella habría dos clases de alteraciones psíquicas: a) las que dicen relación con el debilitamiento de las impulsiones afectivas, cuya constante excitación es la que condiciona nuestra actividad voluntaria, y b) las que se relacionan con la pérdida de la unidad íntima de nuestra vida intelectual, afectiva y voluntaria. Para designar esta falla de coordinación intra-psíquica que lleva al individuo a perder el contacto con la realidad, Chaslin ha adoptado la denominación "locura d'scordante", y Bleuler la

(6) George Dumas, Ob. Cit., pág. 857, T. II.

(7) Deny, 'La Démence Précoce', pág. 175, Paris, 1921.

de "esquizofrenia" (8). Este autor, por otra parte, considera que en la mayoría de los individuos habría una predisposición personal a la esquizomanía, predisposición que llama juntamente con Krestchmer estado "esquizoide" (9), el cual se caracterizaría por la reserva y concentración del individuo, por la tendencia a llevar una vida apartada, interior, autística (no se preocupa de comprender los pensamientos de los demás ni hacerse comprender por ellos). En este estado pueden permanecer por toda la vida, sin llegar a la esquizofrenia franca, pero debido a influencias ocasionales (recargo intelectual, intoxicaciones, etc.) pueden llegar fácilmente al estado de plena demencia.

La demencia precoz, considerada en general, se caracterizaría por las siguientes alteraciones:

A) **Síntomas Psíquicos.**—El fundamento de la Demencia Precoz es un trastorno de debilidad psíquica especial, siendo sus principales manifestaciones de orden desarmónico. El término "desarmónico" debe comprenderse de dos maneras: 1º la sucesión y combinación de los fenómenos psíquicos escapan a las leyes que comunmente los rigen; débese a esto la incoherencia, la indiferencia y la actividad paradójica, o sea, lo que forma la **disgregación psíquica**; 2º se produce una disminución, una falta de armonía entre el sujeto y el medio, desapareciendo las reacciones de cualquier excitación venida del exterior. Por ej., el caso de un catatónico que pide a grandes voces algo para comer y cuando se lo presentan bota al suelo lo que le han traído.

1) La **atención**, aparece debilitada tanto en su forma voluntaria como en la espontánea. Hay incapacidad para fijarla y concentrarla durante un momento más o menos largo.

2) En el terreno de las **percepciones**, deben mencionarse las **perturbaciones alucinatorias**, muy frecuentes al comienzo de la enfermedad, pero que pueden persistir durante el tiempo que ella dure. Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas que, por lo general, son de carácter desagradable. Hay además alucinaciones visuales, gustativas, olfativas y de la sensibilidad general.

Aparece, a veces, en los enfermos un sentimiento de **influencia** que ejerce sobre su pensamiento para detenerlo, excitarlo, conducirlo o dominarlo. Este sentimiento se explica muchas veces por asociación con alucinaciones psíquicas, verbales, auditivas o motrices.

3) La **orientación**, permanece sin alteración apreciable, y la conciencia queda, en muchos casos, clara, sin obnubilación aparente.

4) La **memoria**, se altera de un modo especial: el enfermo tiene recuerdos exactos y numerosos, pero no los evoca ni utiliza; sería esta una **amnesia de utilización**. La memoria de conservación queda intacta, más no así la de adquisición: el individuo capta mal el presente, y este debilitamiento mnemónico va acentuándose progresivamente. Parece que esta debilidad se debiera mucho más a la **indiferencia afectiva**, a la falta

(8) Georges Dumas, Ob. Cit., pág. 859.

(9) Levy-Valensi., Ob. Cit., pág. 242.

de curiosidad por lo que le rodea, que a una efectiva alteración fisiológica u orgánica de la memoria de fijación. Y esta falla produce en la vida del individuo una zona más o menos vacía de recuerdos, zona que se extiende cada vez más, entre el presente y el día en que comenzó la enfermedad.

5) La asociación de ideas comunmente toma la forma de fuga de ideas, pero es más frecuente la de asociación automática, sin lazo lógico alguno, o sea, la incoherencia, presentándose en sus diferentes grados, empezando por la simple falta de hilación en el lenguaje hasta la franca

6) El juicio aparece profundamente alterado, y esta insuficiencia en la coordinación intelectual depende en gran parte del debilitamiento e incoordinación afectiva.

7) El movimiento del pensamiento se modifica, tarde o temprano. Los enfermos pierden su vivacidad espiritual, sienten que hay poca vida en ellos, y su pensamiento se les hace pesado en sentido material.

8) La capacidad intelectual disminuye apreciablemente: los individuos se tornan distraídos, fatigables e incapaces de perseverancia.

B) Síntomas Afectivos.—Hay en el dominio de la afectividad trastornos muy profundos y de gran valor sintomatológico. El de mayor importancia es el debilitamiento de la afectividad; existe predominio de la indiferencia afectiva en todos sus modos, desde los sentimientos más elevados hasta los más primitivos instintos.

Como resultado de esto, el individuo pierde el gusto por todo, no se interesa por nada; vive en la ociosidad indiferente a todo lo que le rodea; no manifiesta curiosidad por nada, nadie lo conmueve.

A veces la indiferencia y apatía llegan a tal extremo que los enfermos pueden experimentar un determinado hecho, bajo un aspecto positivo y negativo a la vez, o sea, frente a una situación dada manifiestan tan pronto alegría como repulsión. Es lo que Bleuler ha denominado la "ambivalencia" del demente precoz (10).

A pesar de esta indiferencia y apatía, se presentan a veces explosiones súbitas de cólera, hilaridad o angustia, y, en general, oscilaciones bruscas de la afectividad, con o sin motivo.

A menudo puede observarse una inversión total en sus sentimientos naturales, de tal modo que sus inclinaciones se convierten en aversiones notorias sobre todo en las relaciones familiares.

En otros casos las reacciones de los dementes están en franca oposición con la realidad de los hechos: ríen de la muerte de sus padres y lloran en circunstancias que son para todos felices.

C) Trastornos de la Voluntad y de la Acción.—Estas alteraciones van íntimamente unidas a las de la afectividad ya mencionadas.

Hay que citar, en primer lugar, un debilitamiento general de la impulsión voluntaria: desaparece toda espontaneidad, la inclinación al trabajo, y aunque a veces sean capaces de ejecutar una acción, siempre

(10) Sollier et Courbon, Ob. Cit., pág. 236.

aparecen como negligentes. Esta debilidad de la impulsión voluntaria guarda estrecha relación con la plasticidad que se manifiesta por la ejecución mecánica de las órdenes que el individuo reciba, y llegando aún a conservar actitudes o posiciones desagradables que se le hace adoptar.

Este decaimiento de la voluntad crea un campo propicio en el cual aparecen los actos impulsivos que tanta importancia tiene en la demencia precoz, v. gr., el individuo rompe repentinamente una botella, un mueble, arroja la ropa por la ventana, y puede obedecer a impulsiones aún más peligrosas, principalmente de carácter sexual.

Al decaimiento de la impulsión voluntaria va unida una disminución, a veces marcadísima, de la necesidad de comunicación con las demás personas: son enfermos taciturnos, silenciosos, que nada cuentan de modo espontáneo ni aún a sus familiares.

Otras veces en los períodos de excitación, el silencio puede ser reemplazado por un irresistible deseo de hablar, cantar, etc.; pero todo esto está muy lejos de guardar relación con la realidad. Las variaciones en el tono, en el ritmo, o en el acento afectivo (triste, alegre, etc.) que siempre acompañan a la expresión verbal en los individuos sanos, en estos enfermos no aparecen en modo alguno, o si se presentan es a destiempo, haciendo caso omiso de las circunstancias.

Aparecen también en el lenguaje formas redundantes y vacías, frases hechas, neologismos, etc.

Y, por último, en la mímica se observan alteraciones características: ella es paradójal, contradictoria o discordante y sin que guarde relación con la situación de que se trata, ni aún en ciertos casos, en el estado emocional (si es que lo hay) del enfermo.

D) Trastornos somáticos.—Se encuentran en gran escala en todas las formas de Demencia Precoz, predominando talvez en la forma catatónica. Ninguno de ellos puede considerarse como constante y específico. **Motilidad.**—Abundan las hemiplejias y monoplejias fugaces, por lo general incompletas. Son corrientes los temblores de los músculos, principalmente cerca de los párpados. Las contracturas que se observan, sobre todo en la catatonía, son de origen psíquico (negativismo) y de ben tenerse por síntomas psíquicos.

Sensibilidad.—Al principio de la enfermedad es frecuente la cefalalgia. Después tenemos anestias, hipoestias e hiperestias de constitución caprichosa y que a veces se presentan en forma unilateral.

Ictus, apoplectiformes, epileptiformes, pero más común que estos son los **histeriformes** que se manifiestan con más frecuencia en el sexo femenino.

Reflejos tendinosos.—Por lo general son exagerados, otras veces se encuentran abolidos por ejemplo, o, al contrario, disminuidos.

Pupilas.—Existe desigualdad pupilar, v. gr., estados estuporosos.

Sueño.—Insuficiente en la mayoría de los casos, interrumpido por bruscos sobresaltos y horribles pesadillas.

En algunas formas de catatonía agitada y de hebefrenia, es frecuente el insomnio por largos meses y hasta por años.

Aparato Circulatorio.—Con frecuencia el pulso es lento y la presión arterial baja. Además, que pueden ser de naturaleza mecánica, resultado de las actitudes que han observado los enfermos. Crisis vaso-motrices muy frecuentes, las cuales se manifiestan por un enrojecimiento de la cara, un lagrimeo en los ojos y temblor en los párpados.

Temperatura.—Comunmente disminuída.

Funciones Digestivas.—Anorexia y estreñimiento, principalmente en los periodos agudos de la enfermedad. Otras veces, vómitos y rumiación.

Secreciones.—Por lo general la secreción salivar se encuentra en gran abundancia (sialorrea). Modificaciones variadas de la secreción urinaria; urea disminuída, etc.

Nutrición General.—Tiene modificaciones muy numerosas, pero poco conocidas. De antemano se sabe que el apareamiento del estado crónico se demuestra por una mejoría del estado general (retorno del apetito, aumento de peso, etc.).

VARIEDADES DE LA DEMENCIA PRECOZ.

Hemos ya adelantado que en la demencia precoz pueden distinguirse cuatro formas diferentes, según la manera como se presenten los síntomas agudos: la simple, la hebefrénica, catatónica y la paranoídea. Como ya hemos hechos el cuadro general, para individualizar cada una de las variedades bastará indicar los caracteres predominantes en ella, o aquellos que se apartan sensiblemente de la descripción general dada.

a) En la forma simple los síntomas principales están constituidos por un déficit y disgregación psíquica ya mencionados, sin perturbaciones alucinatorias y sin manifestaciones delirantes. Se produce un empobrecimiento y una devastación de la vida psíquica total. El individuo que hasta entonces era afectuoso, trabajador, inteligente, se vuelve perezoso, indiferente, distraído. Espontáneamente nada inicia y si alguna vez lo hace, no tiene fuerzas suficientes para perseverar. La atención disminuye, el juicio se debilita, la memoria se altera en forma característica, y la afectividad normal decae o desaparece por completo.

En los casos leves de Demencia Precoz simple, la enfermedad pasa frecuentemente ignorada. Los síntomas mencionados son interpretados comunmente en la práctica (especialmente por la gente de escasa cultura) como simple "pereza" o "falta de voluntad". Esto explica, entonces, que los casos de demencia precoz bajo su forma simple sean mucho más numerosos de lo que por lo general se cree, ya que, además, muchos enfermos de esta naturaleza son capaces de adaptarse pasivamente a la vida social, sin llegar, por lo tanto, a la internación.

b) La forma hebefrénica (11), considerada como la forma propia de la adolescencia, se manifiesta por accesos de excitación y depresión sepa-

(11) Muy a menudo esta forma es estudiada conjuntamente con la catatónica, debido a que en la mayoría de los enfermos las dos se suceden, se yuxtaponen y entremezclan íntimamente.

rados por breves períodos de calma, y que se caracterizan por perturbaciones incoherentes, delirantes y alucinatorias.

Las alucinaciones provienen de todos los sentidos en particular, y además de la sensibilidad general: los enfermos se sienten electrizados, o bien, devorados por piojos gigantes, por grandes pulpos, etc.

Las perturbaciones delirantes son polimorfas, móviles, incoherentes, sin tendencia a la sistematización. Las ideas que forman la base del delirio son, por lo general, extremadamente confusas y de muy variada naturaleza, v. gr., melancólicas, de persecución, de grandeza, místicas, hipocondríacas, etc.

Dentro de esta forma hebefrénica, las anomalías especiales y las características reacciones, pueden dar origen a varios tipos:

Tipo pueril.—Se nota en este tipo una fisonomía boba y en ciertos casos se observan manifestaciones de puerilismo mental.

Tipo Negador.—Los enfermos de esta clase son gruñones, de carácter difícil, aceptan con malos modos los cuidados que se les prodigan, etc.

