

Asilos de Enajenados

MEMORIA DE PRUEBA
para optar al grado de licenciado en la facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile

INES VASQUEZ SANTIAGO

1935

DIRECCION GENERAL DE PRISIONES
IMPRESA DE LA CARCEL
VALPARAISO

1-516282

TUCH DEB
V 335ae
1935
c.2

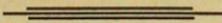
Asilos de Enajenados



MEMORIA DE PRUEBA
para optar al grado de licenciado en la facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile

INES VASQUEZ SANTIAGO

1935



003714

DIRECCION GENERAL DE PRISIONES
IMPRENTA DE LA CARCEL
VALPARAISO



26-III-36.
Afectuosamente a mi
distinguido y respetado
profesor don Pedro Pineda R.
Jesús Vázquez S.

Dedicada a mis Padres

PREFACIO

La Asistencia Social en nuestro país, plena de iniciativas y de esfuerzos en bien de la colectividad, anhelosa de conservar la salud de sus habitantes y prolongar el máximo posible la existencia humana, no ha dado verdadera importancia a un problema social que día a día se nos presenta en forma más alarmante: la atención de los enajenados.

Y no solamente la Asistencia Social ha descuidado la solución de este grave problema: nuestros legisladores, nuestros gobernantes y la sociedad misma, observan impasible esos infelices que en nuestras calles, mas a menudo de lo que corresponde a un país civilizado, ponen una nota de estremecimiento, de temor y de conmiseración.

La capacidad de los manicomios con que cuenta el país no alcanza para atender el 40% de los enfermos mentales, quedando el resto a la merced de su propia suerte, constituyendo un verdadero peligro para la sociedad, cuyas trágicas consecuencias nos relata a veces la prensa con caracteres espeluznantes.

Y al mencionar un 60% no atendido ni asilado, ignoramos cual es, en verdad, la cifra efectiva de los enfermos mentales no diagnosticados que en la vida diaria deambulan, llevando sobre si la tara de una mentalidad desviada.

Si este estudio lograra atraer la atención de las autoridades a quienes corresponde solucionar este problema, grande satisfacción experimentaríamos quien, al acercarse a conocerlo, al visitar los asilos de enajenados, al estudiar su legislación y los recursos económicos que le concede el Estado, al oír la opinión de distinguidos médicos y abogados especialistas ha podido comprender que es obra de patriotismo prestarle la cooperación que requiere.

Santiago, Mayo 25 de 1935.

SEÑOR DECANO:

Tengo el agrado de informar la Memoria de Prueba, intitulada "Asilos de Enagenados," que presenta la señorita Inés Vásquez Santiago para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile.

El trabajo de la señorita Vásquez está dividido en seis capítulos, en los cuales, después de una reseña histórica sobre la materia estudia los diversos sistemas para tratar a los enagenados y examina la legislación que ha existido y existe entre nosotros al respecto; en el último formula varias conclusiones de mucho valor práctico.

La materia está tratada en forma muy interesante y con cierta amplitud, ya que la autora no se limita a estudiar aquello que tiene relación íntima y directa con el título de su trabajo, sino que se extiende a otros puntos, que si bien no tienen conexión necesaria con el tema central, están relacionados con él y le prestan mayor interés. Así sucede, por ejemplo, con el párrafo 2 del capítulo III, en el que hace un estudio claro y breve de las doctrinas que determinan la responsabilidad criminal de los enagenados.

Los capítulos más interesantes de la Memoria son los tres últimos.

El capítulo IV se refiere a los sistemas modernos de tratamientos de los enagenados, sistemas que aparecen estudiados casi en detalle, anotándose sus ventajas e inconvenientes.

El capítulo V trata de la legislación sanitaria en vigencia. En él la señorita Vásquez hace una relación de las disposiciones legal y reglamentarias que rigen sobre la materia. Sin duda que habría sido conveniente dar mayor sistematización a esta parte de la Memoria pues el "Reglamento General para la Organización y Atención de los Servicios de Salubridad Mental y Hospitalización y Reclusión de Insanos" es estudiado en el orden de su articulado. Preferible hubiera sido, mirada la cuestión desde un punto de vista científico, agrupar sus disposiciones atendiendo a la clase de enfermos, de establecimientos, o a otros aspectos a que él se refiere.

El capítulo VI estudia la situación existente en Chile y la necesidad de su reforma. Es, sin duda, el más interesante y de mayor importancia práctica, pues su autora consigna en él las conclusiones a que llega al terminar su trabajo.

Dichas conclusiones son precisas y guardan entre sí una debida armonía, lo que hace que el trabajo de la señorita Vásquez signifique una contribución apreciable para solucionar el problema de los enagenados mentales y su reclusión. Cabe hacer notar especialmente la del N.º 5, por la indiscutible importancia que ella presenta para los ex—alienados y para la colectividad en general.

Finalmente, considero necesario dejar constancia de la claridad y buena redacción que distinguen a esta Memoria, cualidades que realzan su mérito.

El Director que suscribe aprueba el trabajo de la señorita Inés Vásquez Santiago con nota de distinción.

Saluda atentamente al señor Decano.

GUSTAVO LABATUT G.

Director del Seminario de Derecho
Penal y Medicina Legal

INDICE

Pág.

Prefacio	5
----------------	---

CAPITULO PRIMERO

RESEÑA HISTORICA ACERCA DE LOS ASILOS DE INSANOS

1) En la Antigüedad	13
2) Durante la Edad Media.....	13
3) Primitiva legislación manicomial en Inglaterra.....	14
En Francia.....	14
4) La Cruzada de Pinel y su resultado.....	17
5) Primeras medidas adoptadas en defensa de los enajenados mentales en América: a) en Uruguay.....	21
b) en Chile.....	22
6) Situación actual en Estados Unidos.....	22

CAPITULO SEGUNDO

LEY DE CASAS DE LOCOS

Comentarios a la Ley.....	25
Dudas suscitadas acerca de si esta Ley había sido o no derogada por el Código Civil.....	25

CAPITULO TERCERO

DISPOSICIONES LEGALES RELATIVAS A LOS ENAJENADOS MENTALES

1) Medidas legislativas sobre la salud y custodia del insano contenidas en el Código Civil.....	31
2) En el Código Penal:	
a) Doctrina de la irresponsabilidad.....	33
b) Doctrina de la semi-responsabilidad o responsabilidad variable	34
c) Doctrina relativa a los monomaniacos o de la responsabilidad circunscrita	35
d) Peligrosidad o temibilidad.....	35
e) Locura sobreviniente.....	37

CAPITULO CUARTO

SISTEMAS MODERNOS DE TRATAMIENTO DE ENAJENADOS

1) Clasificación de sistemas.....	39
2) Sistema Claustral o Manicomio propiamente dicho.....	39
3) Sistema Colonial:	
a) Colonias Industriales	42

	Pág.
b) Colonias Agrícolas.....	43
c) Trabajo de los enajenados mentales en los asilos-colonias.....	45
4) Patronato Familiar:	
a) Colonia Familiar.....	46
b) Asistencia individual en la propia casa del enfermo o en otra particular.....	49
5) Sistema Mixto.....	50
Importancia de estos distintos medios de asistencia de enajenados.....	51
6) Sistema Libre.....	51
Psico-análisis de Freud.....	52

CAPITULO QUINTO

LEGISLACION SANITARIA

1) Comentarios al Código Sanitario de Long.....	55
Reformas introducidas por él.....	59
2) Reglamento General para la Organización y atención de los Servicios de Salubridad Mental y Hospitalización y Reclusión de Insanos.....	61
Procedimiento empleado en la práctica, para hospitalizar a un enajenado mental.....	80
3) Actual Código Sanitario.....	82

CAPITULO SEXTO

SITUACION ACTUAL EN CHILE Y NECESIDAD DE SU REFORMA

1) Casa Central.....	86
2) Open-Door	86
3) Quinta Bella.....	86
4) Asilo de Temperancia.....	86
5) Medidas adoptadas por nuestros gobernantes.....	88
a) Decreto Supremo de 29 de Diciembre de 1928.....	90
b) Implantación del servicio de visitadoras sociales.....	90
c) Ley de Alcoholes 5,231 publicada el 9 de Setiembre de 1933.....	91
6) Conclusiones.....	93
 Bibliografía.....	96

ASILOS DE ENAJENADOS

CAPITULO PRIMERO

"RESEÑA HISTORICA ACERCA DE LOS ASILOS DE INSANOS"

Sumario: 1) En la antigüedad. 2) Durante la Edad Media. 3) Primitiva legislación manicomial en Inglaterra y Francia. 4) La Cruzada de Pinel y su resultado. 5) Primeras medidas adoptadas en defensa de los enajenados mentales en América: a) en Chile y b) en Uruguay. 6) Situación actual en Estados Unidos.

1) Las enajenaciones mentales han sido conocidas desde la antigüedad clásica y, sin embargo, no se tiene noticias de la existencia de manicomios en aquella época. En los templos se hacían curaciones milagrosas de enfermos mentales y a algunas divinidades como las Erynnias o Furias se las creían causantes de la locura y capaces de curarla.

En la legislación romana, según se desprende de algunos textos del Digesto, existía la reclusión para insanos, pero no se ha encontrado en las instituciones hospitalarias del tiempo de Justiniano nada parecido a asilos de enajenados.

Se dice que los árabes fueron los primeros en constituir manicomios con el nombre de "maristam".

2) Estos establecimientos sólo aparecen desde el siglo XIV. Se ha atribuido a Fray Filiberto Jofré en el siglo XV la primera institución manicomial en el año 1409 en la ciudad de Valencia. Pero, se ha comprobado que ya en 1401 se aceptaban en el Hospital de Santa Cruz, sacerdotes dementes.

Los primeros manicomios que se fundaron fueron los siguientes: el de Upsala en 1310, el de Brescia, en 1315, el de Bérgamo en 1321, el de Sevilla en 1436, el de Parma de Mallorca en 1456, el de Toledo en 1483 y por último, el de Valladolid en 1489.

A partir desde el siglo XVI se acentúa la creación de instituciones manicomiales y así tenemos en Francia (Hotel-Dieu, Bicetre, la Salpetriere) en Italia (Milán, Monza y Nápoles) en Alemania (Halle, Berlin, Colonia, Grifswald) en Suiza (Appenzell, Ginebra) en Inglaterra (Bedlam, St. Luke).

Como puede verse, el movimiento de fundación de estos establecimientos tuvo lugar en una misma época en toda la Europa; pero eran muy deficientes, pues carecían en absoluto de carácter científico.

Los enajenados mentales no eran considerados enfermos y fué por este concepto erróneo que sufrieron castigos de todo orden y las consecuencias del encierro, de las cadenas etc., siendo tratados en el mejor de los casos como seres tenebrosos. Los más furiosos eran encerrados en calabozos, otros en conventos, en fortalezas, cuando no eran quemados por brujos o poseídos del demonio; los más tranquilos erraban en libertad, abandonados a las burlas, a las injurias o a la ridícula veneración de sus conciudadanos.

Es preciso leer los artículos de los pensadores y cronistas del siglo XVIII para tener una idea de lo que eran los asilos de otros tiempos. Era algo espantoso y el solo nombre de Bicetre evocaba terror. En aquel inmenso castillo se encerraba en horrible promiscuidad a mendigos, locos, condenados de derecho común, presidiarios en una palabra. En invierno no tenían fuego y en verano les faltaba el aire.

Antes de la Revolución Francesa fué necesario que Madame Necker, la esposa del Ministro del mismo nombre, hiciera dar lechos a los reclusos. Algunos años después, los enfermos del Hospital dirigían una petición al Comité de Salud Pública en la que decían: «Este asilo de la humanidad doliente no es mas que el de la desesperación y de la muerte, resultado espantoso de la miseria y del hambre». Y pensar que era de un establecimiento destinado a curar enfermos del que así hablaban:

3) En el derecho Inglés, la base está en las Leyes 8 y 9 Victoriana c 100 y 16 y 17 Victoriana c 97. Según ellas, en cada condado o ciudad condado, debía mantenerse un establecimiento para locos pobres o peligrosos, incluyendo en estos últimos a los individuos absueltos de un delito por causa de locura, a los procesados que durante la instrucción del proceso resultaban absueltos por la misma causal y, en general, a todos aquellos cuyas circunstancias indicaban que tenían un vicio de la mente con instintos delictuosos.

Como requisito de ingreso, exigían un certificado médico. Establecían la existencia de dos clases de manicomios: Públicos y Privados. Estos últimos requerían para su creación una autorización renovable cada año, y quedaban sujetos a una inspección minuciosa de las autoridades y de una comisión de vigilancia nombrada por el juez de paz, quienes podían ordenar la inmediata libertad de las personas internadas sin motivo suficiente.

Son éstas las principales disposiciones de aquellas leyes, cuya importancia consiste en haber sido las primeras que reglamentaron en Inglaterra las cuestiones relativas a asilos de enajenados.

En Francia la primera ley que tuvo por objeto preservar a las personas de los peligros que pudieran ocasionarse con la libre circulación de los enfermos mentales, fué la del «20 de Agosto de 1796». En uno de sus artículos exigía que cualquiera persona detenida por causa de demencia, debía quedar a disposición de los fiscales, ser interrogada por los jueces, visitada por los médicos, quienes bajo la vigilancia de los directores de distritos, debían informar acerca de la verdadera situación de dichos

enfermos, a fin de que según fuere el resultado de la sentencia que recayere sobre ellos, se les declarara en libertad o se les tratara en los Hospitales que se indicarían. Pero sucedió que éstos nunca se señalaron. Tenía además algunas disposiciones de carácter preventivo, tendientes a evitar que los locos furiosos causaren daño y al efecto señalaban penas muy severas a las personas que facilitaban la salida a alguno de éstos.

«**La Ley del 30 de Junio de 1838**» vino a llenar los vacíos que los juriconsultos habían encontrado en la antigua legislación y hasta en el Código Civil. Fué completada por la Ordenanza Real de 18 de Diciembre de 1839 y por la Circular de 20 de Mayo de 1857. Tiene una importancia trascendental por haberse ocupado de los enajenados mentales, estudiándose desde el punto de vista de interés público y humanitario.

Los principales capítulos de la citada Ley fueron los siguientes: 1) De las reglas para la admisión en establecimientos públicos y privados. 2) «Del estado y capacidad de las personas internadas en algunos de estos asilos». 3) «De los gastos del servicio de enajenados» y 4) «De las condiciones y formalidades prescritas para las salidas de las personas internadas».

En cuanto al primer punto, distinguía dos clases de ingreso: a) de oficio y b) voluntario.

El de oficio tenía lugar en todos aquellos casos en que el estado de alteración mental comprometía el orden público y la seguridad de las personas. Y el segundo, en los de locura inofensiva y, por excepción, en los casos de locura peligrosa, si la autoridad gubernativa no había tomado la iniciativa. Para este último ingreso se exigía una petición que debía contener los siguientes datos: nombre, apellido, profesión y domicilio de la persona cuya internación se pedía; un certificado médico acerca de su estado mental y afirmación de la necesidad de su ingreso en el manicomio; un documento que probare la identidad del enfermo a que se refería el certificado, y por último, la individualización clara y precisa del peticionario que solicitaba la reclusión y su relación o grado de parentesco con el insano.

A los manicomios públicos los ponía bajo la dirección de la autoridad gubernativa y a los privados los sujetaba a la vigilancia de la misma autoridad. Encargaba al prefecto, (o a las personas delegadas por él o por el Ministerio del Interior), al procurador de la República, al Juez Municipal y al Alcalde del ayuntamiento la visita periódica de los manicomios para inspeccionarlos, recibir los reclamos de los interesados y proveer en consecuencia. Exigía autorización del Gobierno para fundar y dirigir un asilo privado debiendo ser aprobados por el Ministerio del Interior los reglamentos interiores de toda clase de establecimientos públicos o privados.

Al tratar de los ingresos voluntarios, la Ley no decía nada sobre si un enajenado en un intervalo lúcido podía pedir su admisión en algún manicomio, justificando su identidad y haciendo constar la enfermedad por certificación facultativa.

Dicho vacío dió origen a dos teorías que al respecto se formularon: 1) Una que sostenía la negativa, diciendo que, así como en el código Civil una persona no podía pedir su propia interdicción, tampoco podía solicitar su admisión en un establecimiento público o privado. 2) La otra doctrina, que contaba con un mayor número de adeptos, ateniéndose más

bien al espíritu del legislador, sostenía que el principal objetivo de la Ley había sido curar a los enfermos mentales y era, por lo tanto, inhumano prohibir al enajenado tomar en interés propio alguna medida para ser admitido en una casa de salud.

En lo concerniente a las reglas y capacidad de las personas colocadas en algún manicomio, se establecía que la situación de los alienados admitidos en un establecimiento público era igual a la condición de los colocados en uno de carácter privado.

En otras de sus disposiciones la Ley protegía a las personas y bienes de los reclusos, e instituía al efecto el nombramiento de un curador y un administrador provisional para cada enfermo. Así, en su art. 39 disponía que, admitido el enajenado en un establecimiento público o privado, las comisiones administrativas o de vigilancia de los hospicios o establecimientos públicos de locos, ejercían con respecto de las personas no interdictas, en ellos colocadas, las funciones de administradores provisionales y debían designar a un individuo de su seno para que las ejercieran. Esta administración provisional que la Ley creaba de oficio en los establecimientos no era obligatoria, ni para las comisiones administrativas, quienes podían rehusar su ejercicio, ni tampoco para las familias, la cuales podían solicitar del juez el nombramiento de un administrador provisional. Este funcionario, en todo caso, era independiente del tutor o curador cuya misión era velar por la persona misma del asilado.

Respecto al tercer punto, la Ley establecía que los gastos de sostenimiento, permanencia y tratamiento de los insanos debían ser costeados por ellos mismos, o en su defecto, por las personas a quienes les podían exigir alimento de conformidad al artículo 205 del C. Civil y siguientes. En caso de controversia debía resolver el asunto el Tribunal competente a petición del administrador designado.

Fijaba los gastos de la manera siguiente: a) Los de los enfermos colocados en establecimientos públicos, se regulaban con arreglo de una tarifa aprobada por el prefecto y b) Los gastos de los reclusos en establecimientos privados se determinaban en conformidad al arancel fijado por el departamento.

Por último, en lo referente a las condiciones y formalidades prescritas para la salida de las personas internadas, la Ley exigía una declaración de los médicos del establecimiento de que el enfermo estaba completamente restablecido. La salida podía efectuarse de tres maneras, a saber:

a) **Por orden de autoridad gubernativa.**— El prefecto podía ordenarla inmediatamente, si se trataba de personas colocadas voluntariamente en algún manicomio público o privado. En el Código Penal se contemplaban severas penas para los jefes, directores y representantes que retuvieran a una persona colocada en algún asilo de insanos habiéndose ordenado su libertad.

b) **Por orden de autoridad judicial.**— La Ley facultaba a cualquiera persona reclusa en un establecimiento de enajenados mentales o a su tutor, si ésta era menor, o a su curador o algún pariente o amigo para dirigirse sea cual fuere la época, al Tribunal del lugar en que estaba radicado el establecimiento y solicitar dicha salida. El juez podía acceder a ello, si así lo estimaba conveniente una vez rendidas las pruebas necesarias.

Esta petición podía ser formulada además por las personas que

habían solicitado el ingreso, por el fiscal real, de oficio, y, en caso de interdicción, por el tutor del interdicto.