Tipo Agitado.—En este caso la excitación puede llegar a ser violenta y destructiva, pudiendo los enfermos realizar tentativas de suicidio, automutilaciones, o bien en casos menos graves, destruir muebles, ropas y cuanto caiga bajo sus manos. Este estado de agitación puede ser de corta duración, pero en otros casos persiste durante varios días y aún meses.

Tipo apático.—Se caracteriza por la indiferencia, inmovilidad, sugestibilidad; las ideas delirantes son poco numerosas.

c) **La forma catatónica**, debe su nombre al catatonismo (del griego *Katátónos*=en contracción), consistente en una contracción tónica de determinados grupos musculares, apareciendo como resultado de esta contracción, actitudes fijas, estereotipadas.

La forma catatónica de la demencia precoz (interpretada de acuerdo con la concepción de Kraepelin) (12), se manifestaría por períodos depresivos o estuporosos con intercalación de períodos agitados que revisten casi siempre la forma paroxística.

1. **Depresión y estupor catatónicos.**—Como caracteres predominantes del estado depresivos estuporoso de la forma catatónica podemos mencionar el negativismo, la sugestibilidad y las estereotipias.

En el estado de depresión o estupor catatónicos, los enfermos se nos presentan silenciosos, inmóviles, hay atonía en su mirada, inercia en su rostro, contracción en sus músculos y, además, tendencia a oponerse a todas las excitaciones que se produzcan en el enfermo, ya sea que provengan del exterior o del propio organismo. Esta tendencia, que no se explica ni por ideas delirantes ni por el estado afectivo del individuo, recibe el nombre de **negativismo**. Si a un enfermo negativista se le pide abra la boca, se niega a hacerlo, y si se trata de abrísela a la fuerza, contrae sus músculos, sus mandíbulas. Si se le ordena acostarse, rehusa ejecutarlo, o si está acostado, se niega a levantarse. Como ya dijimos, la

(12) Adoptada por G. Dumas en su obra "Tratado de psicología", obra ya citada.

oposición no sólo se limita a las sollicitaciones externas, sino que también a las internas. El enfermo se niega a comer, a beber, a tragar su saliva, etc.

El negativismo puede presentarse bajo otra forma: el individuo ejecuta actos contrarios a los normales, v. gr., se manda a los enfermos extender la mano y ellos la cierran convulsivamente, si se les ordena cerrar los ojos, los abren desmesuradamente (locura de oposición).

2. La **sugestibilidad**,— que puede alternar o coexistir, en ciertos grupos musculares, con la tendencia negativista — consiste en ceder dócilmente a las sollicitaciones provenientes del exterior. Puede ir desde la simple docilidad hasta la flexibilidad cérea: los individuos obedecen lo que se les ordena (docilidad), mantienen las actitudes o posiciones que se les imponga a sus miembros (catalepsia), sus músculos no ofrecen ninguna resistencia (flexibilidad cérea).

3. La **estereotipía**, se caracteriza por una tendencia anormal a conservar las mismas actitudes y expresiones de la fisonomía, o bien a repetir las mismas palabras y los mismos movimientos durante días, semanas y meses. Habría, pues tres formas principales de estereotipías:

- a) de las actitudes y de la fisonomía.
- b) de los movimientos.
- c) del lenguaje (oral y escrito).

Y así, tal enfermo hinchará sus carrillos o cerrará sus ojos, otros se mantendrán en posiciones incómodas y absurdas durante largo tiempo; habrá algunos que repitan indefinidamente la misma palabra, la misma frase o la misma canción (verbigeración), o escribirán páginas y páginas con la misma palabra o la misma frase.

4. La **excitación catatónica**, es, por lo general, más intensa que la excitación hebefrénica, y se manifiesta por una agitación intensa con actos desordenados, violentos, inmotivados, es decir, sin relación lógica con las excitaciones del medio. Un catatónico en estado de perfecta calma, repentinamente coge un florero y lo lanza a la cabeza de su vecino; otras veces, golpean, destrozan, vociferan, se enfurecen, tienen súbitos accesos de lágrimas, de risas, etc.

Mientras la actividad psicomotriz se manifiesta por gestos desprovistos de significado como ser estereotipias, negativismo, etc., la esfera propiamente intelectual, a pesar de sus fallas graves y profundas (fenómenos de discordancia y de incoordinación psíquica, lentitud irregular de los procesos psíquicos, trastornos de las asociaciones, etc.) no es tan vacía en el estado de estupor como pudiera creerse, y el pensamiento puede presentar, a veces, la continuidad y estabilidad suficiente como para ser capaz de mantener un delirio a base de ideas de persecución,

grandeza, hipocondríaca, más o menos fugaces, sin tendencia a la sistematización y muy semejantes a las de la forma hebefrénica (13).

Por lo general, en la catatonía la lucidez y la orientación están mucho menos trastornadas que lo que parece. A veces el enfermo es extraño a lo que le rodea, sólo en apariencia: si no responde a las excitaciones exteriores, ello se debe al negativismo y como resultado de una alteración voluntaria, y no de un trastorno de la conciencia, como pudiera creerse.

El espíritu bien puede no reaccionar, pero capta los hechos, y prueba de esto es que, una vez pasado el acceso, el catatónico recuerda hechos que aparentemente le habían pasado por desapercibidos.

En los períodos de excitación, a pesar de la incoherencia psico-motriz, se vislumbran, a veces por cortos instantes, rudimentos de delirio, el cual es influenciado por alucinaciones visuales o auditivas.

El delirio y los trastornos psico-sensoriales no son síntomas que necesariamente aparezcan en la catatonía, pero lo cierto es que ellos, a veces, influyen en las reacciones e impulsiones, en las manifestaciones del negativismo, constituyendo la forma intermedia ya mencionada (la hebefreno-catatónica).

d) La demencia precoz de forma paranoidea (14) se caracteriza por concepciones delirantes generalmente de base alucinatoria y que presentan una mayor fijeza y estabilidad que en las formas precedentes.

Según Kraepelin (15) la forma paranoide sería la más tardía, siendo la hebefrénica la más precoz, y quedando como forma intermedia la catatónica. De aquí podría desprenderse, a título de hipótesis, que la diferenciación de formas en la demencia precoz correspondería a la diferente reacción del cerebro según la edad en que es atacado por el mismo proceso auto-tóxico o infeccioso.

Los signos que indican el comienzo de la forma paranoidea son análogos a los de las demás formas: cefalea, irritabilidad, insomnio, pereza, aburrimiento por el trabajo, sospechas y temores infundados, etc. Después sobrevienen las alucinaciones, sobre todo visuales y auditivas; las ideas delirantes, v. gr. hipocondríacas, de persecución, de grandeza, eróticas, místicas, etc. Estos delirios que se deben al debilitamiento de la afectividad, de la voluntad, de la personalidad, son casi siempre inverosímiles, absurdos, monótonos y contradictorios.

En esta forma de demencia precoz podrían distinguirse varios tipos: tipo pueril, tipo apático, tipo violento, etc. etc.

(13) Es muy frecuente que a los síntomas propios de la forma catatónica se asocien los de la forma hebefrénica, y la unión de estos síntomas es a veces tan íntima, que algunos autores niegan la existencia de variedades distintas y sólo admiten la forma hebefreno-catatónica.

(14) Algunos autores, debido a la constitución de la parafrenia han eliminado esta forma en las subdivisiones de la demencia precoz (entre estos Kraepelin y Deny) la mantienen como forma de demencia y sostienen que corresponde a un gran número de casos que por su rudimentaria y cambiante sistematización, como también por su decidida evolución hacia la demencia, se distingue netamente de las parafrenias.

(15) G. Dumas, Ob. Cit. T. II. pág. 872.

EVOLUCION DE LA DEMENCIA PRECOZ.

En general, esta enfermedad no pone en peligro la vida del enfermo, y su evolución varía un tanto según sea la forma de que se trate.

En ciertos individuos, la demencia determina después de muchos años una transformación de la personalidad más o menos marcada. En otros casos, sin período prodrómico previo, aparece bruscamente y en unas cuantas semanas o pocos meses, el enfermo se encuentra en un estado patológico grave e incurable. Pero, por lo general, para que se manifiesten signos inequívocos de debilitamiento, son necesarios por lo menos dos a tres años de enfermedad.

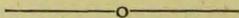
La demencia precoz, según la mayoría de los autores, es incurable. Se presentan a veces remisiones que pueden permitir la vida fuera del asilo, pero no permiten la independencia. El enfermo ha perdido su poder de iniciativa, puede depender de otros y obedecer cierta puntualidad, pero es incapaz de bastarse a sí mismo. Puede servir para desempeñar trabajos sencillos, pero si no se le vigila, no puede terminar nada ni mucho menos emprender algo.

Respecto a la frecuencia de estas remisiones, se ha observado que son más frecuentes en las formas hebefrénica y catatónica, en tanto que en las formas simple y paranoídea son bastante escasas.

Las recidivas (recaídas) se efectúan en igual forma que el primer acceso.

En el período de demencia terminal, al cual se llega gradual e insensiblemente, los síntomas de decadencia y debilitamiento, ya mencionados, se acentúan considerablemente y se arraigan con firmeza, afectando esto tanto el campo de la afectividad como el de la voluntad e inteligencia.

De una manera general, podrían distinguirse en el estado de demencia terminal, dos formas: una en que predomina la apatía, v. gr., el enfermo permanece inerte, indiferente a todo, y su vida se reduce casi exclusivamente al vegetativismo; la otra en que predomina la agitación, los largos períodos de excitación e incoherencia son separados por breves intervalos de apatía y calma.



Resumiendo la concepción de Kraepelin, que es la expuesta en este trabajo, y la de sus continuadores, como Bleuler, Bunke, etc., sobre la demencia precoz y sus variedades, podemos precisar los siguientes puntos: se trataría de una enfermedad cerebral, cuyas alteraciones orgánicas no serían bien conocidas; se debería, en general, a auto-intoxicaciones o a toxi-infecciones, caracterizándose funcionalmente, sobre todo, por un debilitamiento progresivo que afectaría primero a las funciones afectivas y voluntrias, y después a las intelectuales y por último a la disgregación psíquica. Su evolución, siempre de curso lento e interrumpida por remisiones más o menos largas, se desarrolla ya sea simplemente o adop-

tando las formas hebefrénica, catatónica o paranoídea, formas que quedan caracterizadas por ciertos rasgos fundamentales.

CONSIDERACIONES JURIDICAS.

Las transgresiones legales de los dementes precoces son relativamente raras, lo cual se debe, no a que estos enfermos sean incapaces de cometerlas, sino al hecho de que, por lo general, se encuentran reclusos durante el período de franca enfermedad. Pero si las circunstancias son favorables, estos enfermos pueden llegar a consumir los más variados delitos, sobre todo en los comienzos de la anomalía. Al respecto Bleuler dice: "Que la esquizofrenia no tiene predilección por una clase determinada de delitos; hasta aquellos que suponen premeditación y refrenamiento pueden ocurrir en ella" (16).

Es frecuente la fuga, tanto de la casa de los enfermos, como de regimientos o barcos en que aquellos se encuentran. Claro está que en estos últimos casos, la fuga es más grave y se convierte en desertión. En los cuarteles son también numerosas las situaciones de resistencia a la autoridad, desacato, indisciplina, todo lo cual no es querido por el infractor, debiéndose sólo a esa ruptura de armonía entre el individuo y el exterior, tan característico del demente precoz.

Las faltas anteriormente citadas se deberían, pues, a ese pensamiento autista, de completa concentración en sí mismo, lo que hace que el sujeto no se preocupe mayormente de lo que digan o piensen las personas que le rodean. Así, por ej., en las fugas, el demente se va de su lugar sin rumbo determinado, conviviendo entre maleantes y gente de mal vivir, sin pensar durante ese tiempo en lo que dirán de su conducta sus familiares. Si vuelve a su domicilio, no llega arrepentido y todos los reproches que se le hagan, serán inútiles y perdidos.

Se presenta en estos enfermos, con cierta frecuencia el suicidio, el cual es particularmente común en las demencias que aparecen en la adolescencia, él que se explicaría por las ideas de persecución o hipocondríacas que, llegadas a un límite determinado, impelen al individuo a obrar en el sentido indicado por esas ideas. Al respecto podríamos citar la opinión de Ruiz Maya (17) quién dice que la mayoría de los suicidios de la pubertad se deberían a la esquizofrenia.

El demente precoz puede hacerse autor, además, de hurtos, violaciones, atentados al pudor, prostitución, incendios, etc. etc., y en todos estos delitos se encuentra siempre un sello característico en la causa, la cual tiene más de algún aspecto absurdo, fantástico, desconcertante, faltando muchas veces el motivo mismo. Hay, pues, delitos sin causa; el enfermo soporta con asombrosa indiferencia los acontecimientos que emo-

(16) Bleuler, 'Psiquiatría'.

(17) Citado por Gregorio Nieto, Ob. Cit., pág. 468.

cionarían a cualquiera; en cambio, reacciona con singular intensidad, y a veces con brutalidad, a hechos sin importancia.

Estos enfermos suelen ser individuos reincidentes y a menudo ejecutan un mismo delito en idéntica forma, siendo para ellos, por lo general, absolutamente ineficaz la reclusión penal.