La reclamación que había sido rechazada por un tribunal podía repetirse por la misma persona o por otra.

c) **Por petición formulada por particulares.**— La Ley contemplaba dos situaciones: o la persona detenida era un mayor de edad no interdicto o un individuo menor interdicto. En el primer caso este derecho le correspondía a las siguientes personas, en el orden que a continuación se indica: 1) Al curador nombrado; 2) al cónyuge; 3) a los ascendientes directos; 4) a los descendientes; 5) al que hubiera firmado la solicitud de admisión y 6) a toda persona autorizada por el Consejo de familia.

Sin embargo, este derecho no podían ejercerlo los hermanos ni las hermanas, salvo que estuvieren autorizados por el Consejo de familia o que ellos hubieren solicitado la admisión.

Se podían deducir algunas excepciones a la petición y ser, por consiguiente, paralizada, pero no siempre sino en estos casos: a) la de un ascendiente podía ser paralizada por la de otro ascendiente; b) la de un descendiente por la de otro descendiente y c) finalmente la de un pariente podía paralizar la del que había solicitado la admisión.

Tratándose de un menor, solamente su tutor podía formular la petición para obtener la salida de aquél del establecimiento.

La Ley del 30 de Junio de 1838 que se acaba de analizar fué la primera que en el mundo reglamentó el servicio de manicomios. Garantizó la libertad individual, estableciendo prudentes precauciones para poder ingresar a los asilos (condiciones y requisitos que se exponen más adelante).

El Código Civil autorizaba la interdicción sólo para las personas cuyo estado habitual era la demencia, imbecilidad y el furor; pero según las costumbres de aquel tiempo, los deudos de un enajenado mental trataban por todos los medios posibles de ocultar la enfermedad, y como la interdicción requería la publicidad, para evitarla las familias hacían ingresar a sus parientes, atacados de alteraciones mentales, en establecimientos destinados a las curaciones de otras enfermedades.

A fin de impedir estas arbitrariedades y conseguir la completa mejoría de los insanos, la Ley de 1838 facultó a las familias para retener en sus casas a los enajenados que no comprometían el orden público ni la seguridad de las personas.

Por último, protegió la persona misma del insano recluso, no consintiendo en ningún caso que su curador fuere elegido entre los parientes herederos, pues el interés de éste en tal caso podría ser el de hacer grandes economías en perjuicio del enfermo.

4) La evolución de la psiquiatría ha pasado en su desarrollo por diversos períodos que han salpicado su historia con episodios de gran interés.

Los primeros hombres cuyos nombres venera hasta hoy la historia psiquiatra y que removieron el concepto erróneo de considerar a los pacientes mentales como poseídos del demonio, sufrieron la incompreensión de sus conciudadanos, cuando nó la amenaza de sus gobernantes, que estimaron tendenciosos los nuevos rumbos de la orientación científica.

De entre esos hombres, resalta por sobre todo la figura de **Felipe Pinel**, médico de Bicetre en Francia. Más que un doctor ilustre, fué un

gran filántropo a quien jamás se honrará lo bastante por la reforma que ha inmortalizado su nombre.

Para darse cuenta de los progresos que él ha realizado, no hay más que recordar como se trataba antiguamente a los enajenados mentales en los hospitales.

Así en Francia, a pesar de las innovaciones llevadas a cabo por Luis XVI, los Hospitales de la capital estaban en una barbarie deplorable. El que presentaba el aspecto más triste era la casa de Bicetre. Allí estaban confundidos el vicio, el crimen, la desgracia, los achaques, las enfermedades más repugnantes etc. Los hombres yacían en el fango, en piezas estrechas, (construidas de piedras), frías, húmedas, privadas de aire y luz; provistas solamente de un lecho de paja que raramente renovaban Covachas infectas en las cuales actualmente se haría escrúpulo colocar a los animales. Los reclusos quedaban a la merced de sus achaques y enfermedades.

Estos desgraciados eran cargados de cadenas y entregados sin defensa a la terquedad de sus guardianes.

Se podría escribir una historia siniestra si se quisiera reflejar la del Hospital de Bicetre. Fué allí donde se ensayó la primera guillotina. Esta máquina había funcionado en Italia en el siglo XV y se le llamaba la "manaja"; la había perfeccionado un alemán llamado Schmidt. Pero en Francia, ya el mariscal de Montmorency había sido decapitado en Tolosa con una máquina de cortar cabezas. Fué construído un mecanismo de acuerdo con las indicaciones del médico Guillotin y se ensayó en el "Hospital de Bicetre".

Contra todo ésto, se reveló Pinel. No sin trabajo consiguió demostrar que la locura era una enfermedad y no un crimen; tropezó con prejuicios; pero triunfó.

Así, apenas nombrado médico de Bicetre en 1793, en la más fuerte de las tormentas revolucionarias, Pinel pensó en la forma como remediar una situación semejante. La violencia, la tortura hasta entonces empleadas, trató de sustituirlas por procedimientos en donde la justicia fuere moderada por la bondad. Obtuvo autorización para libertar de las amarras y cadenas a muchos infelices, aunque por este motivo y bajo el gobierno de Robespierre, sufrió constantes amenazas y acusaciones del Tribunal Revolucionario de aquella época por pretender engañarlos y procurar ocultar bajo el manto de demencias, a personas enemigas del pueblo.

Pinel fué, en verdad, un genio pues llegó a considerar a los enfermos mentales como tales, les cortó sus cadenas, les dió libertad y los colocó en un ambiente humano, no dejándolos martirizar en un calabozo.

Después de residir en Bicetre; fué nombrado en la Salpetriere, donde reinaban los mismos abusos.

Este médico, no aplicó su sistema uniformemente a todas las enfermedades, porque él sabía mejor que nadie que el "sistema de curación" requiere una gran variedad en los métodos. No a todos los enfermos se les puede aplicar el mismo tratamiento, depende éste especialmente de la causa y forma de enajenación.

Obtuvo así curaciones maravillosas. En Bicetre el más terrible de

todos los enajenados era un viejo capitán inglés (1) que estaba encadenado desde hacía cuarenta años. Nadie sabía de donde había venido ni cual era su historia, pero sí sabían que era temible y que un día con sus esposas de hierro, había dado muerte a un guardián. Pinel le habló suavemente y le hizo prometer que se estaría quieto o tranquilo y no haría mal a nadie si le retiraban los grillos y lo sacaban al patio. La única condición era que se le pondría el chaleco de fuerza. El loco consintió. Se le abrió la puerta de la celda. Asombrado fué hacia la luz, hacia el día. Vió el cielo que no contemplaba desde hacía cuarenta años. Se dice que un poco deslumbrado al principio, embriagado de luz, tambaleándose como un hombre ebrio, exclamó; ¡que hermoso día! Y durante varias horas corrió por el asilo, mirando el cielo, subiendo y bajando las escaleras, feliz de hacer funcionar los músculos de sus miembros, gritaba: Que hermoso, que bueno. Por la noche entró solo a su vieja celda, donde se le había preparado una buena cama. Y se mejoró. Durante años permaneció libre en Bicetre y llegó a ser guardián del establecimiento.

Gracias a Pinel, en algunos días se pudo poner en libertad cerca de cuarenta enfermos. Antes en Bicetre los reclusos, especialmente los locos furiosos, rompían todo, hacían pedazos sus escudillas y no se oía más que rugidos de fiera en acecho. Con el método de este médico, se logró la calma y aquel infierno se convirtió en un Hospital.

Doce años después, Bicetre estaba completamente transformado. Pinel había operado una verdadera revolución. Tenía entonces ciento ochenta camas, salas, baños, duchas para los furiosos, dementes, etc. Los jardines estaban bien cuidados y por ellos paseaban los reclusos. Se instalaron, cosas que jamás se había hecho, aparatos de calefacción para los insanos a fin de que no sufrieran las inclemencias del invierno. Se formó una biblioteca para enfermos mentales y la primera obra fué una recopilación de versos, conteniendo poemas de Racine, de Lamartine y de Victor Hugo, puestos en música por el organista de Bicetre. Más tarde se les habilitó un teatro, donde los menos exaltados eran encargados de representar las obras.

En 1839 Bicetre, tuvo una escuela en la que enseñaba a los enfermos la gramática y las reglas de aritmética. Conciertos, música que es tan útil para curar los nervios, fueron las distracciones ofrecidas a los infelices reclusos.

El arte ha consagrado magníficamente la reforma que el sabio practicante supo dominar bien.

Dos telas de innegable valor le han sido consagradas. La primera, debida al pincel de un pintor histórico Carlos Müller, autor reputado de la Muerte de los Girondinos ha conservado largo tiempo su lugar en la sala de las Ciencias de la Antigüedad Médica, representa al ilustre Doctor Pinel, quitando los grillos a los enajenados mentales, devolviéndoles la libertad. La segunda tela, más moderna, es debida al pincel de Tony-Robert-Fleury; el grabado lo ha popularizado por estar conforme a la realidad.

Pinel marca una verdadera etapa en el estudio de la psiquiatría, pues con él comienzan a hacerse innovaciones en los manicomios de casi todos los países. "En Francia", en 1835, Esquirol había creado ya

(1) Ejemplo tomado de los apuntes de don Juan Andueza L. Profesor de Medicina Legal.

una verdadera clínica psiquiatra, en Charenton. Al propio tiempo se reconoció la necesidad de subdividir los servicios manicomiales. La asistencia familiar se instituyó en Dun-sur-Auron. El patronato de alienados curados comenzó a funcionar en París. Se crearon asilos para niños enfermos mentales gracias a los trabajos de Seguín y Bourneville. La anti-gua Salpêtrière se dedicó sólo al tratamiento de neurópatas. Tanto los manicomios públicos como privados comenzaron lentamente a especializar sus funciones.

“En Inglaterra” comenzó en 1796 el período de renovación del sistema manicomial por iniciativa de Tuke, que consiguió suprimir los escándalos y abusos hasta entonces dominantes. Al mismo tiempo, después de cuatro años de lucha y propaganda, obtuvo la creación del establecimiento denominado Retreat en York, y que sirvió de base para la modernización de estos servicios en los Estados Unidos.

En 1875 Woodlee había practicado ya en propia ciudad el sistema del open door, dejando en cierta libertad a los enfermos tranquilos y abandonando la reclusión como único modelo de tratamiento.

Poco antes, se había iniciado el sistema de construcción por pabellones, aceptándolo en 1870 el Hospicio de dementes en Edimburgo y el manicomio londinense en Santo Tomás en 1871.

En 1876 el manicomio de Glasgow en Charenton adoptó el tipo de una clínica psiquiátrica.

Las celdas que hasta mediados del siglo XIX fueron la regla general, constituyen hoy día la excepción.

“En Alemania” la escuela de Pinel halla adeptos tan ilustres como Jacoby, Reil Martini y Griesinger, quienes consiguieron suprimir el uso sistemático de medios de restricción mecánica. Al mismo tiempo se reforma la institución manicomial, creando dos grandes divisiones; una para enfermos curables o heilanstalten y otra para incurables. Entre los establecimientos del primer grupo, pueden citarse; Sonnestein (1811) Sachsenberg (1830) Greifswald (1834) Winnental (1836) y entre los del segundo, Brieg (1820) Coldit (1829,) etc.

Sin embargo, debido a la dificultad de observar esta división en la práctica y a lo arbitrario de ella, se crearon pronto los manicomios de tipo mixto como Echberg (1850) y Wehlau (1852).

El sistema de asistencia familiar y de colonias comienza en 1860.

Los manicomios alemanes pueden citarse como modelo tanto por la organización de las clínicas psiquiátricas como por lo perfecto de sus servicios.

Como puede verse, el resultado de la Cruzada de Pinel ha sido grandioso, principalmente en los países a que nos hemos referido en particular, como Francia, Inglaterra y Alemania.

Con el “sistema de libertad” implantado por este célebre médico, empezó el período de reorganización manicomial. Gracias a él, en pocos años la medicina mental fué transformada. Un concepto muy diferente se formó acerca de los enajenados mentales y en consecuencia, se les aplicó un tratamiento racional y humano.

La primera medida que se adoptó fué sacar a estos enfermos de los lugares de detención o de las cárceles y construir para ellos establecimientos especiales donde un personal médico y enfermeros están destinados a su atención.

Se dictaron leyes tendientes a protegerlos y así, actualmente en casi todos los países, existen instituciones cuyo principal objeto es velar por la persona y bienes del insano.

Los antiguos carceleros considerados hasta la época de Pinel por los reclusos como sus mayores enemigos, han sido sustituidos por un personal de enfermeros capaz y dignos de su gran misión, dotados de una preparación adquirida en escuelas especiales y sometidos en algunos países, vgr Estados Unidos, a leyes y reglamentos especiales.

En realidad, Pinel fué un genio médico. En el fondo su sistema era bien sencillo: "No hay que dejar a los locos abandonados a sus ideas fijas ni ejercer contra ellos la fuerza". Han sido necesario siglos para convencerse de esta verdad elemental: "El enajenado mental es un enfermo a quien es preciso tratar con suavidad".

5) Pasando a América, antes de tratar de la legislación Chilena, diremos algunas palabras sobre las primeras medidas adoptadas en el Uruguay en defensa de los enajenados.

Hasta el año 1822, éstos vagaban por las calles, amparados por la caridad privada o eran objetos de burlas y malos tratamientos. Cuando cometían alguna falta contra el orden público se les encerraba en oscuros y húmedos calabozos del Cabildo.

En dicha época comenzaron a ser considerados como enfermos, mejoró considerablemente su tratamiento y se creó con tal objeto el "Hospital de Caridad".

La población de estos reclusos fué muy escasa, así en 1826 sólo se contaban ocho enfermos, de los cuales los agitados eran encerrados en tres o cuatro calabozos y a los tranquilos se les empleaba en la limpieza de la casa; en cuanto al cuidado físico y moral, no era solamente un reflejo del de su época, sino que estaba algo atrasado, pues sabemos que la reforma de Pinel data del año 1792.

Debido al empleo de sangrías, purgantes, duchas fuertes, etc., la generalidad de los enfermos en lugar de mejorarse, empeoraban llegando a la demencia, la que importa una abolición completa de la mentalidad y es el último grado de la enajenación mental.

Respecto al tratamiento moral, estaba en pleno vigor la teoría de que "el loco por la pena es cuerdo". Según la variedad de la enfermedad eran objeto de burlas o de temor.

El año 1856 marca la otra etapa importante: se dedica en el mismo Hospital una sección especial para los dementes, con separación de sexos, pero el número de asilados era reducidísimo y el incremento muy lento debido a la falta de costumbre, a la ignorancia sobre la utilidad del Internamiento, al justo terror que inspiraban a las familias el tratamiento que se les daba y a la ineficacia del resultadlo.

En 1860 son trasladados del Hospital de Caridad al Asilo de Vila-dorbó o de Dementes. Allí se mejoró considerablemente la condición de los enfermos, pues gozaron de más libertad, tsuvieron más sol y pudieron dedicarse a algún trabajo que les hizo olvidar sus atormentadas ideas.

En 1880 los reclusos pasaron al Manicomio Nacional, el cual tuvo épocas de verdadera pobreza y así existieron períodos en que los insanos sufrieron frío y hambre. En 1887 por Decreto de 31 de Diciembre de

1886 se organizó la Comisión de Caridad y desde dicha fecha la situación de los enfermos cambió considerablemente.

“En Chile” con anterioridad al 6 de Agosto de 1852, época en que se fundó la “Casa de Orates de Santiago”, los locos, como generalmente se les denomina a los enajenados mentales en nuestra legislación, eran recojidos en los Hospitales y otros establecimientos de beneficencia.

El 31 de Julio de 1856 se dictó la Ley de Casas de Locos, inspirada en la famosa “Ley de Manicomios” promulgada en Francia en 1838 y que, a pesar de las críticas, ha servido de modelo a casi todos los países.

En 1895 se fundó “la Casa de Orates de Concepción” y hasta algunos años después, no existían más que estos dos establecimientos para recluir a los enajenados mentales. Es de imaginarse las dificultades que este corto número y su situación central producían para hacer llegar a ellos los enfermos desde los puntos extremos de la República: Punta Arenas o Arica.

Peor aún era esta situación si se considera que no daban abasto para todos los enfermos que llegaban a ellos, de modo que los que la policía recogía de oficio o a pedido de las familias o de las autoridades, no tenían donde ser asistidos, mucho menos donde ser atendidos profesionalmente, intertanto se les enviaba a la Casa de Orates de Santiago o de Concepción.

Se comprende fácilmente cuanto debían sufrir y que espectáculos darían, en los largos días que duraba un viaje hasta el establecimiento que podía recibirlos.

Todas las enormes distancias que tenían que recorrer sin atención alguna, sin cuidado inteligente, les empeoraba su estado, contraían afecciones físicas y llegaban a veces al término del viaje en condiciones lamentables.

En otros capítulos trataremos detenidamente: “la situación actual en nuestro país y la necesidad de su reforma”.

6) En Estados Unidos, las prisiones médicas como llamaba Pinel a los asilos de insanos, se han modificado de una manera visible y han llegado, al presente, a un alto grado de perfección; así en ese país un establecimiento de enajenados es considerado ante todo como un hospital general; por consiguiente, está dotado de especialistas cuyos trabajos armonizan con las actividades del psiquiatra a fin de alcanzar los éxitos necesarios en la curación de los enfermos. Allí existen salas de fisioterapia con todas las instalaciones para suministrar corrientes eléctricas en sus distintas formas, salas de masaje manual o mecánico, departamentos para tuberculosos, los cuales poseen en su mayoría solarios, salas de hidroterapia científica, etc.

A los enfermos se les recibe en cama, tan luego como ingresan a un Hospital de insanos y allí son examinados por una junta de médicos y bajo todos los puntos de vista.

Cuanto se ha hecho el estudio y está todo listo para la iniciación del tratamiento, antes de dejar la cama ya tiene el paciente iniciado un lugar en la actividad de la terapéutica ocupacional, para evitar la ociosidad que es una de las causas que se considera de mayor perjuicio y daño en el mejoramiento de un enfermo mental. La mayoría de los psiquiatras

opinan que si los pacientes son tratados durante los primeros tres meses contados desde la aparición de sus síntomas mentales, generalmente se cura un tercio de ellos y aún agregan que tomando en cuenta el porcentaje de mejorías en un Hospital General resulta que éste es igual al obtenido en un "moderno asilo de enajenados mentales".

No solamente se ha avanzado en la esmerada atención que el médico debe prestar al paciente y en el copioso arsenal científico de que puede disponer, sino también en las cuestiones referente al personal.

Se ha comprobado que los médicos para triunfar en la restauración de la salud de sus pacientes necesitan de un firme y eficiente apoyo en sus cooperadores: "los enfermeros".

Con este objeto, el Gobierno federal ha dictado reglamentos especiales. Para ejercer dicha profesión se requiere una preparación de tres años, durante los cuales se les enseña no en un sentido teórico, sino práctico, dándosele suma importancia a los procedimientos que se denominan "standar", o en otros términos, al *modus operandum* de cada uno. Para obtener cargos de alguna responsabilidad dentro de un Manicomio deben finalizar sus estudios, haciendo tres meses de educación psiquiatra, cursos que les son dados para llenar cuatro objetivos principales, a saber:

- 1) Que las actividades psíquicas de nuestra mente son una expresión de nuestro organismo entero y no sólo funciones del cerebro.
- 2) Que los síntomas de las enfermedades mentales no son sino una exageración de los mecanismo mentales normales de los individuos.
- 3) Que el enfermero debe salir psicológicamente del medio ambiente y remover los prejuicios erróneos que tiene el público acerca de los enajenados mentales y
- 4) Que a los enajenados debe tratárseles con simpatía, tacto y entendimiento.

Desde el comienzo de sus lecciones los enfermeros son advertidos de la prohibición que existe de tratar de "locos" a los pacientes, por cuanto los primeros pasos hacia la curación son dados en el sentido de hacerles olvidar su estado mental alterado y convencerlos de que en realidad sufren simplemente de otra afección orgánica que al efecto se estudia.

Aparte de ésto, existen dos cursos de instrucción para el personal: uno de dos años para los ayudantes de los enfermeros y otro de tres meses repetidos tres veces en el año para el resto de los empleados del Hospital, considerando en esta última medida que "todo empleado del establecimiento" deberá estar durante algún tiempo en relación directa o indirecta con algún enfermo, tratándose de hombre a hombre, sin tomar en cuenta para nada su estado mental.

En los casos que el resultado de estos métodos de curación no fuere satisfactorio, debe intervenir el cuerpo de enfermeras visitadoras sociales a fin de conseguir la reeducación mental del paciente o simplemente su readaptación social.

Capítulo Segundo

“LEY DE CASAS DE LOCOS”

En Chile la primera Ley que reglamentó la situación de los enajenados mentales y que adoptó medidas para su secuestro, fué la del 31 de Julio de 1856, inspirada en la francesa del año 1838.

Contenía disposiciones destinadas a garantizar la libertad individual y a proteger al insano contra las reclusiones arbitrarias, reglamentando la admisión y salida de ellos. Constaba de treinta y cinco artículos.

“El título primero” trataba de la colocación de los locos, (usando esta palabra en el sentido de enajenados mentales) en los asilos destinados a su curación o guarda. Consagraba allí la regla general de que ninguna persona podía ser recluida como demente en dichos establecimientos sino en los casos expresamente señalados por ella misma. De las diversas disposiciones del artículo primero se deducía que la reclusión podía efectuarse de dos maneras: 1) Por orden de autoridad judicial, o 2) Por resolución administrativa.

“Por decreto judicial” tenía lugar en los siguientes casos:

a) Si un loco o demente se hallaba bajo interdicción, de conformidad al artículo 466 del C. Civil, a solicitud del curador o de cualquiera persona del pueblo se podía obtener autorización judicial para recluirlo en un asilo de enfermos de esa naturaleza.

b) Tratándose de un preso enjuiciado criminalmente o preso por deuda que caía en enajenación y era reconocido y declarado en ese mismo estado, el Juez que había conocido de la causa, podía ordenar su traslado a un asilo de enajenados. (Art. I.—N.º 5). Esta disposición de la Ley fué derogada por el artículo 81 del C. Penal que estableció:

1) Cuando la locura o demencia sobrevenga antes de pronunciarse la sentencia de término, se suspenderán los efectos de ésta sin aplicarse al reo pena alguna corporal hasta que recobre la razón, observándose lo que para tales casos determine el Código de Procedimiento;

2) Cuando tenga lugar después de pronunciarse dicha sentencia, si ella le impone pena de crimen, el tribunal dispondrá su traslación a uno de los Hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, y si la pena fuere menor podrá acordar, según las circunstancias, o bien que sea entregado a su familia bajo fianza de custodia y de tenerlo a disposición del mismo tribunal o que se le recluya en un hospital de insanos.

En cualquier tiempo que el loco o demente recobre el juicio se hará efectiva la sentencia; pero si ella le impusiere privación o restricción de

libertad, se imputará a su duración el tiempo de la locura o de la demencia. El inciso 1 de este art. concuerda con el 439 N.º 3 del C. de Procedimiento Penal según el cual se dará lugar al sobreseimiento temporal si el procesado cayera en demencia o locura y mientras ésta dure.

c) El Juez o Tribunal podía decretar la traslación a una casa de locos, tratándose de un enjuiciado a quién se le hubiere imputado un delito y fuere absuelto por razón de demencia. Pero para ordenar dicha internación era indispensable que el magistrado tuviera en vista el resultado del proceso y las circunstancias justificadas de la locura. (Art. 1. N.º 6). Esta disposición fué modificada primeramente por los incisos 2 y 3 del art. 10 del C. P. los cuales, a su vez, lo han sido por el art. 451 del C. P. P. que dispone: " Si el sobreseimiento definitivo o temporal afectare a un reo o loco demente, éste será puesto en libertad; pero si se le ha imputado un hecho que la ley califique de crimen se adoptarán las medidas de precaución indicadas en el N.º 1 del art. 10 del C. Penal". O sea, el Tribunal puede en tal caso decretar la reclusión en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no puede salir sin previa autorización del mismo, o ser entregado a su familia bajo fianza de custodia.

"**Por resolución administrativa**" era la otra forma contemplada en la ley para decretar la reclusión de un enajenado mental.

Para ello era indispensable que el estado de enajenación fuere comprobado. Podía efectuarse en dos casos: a) Siempre que el enfermo fuere indigente (Art. 1 N.º 3) y b) Cualquiera que fuere su condición, si se trataba de un loco furioso o que con su conducta causara escándalo. (Art. 1 N.º 4). Esta última disposición fué substancialmente modificada por el art. 174 del Código de Long que consagró una regla especial aplicable al caso en que fuere necesario recluir a algun demente peligroso o perturbador de la tranquilidad pública; autorizaba al efecto al Director General de Sanidad o a su Delegado para disponer la reclusión, a menos que el demente o la persona que lo tenía a su cargo se opusieran a su traslado al manicomio, pues en este caso la autoridad sanitaria para poder llevar a término la reclusión y verificar el traslado, debía ocurrir al Juez Letrado en lo Civil del Departamento a objeto de que breve y sumariamente resolviera lo conveniente. En cambio, según la Ley del 31 de Julio de 1856 la facultad de recluir a dichos enfermos en esos casos le correspondía a los Intendentes y Gobernadores.

El artículo segundo reglamentaba la entrada a los Manicomios, exigiendo para ello la resolución Judicial o administrativa correspondiente, y un certificado otorgado por el médico del establecimiento.

A los enajenados se les podía recluir, además, en sus propias moradas o en las de sus parientes y, al efecto, el art. sexto trataba de la reclusión a domicilio, para lo cual se requería que el estado de demencia (usando la expresión empleada por la Ley) fuere declarado por el voto conforme de dos facultativos, nombrado el uno por la familia y el otro por Juez el de primera instancia del departamento. En todo caso, el magistrado podía reconocer al enfermo y exigir, si lo creía necesario, nuevos informes. El médico encargado por la familia de asistir al enajenado, tenía la obligación de informar cada tres meses, al Juez que estaba conociendo de la causa, sobre el estado de salud del enfermo, quien a su vez si lo esti-

maba necesario podía visitar personalmente al insano o comisionar a otro facultativo para que lo examine e informe.

“**El título segundo**” reglamentaba las salidas de los reclusos en los establecimientos de enajenados.

Exigia para ellos, como requisito esencial, el visto bueno del médico del establecimiento, declaración que debía anotarse en un Registro especial. (Art. 7).

En el art. 10 de esta misma Ley se contemplaba una excepción a esta regla al establecer que todo individuo recluso en un manicomio podía ser retirado “por los que lo habían internado allí”, aunque el médico no le hubiere declarado curado, salvo si se trataba de un menor o interdicto, quienes no podían salir del establecimiento, sino con sus respectivos tutores, curadores o representantes legales.

Una vez reconocida y anotada en el Registro la declaración del facultativo, el jefe del establecimiento debía dar aviso por escrito y sin demora a la persona que lo había recluso o a la autoridad en virtud de cuya orden había sido admitido. Si trascurrían cinco días contados desde dicha fecha y la persona o la autoridad respectiva no comparecían al manicomio, el asilado era puesto inmediatamente en libertad, bastándole un certificado de su curación o salida que debía otorgarle en tal caso el Gobernador del departamento. (Art. 7 inciso segundo). En los artículos 8 y 9 se contemplaban excepciones a esta disposición y así tenemos: a) Si el recluso era menor o se hallaba bajo interdicción, debía ser entregado al curador o a quien a su nombre lo reclamaba, no pudiendo en ningún caso salir del asilo en otra forma que la indicaba. b) Si había sido colocado en calidad de reo enjuiciado, debía quedar sometido a la autoridad judicial que había decretado su traslación a dicho establecimiento.

El art. 12 a fin de evitar la comisión de arbitrariedades en las reclusiones, creaba en favor de los asilados un recurso de amparo, disponiendo al efecto que “Todo individuo colocado en una casa de locos o cualquiera a su nombre podía ocurrir al Juez Letrado en lo Criminal de la Provincia en que se encontrare el establecimiento pidiendo que se le pusiera en libertad. El Juez debía recoger de oficio los informes o datos que daban a conocer el estado mental del individuo y resolver breve y sumariamente sobre la solicitud previa audiencia de Ministerio Público y de la autoridad que había decretado la reclusión”. De acuerdo con el inciso final de este mismo artículo, dicha disposición se aplicaba también al detenido en su propia casa o en las de sus parientes.

“**El título tercero**” se refería a la inspección de los establecimientos de enajenados mentales.

Los sujetaba al control de la autoridad pública. Legislabo sobre las visitas obligatorias y en épocas determinadas que debían efectuar algunos funcionarios; v.gr. el Gobernador, el Fiscal del Tribunal de Apelaciones, comisionados especiales del Gobierno, etc. Reglamentaba además minuciosamente el Registro de entradas y salidas de enajenados mentales.

“**El título cuarto**” se ocupaba de la condición civil de los reclusos. Los artículos más importantes de este párrafo son el 19 y el 25. El primero refiriéndose a los gastos, hacía una distinción entre pensionistas e indigentes o trasladados de una prisión a otra. Aquellos debían pagar para su manutención, las sumas designadas por el Gobierno. Si el recluso

do carecía de bienes propios o rentas. les correspondía sufragar los gastos a las personas que según el art. 321 del C. Civil están obligadas a suministrar alimentos. En esta parte la ley de 1856 era análoga al art. 176 del Código de Long.

De acuerdo con el artículo 321 del Código Civil, al cual hacían referencias estas dos disposiciones legales, se deben alimentos:

- 1) Al cónyuge.
- 2) A los descendientes legítimos.
- 3) A los ascendientes legítimos.
- 4) A los hijos naturales y a su posteridad legítima.
- 5) A los padres naturales.
- 6) A los hijos ilegítimos.
- 7) A la madre ilegítima.
- 8) A los hermanos ilegítimos.
- 9) Al que hizo una donación cuantiosa, si no hubiere sido rescindida o revocada.
- 10) Al ex-religioso que por su excomunión no haya sido restituido en los bienes que en virtud de su muerte civil pasaron a otras manos.

En cuanto a los indigentes o trasladados de una prisión a otra según la Ley de 1856, debían ser mantenidos con los fondos asignados al establecimiento; en cambio el Código de Long respecto a estas personas estableció que sus gastos eran de cargo de la Municipalidad respectiva hasta la fecha en que dicha reclusión se efectuara y si los recursos de esta institución eran insuficientes, debían ser sufragados por el Fisco.

En los artículos 20, 21, 22 y 23 se resguardaba la persona y bienes del recluso, sometiéndolo a curaduría y al efecto en resumen disponían que a todo insano menor de edad debía proveérsele de un curador nombrado con motivo de la interdicción judicial; al mayor de edad debía nombrársele un administrador provisorio de sus bienes; la comisión inspectora del establecimiento debía ejercer las funciones de dicho administrador, respecto del mayor recluso que careciere de él, y al que no tuviere curador y figurare en un juicio, debía nombrársele uno ad-litem para los efectos del litigio.

De acuerdo con el art. 25 "los actos ejecutados por individuos colocados en un establecimiento de locos, se consideraban como ejecutados por un demente que estuviera bajo interdicción y se sujetaban a las reglas establecidas por el Código Civil respecto de las personas que se hallan bajo interdicción como dementes".

Del art. 465 del Código Civil que concuerda con esta disposición se desprende que la interdicción del enajenado mental es absoluta y no cabe alegar que la celebración del acto se ha efectuado en un intervalo lucido, pues precisamente a fin de evitar las dificultades originadas por la existencia de estos intervalos, se ha establecido el estado de interdicción que constituye una presunción de derecho de la inhabilidad moral o intelectual del individuo. Por el contrario, cuando no hay interdicción la ley, favorece la capacidad de las personas y declara válidos los actos o contratos ejecutados o celebrados sin previa interdicción a menos de probarse que el que los ejecutó o celebró estaba entonces demente.

"El título quinto" tenía el siguiente epígrafe: "Disposiciones diversas". En el Art. 27 se consagraba la obligación de comunicar al Fis-

cal de la Corte de Apelaciones o si no lo hubiere, al Agente Fiscal, cualquiera resolución de la autoridad administrativa que dispusiera la secuestro de un enajenado mental en un asilo para enfermos de esta clase, y si en el lugar en que se expedía dicha resolución no existía un establecimiento de esta índole, debía dársele el aviso al fiscal o agente del lugar del manicomio donde debía ser trasladado el enfermo.

“El título sexto” trataba de las penas; establecía diversas sanciones para los funcionarios de las “Casas Locos” que no cumplieran con sus deberes.

Así según el art. 31, los que teniendo la obligación de visitar a los enfermos no efectuaban dichas visitas, eran penados con una multa no superior de \$ 200 (doscientos pesos).

El Jefe de un establecimiento de insanos que al recibir un enfermo omitía dar aviso por escrito al Intendente de la Provincia, al Fiscal de la Corte de Apelaciones o al Agente Fiscal. (Promotor Fiscal de conformidad al art. 270 de la Ley de Octubre de 1875, hoy suprimido por el D.F. Ley N.º 426 de 28 de Febrero de 1927) era penado por la autoridad administrativa con una multa no mayor de \$ 100.—En igual pena incurría, si una vez decretada la salida, no daba el aviso correspondiente. (art. 34).

Establecía la misma sanción para el médico que no anotaba el resultado de sus observaciones en el Registro de que hablaba el artículo quinto, como para los funcionarios que no daban curso a las quejas o reclamaciones dirigidas a la autoridad por el mismo detenido o por cualquiera a su nombre.

A fin de impedir arbitrariedades en las reclusiones en el artículo treinta se penaba al funcionario o autoridad con una prisión máxima de un año o con una multa no superior a \$ 1.000 (mil pesos) o con ambas a la vez, si la gravedad de las circunstancias así lo exigían, y sin perjuicio de las penas que les correspondían como reos de detención arbitraria en los siguientes casos: a) Si decretaban la reclusión de un enajenado mental en un manicomio sin haberse comprobado antes el estado de enajenación o justificando los peligros que la libertad de este individuo podía originar al orden público, a la seguridad de las personas o a las buenas costumbres; b) Si omitían dar la orden de poner en libertad o de trasladar al lugar correspondiente al detenido que el médico hubiere declarado curado.

Los art. 224 y 225 del Código Penal establecen: Art. 224 “Sufrirán las penas de inhabilitación absoluta temporal (de 3 años y un día a 10 años) para cargo y oficios públicos en cualquiera de sus grados y las de presidio o reclusión menores en grados mínimos a medios (de 61 días a 10 años).

.....N 5) “El que maliciosamente retuviere en calidad de preso a un individuo que debiera ser puesto en libertad con arreglo a la Ley”.

Art. 225.—Incurrirán en las penas de suspensión de cargo o empleo en cualquiera de sus grados (de 61 días a tres años) y multa de cien a mil pesos o sólo en esta última cuando por negligencia o ignorancia inexcusable.

.....N 5) Retuvieren preso por más de 48 horas a una persona que debiera ser puesta en libertad con arreglo a derecho.

Esta Ley de 31 de Julio de 1856 era reclamada desde mucho tiempo antes de su dictación no sólo por el interés de los enfermos, sino tam-

bién por el orden y seguridad públicos. Fué para su época un gran adelanto y tiene ahora para nosotros sólo un valor histórico, pues debido a ella Chile ha tenido el gran honor de figurar entre uno de los primeros países que en América tuvo una Legislación sobre enajenados mentales y que, por consiguiente, se preocupó de la crítica situación en que se encontraban estos pobres seres.

Durante varios años se suscitaron dudas acerca de si esta Ley había sido o no derogada por el Código Civil.

Existían tanto en aquélla como en éste disposiciones que no podían conciliarse, v.gr. tratándose de la declaración de interdicción de un loco o demente. El Código Civil dice que del decreto de interdicción debe preceder al nombramiento de curador y según su artículo 462 el nombramiento debe favorecer a algunas de las personas que indica expresamente; en cambio la Ley del 31 de Julio de 1856 establecía que no era necesario que precediera dicho decreto. Habría alguna derogación tácita? y si existía, ¿cual era la Ley derogada?. Según unos, la Ley de Casas de Locos había sido derogada por el Código Civil porque había empezado a regir el 31 de Julio de 1856 y éste el 1.º de Enero de 1857, y además se basaban en el art. final del Código Civil que dice que desde la fecha en que comience a regir, quedarán derogadas en la parte que no le fueren contrarias, las leyes preexistentes sobre todas las materias en él tratadas. Pero la gran mayoría no aceptaba este criterio y sostenía que el Código Civil no había derogado ni siquiera en parte la Ley del 31 de Julio de 1856, puesto que ésta, era posterior a la fecha en que aquél había sido dictado y que las leyes derogadas habían sido las preexistentes a la fecha de su otorgamiento, o sean, las dictadas con anterioridad al 14 de Diciembre de 1857 y no las promulgadas entre esa fecha y la del 1.º de Enero de 1857 en que el Código Civil había empezado a regir. Además agregaban: que la mejor prueba de que no había derogación era que la Ley del 31 de Julio se había referido en varios puntos al Código Civil v.gr. en su artículo 25.

Un fallo de la Corte de Apelaciones de Santiago del 7 de Agosto de 1916 estableció que la Ley de Casas de Locos no había sido derogada por el Código Civil.

Capítulo Tercero

"DISPOSICIONES LEGALES RELATIVAS A LOS ENAJENADOS MENTALES"

SUMARIO:

1) Medidas legislativas sobre la salud y custodia del insano contenidas en el Código Civil. 2) En el Código Penal.

1) **Interdicción.**-El legislador declaró absolutamente incapaz al enajenado y respecto de él autorizó la interdicción que es una medida protectora establecida por la ley en interés del insano, desde el punto de vista de la administración de sus bienes.

Esta institución data desde tiempos muy antiguos. Ya los romanos conocieron una especie de interdicción, pues si bien el loco o demente podía administrar sus bienes quedaba sujeto a la tutela de sus agnados, la que primeramente fué legítima, mas tarde dativa y testamentaria.

Entre nosotros no existe más institución de resguardo que la interdicción; pero en otros países hay algunas intermedias entre las cuales podemos mencionar:

a) "**El Consejo de Familia**" creado en casi todos los países europeos, al cual queda sujeto el enajenado respecto de las transacciones, préstamos, litigios, gravámenes de inmuebles y otras operaciones más. Es una especie de incapacidad relativa para los que no tienen juicio suficiente para administrar su patrimonio, y según las leyes no pueden ser sometidos a interdicción, v.gr tratándose de los apáticos, débiles de espíritu. Tiene lugar también a pedido de las familias en los casos en que la interdicción de algunas de estas personas es rechazada.

En Italia existe una institución semejante que es presidida por el Juez Municipal, sucesor del pretor romano.

b) "**La Tutela o Curaduría Voluntaria**" fué establecida para el débil de espíritu por el Código Aleman, y siempre que el individuo haya dejado de ser impúber.

Los redactores del Código de Napoleón al crear la interdicción se propusieron dos objetos: uno de interés privado, el otro de interés público. Atendiendo al primer, autorizaron ésta, en el caso que una persona se hallare incapaz de gobernarse a si misma y administrar sus bienes. En

cuanto al interés público, su objeto fué defender a la sociedad de los peligros a que pudiera exponerla un enfermo mental.