En los casos de curso crónico y estúpido, la iniciativa del enfermo está notablemente disminuía, resultando de esto una menor delincuencia. Más no ocurre lo mismo en los esquizofrénicos que padecen de accesos demenciales, como, por ej., los delirantes, los cuales pueden llegar a ser sumamente peligrosos para quienes les rodean, debido a sus impulsiones súbitas y violentísimas. Weygandt (18) cita al respecto el siguiente caso: "Un obrero de 27 años de edad, penetra de noche en una casa desconocida, en el momento en que una mujer está sentada a la mesa con su hija, apuntando a aquella con un revólver. La anciana le pregunta si está loco, respondiendo "si quiero estarlo", disparándole e hiriéndola tan gravemente que aquella misma noche muere; la hija encuentra su salvación en la fuga. El criminal le dispara un tiro pero le falla el arma. Inmediatamente corre a la vivienda de otra mujer, la arroja de su casa y mientras huye por la escalera, le dispara sin alcanzarla. Al advertir otra mujer en la puerta de su domicilio dispara también contra ella. Descendiendo lentamente por la escala, sale a la calle, sube nuevamente a otra casa y con toda tranquilidad dispara contra un individuo que lo observa asomado desde su ventana, afortunadamente sin herirlo. Vuelve al cuarto de una de las mujeres que había encerrado y golpea fuertemente la puerta mientras ella pide socorro. A los gritos de la infortunada dice el criminal: "A mí me es todo igual, hoy acaba todo, hoy caerán todas desde la A a la Z, yo soy el rey de Polonia".

A este criminal se le sobreesayó en la causa que se le había entablado en su contra y fué recluído en un hospital psiquiátrico.

Responsabilidad.—La demencia precoz puede presentarse bajo tan diversos modos y en grados tan distintos que ante un delincuente esquizofrénico, no será posible decir "a priori" si es totalmente irresponsable o nó. Es indispensable estudiar con detención cada caso, ver los síntomas predominantes de la enfermedad, los caracteres más importantes del delito, y sólo después de este prolijo examen se podrá decir, con cierta base de seguridad, si el delincuente es responsable y en que grado.

a) En los comienzos del proceso demencial, la capacidad de conocimiento y de inhibición están levemente alteradas, por lo tanto, los hechos deben responder aunque en forma atenuada de los delitos cometidos en este período. Pero estimamos que estos delincuentes, una vez que se pruebe con certeza que padecen de demencia precoz, no deben en ningún caso ser enviados a la cárcel, pues este rígido estado de reclusión no hará sino agravar la enfermedad y hacer más rápida su evolución hacia la franca demencia.

(18) Weygandt, 'Psiquiatría Forense', pág. 351, Barcelona, 1928.

Si no hubiera seguridad, si sólo se presumiera que el infractor es esquizofrénico, nada se perdería con recluirlo en un manicomio, a título provisorio, para su detenida observación. Si resulta un enfermo se le absolvería definitivamente y seguiría en el manicomio para su tratamiento. Si se trata, por el contrario, de un pseudo enfermo, ingresaría a la cárcel a cumplir la pena que le corresponde por su delito.

b) El esquizofrénico en grado avanzado ya no es capaz ni de conocer ni de inhibir, y será por lo tanto, completamente irresponsable. Pero es conveniente que continúe en el asilo, bajo una atenta observación por lo menos durante un año, para cerciorarse de que no se trata de un vulgar simulador que de esa manera trata de eludir la acción de la justicia. **Capacidad Civil.**—La capacidad o incapacidad no ofrece dificultad de ninguna especie cuando la enfermedad mental es bien definida. Pero cuando la pérdida progresiva de las facultades es muy lenta (y es el caso de muchas formas de esquizofrenia) las dificultades surgen con frecuencia.

En los grados menores de esquizofrenia, o sea, cuando el individuo vive más o menos normalmente, en sociedad, no es necesaria la incapacitación. Pero si se advierten síntomas que hagan prever la progresión de la enfermedad, es mucho más conveniente la interdicción, ya que por lo general, en el período inicial de la anomalía el esquizofrénico emprende acciones descabelladas y negocios que pueden poner fácilmente en peligro la propiedad y fortuna del enfermo y de sus familiares.

En los casos de demencia manifiesta, los dementes precoces se incapacitan por sí solos con la simple internación. Son sujetos que pierden la totalidad de sus derechos civiles y no podrán, por lo tanto, contraer matrimonio debido a que a menudo dan lugar a celos, torturas morales, impotencia psíquica, etc., pero, a pesar de esto y si sólo se trata de grados menores de esquizopsiquias no deberá impedirseles que contraigan matrimonio porque tienen capacidad de conocer, aunque debido a su carácter extravagante den lugar a agresiones impulsivas. Si se trata de casos avanzados de enfermedad deberá acudir al divorcio.

Los dementes precoces podrán testar pero deberá tenerse en cuenta en cada caso particular, su capacidad de querer y de inhibir.



CAPITULO SEPTIMO

INTERDICCION DE LOS ENAJENADOS MENTALES

En capítulos anteriores hemos mencionado con bastante frecuencia la palabra interdicción, sin que hayamos explicado lo que es en sí, a quien corresponde solicitarla, ni que modalidades especiales reviste el juicio respectivo. Será todo esto materia que trataremos en el presente capítulo.

GENERALIDADES.—Al comprobarse que un individuo, como resultado de un trastorno mental, ha dejado de ser apto para el manejo de sus intereses, o para la ejecución de otros actos de la vida civil, se le pone en **interdicción**. Esta es una institución legal mediante la cual la autoridad competente reconoce en forma oficial la enajenación mental, la disipación, prodigalidad o sordo-mudez de una persona, y cuyos efectos primordiales consisten en privar a la persona afectada de la disposición y administración de sus bienes.

La interdicción propiamente tal, como institución legal es relativamente moderna, porque antiguamente sólo se sometía al individuo a un examen médico para cerciorarse de su estado de salud sin forma de juicio alguno. En caso que el sujeto resultara afectado mentalmente entonces se le nombraba un curador.

Nuestra legislación se refiere a los dementes empleando dos designaciones distintas: hay ciertos artículos de nuestro Código Civil (1447, 2509, 723, 497 y 510) que hablan del demente en general, haciendo caso omiso de la presencia o ausencia de interdicción; en cambio, otras disposiciones (artículos, 1012, 1005, etc. del mismo Código Civil y el art. 14 de la Ley de Matrimonio Civil), se refieren al demente declarado en interdicción.

Cuando la ley habla sólo de "demente", ¿debemos incluir en ellos a los declarados en interdicción y a los no declarados? Este es un problema ya resuelto en el sentido afirmativo, o sea, la expresión "dementes" incluye a los declarados y a los no declarados en interdicción, y cuando se trata sólo de los primeros en particular, la ley lo precisa claramente "dementes declarados en interdicción".

Por otra parte, lógicamente considerado este asunto, llegamos a idéntica conclusión: como la interdicción sólo se aplica a los individuos que tienen bienes (nadie se interesará por declarar en interdicción a quien nada posea), resulta mucho más beneficioso el no ser poseedor de bienes, pues así no se les declarará en interdicción y podrá contraer matrimonio, lo que sería imposible al que tuviera bienes y hubiese sido, en consecuencia, declarado en interdicción. Esto es absurdo y la ley no puede ir contra la razón y la lógica.

Ahora bien, nuestro C. Civil en su art. 456, establece que "deberá privarse de la administración de sus bienes, aunque tenga intervalos lúcidos, al adulto que se halle en estado habitual de demencia".

El primer requisito está muy de acuerdo con la razón, porque si no fuera adulto, el individuo quedaría bajo el imperio del art. 1447, que establece la absoluta incapacidad de los impúberes.

El segundo requisito, o sea, aquel que requiere la existencia de un estado demencial (y ya hemos visto que el legislador designa con el vocablo "dementes" a todos los enajenados mentales) produce ciertas dificultades en la práctica, pues hay afecciones mentales que no constituyen una verdadera enajenación psíquica, como por ej., algunas intoxicaciones y neurosis que sólo son antecedentes de aquéllas.

El tercer requisito establece que el estado de demencia sea habitual, lo que quiere decir que sea permanente y continuo, quedando, en consecuencia, excluidas todas las enfermedades de carácter transitorio.

¿A QUIENES CORRESPONDE ENTABLAR EL JUICIO DE INTERDICCION?.—La ley hace una distinción bien clara entre ciertas personas que **deben** provocar el juicio de interdicción, y otras que **pueden** solicitarla.

Estas personas, a quienes la ley impone la obligación y aquellas a las cuales sólo faculta, son las únicas que pueden pedir la interdicción, de manera que en ningún caso podrá procederse por la sola iniciativa del Tribunal.

QUIENES DEBEN PROVOCAR EL JUICIO DE INTERDICCION.

En primer lugar **deberá** provocar el juicio de interdicción el padre del enajenado cuando éste hubiere llegado a la mayor edad y al curador del menor a quien le sobreviniere la demencia durante el tiempo que esté en vigencia la curaduría, según se desprende de los artículos, 457 y 459 inciso 2º del C. Civil.

Según hemos visto, pues, el padre del menor enajenado estará al cuidado de la persona y bienes de éste, pero una vez llegado a la mayor edad, la ley le impone al padre la obligación de provocarle el juicio de interdicción.

El art. 457 concuerda con el 348 que prohíbe dar tutor o curador al individuo que se halle bajo patria potestad, período en el cual el padre deberá velar por el cuidado personal de sus hijos y tendrá la administración de sus bienes. Otra concordancia que tiene el art. 457 es con el 338, el cual define las tutelas y curatelas diciendo que "son cargos im-
puestos a ciertas personas a favor de aquellos que no se hallan bajo patria potestad de padre, madre, marido o mujer".

El art. 458, dice en términos generales que el curador del menor a quien sobreviniere la demencia no podrá ejercer la curaduría sino desde el momento en que éste sea declarado en interdicción, y sólo por el tiempo que duren las diligencias para provocarla.

La ley expresamente no ha dicho que el tutor está en la obligación de provocar el juicio de interdicción del enajenado que se encuentra bajo su tutela para asumir el cargo de curador, pero se deduce que es una obligación porque, según se desprende del art. 338, las tutelas son cargos impuestos, únicamente, en favor de los impúberes, y en consecuencia desde el momento que el enajenado llega a la pubertad existe la obligación de nombrársele curador. Entonces la situación se puede plantear en la siguiente forma: un impúber enajenado que está bajo tutela llega a la pubertad; la tutela, a partir de ese momento, debe desaparecer porque la ley así expresamente lo establece. ¿Qué puede hacer entonces el tutor? Si no aspira a ejercer la curaduría del menor, no hay problema que resolver. Pero si pretende hacerse curador, sólo puede seguir dos caminos: 1º pedir que se le nombre curador al menor y que se le discierna el cargo a él mismo, sin recurrir para nada a la interdicción, y 2º solicitar la interdicción del pupilo, enajenado. El primer procedimiento es impracticable, pues viola abiertamente el art. 458, que establece en forma bien categórica que “el tutor del pupilo enajenado no podrá ejercer la curaduría sin que proceda interdicción, sino por el tiempo necesario para provocarla”. Por lo tanto, el único camino que puede seguir el tutor, es provocar el juicio de interdicción para así poder desempeñar tranquilamente el cargo de curador.

Si se analiza el contexto de la ley se obtienen resultados análogos al anterior. En efecto, la ley equipara para estos efectos al tutor del infante caído en demencia con el curador de un menor a quien sobrevenga una enajenación durante la curaduría (art. 458 inciso 2º del C. Civil). Y si el curador está obligado a provocar la interdicción, es lógico pensar también que el legislador ha tenido la intención de imponer dicha obligación al tutor (inciso 1º del mismo art. 458).

QUIENES PUEDEN SOLICITAR EL JUICIO DE INTERDICCION.

Las personas a las cuales la ley no obliga sino que faculta para pedir la interdicción son: 1º el cónyuge no divorciado del supuesto demente; 2º sus consanguíneos legítimos hasta el cuarto grado; 3º sus padres, hijos y hermanos naturales; 4º el Ministerio Público; 5º podrá además solicitar la interdicción el procurador de la ciudad o cualquiera persona del pueblo, siempre que el enajenado fuere furioso o causare notable perjuicio a los habitantes del pueblo (art. 459 inciso 3º C. Civil). Ahora si el enajenado fuere extranjero estará facultado para pedir su interdicción el competente funcionario diplomático o consular.

El legislador ha hecho muy bien en mencionar taxativamente las personas facultadas para solicitar el juicio de interdicción, porque siendo ésta un pesado gravámen, debió velar para que no se transformara en un medio de venganza, y es por esto que designa a estas personas, basándose en los lazos de parentesco que las unen a los infelices enfermos. Pero a pesar de esta precaución tomada por el legislador, hay parientes inescrupulosos que no cumplen con lo ordenado por la ley, y

para castigarlos se ha establecido en el art. 970, una causal de indignidad para suceder al enajenado, en contra del ascendiente o descendiente, que siendo llamado a sucederle ab-intestato no pidió que se le nombrará curador y permaneció en esta omisión por más de un año. El art. 968, establece también, como causal de indignidad, el hecho de que un pariente del enajenado dentro del sexto grado de consaguinidad inclusive, no lo haya socorrido pudiendo haberlo hecho.