Según Domolombe, (1) para decidir si debe declararse la interdicción, es necesario atender al motivo esencial de la Ley y al objeto de la interdicción misma; es necesario examinar las enfermedades mentales no sólo desde el punto de vista psicológico y médico, sino también en el legal y judicial.

Entre nosotros el art. 456 es el que da la pauta en lo relativo a la interdicción. En efecto, dice: "El adulto que se halla en un estado habitual de demencia, deberá ser privado de la administración de sus bienes aunque tenga intervalos lúcidos.

"La curaduría del demente puede ser testamentaria, legítima o dativa".

Sobre la naturaleza de la demencia, sus especies y sus efectos, ni aún los médicos más notables como Kraft, Ebbing, Hoche, Kraepelin, etc., están de acuerdo. En las legislaciones modernas se denomina "enajenación mental" a todas las enfermedades de la mente.

Del art. 456 del C. Civil transcrito se desprende que para declarar la interdicción se requiere: a) que el individuo sea adulto; y b) que el estado de demencia sea habitual.

La exigencia del primer requisito salta a primera vista. Esta protección legal es inútil antes de la pubertad, porque la situación del niño demente antes de llegar a este período no ha variado, puesto que la Ley ha establecido que tanto el impúber como el demente, son absolutamente incapaces y sus actos, por consiguiente, adolecen de nulidad absoluta. En cambio, no sucede lo mismo desde que el menor es adulto, porque la incapacidad de éste es relativa y si el demente menor adulto no estuviere sujeto a interdicción se contaría entre las personas relativamente incapaces, lo que podría constituir un peligro grave para sus intereses.

Que la demencia sea habitual significa que la enfermedad le perturbe permanentemente la razón, juicio y discernimiento. Tratándose de una afección transitoria no hay lugar a declarar la interdicción, como por ejemplo, las tóxicas, que no son permanentes ni definitivas. De los dos requisitos mencionados puede colegirse un tercero "que la afección impida una correcta administración del patrimonio" (Art. 338 C. C.)

De estos antecedentes podemos deducir que no es la clase o variedad de afecciones sino la intensidad de ellas con relación a la capacidad económica del sujeto la que autoriza la interdicción.

Algunas cuestiones pueden presentarse en la práctica al tratar de poner en interdicción a un demente senil o a un paralítico general progresivo. Desde qué momento puede considerarse enajenados a estos individuos? Cual es el punto de partida? Hay que mirar siempre a la capacidad del sujeto para administrar sus bienes. De otra manera podría llevarse muy lejos esta incapacidad, pues bastarían síntomas pequeños que en medicina son considerados como determinantes. Tenemos, por ejemplo, a las paranoias que no influyen en la aptitud patrimonial y por consiguiente no dan lugar a la interdicción. En otras situaciones, puede ser muy urgente la declaratoria de interdicción como en la de megalomanía, que

(1) Cours de Code Civil, Cap. VIII. pág-418-421.

como sabemos, a veces se presenta como uno de los primeros síntomas de la parálisis general progresiva.

Los intervalos lucidos no obstan a que se declare la interdicción. El intervalo lucido ha sido definido por Regis diciendo que "es la suspensión temporal y completa de los síntomas de la locura". Se declara la interdicción aún en estos casos por la dificultad de conocer a ciencia cierta si en esos períodos el enfermo ha recuperado el juicio.

Consecuencia inmediata del decreto de interdicción, es el nombramiento del curador o curadores que han de cuidar al enajenado, los cuales tienen la obligación de procurar el restablecimiento del enfermo.

El art. 464 dice: "Si se nombraren dos o más curadores al demente, podrá confiarse el cuidado inmediato de la persona a uno de ellos, dejando a los otros la administración de los bienes."

"El cuidado inmediato de la persona del demente no se encomendará a persona alguna que sea llamada a heredarle, a no ser su padre o madre o su cónyuge".

Las excepciones contempladas en el inciso segundo del artículo transcrito, se fundan en la naturaleza misma. En esas personas no puede presumirse el espíritu de lucro.

A la curación del enajenado tiende el art. 467 al establecer que los frutos de sus bienes y en caso necesario y con autorización judicial, los capitales, se emplearán principalmente en aliviar su condición y procurar su restablecimiento. Este equitativo precepto no tiene necesidad de análisis para justificar su utilidad. En otros términos establece que las rentas del demente deben emplearse en mitigar su suerte y asegurar su curación.

En lo referente a la custodia del enajenado el art. 466 dispone: "El demente no será privado de su libertad, 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".

"Ni 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". Esta disposición es más amplia que la del art. 536 del proyecto inédito que en su inciso segundo decía: "Ni podrá ser trasladado a una casa de locos, ni encerrado, ni atado, sino momentáneamente mientras no se obtenga autorización judicial para cualquiera de estas medidas".

En esta materia, como vemos, nuestro Código se encuentra muy atrasado, pues actualmente en casi todas las naciones el sistema de reclusión o manicomio se usa únicamente para los enajenados mentales incurables, existiendo, en cambio, para aquellos que son susceptibles de curación, tratamientos científicos modernos, los cuales han reemplazado al régimen carcelario antiguo.

2) **En nuestro Código Penal** tenemos también disposiciones que tienden a proteger la libertad personal del demente y a tomar precauciones contra él, conducentes a su seguridad, o con el objeto de impedir que cause daño.

Contempla dos situaciones distintas, así en los incisos 2 y 3 del N.º 1 del art. 10 se refiere al enajenado mental que delinque y en el art. 81 al individuo normal que cae en estado de enajenación mental después de cometer un delito. (Situación del loco-criminal y del criminal-loco).

Casi siempre se ha absuelto de pena al enajenado delincuente. Entre los romanos "Furiosi nulla voluntas est. "El furioso era irresponsable y se equiparaba a este estado el pasional. Más tarde se retrocedió en esta materia y se consideraba al loco como responsable de su mal, sólo era irresponsable el que se hubiere inferido un daño proporcionado. Este principio subsistió hasta la aparición de la famosa obra de Becaria.

Se han formulado diversas teorías acerca de las responsabilidades del enajenado, a las cuales nos referimos brevemente a fin de establecer la doctrina seguida por nuestro Código.

1) **Doctrina de la irresponsabilidad**". El enajenado que delinque debe ser siempre irresponsable, cualquiera que sea la forma de su enajenación, debiendo ser el médico especialista quien debe determinar si hay o no tal enfermedad.

¿Nuestra legislación ha acogido esta doctrina? A primera vista parece que así lo ha hecho en el art. 10 al hablar del loco o demente, usando estas expresiones, no en el sentido técnico sino en el general y amplio de enajenados mentales, Pero en realidad, como inspirado en los principios clásicos, solo exime cuando la enajenación ha privado totalmente de la conciencia al hechor.

La doctrina de la irresponsabilidad presenta en la práctica algunas dificultades, porque la normalidad completa y la anormalidad son conceptos que no pueden definirse bien. No existe esta dificultad para clasificar a los enajenados en casos extremos, pero si se presenta tratándose de los individuos semi locos en los cuales es difícil saber en cual de los dos campos deben incluirse. No es posible dejar entregada a la apreciación técnica esta clasificación, porque muchas veces los mismos especialistas se verán incapacitados para determinar si el individuo que se examina es normal o anormal y por consiguiente si es responsable o nó.

2) **"Doctrina de la semi-responsabilidad o responsabilidad variable"**. Según ella no todos los enajenados son irresponsables, sino aquellos en que la enfermedad produce un trastorno completo. Esta aseveración es discutida. Classé que es el campeón de esta doctrina, dice que los individuos pueden clasificarse en: locos, semi locos y cuerdos. Si bien la conciencia es indivisible, los centros psíquicos no lo son y, por lo tanto, pueden estar afectados sólo algunos de ellos. Si lo están todos o la mayor parte de ellos, el individuo debe ser considerado como loco; si tiene afectada una sola parte, semi-loco y cuerdo cuando no tiene afectada ninguna. Es la doctrina de la Escuela Clásica, seguida por el Código Penal Chileno. En efecto, el art. 10 N.º 1 del C. Penal, dice: "Están exento de responsabilidad criminal: N.º 1) El loco o demente, **a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido**, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado **totalmente de razón**". En los incisos segundo y tercero de este mismo artículo se atiende a la naturaleza del delito que ha dado origen al castigo o reclusión, y al efecto dicen: "Si el loco o demente hubiere ejecutado un hecho que la Ley califica de crimen o incurriré en reiteración de otros que importen simples delitos, el tribunal decretará su reclusión en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo tribunal".

En otro caso será entregado a su familia bajo fianza de custodia,

y mientras no se preste dicha fianza se observará lo dispuesto en acápite anterior". La fianza de custodia que se exige en realidad no tiene un fin práctico.

Los enajenados mentales no son sometidos a penas, sino a medidas de seguridad (internamiento) en los casos y conforme a estos incisos, modificados por el artículo 451 del C. P. Penal.

La doctrina de la Escuela Clásica es sin embargo arbitraria; determinar cuales y cuantos son los centros afectados, no es una tarea fácil y posible de establecer en muchos casos. Desde el punto de vista psiquiátrico parece más natural que la sola aparición de la enajenación constituya irresponsabilidad, por no haber un discernimiento pleno y apreciable de la realidad objetiva.

La dificultad de determinar en forma precisa y clara los límites de la enajenación, ha inducido a las legislaciones a adoptar el principio de la responsabilidad relativa o atenuada. Esta ha seguido a la de la irresponsabilidad solo en el caso de trastorno completo de la inteligencia, basándose en que la práctica manifiesta que la mayor parte de los enajenados parciales, conservan la conciencia de lo bueno y de lo malo. En el manicomio dicen, se nota que se observa la disciplina, lo que indica que el criterio moral no está completamente destruido. Esta afirmación tan cagórica olvida que no basta la conservación de la noción moral, sino que lo importante es que ésta sea capaz de influir en la voluntad o sea en los actos. Respecto a la obediencia del enajenado en el asilo, para no cometer estos actos impuesto por el látigo o la camisa de fuerza, ella es bien explicable e independiente de la noción moral; en tales circunstancias el enajenado obedece con tanta conciencia, como la del perro por temor al castigo.

Esta doctrina se edifica sobre una base desconocida, pues se ignora la influencia exacta que cualquiera perturbación produce en la voluntad. Sin embargo, es la que han aceptado casi todas las legislaciones modernas.

3) **"Doctrina relativa a los monomaniacos o de la responsabilidad circunscrita"**. Sostiene que son irresponsables tanto los enajenados mentales totales como los parciales (paranoias), siempre que cometan actos delictuosos dentro de su círculo de ideas delirantes v.gr. un individuo que sufre de delirio persecutorio y mata a otro, estimándolo que lo hace en defensa propia y empleando medios racionales. Esta doctrina ha sido acogida por la Jurisprudencia Inglesa, aunque actualmente no es defendida por nadie, porque es sabido que en la monomanía el cerebro está totalmente afectado aunque esta afección no se manifieste sino en un círculo de ideas y en consecuencia el monomaniaco es un enajenado como cualquier otro.

4) Actualmente se hace descansar el Derecho Penal en otro pilar: **"el de la peligrosidad o temibilidad"**: que el individuo representa para la sociedad, principio que nace con la Escuela Positiva.

Las leyes más modernas se inspiran en la Escuela político-criminal alemana, la cual mantiene el principio de la imputabilidad, admitiendo al mismo tiempo el de la peligrosidad.

De acuerdo con este nuevo concepto, puede ocurrir el caso de un sujeto que no haya cometido el menor delito y sin embargo recluírsele o

sometérsele a un tratamiento por el solo hecho de ser considerado peligroso v.gr. el de un enajenado que intenta matar a otro con un revólver inofensivo.

Naturalmente estos principios relativos a la peligrosidad exigen de parte del Juez, amplio criterio y libertad de apreciación. Es por esto que se ha creado la individualización de la pena, arbitrio judicial, condena y libertad condicionales. Se estudia la temibilidad, no sólo del que ha delinquido, sino también del que está expuesto a ello, por su notoria mala conducta, vagancia, alcoholismo, etc. Tomando en cuenta estas nuevas ideas las legislaciones más modernas han incorporado disposiciones tendientes a vigilar a los predispuestos. Y así tenemos que en Egipto se dispone la vigilancia de los individuos peligrosos; en Austria y Alemania se consideran como tales a los ebrios habituales, vagos, incorregibles, anormales y menores delincuentes y se toman medidas conducentes a su corrección.

La forma del estado peligroso está en casi todos los Códigos modernos. Nuestro proyecto del Código Penal basado también en este nuevo concepto trata del loco (empleando esta palabra como sinónima de enajenado mental), pero no lo define. En cuanto a su responsabilidad la equipara con la de los agentes culposos. En su art. 53 establece ciertas medidas para el enajenado las cuales describe el 86. En el citado proyecto la pena-castigo actual, tiende a ser reemplazada por la pena defensiva y es por esto que no se atiende a la gravedad del hecho inicial.

En cuanto a la responsabilidad de los semi-locos o de los que en psiquiatría se denominan fronterizos, el problema que se presenta a la justicia de determinar si son o no responsables de sus actos, es bastante complejo.

Generalmente tratándose de estos individuos, los psiquiatras no pueden ponerse de acuerdo y estas divergencias son las que proporcionan las mayores dificultades. Ejemplo reciente, tenemos el caso de Gorgouloff, asesino del Presidente de Francia, M. Doumer, que evidentemente era semi-loco y sin embargo los Tribunales Franceses a pesar de las opiniones contrarias de los psiquiatras, lo declararon responsable. Creemos que se tomó esta resolución, adoptando una medida de higiene social. En este caso de Gorgouloff toda la cuestión daba vueltas alrededor del concepto demencia; técnicos y jueces discrepaban en su apreciación.

Dentro de los principios clásicos, estos individuos fronterizos deben ser responsables si obran sin estar privados de conciencia y, por lo general, se les aplica una pena atenuada. Esto es en realidad un exceso de dialéctica, porque sabemos que no se pueden en materia de grado de conciencia divisiones claras. Además sucede que con las penas ordinarias de reclusión estos sujetos no mejoran, sino que empeoran.

Hay que tomar medidas de resguardo con el semi-loco según las escuelas modernas, no porque obren con algo de conciencia, sino en razón de la peligrosidad. El Código Aleman los manda recluir en establecimientos especiales.

El proyecto de reforma del C. Penal supone en esta materia un adelanto enorme. En efecto, en él se declara la responsabilidad del que es incapaz de apreciar ilicitud de un hecho o de obrar en armonía con esa apreciación, ya sea por causa del trastorno de sus facultades mentales o

de un debilitamiento moral o voluntario o por incapacidad orgánica como sordo-mudez.

En cuanto a las impulsiones mórbidas o sea los impulsos irresistibles que sufre un individuo, que lo inducen a obrar en forma ajena a su voluntad y lo llevan a cometer actos anti-sociales, según algunos deben ser declaradas causal de exención de la responsabilidad, por caer dentro del N.º 1 del art. 10 del C. Penal en la frase: "el que por cualquier causa independiente de su voluntad se halla totalmente privado de la razón", Es de anotar que el que obra en este estado de conciencia es el más peligroso, por no tener el menor dominio sobre sí mismo y cada vez que es arrastrado por el impulso puede herir o matar. Son, pues sumamente peligrosos y no deberían ser absueltos.

Si el impulsivo obra plenamente consciente para determinar si es o no responsable, es necesario averiguar si la impulsión fué o no irresistible; si entró en ella la deliberación y el cálculo. Desde luego dada su naturaleza no puede ser incluida dentro del art. 10 N.º 1 del C. Penal ya que el individuo que delinque bajo el imperio de esta impulsión no es un enajenado ni está privado totalmente de la razón. Pero bien puede encuadrarse en el N.º 9 del mismo art. cuando dice: "El que obra violentado por una fuerza irresistible". Sin embargo la Jurisprudencia y los comentaristas han relacionado siempre estas impulsiones con la fuerza externa a que se refiere el art. 1456 del C. Civil.

Son mucho más frecuentes de lo que se cree y tienen por base las enfermedades nerviosas, el alcoholismo, las intoxicaciones, etc. Pero en la práctica estas impulsiones quedan ignoradas.

Hasta aquí habíamos analizado el caso del que delinque hallándose en estado de enajenación mental; veremos ahora el de la "**locura sobreviniente**" o sea el que después de delinquir se perturba de la razón. El art. 81 que modificó el art. N.º 5 de la Ley de Casas de Locos, trae al respecto reglas bastantes completas, dice al efecto:

1) "Cuando la locura o demencia sobrevenga antes de pronunciarse la sentencia de término, se suspenderán los efectos de éste sin aplicarse al reo pena alguna corporal hasta que recobre la razón, observándose lo que para tales casos se determine en el Código de Procedimiento". (Este inciso concuerda con el N.º 3 del art. 439 del Código de Procedimiento Penal).

2) "Cuando tenga lugar después de pronunciarse dicha sentencia, si ella le impone pena de crimen, el tribunal dispondrá su traslación a uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, y si la pena fuere menor podrá acordar según las circunstancias, o bien que sea entregado a su familia bajo fianza de custodia y de tenerle a disposición del mismo tribunal o que le recluya en un hospital de insanos".

"En cualquier tiempo que el loco o demente recobre el juicio se hará efectiva la sentencia; pero si ella impone privación o restricción temporal de libertad, se imputará su duración al tiempo de locura o demencia".

Vemos, pues, que los incisos 2 y 3 del N.º 1 del art. 10.— se refieren al enajenado mental que delinque, y el art. 81 transcrito contempla la situación del individuo normal que cae en estado de enajenación mental después de cometido el delito.

Capítulo Cuarto

"SISTEMAS MODERNOS DE TRATAMIENTO DE ENAJENADOS"

SUMARIO:—

1) Clasificación de sistemas. 2) Manicomio propiamente dicho. 3) Sistema colonial. 4) Patronato familiar. 5) Sistema Mixto, y 6) Sistema Libre.

1) Antiguamente el único sistema existente era el claustral el cual tenía por objeto encerrar al enajenado sin propender por ningún método a su curación.

Sin embargo desde épocas muy remotas se había observado el beneficio que le reportaba al enfermo sacarlo del medio que hasta entonces había vivido, en el cual había contraído la enfermedad y darle mayor libertad aunque ésta solo sea en apariencias. De estos hechos han nacido los diversos métodos modernos para su tratamiento que han alcanzado un desarrollo asombroso en Estados Unidos, Francia, Bélgica e Inglaterra.

Así podemos citar los siguientes sistemas de aislamientos erigidos como modelos en el mejoramiento de insanos:

- 1) Sistema claustral o manicomio propiamente dicho.
- 2) Sistema colonial que puede ser de tres clases: a) agrícola, b) industrial, v.gr. sistema alemán, llamado también, en asilo-colonia, y c) sistema mixto.
- 3) El patronato familiar admite dos divisiones: a) colectivo al cual pertenece el sistema belga, y b) individual v.gr. sistema escocés llamado (private dwelling system).
- 4) Sistema mixto o asilo-colonia con chalets para la asistencia familiar, y
- 5) Sistema libre, consistente en casa de salud, establecimientos de hidroterapia, casa de campo, viajes, etc.

2) **El Sistema Claustral o Manicomio Propiamente dicho:**
Es el modelo de nuestra propia Casa de Orates. Es el peor de los sistemas actualmente en uso, pues el enajenado recluido se desespera y agrava.

En esta clase de manicomios no se les puede tratar individualmente, ni aún por categorías suficiente, debido a la estrechez de los recintos.

El sistema claustral prevaleció hace varios años atrás en la construcción de los asilos y ha sufrido numerosas innovaciones que no han dejado de presentar apreciables progresos.

Se ha estudiado dentro de este orden, las condiciones que deben atenderse para la construcción de un manicomio y así en cuanto al emplazamiento se ha llegado a la conclusión de que debe elegirse un terreno despejado, a moderada altura, con agradable perspectiva, que tenga abundante provisión de agua y facilidad de buen desagüe. No deberá construirse demasiado próximo a un gran centro de población para que no constituya molestia alguna el ruido, las humos, el polvo, etc. En lo referente a comunicaciones, tendrán que ser expedidas ya por tranvía o por ferrocarril.

Se han hecho numerosas divisiones de este sistema claustral, tomando en cuenta diversos aspectos.

En Alemania se ha mantenido en la práctica aunque sea rechazada científicamente, la división en hospitales y asilos, sirviendo los primeros para casos curables y los segundos para incurables; pero la dificultad de fijar exactamente el límite de separación entre estas dos categorías, ha hecho abandonar prestamente la dualidad de manicomios. En cuanto al concepto social, se ha hecho una distinción entre **públicos y privados** dedicándose los primeros a la asistencia de enfermos pobres y los segundos a los que por su posición social pueden sufragar una asistencia más costosa y perfecta, sin embargo en la mayor parte de los públicos ha habido siempre una sección de pensionados.

Respecto a la cabida se ha hecho una clasificación en **menores** que pueden contener hasta 150 enfermos, **medianos** hasta quinientos y **mayores** de esta cifra para adelante. En los primeros se ha preferido la forma de herradura o la lineal con alas perpendiculares en los extremos. Se han reservado en el centro los servicios de portería, administración, salas de recepción y habitaciones particulares para empleados. Generalmente en estos manicomios menores la cocina, despensa, lavaderos etc. se sitúan ya en un piso superior o en una construcción separada, pero ocupado el eje longitudinal del edificio. Se prefiere la parte más cercana, al cuerpo central para la sección de tranquilos, mientras que los ajitados se colocan en la parte más distante de aquél.

En los manicomios medianos, además del cuerpo central se requieren otros edificios accesorios; muchas veces, y siempre con ventaja, se adopta el sistema de pabellones.

Los mayores, o sea los que alojan más que quinientos enfermos, abundan sobre todo en Inglaterra y América del Norte, siendo raros en Alemania, Austria y Suiza.

En cuanto al plano de edificación este sistema claustral ha adoptado formas distintas, según la época y el fin que se ha propuesto el instituto.

La forma "lineal" antes la única adoptada se presta sólo para pequeños manicomios, ya que para los grandes supondrá un mal efecto estético y dificultades de administración. La forma de H antes muy empleada en Inglaterra ha caído en desuso en todas partes. La forma de Cruz ha tenido sólo aceptación general en Italia. La forma radiada introducida

por imitación de las cárceles, ha prevalecido sólo en algunos manicomios ingleses. La forma de herradura es una variante del sistema de manicomio cerrado, participando de todas sus ventajas e inconvenientes.

Merece mencionarse en Inglaterra como tipo de construcción radiada el de Exeter de doble cruz, el de Wakefield, de forma lineal con alas perpendiculares, el de Hagwoods Heath. En cambio los manicomios franceses se construyen en general con arreglo al sistema de "pabellones" salvo algunos de tipo anticuado como el de Charenton. Los norte americanos adoptan planos más complicados y que no obedecen a un tipo definido. En los alemanes de este grupo pueden mencionarse: Los de Neustdt, Eberswalde, y el de Dalldorf en las inmediaciones de Berlin. En este último se encuentran en el eje central del edificio de la administración: los baños, la cocina y vivienda de los empleados. Los edificios destinados propiamente a manicomios se extienden a uno y otro lado de los antes indicados. Hay además pabellones de poca extensión destinados a lavaderos y talleres de reparación del edificio.

Los grandes espacios están cubiertos de hermosos jardines. Se encuentra separado el departamento de hombres y el de mujeres. En cuanto a la repartición de enfermos por edificios, se hace según los caracteres generales de tranquilos, agitados, epilépticos etc.

Los adelantos más grandes que se han hecho dentro de este sistema claustral, consiste en haber sustituido la edificación a base de planta única continua por la de planta separada, pero uniforme y luego por la de planta diseminada.

La forma de herradura es una variante del sistema de manicomio cerrado, participando de todas sus ventajas e inconvenientes. Dicho sistema denominado también de edificación continua, ha reinado hasta fecha puede decirse reciente, lo cual tiene su explicación, pues el manicomio cerrado permite una vigilancia más perfecta y simplifica los servicios.

Hoy se prefiere universalmente el sistema de "pabellones" que responde mejor a la concepción científica del aislamiento por grupos, permite una ventilación e iluminación más completa. No sólo este sistema aísla mejor unas de otras las diversas secciones del manicomio, separando casos heterogéneos, sino que permite ensancharlos, según las necesidades sin romper la unidad arquitectónica; hoy este sistema de pabellones, va como dijimos, sustituyendo al de edificación continua, y adquiriendo cada vez mayor importancia el método de comunicaciones por paseos abiertos, los cuales sirven no solamente para el servicio médico y de empleados subalternos, sino también para el traslado de enfermos al baño, repartos de comidas etc. Los paseos pueden ser cerrados por todas partes o únicamente por una, adoptando el sistema de pórticos que dan a los patios y jardines.

Los pabellones diseminados constituyendo una villa de alienados o el manicomio urbe, que representa la última expresión del progreso dentro siempre de este sistema claustral, tienen de todos modos el defecto de imponer el mismo régimen a todos los enfermos, el régimen comunal, el cual no puede convenir por igual bajo ningún concepto, a todos los alienados.

La más moderna expresión de la bondad de los manicomios de esta clase, es la referente a la diseminación de los pabellones y a la especialización de sus plantas, por responder a los determinados fines que

cada grupo de enfermo exige y por permitir el régimen adecuado a cada uno.

Sin embargo, a pesar de esta modificación que representa el mayor adelanto dentro del sistema que nos ocupa, actualmente se combaten estos asilos por sus inconvenientes y han venido siendo objeto de críticas por hombres de ciencias, Feré dice: "Estas aglomeraciones de enajenados, poco adecuadas al tratamiento individual de afecciones muy diversas alteran singularmente el valor de la medida higiénica de que son objetos. Se los secuestra para hacerlos gozar de las ventajas del aislamiento, y en efecto se les aísla de su medio, pero se les confina en un medio morboso. En un gran número de casos este medio nuevo por mórbido que sea, es favorable a la evolución de la enfermedad mental. Se ve con frecuencia que la excitación más violenta se calma al entrar el enfermo al asilo, y no debemos creer que el contagio de las ideas delirantes sea frecuente. Sin embargo un buen número de enajenados, en particular los que padecen formas depresivas, los que han conservado la mayor parte de sus facultades y de su conciencia, padecen por el contacto de otros enfermos; son vivamente afectados por la disciplina común y por la pérdida absoluta de su libertad y puede admitirse que en algunos de ellos por lo menos el secuestro hace perder los beneficios del aislamiento. La organización del trabajo manual en algunos asilos, ocupando en ciertos talleres grupos de enfermos, sirve de lenitivo a la obsesante nostalgia de la libertad y atenúa la mala impresión de la convivencia" (1)

Rubinovicht escribe: "Está reconocido que esta medio (la reclusión) no debe aplicarse invariablemente a todas las afecciones mentales. Es necesario en ciertas psicosis, puede ser inútil y hasta perjudicial en otras. Es cuestión de diagnóstico, no solamente de la naturaleza de la afección mental, sino del período de evolución en que se encuentra".(2)

El sistema claustral es combatido bajo el triple punto de vista del ataque a libertad individual, de su eficacia como recurso terapéutico y de su enorme costo.

Por todas estas diversas razones, otras formas de tratamiento han comenzado en el hecho a suplir a los asilos claustrados las cuales veremos a continuación.

2) Un sistema combinado es el de las colonias anexas a un asilo, iniciado en Bicetre en 1826 y que a partir de 1860 se ha extendido por toda la Europa, especialmente en Alemania. Anexas a un asilo de reclusión hay colonias de artesanos o labradores que reciben enfermos enviados del asilo que los cuidan, haciéndoles participar del mismo régimen y labores que ellos. La colonización puede revestir tres formas a saber: **agrícola industrial** o **mixta** según sea el trabajo a que se dediquen los enfermos.

En las colonias industriales se obtiene generalmente un beneficio pecuniario mayor que en las agrícolas, pero éstas tienen la ventaja sobre de aquéllas de ser el trabajo más adecuado para ayudar a la mejoría de los enfermos no solo por el ambiente puro en que se realizan sino

(1 y 2) Citas tomadas de los apuntes de Medicina Legal de don Juan Andueza L.

porque es ameno, variable, liviano y ocasiona un ejercicio físico conveniente y natural.

Las colonias agrícolas o granjas-asilos se han generalizado de preferencia en Alemania. Consisten en agrupar a todos los reclusos en una gran extensión de terreno, en una quinta, un fundo, etc., en medio de la cual hay un pabellón que cuenta con toda clase de auxilios tanto curativos como para reprimir los ataques furiosos de los enajenados.

El enfermo lleva allí una vida higiénica, al aire libre y dedicada al trabajo. En ella son agrupados los enajenados, tomando en cuenta la clase de enfermedad y de oficio. Se les agrupa para dormir, en pabellones aislados, según su categoría y se evita en todo lo posible la idea de reglamentación.

Vemos, pues, por lo indicado que la característica de este sistema consiste en la unión íntima de "un establecimiento central instalado con todo perfeccionamiento y de una gran colonia libre". En la colonia se aplica el sistema del *open-door*, es decir, se hace disfrutar a los enfermos de la mayor libertad posible; en el asilo propiamente dicho se albergan los que necesitan una vigilancia constante, se les somete a un tratamiento individual, pero no se les detiene como antes, detrás de muros y de rejas. En esta parte se alojan los recién admitidos que deben ser observados, los furiosos, los peligrosos y los agresivos que requieren asidua vigilancia, en cambio en la colonia encuentran su hogar los crónicos, los inofensivos, los dementes que no presentan ideas de suicidio ni de evasión, los convalecientes, etc.

El establecimiento central de los asilos-colonias comprende varios pabellones: de vigilancia continua, de admisión, para enfermos agitados, de enfermería, etc. Queda desprovisto de todo aquello que daba aspecto de severidad a los antiguos manicomios. Hasta en los pabellones de agitados, en que la vigilancia necesita ser más activa, se han suprimido los muros. En Alemania y Suiza se construyen empalizadas bajas, cercas de arbustos, celosías metálicas que reemplazan a los muros y destinadas a facilitar la vigilancia personal, pero no a suprimirla.

En la colonia no hay nada que recuerde el carácter especial del establecimiento; en ella se aplica ampliamente el sistema *Open-door*, y los enfermos que puedan gozar de este régimen viven en pequeños y vistosos pabellones o chalets dispersos entre los parques y junto a la explotación agrícola.

En Alemania comenzó el sistema de colonia en Rockwinkel, no tardando en extenderse a Witzingerode, Dalldorf, Bunzlar. Sin embargo donde mayor desarrollo ha adquirido el sistema es en Alt-Scherbitz, que dispone de una vasta extensión de terreno para el cultivo, además de parques y jardines.

A las colonias se envían después de concienzuda observación y conocimiento en el asilo central (verdadero asilo de tratamiento) los enfermos que no requieren un tratamiento o cuidado especial, como lo necesitan los afectados de enfermedades intercurrentes, los que padecen de psicosis-aguda, los paralíticos generales, idiotas y algunos dementes.

Estos distintos establecimientos pueden comprenderse en dos sub-variedades: en la una las construcciones se hallan juntas en forma de pequeños pueblos y en la otra, diseminadas, aisladas, adoptando las apariencias de quintas.

En Alt-Sherbitz el régimen seguido es el de Open-door no habiendo puerta alguna para el enfermo una vez que ha dejado la cama y no reinando otra separación que la de los sexos. Los alienados pueden recorrer con toda libertad la vasta extensión del establecimiento. Se han habilitado numerosas casas de campo para vivienda de los alienados tranquilos y trabajadores. La comida se hace para todos en su edificio central; pero al llegar las horas de descanso cada alienado o grupo de ellos regresa a su casa que, durante el día ha limpiado y arreglado ya el personal de servicio de la institución.

El cultivo debe suministrar productos agrícolas para el consumo del establecimiento y sólo cuando hay exceso de producción puede destinarse a la venta.

La asistencia colonial bajo la forma de asilo-colonia puede considerarse como la expresión más adelantada de asistencia manicomial. Tal como se concibe en la actualidad constituye el método ideal de hospitalización de los enajenados. El moderno asilo-colonia está dotado de un establecimiento central con todas las instalaciones necesarias para emplear los más activos tratamientos y asegurar como en los otros hospitales, la curación y el alivio de los enfermos. Aún dentro de este establecimiento central la multiplicidad de pabellones facilita la conveniente clasificación de los enfermos, y la especialización de sus plantas respectivas, asegura la exigencia de la psiquiatría moderna de responder cada pabellón a un fin terapéutico determinado. El régimen de los enfermos que cada pabellón aloja es asimismo diferente, pero en todos la vigilancia es activa. En estos manicomios se aplica ampliamente el open-door pero no como procedimiento exclusivo, sino que sólo gozan de él los que buenamente pueden hacerlo. Se aplica preferentemente en la colonia para aquellos que pueden ser susceptibles de tratamiento familiar.

Una de las ventajas de estos establecimientos es poder hacer uso de las medidas individuales que actualmente se reconocen como muy ventajosas, según la experiencia lo ha demostrado en Gran Bretaña, En Alemania, Bélgica, Suiza, Estados Unidos etc. En los asilos-colonias puede emplearse la claustración para unos, la vida libre y la colonización agrícola industrial para otros; el régimen mixto para algunos, el non-restraint, la mayor libertad posible para la mayoría; la oportuna vigilancia y un adecuado tratamiento para todos. No existe ningún temor a la evasión de los enajenados por la tendencia a la libertad que suele dominar en estos enfermos, según se observa en los manicomios. El régimen de la puerta abierta en general ha sido una revelación en este sentido. Los enajenados no salen de la colonia, sin embargo de no tener vallas, resultando rarisimas las deserciones, fenómeno que se debe antes que a la vigilancia o al temor de un castigo, a que el enfermo se siente allí verdaderamente libre y a la satisfacción y atractivo que para él tienen el local y el buen trato.

Este sistema colonial ha llegado a un alto grado de perfección en algunos países, y así en el año 1911 don Tomás Ramirez Frías en un discurso que pronunció sobre el open-door de la República Argentina decía: "El open-door es una colonia agrícola de enajenados, seguramente, una de las más hábil y generosamente montadas que existen, siendo muy legítima la satisfacción con que los Argentinos la muestran a sus visitantes."

Es una mansión hermosa y poética; una campiña feraz, con bosquecillos, con jardines que le dan un aspecto risueño y primaveral; sus chalets o villas de habitación son palacetes de pintoresca arquitectura cada uno llenos de luz y de sol, con el cielo, las paredes y el pavimento bruñido de puro aseados y amoblados con sencillez y elegancia. En la planta alta hay dormitorios y en la baja comedores, instalaciones de baño, salas de billares, ajedrez y otros juegos, fonógrafos etc. Hay también una instalación cinematográfica en que se dan espectáculos los Jueves y los Sábados. Toda la iluminación eléctrica es a giorno. Los asilados están vestidos con decencia y son tratados con solicitud y esmero por personas competentes y prácticas.

Tienen comida sana y abundante, aire puro, un trabajo agradable y una libertad casi completa. Hay asistencia médica casi constante, botica bien surtida y por último si les sobrevienen accesos peligrosos los enfermos no son encerrados ni fustigados, ni amarrados ni trabados con camisa de fuerza, sino sometidos al régimen de clinoterapia o descanso en el lecho".

Si el año 1911 presentaba el open-door estos grandes adelantos ¿a qué progresos más considerables no habrá llegado actualmente esta interesante institución del Gobierno Argentino?

Antes de terminar este párrafo sobre "Sistema Colonial", diremos algunas palabras sobre el trabajo de los enajenados en estos asilos-colonias.

Bajo el punto de vista económico ofrece el open-door ventajas manifiestas. El trabajo de los enfermos cubre una parte considerable de los gastos, ya sea por la venta de los productos y artefactos cultivados o elaborados en la colonia, ya porque se utilizan en el consumo o en la construcción y ensanche de las villas y talleres.

El trabajo da la vida y la alegría, en el régimen interior de los asilos de los alienados; quita no sólo el aspecto de la prisión sino hasta el de hospital, siempre triste. Es un verdadero centro de producción que bien organizado costea sus gastos, y eso que siempre hay que calcular que una tercera parte de su población es incapaz de trabajar por distintos motivos. No debe mirarse el trabajo del enfermo bajo el punto de vista lucrativo, sino como instrumento de curación. Por eso es que hay que saberlo emplear con discernimiento, pidiéndole más de lo que pueden dar, no considerando sólo la cantidad realizada; no viendo en él un trabajo común y sabiendo ahorrar sus fuerzas. Debe ser una medida de orden médico, porque a muchos insanos no les conviene trabajar, como a ciertos melancólicos que necesitan reposo, y en otros saber graduarlo, pues cuando después de un cierto tiempo un enfermo lo abandona vale más llevarlo a descansar a su repartición que empeñarse en que lo continúe. El trabajo es un precioso instrumento de curación, porque sirve en ciertos casos de derivativo al exceso de fuerzas producidas, como en ciertos maníacos; y al contrario, de estimulante en otros, y siempre los distrae, haciéndoles abandonar sus ideas delirantes y sus preocupaciones, por doble mecanismo: por la atención que se requiere y por la sociabilidad del trabajo en común, lo que combate la tendencia (de estos enfermos) al aislamiento.

El trabajo debe ser remunerado y no debe revestir el carácter de obligatorio. Hay que estimular a los enfermos que se contraen a él por todos los medios posibles, mejorando su triste condición, sea en la comida, sea dando satisfacción moderada a algunos de sus vicios inocentes,

como fumar. El servirá de freno a las pasiones y malos instintos del enajenado y sobre todo, elevará su dignidad, dándole la ilusión completa de no ser un alienado sino un artesano, un trabajador que gana su subsistencia y en muchos casos que puede llegar hasta ayudar a su familia menesterosa. En Francia, por Decreto Ministerial de 20 de Marzo de 1857, se hizo obligatoria la remuneración del trabajo en todos los asilos, creando el peculio de los trabajadores a imitación de lo que se hacía en las cárceles con los penados.

Los trabajos que generalmente funcionan en los asilos-colonias son: carpintería, agricultura, horticultura, jardinería, fabricación de ladrillos, transporte de materiales, obras de albañilería, cestería, etc.

Los efectos terapéuticos del trabajo se hacen sentir eficazmente, como ha podido verse por las estadísticas de curaciones. Además constituye un factor importantísimo del orden y de la disciplina que debe reinar en los establecimientos de insanos, dándoles así el carácter de un centro de activa y bien organizada labor.

3) El sistema colonial del cual nos acabamos de ocupar y especialmente bajo la forma de asilo-colonia es considerado como la expresión más adelantada de asistencia manicomial; a pesar de ello tiene el gran inconveniente de faltar allí un elemento primordial de curación, cual es la vida de familia, el espectáculo de los afectos y las alegrías domésticas que lentamente impresionan al enfermo y tienden a despertar los sentimientos dormidos de su corazón. En realidad, hay allí un régimen semejante al militar que resulta monótono; falta la nota tierna, delicada y risueña de la mujer y de los niños, casi no hay motivos de expansiones. El tratamiento moral de la enajenación se ve privado del poderoso auxilio de ese elemento.