JUICIO DE INTERDICCION.—El procedimiento que debe emplearse es el del juicio ordinario, porque según el art. 3º del C. de Procedimiento Civil, se aplican las reglas generales del juicio ordinario en todas las cuestiones y actuaciones que no estén sometidas a una regla especial; y como para la interdicción no se ha establecido ningún procedimiento procesal especial deberá, por lo tanto, recurrirse al procedimiento ordinario.

En el juicio de interdicción actúan como parte demandante los que provocan la interdicción y como parte demandada el supuesto enajenado, siendo juez competente el del último domicilio del enfermo mental.

El supuesto enajenado es parte en el juicio. Esto se desprende claramente de las disposiciones legales y así lo ha establecido plenamente la jurisprudencia de nuestros Tribunales, los que en varias ocasiones han revocado decretos de interdicción por no haberse oído al enajenado en la forma que lo determina la ley. A nuestro juicio, el enajenado, no es sólo parte, sino que, aún más, es parte "principal", a la cual deberá oírse en todo momento porque en otra forma se le privaría de sus derechos civiles.

Según se desprende del art. 446, debe oírse al enajenado, lo cual no será en otra forma sino en la que prescribe el C. de Procedimiento Civil para toda clase de juicios. Ciertamente es que el artículo mencionado, se está refiriendo al decreto de interdicción provisoria, pero si al enajenado se le oye en este caso, con mayor razón deberá oírsele cuando se trate de conceder el decreto de interdicción definitiva, por cuanto ésta es de mayor gravedad que la anterior. La ley no lo ha establecido en forma expresa y sólo se limitó a hacerlo en la interdicción provisoria, porque como ésta tiene carácter precautorio, podía creerse que no era un trámite necesario. En nuestra jurisprudencia hay numerosos ejemplos que prueban lo anteriormente aseverado. Mencionaremos el de la Corte Suprema que en 1914, en sentencia 1061, suspendió los efectos del auto de primera instancia que concedía la interdicción provisoria de Doña Juana Francisca Valenzuela v. de Cabrera. Dicha sentencia en la parte pertinente dice:

" Vistos y teniendo presente:

" 1º Que el art. 446 del Código Civil, tratando de la interdicción del disipador, aplicable al caso de demencia conforme a lo prescrito en el art. 461 del mismo Código, dispone que mientras se decide la causa podrá el juez, a virtud de informes verbales de los parientes o de otras personas y oídas las explicaciones del supuesto disipador, decretar la interdicción provisoria.

" 2º Que esa disposición da al juez la facultad de decretar o no la

interdicción provisoria, pero en el caso de estimar necesaria esa medida, tiene la obligación de oír las explicaciones del supuesto disipador o demente.

3º Que si el art. 460 del Código Civil impone al juez el deber de informarse sobre la vida anterior del supuesto demente y pedir dictamen a facultativos de su confianza, no se comprendería que no tuviera también la obligación de oír las explicaciones del demente, ya que podrá dar en, muchos casos, minuciosos e importantes datos acerca de la vida que ha llevado y convencer al juez en un sentido u otro.

4º Que la ley ha tomado iguales o parecidas precauciones para autorizar la interdicción definitiva como la provisoria, ya que ésta como aquélla priva de su capacidad natural a una persona o la dejan sometida a un tercero no sólo en la administración de sus bienes sino también en lo que respecta a su capacidad penal.

“Se suspenden los efectos de la resolución apelada de fecha 8 de Octubre de 1912, a fojas 34, y se declara que el juez a quo debe oír a la supuesta demente Doña Juana Francisca F. v. de Cabrera, y a sus parientes, y con el mérito de esos nuevos antecedentes, y los demás que conceptúe necesario, se pronuncie sobre la Interdicción Provisoria que a su respecto se ha solicitado” (1).

Tenemos ya dicho, pues que el juicio de interdicción es ordinario y que actúan en él como partes, los que provocaron el juicio y el supuesto enajenado. Nos corresponde, ahora, entrar a estudiar los trámites especiales que hay que efectuar, y para esto trataremos por separado la interdicción provisoria de la definitiva.

Interdicción Provisoria.—El objetivo de la interdicción provisoria es privar al enajenado, provisoriamente, de la administración de sus bienes. Podríamos decir que es una medida precautoria que el legislador establece en beneficio de los bienes del enfermo mental, mientras se le declara en interdicción definitiva.

Esta institución es de mucha utilidad ya que si, el enajenado, no se le declara en interdicción provisoria, durante todo el tiempo que dure la tramitación del juicio, el enajenado gozaría de plena capacidad, lo que podría acarrearle enormes perjuicios.

El art. 461 del Código Civil remitiéndose al 466 determina que, “mientras se decide la causa podrá el juez, a virtud de informes verbales de los parientes o de otras personas y oídas las explicaciones del supuesto demente, decretar la interdicción provisoria”. El juez, por lo tanto, una vez solicitada la interdicción, citará a los parientes a una audiencia inmediata y oírás las explicaciones del supuesto demente.

Cuando el legislador, en el art. 446, dice que se cite a los parientes ¿se referirá sólo a los que provocaron la interdicción o también quedarán comprendidos en ellos los demás parientes? De acuerdo con nuestras disposiciones legales podemos decir afirmativamente que deben ser citados no sólo los parientes que solicitaron la interdicción, sino que tam-

(1) Gaceta de los Tribunales, Pág. 3076, Sentencia 1061, año 1913.

bién todos los demás parientes. Claro, que esta disposición es un tanto peligrosa, por cuanto no siempre los parientes están animados por la mejor buena fe, y muchas veces predominan las flaquezas y ambiciones humanas, y es por eso frecuente ver que el motivo que guía a los parientes a pedir la interdicción no es siempre el cariño sino que su propio interés, sin que les importe gran cosa los sufrimientos que producirán a su víctima el hecho de verse privada de sus bienes y de su libertad personal.

La citación de los parientes, en el juicio de interdicción, es un trámite necesario exigido por el legislador según se desprende del art. 446, y al respecto, se han dejado sin efecto varias sentencias por haber incurrido en la omisión de dicho requisito. Entre la variada jurisprudencia podemos citar una Sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago N^o 428 del año 1897 que dice:

“Teniendo presente:

“ 1^o Que por resolución del Juzgado de Curicó el 19 de Agosto del
“ año en curso se declaró en interdicción por demencia a Don Carlos
“ Llaguno y se le nombró curadores a Don Andrés Mujica y a Don
“ Francisco Vargas.

“ 2^o Que esta interdicción ha sido decretada **sin oír los informes ver-**
“ **bales de los parientes ni aún siquiera sin citarlos;** y

“ 3^o Que se ha deferido la curaduría a extraños, no obstante existir pa-
“ rientes del demente dentro de los grados establecidos por la ley pa-
“ ra ejercer dicha guarda, con todo lo cual se ha contravenido a lo dis-
“ puesto en la segunda parte del art. 15 de la Ley de 1^o de Mayo de
“ 1837, se suspenden los efectos de la resolución de 14 de Agosto,
“ corriente a f. 19, y lo obrado en este asunto, reponiéndose la causa
“ al estado en que se encontraba al presentarse el informe médico-legal
“ que se registra a f. 12, y se **declara que el juez de primera instancia**
“ **debe tramitar y fallar esta causa como fuere de derecho**” (2).

Además de oírse a los parientes, el legislador, exige que se oigan las explicaciones del supuesto demente, con lo cual, como ya lo hemos dicho, reconoce que éste es parte en el juicio que se sigue en su contra. También según el art. 460, el juez debe oír el dictámen de facultativos que le merezcan plena confianza, los cuales emitirán un diagnóstico acerca de la existencia de la enajenación mental y de la naturaleza de ella.

Por último, el juez, deberá informarse de la vida que ha llevado el enfermo y de su conducta habitual

Una vez verificados los trámites requeridos por el legislador y concedida la interdicción, se nombrará curador al demente interdicto, curador que tendrá el carácter de provisorio, en relación con la clase de interdicción que se ha concedido al solicitante. Este decreto que la concede deberá inscribirse en el Registro Conservador de Bienes Raíces, se notificará al público por medio de un periódico del departamento, en caso que lo hubiere y además deberá fijarse carteles en tres de los para-

(2) Gaceta de los Tribunales, pág. 504 Sentencia N^o 428, año 1897.

jes más frecuentados del Departamento. En caso que el demente interdicto fuere casado, la sentencia que lo declara en interdicción deberá inscribirse, además, en el Libro de Matrimonios que para este efecto lleva el Oficial del Registro Civil de acuerdo con la disposición contenida en el art. 4 N^o 4 de la Ley N^o 4808.

La curaduría del demente interdicto puede ser: 1^o testamentaria, 2^o legítima y 3^o dativa.

1.—En el art. 355, se autoriza al padre para nombrar por testamento curador a su hijo demente, y para esto, no es necesario que haya sido declarado en interdicción sino que basta que exista la demencia para que el padre tenga dicha facultad. No es necesario tampoco que el hijo se encuentre bajo patria potestad sino que fuere cual fuere su edad puede el padre nombrarle curador por acto de última voluntad.

2.—En caso que no se haya nombrado curador por testamento el art. 462 dispone quienes están llamados a desempeñar la curaduría del demente interdicto. Según este art. estas personas serían:

a) su cónyuge no divorciado. Pero en caso que la mujer fuere la demente y hubiese estado separada de bienes, se dará al marido un curador adjunto para la administración de dichos bienes.

b) sus descendientes legítimos.

c) sus ascendientes legítimos.

d) sus padres naturales.

e) sus colaterales legítimos hasta el cuarto grado de consanguinidad, o los hermanos naturales.

3.—En caso que ninguna de las personas nombradas pudiese desempeñar el cargo de curador, corresponde al juez su nombramiento con audiencia del defensor de menores.

A cerca de las facultades que tienen los curadores de dementes, nuestra legislación contiene pocas disposiciones especiales, de manera que deberán aplicarse las reglas generales de la curaduría, contenidas en los arts. 390 y siguientes de nuestro Código Civil.

En cuanto a la **inversión de los frutos**, provenientes de los bienes del demente, se encuentra reglamentada por el art. 467, de acuerdo con el cual "los frutos de sus bienes, y en caso necesario, y con autorización judicial, los capitales se emplearán principalmente en aliviar su condición y en procurar su restablecimiento".

Respecto a la **propia persona** el art. 466, establece que éste "no podrá" ser privado de su libertad personal, sino en los casos en que sea de temer que usando de ella se dañe a sí mismo, o cause peligro o notable incomodidad a otros. No podrá ser trasladado a una casa de locos ni encerrado, ni atado, sino momentáneamente, mientras a solicitud del curador, o de cualquiera persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas".

Interdicción Definitiva.—El decreto de interdicción definitiva se otorgará una vez que se ha puesto fin al juicio de interdicción con la sentencia ejecutoriada que da lugar a ella.

En este juicio pueden hacerse uso de casi todos los medios de prueba establecidos en el art. 1698 del Código Civil y en el 330 del C. de Pro-

cedimiento Civil, exceptuándose la confesión de parte y el juramento deferido, que daba la naturaleza de ellos no sirven para probar la enajenación mental, porque corrientemente el presunto enajenado niega su enfermedad y además porque desde el momento que se le acusa de demente, en ningún caso se le podrá dar crédito a lo que él diga.

En la práctica se ha resuelto por nuestros Tribunales que se puede llegar a probar la demencia por medio de presunciones. Así lo ha demostrado una sentencia de la Corte Suprema de 16 de Diciembre de 1903, que ha sido publicada en la Revista de Derecho y Jurisprudencia, Tomo I, sección primera, página 210.

El informe de peritos según el art. 460, se considera como un trámite esencial y así tenemos que establece que el juez oírás el dictámen de facultativos que le merezcan toda su confianza. Pero esta obligación no le impone al juez que falle sólo de acuerdo con lo que dichos facultativos digan sino que puede fallar en forma diversa, según lo estime conveniente. Es grande la necesidad que existe de recurrir a este medio de prueba, porque generalmente son los médicos los únicos que pueden llegar a determinar una enajenación mental.

También deberá oírse al ministerio público de acuerdo con el art. 443 inciso 2º. Pero las dificultades que se suscitaban acerca de si debía de oírse al Defensor de Menores o al Promotor Fiscal han sido subsanadas por el D. F. de Ley 226 de 26 de Enero de 1927, el cual suprimió a éstos últimos funcionarios y a la vez derogó todo trámite procesal de primera instancia, en que se exija o autorice el dictámen del ministerio público, y entregó al juez el rol de acusador público y denunciante, que antes correspondía a dichos funcionarios.

Una vez decretada la interdicción definitiva, el curador provisorio que se le había nombrado al demente interdicto, pasará a ser curador general en definitiva.

La sentencia que concede la interdicción definitiva no surte efectos sino cuando ha quedado ejecutoriada. Es apelable en ambos efectos.

EFFECTOS DE LA INTERDICCION.—Muy variados y de gran importancia son los efectos que produce la interdicción. Entre los principales tenemos:

1º El que señala el art. 463, en virtud del cual la mujer curadora de su marido demente adquiere la administración de la sociedad conyugal y la custodia de sus hijos menores. Este art. se encuentra en armónica relación con los arts. 1758 y 1762 del C. Civil, los cuales tratan también la administración extraordinaria de la sociedad conyugal, por parte de la mujer, cuando el marido haya sido declarado en interdicción.

2º Del art. 463 se desprende también que la mujer casada adquiere la patria potestad sobre sus hijos menores no emancipados.

3º Los actos que ejecute el demente declarado en interdicción son nulos; aunque se alegue haberlos ejecutado en un intervalo lúcido. Con la interdicción quedan suprimidos estos estados y se libra al enajenado de probar su enfermedad, porque cuando se trata de un demente no interdicto, es él quien debe probar que no se encontraba en interdicción en

el momento de la celebración del acto o contrato; en cambio, si está en interdicción, el legislador presume que ha estado enajenado, y no acepta que se alegue haberse ejecutado en un intervalo lúcido. Muy justa ha sido la ley al considerar que serán nulos los actos ejecutados por dementes interdictos, aún cuando se alegue intervalos lúcidos, porque perdería toda su eficacia el decreto de interdicción.

En la práctica se ha discutido si son válidos los actos ejecutados por el demente interdicto durante la interdicción provisoria. Esta discusión es inoficiosa, porque el art. 465, dice "que los actos posteriores al decreto de interdicción son nulos" y no deja lugar a dudas que el legislador también se ha referido a los celebrados durante el tiempo que dure la interdicción provisoria.

El art. 465, se refiere a los "actos y contratos ejecutados por el demente". Ahora ¿a qué clase de actos a querido referirse el legislador? ¿A los actos patrimoniales o a los de familia? La mayoría de los autores, entre ellos Don Alfredo Barros Errázuriz, estiman que es más lógico aceptar la primera interpretación, o sea, que la nulidad de los actos del demente interdicto, se referiría sólo a los actos patrimoniales, siendo en consecuencia, los actos de familia completamente válidos (el matrimonio por ej.).

Hay un caso de excepción a la regla general contemplada en el art. 465, al referirse a la nulidad de todos los actos ejecutados por el demente interdicto con posterioridad al decreto de interdicción, y es la contemplada en el art. 510, del C. Civil, "que considera nulos los actos ejecutados por el tutor o curador, a quienes les ha sobrevenido demencia durante su cargo aunque no haya sido puesto en interdicción".

Las disposiciones citadas acerca de la nulidad de los actos ejecutados por el demente interdicto, son aplicables también a los enfermos mentales, que sin haber pasado por la tramitación del juicio de interdicción se encuentran recluidos en algún hospital psiquiátrico. Así tenemos que el art. 77 del Reglamento General "para la organización y atención de los servicios de salubridad mental y hospitalización y reclusión" de 26 de Enero de 1927, establece que "los actos ejecutados por individuos hospitalizados voluntariamente o de oficio, se tendrán como ejecutados por un demente que estuviere en interdicción y se sujetarán a las reglas que el Código Civil da respecto a esta clase de personas". En caso que estos individuos se encuentren fuera del establecimiento por salidas provisionales o fugas, están en la misma situación del inciso precedente, siempre que no pasen en esta situación por más de tres meses según arts. 60 y 66".

REHABILITACION DEL DEMENTE.—En algunos casos, puede ponerse término a la interdicción por decreto de rehabilitación otorgado en virtud del informe médico que presente el enajenado acreditando su mejoría. Este decreto de rehabilitación debe ser inscrito y publicado en la misma forma que el decreto de interdicción. El art. 468, que es el que trata este punto, establece "El demente podrá ser rehabilitado

para la administración de sus bienes si apareciere que ha recobrado permanentemente la razón; y podrá ser inhabilitado de nuevo con justa causa. Se observará en estos casos lo prevenido en los arts. 454 y 455. Estos últimos arts. se refieren a la rehabilitación del disipador, o sea, que para la rehabilitación del demente rigen las mismas disposiciones contempladas en la interdicción del disipador.

La expresión "permanentemente" que emplea el legislador en el art. 468, no es algo absoluto, porque los médicos no pueden predecir estados patológicos futuros; por lo tanto, el término indicado se refiere a la desaparición de la enfermedad y no se trata sólo de un intervalo lúcido, como pudiera creerse.

LEGISLACION COMPARADA.—En casi todos los países existe la incapacidad del enajenado pero en algunos sólo hay un estado intermedio entre la interdicción total y la plena capacidad, por faltar alguno de los requisitos exigidos por la ley. Con este objeto casi todas las legislaciones europeas han creado el Consejo de Familia, para todas aquellas personas que no tienen suficiente juicio en la celebración de sus negocios, como serían transacciones, ventas, permutas, etc. A esta clase de individuos pertenecerían los que sólo tienen pequeñas manifestaciones de enfermedad mental, y que según nuestra legislación no serían sometidos a interdicción por demencia ya que no reúnen los requisitos exigidos por el art. 456.

Esta es una especie de incapacidad relativa en que queda el enajenado, y tenemos que si no procede la interdicción, se pide que el enfermo quede bajo el Consejo de Familia quien intervendría en las transacciones, préstamos, cauciones, etc. en que tendría que intervenir el enajenado.

El **C. Italiano**, determina que debe intervenir el Consejo de Familia en los actos que ejecute "el débil de espíritu". Este Consejo estará formado por algunos parientes del enfermo, presidido por el Juez de Municipalidad, sucesor del pretor romano.

En el **C. Español**, también aparece contemplado el Consejo de Familia, graduando el juez en cada caso las facultades del curador.

En Chile este Consejo no existe, en consecuencia, el individuo o es totalmente capaz o es absolutamente incapaz. Pero el art. 19 del Reglamento General, citado en páginas anteriores, parece que contemplara a los presuntos dementes, al ordenar que se lleve por la Dirección General de Sanidad un registro encargado de vigilar a las autoridades respectivas de la localidad en que se encuentra el presunto demente, pero estas instituciones no tienen por objeto velar por el patrimonio del enajenado, sino únicamente por la seguridad pública, de donde se deduce que la disposición citada no ha querido crear el Consejo de Familia.

CAPITULO OCTAVO

DISPOSICIONES GENERALES QUE RIGEN LA INTERNACION DE LOS ENAJENADOS MENTALES.

Con anterioridad a la creación de nuestra Casa de Orates, la situación de los enajenados era bastante deficiente, porque estos individuos eran llevados a los hospitales comunes, donde no se les atendía en la forma que necesitaban para sanar de sus afecciones mentales.

Por Decreto de Septiembre de 1852 fué creada la Casa de Orates, cuyo primer administrador fué don Manuel Montt. En este mismo año se dictó otro Decreto por el cual se nombraba una Junta Directiva para el Manicomio.

Nuestra legislación basándose en la Ley Francesa "sobre enajenaciones mentales" del año 1838, dictó su primera ley sobre Manicomios el 31 de Julio de 1856.

En el año 1859 se dictó un Decreto por el cual se establecía un reglamento que regiría a la Junta creada en 1852.

Por un Decreto de 1862 el Legislador ordenaba se diera aviso al Ministerio de Relaciones Exteriores cada vez que ingresara a la Casa de Orates un enfermo extranjero.

En el año 1895 se creó otro Manicomio en Concepción que, tal como el de Santiago, quedaba bajo la dependencia de la Junta de Beneficencia respectiva.

Actualmente los establecimientos destinados a los enfermos mentales están regidos por el **Reglamento General**, "para la organización y atención de los servicios de salubridad mental y hospitalización y reclusión de insanos" dictado por el Decreto F. de Ley 226 de 26 de Enero de 1927.

El citado Reglamento está dividido en cinco títulos, a saber:

- I. De los Manicomios.
- II. De la Dirección y Administración de los Manicomios Públicos.
- III. De las personas que pueden y deben ser hospitalizadas en los Manicomios.
- IV. Disposiciones generales.
- V. Disposiciones transitorias.

El primer título divide a los Manicomios en públicos y privados, estando los primeros bajo la tutela del Presidente de la República y los segundos creados y mantenidos por los particulares que hubieren obtenido autorización de la Dirección General de Asistencia Social.

De acuerdo con este Reglamento los Manicomios Públicos se clasi-

fican en dos tipos: Hospitales Psiquiátricos y Asilos-Colonias. Los primeros proporcionan a los enajenados una atención transitoria, la cual no podrá exceder de cuatro meses. Pasado este plazo, si el enfermo no hubiere obtenido su mejoría será enviado a los Asilos-Colonias.

Anexos a las dos clases de Manicomios públicos se establecerán pabellones de temperancia, como por ej., el "Instituto de Reeducción mental", según se deduce del art. 105 de la Ley N° 5231 que fija el texto definitivo de la ley de Alcoholes N° 4536.

El Reglamento General en su art. 8°, considera varios requisitos que deben tomarse en cuenta para las construcciones o habitaciones de Manicomios, como por ej., el de velar por la salud personal de los asilados; cuidarlos y vigilarlos en la mejor forma posible sin aumentar, en forma considerable el personal; mantener un máximum de aseo y salubridad dentro del establecimiento, etc.

Finalmente el título en estudio habla de las visitas que debe efectuar la Dirección General de Sanidad y la de Asistencia Social, disponiendo que de cada visita que se efectúe se levante un acta y se envíe copia a la Junta de Beneficencia. Además dispone que los particulares que deseen dirigir un Manicomio deberán solicitarlo a la Dirección General de Asistencia Social y cumplir con ciertos requisitos, como el de presentar un contrato otorgado por escritura pública que garantice que el Director del Manicomio es un médico titulado en la Universidad de Chile.

El Título II, de un modo general determina que los manicomios serán supervigilados por la Junta de Beneficencia respectiva, pudiendo nombrar un subdirector para dirigir los Asilos de Temperancia y para aquellos enfermos que se encuentren sometidos a la acción de la Justicia.

En el art. 14 del mismo título se dispone que al Director de Beneficencia Pública corresponde la representación y personería del Manicomio para todos los efectos legales y con las facultades indicadas en el art. 8° del C. de Procedimiento Civil.

En el Título III, se da una definición de lo que se entiende por persona demente, y basándose en ella se ha llegado a establecer una definición general de enfermedad mental, la cual ya hemos citado y analizado en el capítulo relativo a la "Definición de las Enfermedades Mentales".

En este título se habla de dementes o psicópatas y se dividen en alienados y simples psicópatas. Los primeros son aquellos enfermos que **deben** ser hospitalizados, por orden de la autoridad superior, por ser peligrosos para el conglomerado social. Los segundos son aquellos que **pueden** ser hospitalizados voluntariamente sin que intervenga para ello la autoridad respectiva, porque se les considera como presuntos dementes y no constituyen un peligro para la sociedad. Atendiendo a esta clasificación que hace el Reglamento General, funcionan en la Casa de Orates tres secciones:

a) Una para aquellos enfermos hospitalizados de **oficio**, o sea, una sección destinada a los individuos que constituyen un peligro, y para los que han sido internados por orden de la autoridad competente.

b) Otra sección será destinada a los enfermos hospitalizados "voluntariamente", o sea, permanecen en ésta aquellos individuos inofensivos y que no han sido reclusos por peligrosos ni por la autoridad respectiva.

c) Una tercera sección será destinada a los enfermos en "observación" o sea, aquellos enfermos que aún no se sabe de que anomalía psíquica padecen y que han llegado el manicomio espontáneamente, o por sus familiares, o enviados por las autoridades,

Este título divide por grupos en su art. 18 a los psicópatas según sea la anomalía de que padecen. Estos grupos son:

1.— Enfermos conscientes de su estado, que ellos mismos han solicitado la atención médica.

2.— Enfermos conscientes, parcialmente conscientes o inconscientes de su anomalía psíquica, que no han pedido por sí solos la atención médica; pero se someten a ella con toda docilidad, y si protestan lo hacen sólo en forma esporádica.

3.— Enfermos inconscientes de su anomalía que habitualmente están protestando en contra de la asistencia médica; además son propensos a cometer actos delictuosos, contrarios al orden público, a la moral y las buenas costumbres.

El art. 173 del Código Sanitario de 1925 (C. Long) establecía en términos generales las facultades que tenía el Director General de Sanidad para investigar el estado mental de los "dementes o presuntos dementes" pero incurria en una falta al no definir lo que se entiende por presunto demente, falta que ha sido corregida por el art. 19 del Reglamento General que dice: "es presunto demente la persona que, según el informe médico respectivo, no puede ser declarada demente en conformidad con los arts. anteriores, pero que tiene predisposiciones para serlo o ha ejecutado actos que científicamente puedan atribuirse a un estado psicopático". Además el mismo art. dispone que la Dirección General de Sanidad llevará un registro de los presuntos dementes y encargará su vigilancia a las autoridades sanitarias, administrativas, judiciales o policiales de la localidad. Este control que hace la Dirección General de Sanidad, es únicamente para llevar una estadística de los enfermos que a juicio del médico respectivo no pueden ser declarados en interdicción. Y no debemos creer que sea algo así como los Consejos de Familia, por cuanto estos sólo tienen por objeto amparar la persona del enajenado.