Por estas razones en muchas partes, se prefiere el sistema de patronato familiar" el cual puede revestir dos formas: de colonia familiar, o sistema belga, y private dwelling system, o sistema escocés.

a) Colonia familiar:—Su característica es la vida de familia y de trabajo en el campo; la principal diferencia que tiene con el sistema escocés es que mientras en este último el tratamiento de los enajenados es "individual", en la colonia familiar es "colectivo".

Este sistema nació en Bélgica, en la aldea de Cheel y su instalación fué una consecuencia natural de los hechos. Desde muy antiguo se había comprobado que en esa y en ótra aldeas curaban a los enajenados con mucha rapidez. Al principio se había dado a este hecho las características de un milagro. Más tarde se ha comprobado que el clima es benéfico para los enajenados.

Los orígenes de esas colonias extraordinarias datan del siglo IX de la era cristiana.

Se cuenta que Daphne, la hija de un rey pagano de Irlanda, perseguida por la pasión criminal de su padre, huyó hasta Cheel. Allí vino a darle alcance el viejo sátiro, ordenando a sus fiscales que asesinaran a la rebelde. Ninguno de sus súbditos quiso cumplir aquella orden y el rey furioso la mató por sus propias manos. En el acto perdió la razón y hubieron de encerrarlo en una prisión.

Este crimen horroroso llenó de terror a cuantos lo presenciaron,

entre los cuales había algunos locos que en virtud de la emoción recibida recobraron la razón. Desde entonces fué inmensa la veneración a Santa Daphne, a cuya intervención se atribuyó el milagro.

La tumba de la mártir se hizo famosa. De todas partes acudían enajenados a pedirle salud. Las celdas que rodeaban el convento se hicieron estrechas para recibir a la multitud de peregrinos, y como no bastaban las hospederías, los habitantes de Cheel comenzaron a recibir en sus casas a los insanos, los cuales permanecían allí largo tiempo en espera de la gracia divina. Así fué como poco a poco se constituyó la colonia actual.

La gente de aquella lejana aldea fué habituándose a tener de pensionista a un enajenado y a tratarle casi como a una bendición de Dios en cada hogar, al mismo tiempo que iban adquiriendo una serie de conocimientos empíricos para la curación de los locos.

En el último siglo el Estado de Bélgica tomó la dirección de la colonia; llevó médicos, fundó un instituto y reglamentó los servicios sanitarios.

La importancia de esta institución en Cheel crece de día en día; así en 1840 contaba con mil ochocientos setenta y cinco. Con el transcurso de los años, la facilidad de los trasportes y la creciente fama del lugar la afluencia de enajenados ha ido aumentando hasta llegar a ser permanentemente de cerca de tres mil en la actualidad.

Hasta la Ley Belga de 18 de Junio de 1850 no se practicaba sino el tratamiento religioso, comenzando en dicha época la primera organización del régimen actual.

Con anterioridad al año 1862 la colonia no contaba con ninguna enfermería, de manera que cuando los alienados se veían atacados de enfermedades intercurrentes y súbitamente se hacían peligrosos, era indispensable retenerlos en casa de sus patrones, en condiciones poco ventajosas para su estado. En la época citada se instaló una enfermería dividida en dos secciones, cada una de las cuales era dirigida por un médico auxiliar bajo las órdenes del mismo director. Son admitidos allí los recién llegados, quienes quedan en observación durante cinco días, los que padecen de alguna enfermedad intercurrente y los que periódicamente adquieren carácter peligroso.

La admisión belga en 1882 atendiendo a las críticas que se dirigían a la institución por la excesiva libertad y descuido en que se dejaba a los enfermos, tomando ingerencia en el asunto, dictó en beneficio de los enajenados el 23 de Marzo de ese año un Reglamento el cual, en resumen, disponía que:

1) Ninguna persona podía recibir más de dos enfermos, debían ser de un mismo sexo y mantenidos con las condiciones higiénicas prescritas por la autoridad.

2) Los reclusos tenían que ser tratados estrictamente en familia u ocupados en quehaceres domésticos o trabajos al aire libre.

3) Al ingresar un enajenado, el alcalde debía señalarle el patrón que lo tomaría a su cargo, mediante redistribución del Estado o del peculio particular, según se tratase de un insano indigente o pensionista.

4) Cada patrón se hacía responsable de los daños y perjuicios ocasionados por su huésped y en caso de evasión estaba obligado a sufragar parte de los gastos ocasionados por la captura. Se le prohibía emplear

medios coercitivos; sólo el médico podía ordenar su uso en caso de necesidad.

5) No debían ser admitidos en Gheel los alienados peligrosos, ni aquellos cuya afección les llevara a alterar la tranquilidad y la moral públicas.

En 1887 el Gobierno Belga estableció las tarifas y un sistema de subvención para los jefes de familias que se dedicasen a esta profesión, y los sometió a la supervigilancia de los médicos oficiales.

Pintorescas como todas esas aldeas de la frontera holandesa es la ciudad de Gheel. Actualmente en el Instituto viven diez médicos alienistas, los cuales visitan diariamente a su clientela.

Es admirable como los habitantes de Gheel saben tratar a los enajenados; tienen una paciencia y un tacto que da excelentes resultados psicológicos. Todos los habitantes conocen a los enfermos. En la boticas no se les vende drogas y en el comercio ni alcohol ni armas cortantes.

Los enajenados gozan de una libertad completa, tanta en las casas como en la calle y la gente está tan acostumbrada a ellos, que a nadie llama la atención los gestos raros o desordenados de algunos.

El trato cariñoso que se les da les hace nacer sentimientos afectivos, especialmente hacia los niños, quienes tienen un rol importante en su aclimatación. Se interesan pronto por las familias y empiezan a trabajar junto con ellas, principalmente en los campos. Rara vez se produce una evasión o un accidente, verificándose las nueve décimas de aquellos los Domingos y festivos, lo que prueba la importancia del trabajo.

Las casas de familias en donde están albergados deben llenar ciertas condiciones en cuanto a la asistencia de los enfermos, comida (debe hacerse en común, en familia) vestuario etc.

Los enajenados de Gheel forman dos grupos: los pensionistas que quedan al cuidado de los huéspedes y los indigentes que corren a cargo de los padrinos.

Los malos tratamientos son escepcionales, en parte debido a los mismos sentimientos y educación de las familias que parecen haber nacido cuidando insanos, y en parte a la vigilancia que sobre ellos ejerce la autoridad.

La administración examina el servicio mediante una "Comisión Superior", compuesta por el Gobernador de la provincia o de un delegado suyo, del Fiscal del Tribunal de Thurnhant, del Juez municipal, de un méoico designado por el Gobierno y el alcalde de Gheel.

Además de este organismo existe el "Comité permanente de inspección y vigilancia", constituido por cinco miembros y presidido por el alcalde, que está encargado de vigilar el bienestar y los intereses de los enajenados, cobrar las pensiones de las familias y la subvención del Estado, entregando las respectivas cantidades a cada uno de los patrones y obligar al cumplimiento de las leyes, decretos y reglamentos. Por último, existen los "guardianes de secciones" que son verdaderos inspectores y que tienen la obligación de visitar a los insanos a lo menos dos veces por mes.

Para el servicio médico la colonia está dividida en dos departamentos, en cada uno hay un médico jefe y un auxiliar. El enfermo es visitado una vez por semana si la enfermedad es curable y una al mes en caso contrario.

Como dijimos, no todos son recibidos; está prohibida la admisión de enajenados suicidas, homicidas e incendiarios.

Al Estado Belga este sistema de colonia familiar le reporta innumerables ventajas económicas y en cuanto al enfermo le da grandes expectativas de obtener una completa curación debido, tanto a la benignidad del clima que es muy sedante, como a la relativa libertad de que goza, lo cual tranquiliza su sistema nervioso, y hasta cierto punto también a la sugestión sobrenatural (de Santa Daphne) que es un factor igualmente útil en las enfermedades nerviosas.

La opinión cuasi unánime de los alienistas de que Gheel era la única institución de este género ha sido desvirtuada, pues la misma Bélgica se ha encargado de ponerla en duda, haciendo nacer y prosperar en pocos años otra colonia semejante "Lierneux".

Se inauguró en 1884 y con un plan en todo semejante al de su modelo; contaba en 1887 con más de 150 enfermos. Ha dado excelentes resultados, así médicos como económicos. Los habitantes de las 19 aldeas del municipio, familiarizados ya con el tratamiento de los insanos, ofrecen tantas garantías como los de Gheel.

Posteriormente se han fundado colonias análogas en Francia, Inglaterra, Alemania, Italia y Rusia.

Se ha llegado a la conclusión de que, para implantar el sistema de Gheel en una localidad cualquiera, no basta apelar al sentimiento religioso ni al de humanidad, sino que es necesario demostrar a los pueblos la ventaja económica de semejante institución y prevenirlos contra el temor que generalmente inspiran los enajenados.

La otra modalidad del patronato familiar lo constituye la **asistencia individual en la propia casa del enfermo o en otra particular**. Este sistema denominado también private dwelling system, o escocés, por ser en Escocia en donde más se ha desarrollado, ofrece dos variantes:

- 1) Cuidar al enfermo en su propia casa, en la de su familia; y
- 2) Colocarlo en una extraña, ajena.

El primero tiene el inconveniente de no hacer cesar las causas determinantes, las cuales al contrario persisten y de esta manera el medio mismo les agrava su estado. El segundo es más ventajoso por ser el aislamiento más efectivo; pero requiere una asidua vigilancia, por medio de visitadores y médicos encargados de este servicio, pues de lo contrario se puede prestar a abusos por afán de lucro.

En Escocia los alienados tratados en casas particulares, están sometidos a una vigilancia rigurosa de un Consejo General denominado "General Board o Commissioners in Lunacy".

Se destruye a los enfermos en localidades más o menos lejanas, con preferencia en los distritos rurales y entre los pequeños cultivadores. Cuando ejercen algún oficio se confían a un guardián o cuidador del mismo trabajo.

Cada mes el guardián, que generalmente es un pariente o un amigo del enfermo, envía a la administración una nota de estado, y cuando hay motivo fundado pasa aquél de nuevo al manicomio. Ninguna casa puede admitir un enajenado mediante una retribución si no tiene el correspondiente permiso autorizado por el Sherif o el Board in Lunacy, sin que en ningún caso el número de albergados pueda pasar de cuatro. Deben reci-

bir por lo menos una visita trimestral de un médico, de la cual se deja constancia en un libro especial, con indicación de la fecha y estado del enfermo. En cuanto a los indigentes, que cada Municipalidad sostiene a su cargo, además de la visita médica, deben recibir dos veces por año la del inspector de pobres. Y por último, todos sin distinción tienen que ser visitados, siquiera una vez por año por los comisionados o sus delegados, llamados "inspectores médicos", quienes deben cerciorarse de si las visitas médicas se hacen con la regularidad exigida, exponiendo detalladamente el resultado de sus inspecciones en una memoria que redactan anualmente.

Se ha extendido la asistencia privada de Escocia a casi todos los condados como Fife, Perth, Stirlighire, Ayrshire, etc. En Inglaterra no parece haber tenido este sistema gran aceptación, mencionándose solamente un ejemplo en Manchester. También existe en Holanda este medio de asistencia, pero con carácter puramente privado. En Austria se ha aplicado en Viena, pero no se ha generalizado. En Francia la asistencia familiar se practica en Dun-sur-Auron. El sistema ha dado allí hasta hoy excelentes resultados por su economía y eficacia. Desde 1885 funciona la asistencia familiar en Estados Unidos, habiéndose introducido primeramente en el Estado de Massachusset, ya sea a cargo de la autoridad o de particulares: pero siempre bajo la inspección oficial. Posteriormente se ha adoptado en los Estados de Nueva York, Illinois, Maryland etc.

Este sistema a que nos hemos referido es aconsejable para los enajenados inofensivos. Entre sus ventajas podemos anotar:

1) El menor costo para el Estado por ser los gastos menores que los producidos en los asilos.

2) La vida familiar que lleva el demente hacen aumentar su bienestar y hasta su salud fisiológica, como lo demuestran los cuadros de la mortalidad.

3) Las evasiones y accidentes son menos frecuentes que en los manicomios propiamente dichos, en una frase, disminuye el gran hacinamiento que se nota en la mayor parte de los asilos, evita gastos para la construcción de nuevos asilos y permite un empleo más útil del tiempo, del personal médico y administrativo en beneficio de los enfermos curables, de los cuales además se puede sacar algún provecho.

Los sistemas a base de patronatos tienen, sin embargo, formales inconvenientes, que los hacen inferiores como métodos de hospitalización a los asilo-colonias. En primer lugar, las curaciones son escasas, siendo de notar en cambio que las defunciones son en mayor número que en los asilos. A pesar que tanto en el sistema de Cheel como en el Escocés las leyes prohíben el empleo de medidas coercitivas, tiene que existir una asidua inspección, pues en caso contrario en la práctica dicha prohibición no tendría razón de ser. Por último, el enfermo puede ser objeto de una explotación más o menos disimulada, si los patronatos toman esta asistencia como medio lucrativo.

5) "Sistema Mixto". Son casas anexas a las Casas de Orates, a fin de que los deudos cuiden a los enajenados mentales. Este sistema se completa ampliamente con el Open-door.

Reune las ventajas del patronato familiar y del tratamiento en manicomios, sin los inconvenientes del exclusivismo de ambos.

Tanto en la Casa anexa como en el Asilo se evitan muchos accidentes que por impericia, descuido, etc. ocurren cuando el enfermo vive exclusivamente con su familia; el régimen curativo se aplica con igual facilidad tanto en la una como en la otra; y, por último, la asistencia médica se cumple con la misma exactitud que en el manicomio y siempre con mayor éxito que en casas particulares, pues en éstas se tropieza con serias dificultades para el cumplimiento de las indicaciones científicas; en cambio, en el sistema combinado dicha asistencia se ve bien secundada.

Estos distintos medios de asistencia de enajenados no se excluyen, sino que, a la inversa, se auxilian y se complementan; cada uno tiene sus empleos e indicaciones. Así el sistema familiar y colonial mismo se aplica a los inofensivos, y el asilo propiamente dicho a todos aquellos que requieren cuidado y vigilancia especial.

En esta última categoría figuran los locos criminales, o sea, aquellos que han cometido delitos en estado de perturbación mental y los criminales locos, o sea, los que primeramente han delinquido en su sano juicio y después han caído en estado de enajenación.

El tratamiento de los enfermos de estas dos categorías es todavía un problema no resuelto. Se han propuesto para ellos diversos sistemas, a saber:

- a) La de asilos especiales, o sea independientes en absoluto de los manicomios.
- b) La de departamentos separados en asilos comunes, y
- c) La de asilos anexos a las cárceles.

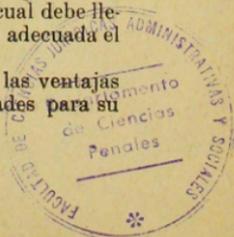
Ninguno de éstos cuenta con la unanimidad de las opiniones técnicas, las que sin embargo están contestes en la conveniencia de no enviar dichos enajenados a los establecimientos comunes. Las principales razones que aducen para ello son las siguientes:

- 1) La repugnancia que los demás enfermos sienten hacia tales huéspedes;
- 2) Las protestas muy fundadas de las familias de los reclusos; y
- 3) La imposibilidad de conseguir en un establecimiento común la debida vigilancia y disciplina que requieren los enajenados criminales como tratamiento habitual.

6) **“Sistema Libre”**. Puede consistir en casas de salud, establecimientos de hidroterapia, casas de campo, viajes, etc.

El aislamiento de los enfermos en **“casas de campo”** es muy conveniente, pero queda limitado a aquellos que tienen recursos para costearse su curación. Este sistema se ha introducido en algunos países por iniciativa particular. Es recomendable para los histéricos, degenerados y deprimidos. Quedan sujeto a la vigilancia del médico, el cual debe llevar la iniciativa en todo, a fin de dirigir y vigilar en forma adecuada el tratamiento que considere oportuno.

“Los establecimientos de hidroterapia”. Ofrecen las ventajas sobre los manicomios de no exigir a los enfermos formalidades para su



ingreso y darles mayor libertad, v.gr. pueden ser visitados con frecuencia por sus parientes y salir con ellos.

“**Los viajes**“. No son recomendables para todos los insanos. Depende de la clase de enajenación mental que sufra el enfermo, pues a veces, una vez efectuado el viaje, después de sufrir el desgaste nervioso de una movilización e incomodidades forzosas, regresa el paciente peor que antes.

Este sistema es aconsejable, sin embargo, y con excelentes resultados, para ciertas afecciones, como conmociones morales, sufrimientos, debilitamientos etc. por permitir al enajenado cambiar de clima, de hábitos y sobre todo proporcionarle distracciones que le hacen olvidar su enfermedad, normalizando sus funciones físicas y psíquicas.

“**El aislamiento en casas de enfermeros**“. Aventura a las colonias familiares en que los enfermos en aquellas son bien vigilados y dirigidos por gente del oficio, lo que no siempre se consigue en estas últimas ni menos en las casas privadas.

Hay otro sistema de curación modernísimo que aún no ha sido aceptado por todos los psiquiatras, es el “**psico-análisis de Freud**“. Se basa en la tesis de que las enfermedades mentales son producidas por fenómenos puramente psíquicos. Según Freud en el psiquismo de todo individuo hay dos partes bien separadas: la consciente y la inconsciente. Esta última pugna por salir del exterior para encontrar satisfacción, pero los hábitos, la educación moral, los frenos morales o la parte consciente del individuo impiden que estos instintos se manifiesten. Sin embargo, hay ocasiones en que éstos son tan fuertes que el individuo tiene que hacer un esfuerzo poderoso para luchar con ellos y de allí provienen las neurosis y otros síntomas patológicos. Estos instintos que Freud llamó la “**libido**“ son los que también provocan los sueños, que no son sino una manifestación disfrazada de los más recónditos deseos del hombre. A veces suelen salir a la luz estos instintos en forma de equivocaciones, o sea, constituyen las psicopatías de la vida cotidiana, en forma de lapsus, de torpezas.

Para curar la neurosis hay que descubrir el conflicto íntimo que las produce, haciendo una exploración psíquica por medio de las llamadas asociaciones libres. El individuo debe ir diciendo todo lo que pase por su cerebro, por absurdo o chocante que sea. Así se obtiene a veces que el sujeto sane con esto de la neurosis.

El psico-análisis es un método nuevo y original, rehuye toda intervención, puesto que su objetivo no es introducir en el hombre algo extraño, llámese fé o medicamento, sino al contrario, extraer algo de él que se halla en el fondo de su alma. Sólo el conocimiento activo de sí mismo procura la curación en el sentido psico-analítico; sólo cuando el enfermo se ha obsesionado de sí mismo, de su personalidad y hecho consciente su conflicto interior, queda sano de su dolencia. La operación así no se verifica desde el exterior, sino que se produce enteramente en el interior del elemento psíquico del paciente.

Según la concepción de Freud, las neurosis en sí mismas no tienen ninguna significación, pues se deben todas a una causa distinta. El neurótico no sabe verdaderamente lo que le turba o no quiere saberlo, o

no lo sabe de una manera consciente; entonces es cuando interviene el psico-analista, cuya misión consiste en ayudar al neurótico a descifrar el enigma cuya solución es él mismo.

Cada tratamiento dura, no días y semanas, sino meses y a veces años y exige del terapeuta una concentración que la medicina no había empleado nunca hasta ahora.