El título que actualmente comentamos, con posterioridad se refiere a la forma como pueden hospitalizarse los presuntos dementes, diciendo que podrá ser tanto voluntaria como de oficio; en casas particulares o en los establecimientos indicados por este Reglamento.

La hospitalización de los enfermos mentales puede ser solicitada por ellos mismos, por sus familiares, por la autoridad o por cualquier vecino del domicilio que tenga el psicópata.

El párrafo segundo del título en estudio se refiere al caso de personas que quieran cuidar en su casa a enfermos mentales, y para este objeto han implantado el régimen de "asistencia privada o en familias"

con el fin de reducir los gastos del Estado, y para cuyo efecto dispone que las personas que así lo desearan deberán elevar solicitud a la Dirección General de Sanidad, quién hará una investigación acerca del estado del enfermo y decidirá si es o no cuidado en la casa solicitada o si se enviará a un establecimiento para enajenados. Si acepta el cuidado en una casa particular establecerá las normas a que deba sujetarse el solicitante. De todo esto se dejará constancia en un acta que se levantará para este objeto siendo firmada previamente por el psicópata, por su representante legal o por las personas del caso. De esta acta se sacarán seis ejemplares, de los cuales se entregará uno al enfermo, otro al jefe de la familia donde va a ser cuidado el psicópata, otro a la Dirección General de Sanidad, un cuarto, al Gobernador, otro al Juez Civil más antiguo y el último al defensor de menores. Esta acta será comunicada por el Intendente o Gobernador al Jefe de Policía para que vigile en la forma establecida por la Dirección General de Sanidad, la que actuará previa audiencia de los funcionarios indicados. (1).

Es de hacer notar que no podrá hospitalizarse de oficio en casas particulares sino por urgencia debidamente decretada o por fuerza mayor. En todo caso la autoridad competente, procederá detallando claramente las circunstancias que imponen dicha medida.

Como hemos dicho en páginas anteriores la hospitalización puede ser voluntaria o de oficio. La primera denomínase también espontánea cuando el mismo enfermo la solicita siempre que pueda ser efectivamente declarado presunto demente.

Tanto la hospitalización voluntaria como la de oficio deben tener su iniciación en los Hospitales o Pabellones Psiquiátricos. Al efecto, todo enfermo que vaya a hospitalizarse debe pasar primeramente por la Sección de Observación del hospital psiquiátrico donde será examinado detenidamente por los médicos respectivos. Una vez que se haya dado término al examen será clasificado en conformidad al art. 18, ya analizando, y se le ingresará como enfermo voluntario o de oficio. En caso que lo haga en la primera forma quedará en el hospital psiquiátrico, pero si fuera internado por orden de la autoridad competente, entonces tendrá que intervenir el Director General de Sanidad, el que enviará a estos individuos a los respectivos Manicomios, de donde no podrá salir sin previa autorización. En caso que los enfermos hospitalizados no sanaren durante el plazo de cuatro meses se les hará ingresar

(1) Este sistema debiera de fomentarse en Chile con lo cual se conseguiría, que cada familia cuidara a sus enfermos o a enfermos ajenos, evitando en esta forma un mayor gasto del Estado. Tenemos ej., de lo anterior en **Escocia**, donde los enajenados son cuidados en casas particulares bajo el control del Consejo General (General Board o Commissioners in Lunacy). En cada casa no puede haber más de cuatro asilados y cada tres meses son visitados por un médico. En **Francia**, (en Dun-sur Auron); en Estados Unidos, donde el primer estado que adoptó este sistema fué el de Masachusset en 1885.

Otra ventaja que reportaría la curación en casas particulares, sería por la vida familiar que hace el enfermo, lo cual es muchas veces un factor decisivo para su curación.

de oficio y al mismo tiempo serán enviados a los Manicomios. En esta forma se va eliminando de los hospitales psiquiátricos a aquellos enfermos que no tienen curación en un plazo prudencial, haciendo posible de este modo el ingreso de nuevos enfermos.

Hospitalización voluntaria.— El art. 27, determina la forma como debe procederse a la hospitalización voluntaria al decir que toda persona que desee hospitalizarse deberá presentar una solicitud a la Dirección del establecimiento respectivo según formularios confeccionados por la Dirección General de Sanidad. Si la solicitud de admisión no fuere aceptada, la dirección del establecimiento debe enviar copia a la Dirección General de Sanidad, quién a su vez deberá mandar investigar al presunto demente para cerciorarse del estado de su enfermedad. En el inciso final del artículo que comentamos se dispone que la Dirección General de Sanidad en cualquier momento puede hacer uso de las facultades que le otorga el Código Sanitario, con relación a los enfermos que hayan de hospitalizarse voluntariamente.

En caso que la persona enferma mentalmente esté bajo la dependencia legal de otra, la solicitud de ingreso será presentada por el enfermo y su respectivo representante.

La hospitalización voluntaria de aquellos enfermos inconscientes de su estado, que protestan habitualmente de la atención médica y que están propensos a cometer infracciones en contra del orden público, la moral y las buenas costumbres, deberá ceñirse al siguiente orden en lo que se refiere a las personas que pueden solicitarla:

1) El mismo psicópata cuando está consciente y el mismo solicita su internación.

2) Su representante legal.

3) El cónyuge.

4) Los ascendientes en cuya casa vive el enfermo, teniendo preferencia los que tengan un grado más próximo de parentesco hacia el enfermo.

5) Los descendientes más cercanos del presunto demente.

6) Los colaterales de grado más próximo que vivan con el enfermo.

7) Los parientes afines que vivan en la casa del enfermo.

8) Faltando cualquiera de las personas anteriormente citadas podrá pedir la hospitalización cualquier otro pariente vecino o autoridad del domicilio del enfermo.

En aquellas ciudades donde hubiere hospitales Psiquiátricos, todas estas personas que han sido mencionadas, presentarán la solicitud de admisión a la dirección de los respectivos hospitales, y en caso que se tratare de lugares donde no existieren estos hospitales, la solicitud respectiva se presentará a la autoridad sanitaria.

La solicitud de una persona mentalmente enferma, que se encuentre bajo guarda, deberá ser presentada por el interesado y su representante legal, acompañándose al mismo tiempo un extracto autorizado del auto en que se concedió la representación o cualquier otro documento fidedigno.

Como ya lo hemos dicho la solicitud debe hacerse en formularios especiales, donde se hará una descripción personal del enfermo, los bienes que posee y los antecedentes de su enfermedad. Además se dejará constancia si fuere indigente o si tiene alguien que le deba alimentos por ley. En este caso la declaración será firmada por la persona que solicitó la internación o por la que le debe alimentos.

Si la solicitud de admisión, para la hospitalización voluntaria se presenta en lugares donde no hubiere autoridad sanitaria, hay que presentar también un certificado médico que será otorgado por un facultativo designado por la Dirección General de Sanidad, en el cual constarán los antecedentes de la enfermedad y detalles personales del enfermo.

Una vez que el presunto enajenado ingresa al hospital no podrá permanecer en él por un espacio de tiempo superior a cuatro meses, en conformidad con el art. 30, siendo en este caso enviado a un Asilo-Colonia u Open Door, decretándose, en esta forma, de oficio su internación.

Hospitalización de oficio.— Al tratarse de enfermos alienados, decretará su internación la autoridad respectiva, y se habla entonces de hospitalización de oficio. Esta puede ser decretada:

1º.—Por la justicia, en conformidad a las disposiciones civiles y penales vigentes a la fecha de la promulgación del C. Sanitario. Las disposiciones vigentes en esa fecha eran los arts. 466 del C. Civil, 10 C. Penal y 81 del C. de Procedimiento Penal.

El primero de los artículos mencionados se refiere a los casos en que un demente será privado de su libertad y al respecto dice: "cuando sea de temer que usando de su libertad, el demente, se dañe a sí mismo, o causare peligro, o notable incomodidad a otros".

El art. 10 N° 1 incisos 2º y 3º relativo al enajenado mental que delinque durante su enfermedad.

Por último el art. 81 del C. de Procedimiento Penal que se refiere al individuo que cae en alienación después de haber realizado el delito. 2º.—En los casos del art. 174 del C. Sanitario, el que se refiere al enajenado peligroso que perturbe el orden público, por lo que se le decretará la internación de oficio.

3º.—Por la Dirección de Sanidad cuando el mismo psicópata o la persona a cuyo cuidado está no se oponga a su hospitalización; cuando la Dirección de Sanidad juzgue más oportuno que ciertos enfermos hospitalizados voluntariamente lo sean de oficio; y por último cuando concurra la causal contenida en el art. 30 del Reglamento General, o sea, cuando el enfermo permanezca más de cuatro meses en los hospitales psiquiátricos, en cuyo caso será enviado a un Asilo-Colonia o a un Open Door.

De acuerdo con el art. 33 se faculta al Director G. de Sanidad para tener bajo una estricta vigilancia al enajenado, con tal de evitar toda perturbación en el orden público y que cause perjuicio a su propia persona o a terceros. Con este fin la Dirección G. de Sanidad podrá hacer uso de las atribuciones que le conceden los arts. 173 y 178 del C. Sanita-

rio, o sea, de informarse acerca del estado de salud del demente y de los presuntos dementes, dictar reglamentos para la construcción, reparación y sostenimiento de los manicomios, disponer la reclusión de los insanos en la forma que lo determine el Presidente de la República, etc., etc.

En el art. 34 del Reglamento General se remite el legislador al art. 174 del C. Sanitario (de 1925) al decir que toda reclusión hecha en tales casos (la relativa a la internación de oficio de personas dementes que amenazan el bienestar social) deberá hacerse con audiencia del defensor de menores y del representante legal del enfermo, siempre que lo tuviere.

Concerniente a la reclusión y vigilancia de insanos, el art. 35 impone al ministerio público y a las autoridades administrativas, la obligación de ayudar a la autoridad sanitaria, instituciones que deberán dar cuenta inmediata a la Dirección G. de Sanidad acerca del número de enfermos mentales que se encuentran en el departamento. En todo caso que fuere necesario deberán además facilitar la fuerza pública a la autoridad sanitaria, y si contravinieren a esta obligación se les aplicarán las sanciones correspondientes.

Las hospitalizaciones de oficio serán decretadas por orden del juez, quien para esto se sujetará a las normas que fije la D. General de Asistencia y Beneficencia Social (el Reglamento dispone que estas normas las fijará la D. General de Sanidad, pero actualmente se hace en la forma anteriormente indicada).

Todo juez al decretar la hospitalización enviará al enfermo a un Manicomio acompañado de los siguientes documentos: a) una identificación del enfermo según formularios otorgados por la Dirección G. de Sanidad; (hoy de la Dirección G. de Beneficencia y Asistencia Social) b) una copia en que conste el informe médico; c) una copia íntegra del auto del proceso, y además copia íntegra, también, del juicio, pero si éste fuere muy extenso bastará con la copia de sus partes principales.

Una de las obligaciones que tienen los Hospicios y Hospitales Generales, impuesta por el art. 39, es la de albergar transitoriamente a todo enfermo mental que se les envíe, mientras se cumple con las tramitaciones necesarias para mandarlos a establecimientos destinados a tal objeto. Esta es una medida muy humanitaria porque así se evita que estos malogrados enfermos empeoren su salud al andar vagando por las calles y sobre todo el que causen daños a terceros.

Al tratarse de individuos que se encuentren reclusos en prisiones por orden de la justicia, y durante su permanencia en ellas se trastornaren, deberá darse aviso inmediato al Gobernador respectivo para que de cuenta a la D. General de Sanidad y además al tribunal de justicia correspondiente. Con este objeto la D. General de Sanidad enviará cada seis meses inspectores a los Asilos, cuarteles y prisiones para examinar a los reclusos y si encontrare alguno que tuviere síntomas de enajenación mental lo remitirá al manicomio respectivo. Los jefes de los establecimientos mencionados quedarán sujetos a las instrucciones que les de dicha Dirección, en cuanto a la asistencia de los reclusos que vayan a ser enviados a los Manicomios.

El párrafo VI del Título III se refiere a la permanencia de los

enajenados en los manicomios reglamentándola y detallándola en la mejor forma posible.

En conformidad con los arts. 45 a 50 los directores de los establecimientos de que trata el Reglamento General estarán sujetos a las obligaciones siguientes:

1º Exigir a todo enfermo que ingrese, los certificados correspondientes, sin los cuales no podrá estar en los Manicomios, salvo en caso de urgencia, para lo cual se dará aviso dentro del término de 24 horas a la Dirección General de Sanidad.

2º Una vez que ha sido recibido el enfermo deberá anotarse en el boletín de ingresos, inscribirse en un registro general; además se archivarán los documentos que traiga el enfermo, para lo cual habrá que ceñirse a las normas dadas por la D. General de Sanidad.

3º Dar recibo a la persona que entregue al enfermo, en el cual constará la recepción y la presentación de los documentos mencionados.

4º Además el Director del establecimiento dará aviso del ingreso del enfermo, de acuerdo con las normas fijadas por la D. General de Sanidad, dentro del plazo de 24 horas, a ciertas personas determinadas en el art. 47, como por ej., al Gobernador del Departamento, a la persona que solicitó la hospitalización, al defensor de menores, etc.

5º El médico jefe del establecimiento deberá hacer un examen del enfermo que ha sido admitido, inscribiéndolo en los registros respectivos. Este examen deberá anotarse en formularios especiales de Observación Clínica, en los cuales cada quince días se dejará constancia de la marcha de la enfermedad.

6º Se enviará a la Dirección G. de Sanidad y a la persona que internó al enfermo, o a la autoridad que decretó la hospitalización, dentro del primer mes a contar de la fecha de la internación en un manicomio, público o privado, un certificado del médico jefe del establecimiento, en el cual se precisará y rectificará el informe médico que se agregó a los documentos de ingreso. Este certificado servirá para consignar el diagnóstico en aquellos casos que no se hubiere presentado informe médico al ingresar al establecimiento.

7º Si por la naturaleza de la enfermedad o por el estado mismo del enfermo, no se hubiere podido evacuar el certificado recientemente mencionado, deberá comunicarse la razón de la imposibilidad a las autoridades respectivas, señalándose un plazo dentro del cual se puede cumplir (máximun tres meses). En caso que se diere certificado, este determinará en forma clara y precisa si el enfermo queda en libertad o si tiene que seguir internado.

8º Mandar a la Dirección G. de Sanidad copia de los documentos de hospitalización, y si se fuere a trasladar a otro manicomio se enviarán además los documentos que se hubieren producido durante su permanencia en el hospital, cumpliéndose en este caso con la autorización de la D. General de Sanidad.

En el art. 50 el Reglamento General establece que cada cuatro mese a contar desde el día del ingreso de oficio, deberá la Dirección del establecimiento enviar informe, acerca de la salud del enfermo, a la

autoridad que decretó la hospitalización y al pariente más cercano del enajenado, sin que este informe pueda hacerse valer en juicio porque tendrá el carácter de privado. Constantemente la Dirección G. de Sanidad estará imponiéndose del estado de salud del psicópata para mantener o no la hospitalización concedida, y así dictar disposiciones en beneficio del internado.

En caso de un enajenado extranjero, las comunicaciones a que se refieren los arts. 47, 49, 59, 66 y 67, serán dirigidas también por el Director del establecimiento al Ministerio de Relaciones Exteriores, quien dará aviso al representante diplomático o consular del país de origen del enajenado.

El párrafo VII del Título III, que hemos estado analizando, se refiere a las medidas que deberán tomarse en casos de fugas o de fallecimiento de los enfermos.

Las salidas, de los enajenados en los manicomios privados, estarán sujetas a las reglas que fije la Dirección G. de Sanidad.

En los manicomios públicos, todas las semanas se reunirán la Junta de médicos, quienes determinarán acerca del estado de salud física y mental, de los enajenados y también se pronunciarán sobre quienes puedan darse de alta como sanos o como mejorados. Tiene la Junta mencionada, la obligación de consignar lo acordado en un libro ad-hoc, debiéndose enviar, además, un acta firmada por los médicos concurrentes, en la que se dejará constancia de lo obrado y de los enfermos que han sido declarados curados, de acuerdo con las disposiciones que indique el reglamento interno del establecimiento. Inmediatamente de recibida el acta la Dirección G. de Sanidad la pondrá en conocimiento de las personas o autoridades indicadas en el art. 47 ya analizado.

De acuerdo con los arts. 53 y 59 los enfermos mentales que se encuentren reclusos sólo podrán salir por dos motivos:

- a) ya sea porque han mejorado o sanado de la anomalía psíquica de que padecían.
- b) o porque son retirados por las personas que los colocaron en dicho establecimiento, por la autoridad respectiva.

En el **primer caso**, para salir del establecimiento es necesario un certificado de la Junta de médicos que declare sano o mejorado al enajenado. Otorgado este certificado deberá cumplirse con otros requisitos que varían según sea la clase de hospitalización. Por ej., podrán salir inmediatamente del manicomio si la hospitalización es espontánea o voluntaria, y si estos enfermos no se encontraren bajo la responsabilidad de otras personas. Pero si se encuentran bajo guarda, la Dirección G. de Sanidad dará aviso a sus representantes para que dentro del plazo de 8 días vayan a retirar a sus enfermos. En conformidad con el art. 56 inciso 2º y 3º, si dentro del plazo indicado no se retirare al enfermo, la dirección del establecimiento, dará aviso al juez de turno en lo civil para que breve y sumariamente proceda a nombrar la persona o institución a quien se entregará el enfermo.

Si la hospitalización fuere de oficio no podrá salir el enajenado sino con permiso de la autoridad respectiva.

En el segundo caso puede salir del establecimiento el alienado, cuando es retirado por la persona que lo colocó o por la autoridad respectiva. Del art. 59 se desprende que si una persona ha sido hospitalizada voluntariamente podrá salir del establecimiento de reclusión, bajo la custodia de la persona que pidió la internación, sin que haya necesidad de que la Junta de médicos lo declare de alta. Pero si se trata de una hospitalización de oficio sólo podrá salir por decreto de la autoridad competente.

Podemos clasificar las salidas en **provisorias y definitivas**. Las primeras pueden extenderse hasta un período no superior a tres meses y pueden decretarse cuando así lo ha solicitado la persona que internó al enfermo, la autoridad respectiva, o cuando es para seguir un tratamiento indicado por el médico que lo atiende, para cuyo efecto se dejará constancia en la observación clínica, comunicándolo al mismo tiempo a la dirección del establecimiento.

Según se deduce del art. 61 cada salida se estampará en un libro ad-hoc, el cual cumplirá con los requisitos del reglamento interno del establecimiento y encargándose la dirección del mismo de comprobar la efectividad del derecho de la persona que solicita la salida. Excepción a esta regla es el art. 62 que en términos generales dice que el Director autorizará la salida de un enfermo mental, sin comunicarla a la Dirección G. de Sanidad, si el médico respectivo deja constancia en la Observación Clínica, de que el individuo es peligroso para el orden social. En tal caso puede la D. General de Sanidad, autorizar la salida adoptando medidas de vigilancia. En otros casos puede ocurrir al juez letrado del departamento, quien resolverá si ha o no lugar al internamiento, al tratarse de un enajenado que perturbe el orden público.

El médico respectivo tendrá la obligación de entregar al enfermo que sale del Manicomio, un certificado, sea en calidad de curado o retirado, y en que de acuerdo con los reglamentos, constará la condición del recluso.

En los casos de salida, fuga o fallecimiento, la Dirección G. de Sanidad deberá dar cuenta a las personas que indica el art. 47.

- 1) Al que solicitó la hospitalización.
- 2) A la autoridad que decretó la internación.
- 3) Al Fiscal de turno de la C. de Apelaciones en las ciudades de asiento de Corte.
- 4) Al Defensor de Menores en que tenga el internado.
- 5) Al gobernador del mismo departamento, quien lo comunicará a la policía. Al tratarse de una fuga se avisará además al jefe de policía local y si se trata del fallecimiento de un extranjero se pondrá en conocimiento de él al Ministerio de Relaciones Exteriores para que lo comunique al representante diplomático respectivo.

En el art. 68 existe un recurso de amparo en favor del enajenado. Al respecto dice: "todo individuo hospitalizado en un manicomio, o cualquiera a su nombre, puede en todo tiempo presentarse a la Dirección G. de Sanidad, pidiéndole se conceda su libertad". Recibida esta solicitud se practicarán las medidas necesarias y se resolverá breve y su-

mariamente sobre ella previa audiencia del Defensor Público si se estimare necesario.

La ley de 1856 en su art. 12 establecía también este recurso, pero con la diferencia que se entablara ante el juez de letras en lo criminal de la provincia donde estaba el establecimiento, quien debía oír al defensor público.

Las disposiciones contenidas en el art. 68 que acabamos de estudiar, concuerdan y a la vez están completadas por los arts. 79, 80 y 81 del Reglamento General porque todos contienen disposiciones relativas a las reclamaciones que pueden hacer los enajenados.

El Título IV, que tiene como epígrafe "Disposiciones Generales", contiene muchas de las disposiciones que hemos analizado en el curso del estudio del Reglamento General, por lo que sólo veremos las que hasta ahora no han sido mencionadas. Así los arts. 69 y 70 al referirse a los gastos que origina la internación de un enfermo mental, determina quienes están obligados a sufragarlos.

El art. 69 reproduce en toda su extensión las disposiciones contenidas en los arts. 176 y 177 del C. Sanitario. En el inciso tercero dispone que si el internado no tuviere de quien reclamar el derecho de alimentación, los gastos serán sufragados por la Municipalidad y en su defecto por el Fisco hasta el momento en que se lleve a cabo la reclusión. Estos enfermos indigentes serán mantenidos y vestidos con los fondos que ingresen a los manicomios.

Si los internados indigentes hubieren sido enviados por una prisión del Estado, la dirección de este establecimiento deberá pagarles la pensión, imputando estos gastos a los fondos que se hayan destinados para el mantenimiento de reos.

En conformidad al art. 70 los enfermos que no sean indigentes deben pagar una pensión que previamente fijará la Junta de Beneficencia para los diversos pensionados que haya en los manicomios. Este pago es obligatorio tanto para los reclusos espontáneamente, voluntariamente o de oficio. Concordando con estas disposiciones está el art. 47 que obliga a las autoridades del domicilio del enajenado o del de los parientes que tienen la obligación de proporcionarle alimentos, a comunicarle a la Dirección G. de Sanidad los datos precisos acerca de quienes están obligados a llevar los gastos que origine el enfermo de acuerdo con los arts. 176 y 178 del C. Sanitario (del año 1925).

Con la vigencia del Reglamento General que analizamos se ha logrado en la mayoría de los casos, aunque no sin dificultad, que los enfermos que tengan personas que les deban alimentos por ley sean colocados en los pensionados correspondientes a su situación económica. En esta forma se ha aliviado a la Beneficencia de la pesada carga de tener que alimentar a tan gran número de asilados.

SITUACION CIVIL DEL ENAJENADO INTERNADO.—Los arts. 71 a 76 del Reglamento General se ocupan de la situación legal del enajenado internado. Así tenemos que el art. 71 dispone en términos generales que, la persona que estuviere en un manicomio público, sin es-

tar previamente en interdicción y sin haber sido colocada bajo patria potestad o potestad marital, se le nombrará un administrador provisorio de sus bienes por el juez civil más antiguo de la ciudad en que estuviere ubicado el manicomio, a pedido del director del mismo, siempre que no lo hubieren solicitado los parientes. En este caso el juez procederá breve y sumariamente oyendo a la Dirección General de Sanidad si lo creyere oportuno. Esta misma disposición estaba contenida en el art. 20 de la Ley de 1856, pero con la diferencia que en esta se imponía la obligación de oír al ministerio público, en cambio en el art. 71 del Reglamento General, es sólo facultativa la audiencia de la Dirección General de Sanidad.

El art. 73 establece que el administrador provisorio debe recaudar lo que fuere necesario para subvenir a los gastos que en el manicomio originare el enfermo.

El art. 74, se refiere al caso de un enajenado que no tuviere curador y no se encontrare bajo patria potestad o potestad marital, y que se vea en la necesidad de actuar en juicio, disponiendo al respecto que en ese caso deberá nombrarse un curador ad-litem, nombrado por el juez más antiguo del lugar, a petición del director del establecimiento o de cualquiera persona de su familia. Este curador no está obligado a confeccionar inventario, sino sólo a dar recibo de los documentos, valores, y demás efectos que se pongan a su disposición para el desempeño de su cargo. Pero una vez terminada la curaduría tendrá que rendir cuenta exacta de la administración en la forma establecida en el art. 495 del C. Civil.

El curador del enajenado cesará inmediatamente de ejercer su cargo, si el enfermo abandonare el manicomio.

El art. 75 estipula que "se aplicarán todas las disposiciones generales sobre curaduría, pero no aquellas que estén en oposición con lo dispuesto en el Reglamento General". Pero esta regla no tiene valor legal alguno, por cuanto el Reglamento General no puede derogar disposiciones contenidas en los arts. del C. Civil, de acuerdo con lo preceptuado en el Derecho Administrativo y Constitucional, principio que es tan conocido de nosotros "un reglamento no puede derogar una ley".

Los actos ejecutados por enajenados internados ya sea en forma voluntaria o de oficio, se tendrán como realizados por un demente interdicto, por lo que habrá que sujetarse a las reglas que para esta clase de personas da el C. Civil. Si estos individuos se encuentran fuera del establecimiento, ya sea por fugas, o por cualquier otra causa transitoria, se considerarán también como enajenados interdictos, siempre que permanezcan en esta situación por un plazo no superior a tres meses según arts. 60 y 67 del Reglamento General. En consecuencia, los actos que ejecuten estos enfermos se tendrán como los realizados por un demente interdicto y por lo tanto serán "nulos aunque se alegue haberlos ejecutado en un intervalo lúcido".