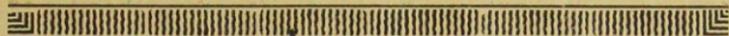
El paciente ha de limitarse a exponer, sin razonamientos, ni precauciones, todas las imágenes e ideas que involuntariamente se le ocurren (pues estas ideas precisamente, no le llegan del exterior, sino del inconsciente). No tiene que buscar aquello, que a su juicio, se refiera al caso, ya que su desequilibrio psíquico revela precisamente que ignora cual es "su caso", su dolencia. Si lo supiese sería un ser psíquicamente normal, no se producirían síntomas de ninguna especie y no necesitaría, por lo tanto, requerir al médico. Por esta razón el psico-análisis rechaza todos los relatos preparados y recomienda al paciente que se limite a narrar maquinalmente y a la ventura, tal como acudan a la memoria los recuerdos de su vida. Conscientemente el neurótico no puede ayudar en nada a quien trata de curarle, no puede decirle la verdad, puesto que precisamente, como dijimos, el hecho de no saberla o de no querer saberla es lo que ha producido en él ese desequilibrio y esa turbación. Incluso en los momentos que quiere ser sincero se miente a sí mismo.

En el paciente el deseo de confesar y la verdad se mezclan y entrecrocán misteriosamente; en su relato, tan pronto se entrega como se muestra reservado y su voluntad de confesar es inevitablemente interrumpida por la "inhibición". Este silencio es un poderoso auxiliar y sirve para buscar y encontrar el conflicto causa de la neurosis. De aquí que un psico-analista verdaderamente realizador debe ser muy perpicaz, a fin de adivinar la presencia del misterio decisivo cuando el enfermo quiere y no puede hablar; desprender una corriente capaz de inspirar en el paciente una confianza absoluta y de llevarle una obediencia apasionada.

Según los católicos el sistema de Freud no es algo nuevo, pues la confesión es una institución basada en la misma observación; el individuo al confesarse se desahoga y siente un mayor bienestar espiritual.

El psico-análisis es muy útil a veces, pero exige experimentadores muy avezados, y por esto que su campo de acción ha sido muy reducido. Ha alcanzado un gran desarrollo en los países germánicos, no así en los latinos donde fué calificado últimamente (Francia) como indecente y erróneo.

A la técnica psico-analítica de Freud pertenece el mérito de representar la primera tentativa metodológica llevada a cabo con objeto de comprender y curar al individuo mediante la materia propia de su personalidad. Freud en su entusiasmo ha llegado a dividir la humanidad en dos períodos: antes y después del psico-análisis. Se le ha criticado particularmente su idea exagerada de la libido y la intepretación caprichosa de los sueños.



Capítulo Quinto

“LEGISLACION SANITARIA”

SUMARIO:

1) Comentarios al Código Sanitario de Long y reformas introducidas por él. 2) Reglamentos para los Servicios de Reclusión y Hospitalización de Insanos. 3) Actual Código Sanitario.

1) El Código Sanitario elaborado por Mr. Long se promulgó por Decreto Ley N.º 602 de 13 de Octubre de 1925 y empezó a regir el 20 de Octubre de ese mismo año.

Fué la resultante de la obligación que afecta al Estado de velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país, consagrada en los preceptos de los Números 10 y 14 del art. 10 de la Constitución.

Llamóse Código Sanitario y no Ley sanitaria por haber comprendido un conjunto de disposiciones heterogéneas, dispuestas según un plan metódico y sistemático referente a la salubridad pública y a la organización del servicio que debía cuidar dicha salubridad.

Se compone de dos libros: el primero trata de la Administración Sanitaria, de la organización, del servicio de salubridad y del personal; el segundo de los servicios de sanidad, de disposiciones generales referentes al personal sanitario, de las penas y de los procedimientos para su aplicación.

Abordó la materia que estudiamos en el Título V del Libro II, bajo el epígrafe siguiente: “De los Dementes” (Arts. 172 a 182 inclusive).

En el art. 172, inciso primero, define a los manicomios diciendo: “Se entiende por **Manicomio del Estado**, cualquier lugar destinado al cuidado y atención de dementes, que éste bajo la autoridad del Gobierno, o cualquiera institución particular que reciba dementes con autorización del Director General de Sanidad”.

Los asilos de enajenados no han tenido una denominación única en todos los países; así en Bélgica se les llama “Hospicios”, en Francia y Holanda “Asilos”, en España e Italia “Manicomios” y en Alemania “Frenoximios”.

La expresión manicomio empleada por nuestro Código Sanitario para dar a entender cualquier lugar destinado al cuidado y atención de

los enajenados, es impropia porque se ha comprobado que la reclusión no es siempre necesaria. (Lo es tratándose de enfermos mentales incurables).

Hemos visto que existen actualmente sistemas muy modernos para la curación de los insanos como las granjas-asilos, colonias open-door etc., en los cuales el tratamiento es completamente distinto al de los manicomios propiamente dichos.

Muchísimas veces se ha tratado de definir a las enfermedades mentales, pero ni aún en forma negativa se ha llegado a un resultado satisfactorio, debido a la gran variedad que presentan en sus manifestaciones y efectos.

Matta, en su genial obra "Tratado de Medicina Legal" dice que "Enajenaciones mentales son un conjunto de estados anormales de la mente, que se caracterizan por un anonadamiento o una excitación cerebral extraordinaria o permanente". Se critica esta definición por ser vaga e incompleta. Además es un error haber dicho "conjunto de estados anormales" porque sabemos que la normalidad y anormalidad son conceptos relativos, que no es posible definir en forma cierta; y tampoco puede clasificarse a los individuos con absoluta precisión en uno u otro campo, por haber entre ambos una infinidad de gamas, una serie de tipos intermedios denominados, vulgarmente raros, excéntricos, lunáticos, neurasténicos etc., o sea, los que en psiquiatría se llaman "fronterizos", a los cuales pertenecen los diptómanos, morfínomanos y, en general, los neurópatas.

Es bastante difícil dar una definición que se encuadre dentro de los límites de la comprensión, claridad y precisión.

Entre nosotros hasta la dictación del Código Sanitario no existía ninguna; por consiguiente, el inciso segundo del art. 172 de dicho Código ha introducido una gran novedad al decir: "Se entiende por persona demente o simplemente demente, la que tiene manifestaciones de una enfermedad o defecto cerebral caracterizado por un estado patológico desordenado, funcional u orgánico, más o menos permanente de la mentalidad, y por la pervención, impedimento o función desordenada de las facultades sensorias o intelectuales o por el menoscabo o desorden de la volición".

Esta definición a pesar de no ser perfecta es bastante acertada; su principal objetivo fué señalar el radio de acción que la autoridad sanitaria debía ejercer sobre esos establecimientos y personas. Actualmente se encuentra vigente, porque el nuevo Código Sanitario, a pesar de no haberla reproducido, no ha derogado el reglamento relativo a los insanos en el cual se reprodujo.

Se hacen las siguientes críticas:

1) Haber empleado, al igual que los Códigos Civil y Penal, la palabra demente en el sentido de enajenado mental. En efecto, trató de definir a las enajenaciones mentales, valiéndose de la expresión demente.

2) Al decir "el que tiene manifestaciones de una enfermedad o de un defecto cerebral" ha excluido a las enajenaciones sintomáticas que, como su nombre lo indica son síntomas de alguna enfermedad o estado fisiológico, como ser el embarazo, el parto, la lactancia, meningitis, fiebres

palúdicas etc. Este defecto que se le atribuye a la definición, no tiene gran importancia, porque dado el carácter pasajero de estas enajenaciones sintomáticas, es excusable que se haya hecho abstracción de ellas. En cambio, es muy ventajosa por cuanto da pie para hacer una clasificación de las enfermedades mentales que concuerda perfectamente con las ideas modernas, como podemos comprobarlo por el cuadro que a continuación se indica:

ENAJENACIONES MENTALES (1)	ORGANICAS	a) Permanentes o Reversibles	Idiotismo Imbecilidad Debilidad mental Epilepsia	Parálisis general Progresiva Vesánica o terminal Senil Precoz
		b) Transitorias o Toxi-infecciosas	Demencias Confusión mental	Dipsomanía Saturnismo Alcoholismo Pelagra Cocainomanía Morfinomanía
	FUNCIONALES		Paranoia Mitomanía Ciclotimia o psicosis maniaco-depresiva Locura moral Emotividad morbosa	

De la definición trascrita se deduce la existencia de estos dos grupos de enajenaciones mentales: "Funcionales y Orgánicas", cuyas principales diferencias consisten en que las primeras nacen con el individuo, están favorecidas por una constitución predispuesta del organismo, son hereditarias y hay en ellas un proceso sistemático, ordenado, una exajeración, podríamos decir, de la constitución natural de la persona. En cambio, las enajenaciones mentales orgánicas son provocadas por una lesión, la que generalmente tiene su origen en el sistema endócrino o en el cerebro y se producen en la vida de un ente normal, son sobreviniertes; en ellas no hay proceso sistemático, ordenado, sino al contrario, un desorden o anomadamiento.

(1) Clasificación tomada de los apuntes de Medicina Legal de don Juan Andueza.

El art. 173 del Código de Long dispuso: "El Director estara facultado para investigar acerca del estado mental de las personas dementes y presuntos dementes, para pedir informes respecto a ellos, para dictar los reglamentos que sean necesarios para la construcción, sostenimiento y reparación sanitaria de los manicomios, y para prescribir las reglas convenientes para la seguridad pública, bienestar general y debida protección de todos los que están sometidos a tratamientos por causa de demencia, ya se encuentren confiados al cuidado de instituciones públicas o privadas, o al cuidado de guardianes u otras personas". De acuerdo con este precepto se le dieron al Director General de Sanidad atribuciones fuera de su competencia; como si tuviera facultad potestativa o reglamentaria, se le permitió dictar reglamentos para la construcción, sostenimiento y reparación de los manicomios. Además se le facultó para investigar acerca del estado mental de dementes o presuntos dementes, confundiéndose de esta manera el rol de la Higiene pública, que es lo único que debe tratar un Código Sanitario, con las funciones de la asistencia social como lo son las curaciones de los enfermos, y las cuales no tienen nada que ver con la competencia que en materia de sanidad mental corresponde a dicho Director. Lógicamente a este funcionario no debió otorgársele más facultades que las esencialmente sanitarias en su verdadera acepción.

La tarea de investigar el estado mental de los dementes y presuntos dementes, como los llamó el Código citado, es bastante difícil, debido a la gran variedad que presentan las enajenaciones mentales en sus manifestaciones y efectos. Desde luego todas las funcionales o constitucionales son más o menos incurables en su esencia, aunque pueden atenuar se o aún desaparecer sus manifestaciones. Las más importantes de dichas enajenaciones funcionales son las llamadas paranoias, antes denominadas monomanías, por los tratadistas italianos, que son los que las han estudiado más a fondo. Las paranoias se caracterizan por la exajeración de un determinado sentimiento.

Pueden revestir diversas formas, v.gr. la monomanía mística, la obsesión amorosa erótica, la megalomanía; en la cual el individuo créese muy superior a todos los demás; el delirio reivindicatorio, en que las personas que lo padecen son dadas a pleitear y jamás dejan de quejarse de la conculcación de sus derechos; el delirio persecutorio, el cual consiste en creerse perseguido por una determinada persona o por todas. Esta última psicopatía, es interesantísima desde el punto de vista penal por el peligro que encierran los enfermos, los que a veces reaccionan en forma violenta y atacan o hieren. La Escuela Alemana de Zurich, divide a los paranoicos en dos clases: "esquizoide", o sea, el desconfiado, reconcentrado etc. y el "ciclotímido", que es un tipo confiado, expansivo y sociable con accesos de depresión. Generalmente tanto unos como otros razonan con cordura, de lo cual proviene la gran dificultad para investigarles el estado mental.

Otra enajenación mental que también dificulta enormemente esta tarea, es la mitomanía que pertenece lo mismo que la anterior al grupo de las enfermedades funcionales. Es una psicopatía cuya característica es la predisposición constitucional, el embuste, el fingimiento, a la fantasía ya sea en palabras o en gestos. Los mitómanos no trepidan en el escándalo para hacer las acusaciones más calumniosas, lo que da lugar a veces

a la intervención de la justicia. La atención en estos sujetos es deficiente y mudable. Son muy comunes y podríamos citar innumerables casos como el de Phan Van Lock, el de Sara Rosa Castro, en el Crimen del Boldo, el de Lundstedt, los cuales han producido conmoción en la opinión pública.

En los estrados judiciales hay veces en que es imposible precisar el camino que debe señalársele a un mitómano: si el de la cárcel o el del manicomio. Sufren frecuentemente ataques convulsivos con grandes trastornos en la sensibilidad; por ej. los "fakires". Durante los períodos del trance no pierden la conciencia como ocurre con los epilépticos, sino que conservan toda su lucidez. La mitomanía acompañada del histerismo se denomina "Pitiatismo". Freud atribuye la neurosis histérica a los que él llama choques psíquicos y él mismo señala para ella un sistema de curación: "Tratamiento psico-analítico de Freud", que expusimos en el capítulo anterior.

Basta sólo tener una idea de lo que son estas enfermedades para comprobar lo difícil que es investigar los casos y grados de enajenación mental, los que pueden traducirse como hemos visto en simples perturbaciones de carácter o de psicopatía, que son demasiado frecuentes.

El Código de Long establece reglas para la prevención de delitos cometidos por insanos. Al respecto el art. 174 dispone que pueden decretar la reclusión, tanto el Director General o su delegado, pero que si el demente o la persona que lo tienen a su cuidado se oponen a su traslado al manicomio, le corresponde a la autoridad sanitaria llevarla a término y verificar el traslado, pero para ello debe ocurrir al Juez Letrado en lo Civil del departamento, a objeto de que breve y sumariamente resuelva lo conveniente.

Si no existe oposición, el procedimiento para llevar a cabo la reclusión es muy sencillo, basta un decreto del Director General en que se ordene el traslado al respectivo establecimiento, previo dictamen del Defensor de Menores, y una vez que se hayan comprobado estas circunstancias; a) la veracidad sobre la existencia del estado de insanidad, y b) la necesidad de la reclusión para la tranquilidad pública.

Si el presunto demente o sus cuidadores formulan oposición al traslado del enfermo al manicomio, se debe seguir el procedimiento contemplado en los art. 838 del Código de Procedimiento Civil y siguientes.

Esta disposición del art. 174 del Código de Long modifica substancialmente la del número cuarto del artículo 1º de la Ley de Casas de Locos, de 31 de Julio de 1856, que facultaba a los intendentes y gobernadores para disponer la reclusión de locos furiosos o que con su conducta causaren escándalo; y siempre que se perjudicare la tranquilidad pública, la seguridad de las personas, o se ofendiere la moral.

Los arts. 175 y 176 del Código que nos ocupa, determinan quienes deben sufragar los gastos que demande la reclusión de un enajenado. En este punto la única diferencia que implanta el Código del 25, es respecto de los indigentes o trasladados de una prisión a otra, los cuales, según aquélla deben ser mantenidos con los fondos designados al establecimiento, y en cambio éste dispone que los gastos de dichas personas corren a cargo de las Municipalidades respectivas, hasta la fecha en que

dicha reclusión se efectúe, y si los recursos de este organismo son insuficientes, deben ser sufragados por el Fisco.

En cuanto a las medidas que deben tomarse a fin de evitar arbitrariedades en las reclusiones, la Ley de Casas de Locos se refiere a ellas, solamente en su artículo segundo, y al efecto, en dicho precepto, autoriza al Jefe del establecimiento para exigir una copia de la reclusión de la autoridad judicial o administrativa que ha decretado la colocación en el asilo, y un certificado sobre el estado mental del presunto enajenado. En cambio el Código de Long adopta medidas más rigurosas en varios de sus arts. en el 175 dispone que toda reclusión de dementes debe decretarse con audiencia del Defensor de Menores y de su guardador si lo tiene. La exigencia de este requisito tiene por objeto proceder con mejor conocimiento de causa. En el art. 178 se faculta al Director General de Sanidad para disponer la reclusión de enajenados en los manicomios en la forma que determine el Presidente de la República. De lo cual se deduce que este funcionario debe dictar un Reglamento, el que efectivamente se dictó y fué aprobado por Decreto de Octubre de 1927. Por último en el art. 182 se obliga al Defensor Público a prestar sus servicios en todo lo relacionado con las reclusiones de insanos.

La Ley de 1856 guardó silencio acerca de lo que debe resolverse en el caso de existir dudas sobre el estado mental del individuo que se trata de recluir. El Código de Long llenó este vacío en los arts. 179 y 180 que facultan al Director General de Sanidad para pedir en dicho caso, el informe que determine el Presidente de la República, y mientras se resuelve lo conveniente sujetar al enajenado a estricta vigilancia a objeto de evitar los daños que pueda ocasionar a su persona o a la de los demás.

Para que un paciente recluso en un hospital de insanos pueda abandonar el establecimiento, de conformidad con el art. 181, se requiere:

1) Que el recluso a juicio del Director General de Sanidad esté temporal o permanentemente curado, y

2) Que dicha autorización la otorgue este mismo funcionario dando previamente cuenta al Juez que había aprobado la resolución. Como vemos, los requisitos exigidos por el Código de Long para la salida de las personas detenidas en asilos de enajenados, son muy diferentes a los requeridos por la Ley de Casas de Locos, contenidos en su Título segundo.

En Resumen:—

a) El Código de Long es el primero en darnos una definición de los enajenados mentales, la que concuerda perfectamente con las ideas modernas, pues permite hacer una clasificación de ellas bastante acertada.

b) Establece medidas a fin de prevenir la comisión de delitos por los enfermos mentales, reformando substancialmente el art. 1 N.º 4 de la Ley de Casas de Locos.

c) Introduce reformas en lo referente a los gastos de manutención de insanos indigentes o trasladados de una prisión a otra.

d) Para evitar arbitrariedades en las reclusiones adopta medidas más eficaces que las existentes, dándole amplias atribuciones al Director General de Sanidad.

e) Modifica a la Ley de Casas de Locos en lo relativo a la salida de los pacientes curados de los establecimientos de enajenados.

2) **El Reglamento General para la Organización y atención de los Servicios de Salubridad Mental y Hospitalización y Reclusión de Insanos.** Complementó el Código Sanitario de Long, fué aprobado por el Decreto de 26 de Octubre de 1927 y se encuentra en la actualidad vigente, porque el nuevo Código Sanitario no lo ha derogado totalmente.

Se compone de cinco títulos que tratan de las siguientes materias: Título I.—“De los manicomios”.— Título II.—“De la Dirección y Administración de los Manicomios Públicos”.— Título III.—“De las personas que pueden y deben ser hospitalizadas”. Título IV;—“Disposiciones Generales”.— y Título V:—“Disposiciones Transitorias”.

El art. 1 remitiéndose a la definición que da el Código Sanitario de Long en su art. 172 acerca de los manicomios, divide estos establecimientos en públicos y privados, según se funden o mantengan por el Estado o por instituciones o personas particulares. Respecto a su funcionamiento, dispone que los privados deben hacerlo previa autorización de la Dirección General de la Asistencia Social; en cuanto a los públicos, los somete a la autoridad y tutela del Presidente de la República y el art. 12 agrega al respecto que funcionarán bajo la supervigilancia de la Junta de Beneficencia respectiva, en conformidad al Reglamento Orgánico de la Beneficencia Pública.

Ambas clases de establecimientos podrán ser habilitados para enfermos de uno y otro sexo, de acuerdo con el art. 2 de este Reglamento.

Para instalar y dirigir un manicomio privado se requiere que las instituciones o personas particulares, según los casos, pidan la autorización correspondiente a la Dirección General de Asistencia Social, presentando una solicitud acompañada de un contrato por escritura pública en que conste que el establecimiento será dirigido y atendido por un médico-cirujano, titulado en la Universidad de Chile. Para que la Dirección General de el permiso, se exige que estime de conveniencia su fundación, previo un estudio e informe detallado de cada caso particular. A este mismo organismo se le faculta, además, para ordenar la clausura temporal o definitiva de dichos establecimientos, si no cumplen con las condiciones impuestas por la mencionada Dirección en la respectiva autorización. (Art. 11 Reglamento).