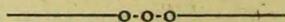
En el art. 83 está contenida la sanción que tendrán las personas que infrinjan a este Reglamento, persiguiéndoseles y castigándoseles de acuerdo con lo dispuesto en el Título XI del C. Sanitario.

El Título Final (de este reglamento) contiene disposiciones de carácter transitorio.

En el art. 1.º establece que la Casa de Orates de Santiago y el Manicomio Avello de Concepción deberán regirse por las estipulaciones contenidas en el Reglamento Orgánico de Beneficencia, mientras se funden los Asilos-Colonias y Hospitales Psiquiátricos, facultando a las Juntas de Beneficencia de dichas ciudades para que establezcan secciones especiales en los Manicomios.

En conformidad a lo dispuesto en el art. 2º del presente título que analizamos, "la Casa de Observación de Insanos" colocada en la Casa de Orates funcionará como sección dependiente de la Dirección Administrativa y Técnica del establecimiento, la cual estará destinada a someter a los enfermos que se presenten voluntariamente o que sean enviados por la autoridad respectiva, a un examen médico detenido del estado de sus facultades psíquicas. La disposición contenida en este artículo sólo durará mientras se crean los establecimientos indicados para este objeto en el art. 26 del Reglamento General. El reconocimiento y examen a que hace alusión el art. 2º que estamos comentando debe hacerse por médicos del establecimiento quienes actuarán como delegados de la Dirección General de Sanidad.

De lo preceptuado en el art. 3º y en concordancia con el art. 11 del mismo Reglamento General fluye que los manicomios particulares que existieren a la fecha de su dictación no podrán seguir funcionando si dentro del plazo de seis meses no solicitaren autorización a la Dirección General Asistencia Social. Además a contar de la publicación del mismo se le concedió a dicha dirección la facultad de ejercer todas las atribuciones que le confiere el C. Sanitario, en los hospitales particulares.



Actualmente el sistema de Manicomios en Chile se encuentra radicado sólo en Santiago, porque el Asilo Avello de Concepción fué clausurado en 1928. No está demás decir que un hecho verdaderamente lamentable el que los enfermos tengan que venir desde los diferentes puntos del territorio del país a curarse a Santiago, cuando el mismo viaje, muchas veces de más de un día de duración, es altamente perjudicial para su salud y muchos de ellos, en ciertas ocasiones, han tenido que devolverse a sus casas porque no hay local en que recibirlos. Debido a esta apremiosa necesidad de ampliar los servicios, en Valparaíso se ha habilitado el Hospital de Viña del Mar para recibir a estos enfermos. Al principio se hizo en forma transitoria, pero parece que ahora ya ha quedado como un establecimiento de carácter permanente.

El Manicomio de Santiago consta de varios establecimientos bajo una sola dirección, teniendo como autoridad la Honorable Junta de Beneficencia de Santiago.

- 1.º Casa Central.
- 2.º Open Door.
- 3.º Quinta Bella.

4.º Asilo de Temperancia.

La Casa Central, es un hospicio psiquiátrico en que hay internados de ambos sexos, con pensionado de 1.ª, 2.ª, y 3.ª clase.

El Open Door, situado en el fundo "El Peral", fué creado en el año 1928. Es una colonia agrícola y constituye uno de los mejores acieros de nuestro país en el sentido de mejorar la situación del enajenado.

La Quinta Bella, es otra colonia agrícola ubicada a tres Kms. de la Casa Central, para el lado Norte de Santiago. En la actualidad contiene más de cien internados, los que se han costeado por sí mismos su instalación y financiamiento, con sólo los productos de la tierra que cultivan.

El Asilo de Temperancia, es un establecimiento anexo a la Casa de Orates, (Casa Central) mientras se construye un local especial para el "Instituto de Reeducción Mental" creado por la ley de Alcoholes N.º 1515 del año 1902.

En la actualidad se siente la necesidad de crear más establecimientos, para poder servir a todos los enajenados que existen en el país, ya que hay muchos de ellos que no pueden seguir un tratamiento adecuado debido a que el Manicomio sólo permite la entrada en forma muy limitada.

En el presente capítulo nos hemos referido en varias ocasiones al Código Long o Código Sanitario de 1925. Ahora haremos una muy breve exposición de algunos de los principales adelantos que, tanto éste como el C. Sanitario actual, han introducido en nuestra legislación.

El Código Long, fué promulgado por Decreto Ley N.º 602 de 13 de Octubre de 1925. a) en él encontramos la primera definición de enajenados mentales, definición bastante aceptable a la cual ya nos hemos referido anteriormente.

b) Reforma el art. 1 N.º 4 de la Ley de Locos, al establecer las medidas tendientes a evitar que los individuos enajenados incurran en la comisión de delitos.

c) Referente a los gastos de manutención de insanos indigentes, y a los ocasionados por el traslado de un individuo de su prisión al Manicomio, introduce reformas apreciables.

d) Otorga amplias facultades al Director General de Sanidad, para así evitar las dificultades que se puedan suscitar en la internación de enajenados, adoptando medidas de gran eficacia para prevenir las arbitrariedades que puedan producirse.

e) En lo concerniente a las salidas de los dementes sanados, de los Manicomios, modifica la Ley de Casas de Locos de 1858.

El Código Sanitario actual, fué aprobado por Decreto con F. de Ley N.º 226 de 29 de Mayo de 1931. Consta de cuatro libros.

I.—Organización y Dirección de los Servicios de Sanidad.

II.—De la Profilaxia.

III.—De la Profilaxia Sanitaria Internacional.

IV.—Policía Sanitaria.

Este Código sólo se refiere a los enajenados en el art. 272 del título VIII del Libro IV titulado "Disposiciones Transitorias" que dice: "La observación, reclusión, permanencia, y salida de los alienados corresponderá a la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social". Con anterioridad a este código, el del año 25 y el Reglamento General daban ingerencia de esto a la Dirección G. de Sanidad. Actualmente las facultades recientemente mencionadas corresponden a la Dirección de Beneficencia y Asistencia Social, subsanando en esta forma la falta que se había cometido al confundir las atribuciones que le corresponden a la Higiene Pública con las de la Asistencia Social.

En al art. 273 se establece que "quedarán derogadas aún en la parte que no le fueren contrarias, todas las disposiciones legales preexistentes que versen sobre materias que en este Código se tratan y los reglamentos sólo en la parte que fueren contrarios a dichas disposiciones".

Deduciendo de esta disposición vemos que el Reglamento General no ha sido derogado y únicamente se ha cambiado el rol que correspondía a la Dirección G. de Sanidad otorgándosele a la Dirección G. de Beneficencia y Asistencia Social como ya lo habíamos dicho.

Además como en el Reglamento General se reproducen algunos arts. del Código Sanitario del año 1925, resulta que el título V de dicho código aún se encuentra vigente. Así tenemos que el art. 16 reproduce en toda su extensión al art. 172 inciso 2 del anterior código.

El art. 37 del Código actual faculta a la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social para ejercer todas las facultades que le confiere el art. 180 del Código Long en los casos estipulados por el art. 174 del mismo código.

LISTA DE AUTORES CONSULTADOS.

- CUELLO CALLON.—“Criminalidad Infantil y Juvenil”, Barcelona, 1934.
- CODET ENRIQUE.—“Psiquiatría”, Barcelona, 1928.
- DENNY.—“La démence Précoce”, París, 1921.
- DIDE Y GUIRAUD.—“Psiquiatría del Médico Práctico”, Barcelona, 1922.
- DUMAS GEORGES.—“Traité de Psychologie”, Alcan, París, 1924.
- ESQUIROL.—“Des Maladies Mentales”, París, 1838.
- GOBLOT EDMOND.—“Le Vocabulaire Philosophique”, París, 1901.
- GRUHLE HANS.—“La Psiquiatría para el Médico Práctico”, Barcelona, 1925.
- GRASSET.—“Semi-locos y semi-responsables”, Madrid, 1908.
- INGENIEROS.—“Clasificación de los delincuentes según su psicopatología, Buenos Aires, 1911.
- JANET PIERRE.—“L’Etat Mental des Hystériques”, París, 1911.
“Les obsessions et la psychasténie”, París, 1908.
- KRAEPELIN.—“Psychiatrie”, Leipzig, 1893.
“Psychiatrie”, Leipzig, 1915.
- KRAFFT-EBBING.—“Medicina Legal”, Madrid, s/f.
- LALANDE ANDRE.—“Vocabulaire de la Philosophie”, París, 1928.
- LANGE JOHANNES.—“Psiquiatría para el Médico General”, Madrid, 1935.
- LEVY-VALENSI.—“Psiquiatría”, Barcelona, 1930.
- LOMBROSO CESAR.—“L’homme criminel”, París, s/f.
“Medicina Legal”, Madrid, s/f.
- MASSELON RENE.—“La Démence Précoce”, París, 1904.
- MATA PEDRO.—“Tratado de Medicina y Cirugía Legal”, Madrid, 1857.
- MORA CARLOS FEDERICO.—“Manual de Medicina Forense”, Guatemala, 1934.
- NIETO GREGORIO.—“Ideas sobre Psiquiatría Forense”, Madrid, 1934.
- REY ABEL.—“Lógica”, Edición de la Lectura, Madrid, s/f. z z z
- REGIS E.—“Précis de Psychiatrie”, París, 1923.
- ROGUES DE FURSAC J.—“Manual de Psiquiatría”, Valencia, 1921.
- SOLLIER ET COURBON.—“Pratique sémiologique des maladies mentales”, Masson et Cie., París, 1924.
- SMITH SIDNEY.—“Medicina Forense”, Barcelona, 1926.
- SALDAÑA QUINTILIANO.—“La Psiquiatría y el Código”, Madrid, 1925.
- THOINOT L.—“Medicina Legal”, Barcelona, 1927.
- WEYGANDT.—“Psiquiatría Forense”, Barcelona, C. Labor, 1928.
- CODIGOS.—“Civil y Penal”.
- CODIGO SANITARIO DE 1925.
- D. F. L. N.º 226 de Mayo de 1931.
- REGLAMENTO GENERAL “para la organización y atención de los servicios de salubridad mental, hospitalización y reclusión de insanos”. de 26 de Enero de 1927.
- Datos tomados en las clases de Psiquiatría del Doctor FONTECILLA.



INDICE

| | |
|--|-----|
| CAPITULO I.—HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES | 7 |
| Epoca Primitiva.— Epoca Antigua.— Epoca de Transición.— Epoca Moderna. | |
| CAPITULO II.—DEFINICION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES | 13 |
| CAPITULO III.—EIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES | 17 |
| A.—Antes del nacimiento. B.—Después del nacimiento. | |
| CAPITULO IV.—SINTOMATOLOGIA | 23 |
| I.—Perturbaciones Psíquicas. A.—Perturbaciones de la Idea- ción. B.—Perturbaciones de las Percepciones. C.—Perturba- ciones de la afectividad. D.—Perturbaciones de la conciencia y de la personalidad. E.—Perturbaciones de la Actividad. | |
| II.—Perturbaciones Físicas. A.—Perturbaciones del sistema nervioso. B.—Perturbaciones del sueño. C.—Perturbaciones de las funciones orgánicas. | |
| CAPITULO V.—CLASIFICACION Y ESTUDIO DE LAS EN- FERMEDADES MENTALES | 42 |
| 1.—Enfermedades mentales Orgánicas. A.— Enfermedades mentales orgánicas Permanentes. I.—Grupo Oligofrénico. a) Idiotez; b) Imbecilidad; c) Debilidad mental. II.— Epi- lepsia. III.—Parálisis General. IV.—Demencias. Enfermedades Transitorias. I.—Confusión mental. II.—Enfermedades Toxi- infecciosas. III.—Neurastenia. | |
| 2.—Enfermedades mentales Funcionales. I.—Estados Mania- co-Depresivos. II.—La Psicastenia. III.—La Locura Moral. IV.—La Histeria. V.—La Paranoia. | |
| CAPITULO VI.—LA DEMENCIA PRECOZ | 88 |
| Definición, Etiología. Caracteres Generales. Variedades de la Demencia Precoz. Forma Simple, Hebefrénica, Catatónica y Paranoidea. Evolución de la Demencia Precoz. Consideracio- nes Jurídicas. | |
| CAPITULO VII.—LA INTERDICCION DE LOS ENAJENA- DOS MENTALES | 102 |
| CAPITULO VIII.—DISPOSICIONES GENERALES QUE RI- GEN LA INTERNACION DE LOS ENAJENADOS MEN- TALES | 112 |

BIBLIOT

Tesis

C824em

AUTOR Correa Sanchez, Blanca

1937

c.2

TITULO De las enfermedades mentales en general y en particular ...

| FECHA DE DEVOLUCION | LECTOR | FECHA DE DEVOLUCION | LECTOR |
|---------------------|--------|---------------------|--------|
| | | | |

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE DERECHO
BIBLIOTECA CENTRAL
CASILLA DE SANTIAGO 22
CHILE