El art. tercero divide a los manicomios según su tipo en: Hospitales psiquiátricos y Asilos-Colonias (Open-Door). En los primeros de acuerdo con dicho precepto, debe someterse al enajenado a observación, no pudiendo permanecer en ellos por más de cuatro meses, después de los cuales necesariamente deberá pasar a un asilo-colonia.

Los arts. 4 y 5 disponen en resumen que los Hospitales psiquiátricos, serán instalados en las ciudades cabeceras de Zonas Hospitalarias y los asilos-colonias en Zonas formadas por varias provincias, en adecuadas extensiones de terrenos, cerca de una ciudad importante que se encuentre en la vecindad de la vía férrea.

Hasta ahora estas disposiciones del Reglamento no se han llevado a cabo por no haber asilo-colonia; pero se han hecho sí algunas tentativas para fundarlos. Así en 1926 se dictaron los siguientes decretos, con tal

objeto: **“Decreto Ley N.º 762 de 16 de Diciembre de 1925”**. De acuerdo con el Consejo de Secretario de Estado, he acordado y dicto el siguiente Decreto Ley.

Art. 1.º Autorízase a la Honorable Junta de Beneficencia de Santiago para contratar un préstamo hipotecario hasta por la suma de tres millones quinientos mil pesos, dando en garantía el predio en que se halla instalada actualmente la Casa de Orates de Santiago, con el objeto de que con dicha suma se adquiera un fundo agrícola para establecer dicha institución en forma de Open-door.

Art. 2 Autorízase a la Honorable Junta de Beneficencia de Santiago para que proceda a enajenar en pública subasta los terrenos ocupados por la Casa de Orates de Santiago, previa hijuelación en lotes, que practicará el ingeniero arquitecto de la H. Junta de Beneficencia.

Art. 3.º Las sumas obtenidas en los remates de los terrenos ocupados por la Casa de Orates, se destinarán por la H. Junta a la instalación del nuevo Cantón Sanitario de Open-Door y al pago de la deuda hipotecaria.

Tómese razón, comuníquese, publíquese e insértese en el Boletín de Leyes y Decretos del Gobierno (Firmado) LUIS BARROS BORGÑO. PEDRO L. FERRER.

Las hijuelación ordenada en el art. segundo fué practicada por la oficina de arquitectura de la Junta de Beneficencia, según consta de un documento de fecha de Junio 6 de 1927 firmado por M. Aubert. A continuación se dictó el siguiente **“Decreto Supremo que ordena la creación del Open-Door”** de 20 de Febrero de 1928, que dice al efecto:

CONSIDERANDO:

1) Que es una sentida necesidad propender al mejoramiento de los enfermos internados en los Asilos de insanos de la República, dándoles un desarrollo progresivo técnico y práctico para la marcha de la asistencia médica y bienestar individual y colectivo, poniendo en práctica los sistemas modernos adoptados con todo éxito por la asistencia médica mundial.

2) Que las casas de alienados existentes en Santiago y Concepción a pesar de las importantes mejoras que han tenido, no corresponden a la organización actual de estos establecimientos con los modernos adelantos de los demás países que han implantado el sistema de Open-Door.

3) Que el ensayo efectuado en la Quinta Bella, como anexa a la Casa de Orates, ha demostrado en forma práctica la ventaja que representa para el régimen curativo, para la ayuda pecuniaria de los servicios y para la adaptación de la mayoría de los enfermos, el dedicarlos a las faenas agrícolas que cultivo intenso, jardinería y pequeñas industrias que han podido dominarse con la capacidad posible de los asilados: y

4) Que el Gobierno destinará para este efecto, de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Ley N.º 762 de 16 de Diciembre de 1925, los fondos necesarios para la adquisición de un predio agrícola en las cercanías de la ciudad de Santiago, que servirá para iniciar desde luego un Open-Door que permita llevar a la práctica las ideas expuestas.

DECRETO:

Primero:—Créase en el Departamento de Santiago una Casa de Salud que se denominará Open-Door, la que funcionará como dependencia de la Junta Central de Beneficencia, que dictará su Reglamento Orgánico.

Segundo:—Pídense propuestas públicas para la adquisición de un predio destinado para la instalación del mencionado establecimiento, a cuyo efecto, la Junta General de Beneficencia publicará avisos en los diarios de la capital, fijando la fecha de las propuestas y demás condiciones y bases que se estimaren necesarias.

Tómese razón, regístrese, comuníquese, publíquese e insértese en el Boletín de las Leyes y Decretos del Gobierno.

(Firmado) C. IBAÑEZ C. ENRIQUE BALMACEDA.

Por último, en el mes de Febrero de ese mismo año se dictó un Decreto Supremo que designó una comisión para que estudiara los proyectos y propuestas presentados por la adquisición de un predio agrícola destinado a la intalación del mencionado Establecimiento. La comisión que se indicaba en dicho Decreto debía desempeñar su cometido ad-honorem e informar al Ministro una vez terminada su misión. Llevaba las misma firmas que el anterior.

En realidad el Gobierno del señor Ibañez y sus colaboradores merecen el reconocimiento público por haber solucionado en parte el problema de la hospitalización de nuestros insanos.

El art. sexto del Reglamento dispone: "Anexos a los hospitales, funcionarán Dispensarios o Consultorios para el exámen y atención de toda persona que presente alguna perturbación nerviosa o mental, cualquiera que sea su origen, funcional u orgánico". De la sola lectura de este precepto se desprende la gran utilidad que tienen estas dependencias.

De acuerdo con el art séptimo "En los Hospitales Psiquiátricos y Asilos-Colonias, se habilitarán pabellones especiales adecuados para el funcionamiento de los asilos de Temperancia y para enfermos que se hallaren sometidos a la acción de la justicia". En otros términos, crea en las manicomios "**Asilos de Temperancia y Asilos de Seguridad.**"

En cuanto a estos últimos el art. 42 del mismo Reglamento dice que mientras se establezcan, la Dirección General de Sanidad procurará que los directores de aquellos establecimientos habiliten secciones adecuadas, a cargo de médicos especialistas, para la asistencia y tratamiento de estos enfermos, en conformidad con los modernos conceptos de la Ciencia Penal y Psiquiátrica.

De día en día aumenta la importancia de las afecciones tóxicas y en casi todos los países antes de llevarse a un enfermo al "Open-Door" se le examina previamente en los "Hospitales Psiquiátricos" para tratar de extirparles el foco infeccioso. Generalmente la mayor parte de ellos mejora en dichos establecimientos. En Estados Unidos las tres cuartas partes de los enfermos mentales lo son a causa de afecciones tóxicas; en Francia un cincuenta por ciento (comprendiendo en tales afecciones, no sólo las producidas por bebidas alcohólicas, sino que también las que provienen de lesiones glandulares, amigdalitis, infecciones focales como caries en las dentaduras etc.)

El alcoholismo es una enfermedad y como tal debe tratarse, co^{ll}

sistemas apropiados o regímenes de terapéutica individual y de profilaxia social.

Entre nosotros la Ley de Alcoholes de 1902 ordenó la instalación de "Asilos de Temperancia"; pero sólo se creó uno en Santiago, el cual desde que ha funcionado lo ha hecho en la Casa de Orates. Posteriormente por el Decreto Supremo de 26 de Noviembre de 1925 N.º 5994 se ordenó la organización definitiva del Asilo en forma que sus servicios correspondieran a los propósitos de regeneración individual y defensa social que tuvo el Legislador al consultar en las leyes la represión y tratamiento del alcoholismo. En Chile el asilo es el único medio eficaz para combatirlo y disminuir sus estragos morales y sociales. Al alcohólico hay que recluirlo y durante su encierro debe trabajar en beneficio propio, de su familia y de la sociedad. Al mismo tiempo hay que asistirlo como enfermo, tratarlo según las indicaciones terapéuticas del caso y reeducarlo, readaptarlo a una normal y correcta vida de relación social.

En el asilo hay dos grupos generales de enfermos: Sin perturbación mental y con perturbación mental. Entre los primeros figuran los que espontáneamente se someten a reclusión y los que son condenados a ella por sentencia judicial; y entre los segundos los que son internados de conformidad con el Reglamento de Salubridad mental.

El art. 13 al referirse a estos establecimientos dice: "En los Asilos de Temperancia y para enfermos sometidos a la justicia, anexos a los Manicomios, las Juntas de Beneficencia podrán designar un segundo sub-director administrativo". Se les da gran importancia debido a que tienen una influencia trascendental en el progreso moral y social del país, como se indica más adelante.

El art. 8 contempla una serie de requisitos que deben tomarse en cuenta para las construcciones o habilitaciones de manicomios, v.gr. la seguridad personal de los enfermos, la facilidad de vigilarlos y dirigirlos con el menor personal posible de enfermeros, el máximo de condiciones de higiene y salubridad y otros más, considerados también por la ley como esenciales.

El art. 9 trata del minimum de superficie que deberán tener los Hospitales Psiquiátricos (200 metros cuadrados por enfermo) y los Asilo-colonias (15 hectáreas para cada cien enfermos varones y 5 hectáreas para cada cien mujeres).

El art. 10 reglamenta las visitas que deben efectuar la Dirección General de Sanidad y la de Asistencia Social a los establecimientos públicos y privados para enajenados y presuntos enajenados (De acuerdo con el nuevo Código Sanitario, le corresponde efectuarlas únicamente a esta última).

En el art. 14 (Título II Párrafo I) se establece que el Director de Beneficencia Pública tiene la representación y personería del manicomio para todos los efectos legales, con las facultades indicadas en el art. 8 del C. de Procedimiento Civil. Entendemos que se le otorgan las comprendidas en ambos incisos de este artículo, incluso las de transigir y percibir.

El párrafo tercero del Título segundo se ocupa de las obligaciones del medico-jefe, quien deberá ser nombrado por la Dirección de Manicomios.

El párrafo 1.º del Título tercero, trata "de los dementes y presun-

tos dementes". En el art. 16 se reproduce la definición que al respecto da el art. 172 del Código de Long.

Ya vimos que según éste, enajenado mental no es sólo el que sufra de una enajenación completa, sino también cualquiera que padezca de menoscabos o desórdenes mentales. Tanto dicho Código como su complemento (Reglamento de Salubridad mental), al derogar la ley de 1856, modificaron sustancial y fundadamente el criterio antiguo para apreciar al enajenado mental y establecieron el régimen terapéutico existente.

La nueva legislación consagra el principio dominante de la conservación y defensa de la sociedad contra las reacciones morbosas de los enajenados y tiende esencialmente a prevenir el mal y a suprimir sus consecuencias funestas. De acuerdo con estos principios el Reglamento que nos ocupa y el Código de Long, establecieron que tanto la persona que sufra trastornos mentales, transitorios o permanentes, muy pronunciados o debilmente insinuados, como la que tenga simplemente tendencias psicopáticas deben caer bajo la vigilancia de la autoridad sanitaria y tener a su disposición, en caso necesario, los "establecimientos psiquiátricos adecuados".

Según el art. 17 "los dementes se llaman también psicópatas y se dividen en enfermos alienados y enfermos psicópatas simples. Alienados son los enfermos que "deben" ser hospitalizados por mandato de autoridad, a causa de ser anti-sociales o peligrosos para si mismos, o para terceros.

Psicópatas simples son los enfermos que "pueden" hospitalizarse voluntariamente, sin intervención previa de autoridades por ser presuntos dementes cuyo estado mental permite considerarlos relativamente sociables e inofensivos. En todo informe médico se establecerá categóricamente, si el enfermo examinado es alienado o psicópata simple. En casos difíciles o dudosos se establecerán claramente las razones que dificultan o impidan esa clasificación".

De acuerdo con esta disposición del Reglamento han funcionado en el Manicomio tres secciones de enfermos, a saber:

1) Enfermos hospitalizados "de oficio" esto es alienados peligrosos y anti-sociales, internados por decreto de autoridad;

2) Enfermos hospitalizados "voluntariamente", esto es psicópatas simples, relativamente inofensivos o sociables, admitidos sin decreto de autoridad, y

3) Enfermos en "observación", esto es, sujetos a examen de sus facultades mentales, sea que se presenten ellos mismos, los traigan las personas que tengan facultad para hacerlo o los envíen las distintas autoridades con tal objeto.

El art. 18 establece los diversos grupos a los cuales, por regla general, y salvo casos especiales, pueden o deben pertenecer los dementes o psicópatas. En todo informe médico hay que establecer de acuerdo con este mismo artículo la categoría en que los insanos están ubicados o pueden estarlo. Estos grupos son los siguientes:

1) Enfermos conscientes de su estado, que piden ellos mismos la asistencia médica;

2) Enfermos, unos conscientes, otros parcialmente conscientes e inconscientes de su perturbación mental, que no piden ellos mismos la

asistencia médica conveniente; pero que se someten a ella sin protestar o protestando accidentalmente, de un modo transitorio y poco coherente;

3) Enfermos inconscientes de su estado que protestan de un modo habitual y coherente contra la asistencia médica y la reclusión que necesitan, o que están predispuestos a cometer actos delictuosos o contrarios al orden público, a la moral y buenas costumbres, a la seguridad de las personas; y

4) Enfermos que a causa de la perturbación mental que padecen han cometido actos delictuosos o contrarios al orden público, a la moral, buenas costumbres o a la seguridad de las personas.

El art. 19 define lo que se entiende por presunto demente diciendo que "es la persona que según informe médico respectivo, no puede ser declarada demente en conformidad con los artículos anteriores, pero que tiene predisposiciones para serlo o ha ejecutado actos que científicamente pueden atribuirse a un estado psicópatico". "La Dirección General de Sanidad, agrega además este precepto, llevará un Registro de todos los que sean presuntos dementes y encargará la vigilancia de ellos a las autoridades sanitarias, administrativas, judiciales o policiales de la localidad en que se encuentre la persona, indicándoles en cada caso la forma como cumplirán su cometido".

"Si algún funcionario no cumpliera, termina diciendo en su inciso segundo, con las instrucciones de la Dirección General de Sanidad, esta dará cuenta en el acto a la autoridad superior del cual aquel dependa a fin de imponerles las sanciones que corresponden".

Este artículo 19 completó el 173 del Código de Long que entre otras facultades autorizaba al Director General de Sanidad para averiguar el estado mental de los "dementes y presuntos dementes" y no se sabía a ciencia cierta quienes estaban incluidos en dicha denominación. El art. 19, por consiguiente, llenó ese vacío. La obligación que se le impone a la Dirección General de Sanidad de llevar un registro de presuntos dementes, no tiene por objeto resguardar al enajenado mental, a imitación de los Consejos de Familia y otras instituciones análogas existentes en casi todos los países, sino su fin únicamente es anotar en él a todos aquellos que según informe médico no pueden ser declarados en interdicción.

El párrafo tercero de este mismo Título, trata de las "Hospitalizaciones Voluntarias" que de conformidad con el art. 20 pueden ser solicitadas por los psicópatas, por sus representantes legales, por sus parientes, por cualquiera autoridad o vecino del domicilio del enfermo; y se llaman espontáneas cuando las piden las mismas personas que quieren asilarse y siempre que hayan sido o puedan ser declaradas presuntos dementes.

El párrafo cuarto se refiere a las "Hospitalizaciones de oficio", o sea, a las decretadas por la autoridad competente por tratarse de enfermos clasificados como alienados en (art. 32) y que de acuerdo con el inciso final del art. 20, pueden ser solicitadas a la autoridad competente por cualquiera persona bajo su responsabilidad.

La admisión que se indica en estos dos párrafos (3 y 4) del Reglamento de Salubridad Mental consiste en resumen en lo siguiente: "Todo enfermo o presunto enfermo es recibido en la Sección observación del Hospital Psiquiátrico donde los médicos lo examinan detenidamente bajo

todos los puntos de vista; terminados estos exámenes el individuo es clasificado y se le ingresa ya sea como voluntario o ya como de oficio. En el primer caso el enfermo ingresa al Hospital Psiquiátrico sin la intervención de ninguna autoridad, tal como se llega a un hospital común, y allí continúa medicinándose; en el segundo caso, o sea, los ingresos de oficio, es en los que interviene el Director General de Sanidad decretando el ingreso de estos enfermos a la Sección Manicomio de donde no pueden salir sin previa autorización de este mismo funcionario

Por otra parte, si los enfermos que han ingresado como voluntarios no han sanado o no presentan síntomas de una franca mejoría durante un tiempo prudencial (cuatro meses, art. 30) se les hace entonces ingresar de oficio y pasan a seguir medicinándose en la Sección Manicomios.

Con este sistema van quedando en el Hospital Psiquiátrico sólo los enfermos agudos, susceptibles de curación en un tiempo más o menos fijo, y una vez sanados van siendo dados de alta y dejan su lugar a los otros que van llegando a la sección observación.

El art. 27 dispone "Todo presunto demente que desee hospitalizarse espontáneamente en un Pabellón Psiquiátrico, presentará una solicitud a la Dirección del Establecimiento, según los formularios que determine la Dirección General de Sanidad".

"Si la Dirección del establecimiento acepta la solicitud en el plazo de las 24 horas siguientes a la presentación de ella, enviará copia autorizada a la Dirección General de Sanidad, archivando el original."

"La Dirección General de Sanidad ordenará inmediatamente de recibida la copia, una visita de inspección e investigación con el objeto de constatar la enfermedad para asegurarse de si procede o no la hospitalización espontánea. Si no es procedente, adoptará las medidas que estime conveniente dentro de sus atribuciones".

"La Dirección del establecimiento llevará boletines especiales para estos enfermos, en los cuales se consignarán los datos que indique la Dirección General de Sanidad".

"Llevará también un boletín especial para las observaciones clínicas, en la cual el médico estampará bajo su firma cada 15 días a lo menos, la marcha de la enfermedad y el estado del enfermo". La Dirección del establecimiento enviará copia de este certificado todos los meses a la Dirección General de Sanidad".

"En cualquier momento la Dirección General de Sanidad, puede usar de las atribuciones que le confiere el Código Sanitario, respecto de los enfermos que estén hospitalizados espontáneamente."

"Cuando el presunto demente sea persona que se encuentra bajo la guarda legal de otra, solicitud de hospitalización debe ser presentada por el interesado y su representante legal."

Es necesario que tanto las autoridades civiles como judiciales y médicas, se compenentren bien de este Reglamento de 26 de Enero de 1927 y lo hagan cumplir en todos sus detalles, especialmente en lo que se refiere a los datos clínicos que deben dar los señores médicos informantes, cuando las autoridades de provincia remiten informes al Hospital Psiquiátrico o a la Sección Observación del Hospital. Actualmente, nada de esto se hace, salvo en rarísimos casos y se reciben enfermos sin

datos clínicos de ninguna especie, lo que dificulta el diagnóstico, y, por tanto, retarda el tratamiento de los enfermos. Para salvar este inconveniente bastaría que las autoridades aplicaran e hicieran cumplir lo que ordena sobre esta materia el Reglamento.

La hospitalización voluntaria de los enfermos inconscientes de su estado, que protestan de un modo habitual y coherente contra la asistencia médica y la reclusión que necesitan, o que están predispuestos a cometer actos delictuosos o contrarios al orden público, a la moral y buenas costumbres, a la seguridad de las personas, y la cual solo procede respecto de los psicópatas simples, se ajustará a los siguientes trámites que indica el artículo 26 del Reglamento;

a) "Se deberá solicitar la hospitalización en este orden:"

1) "El psicópata cuando pertenece al grupo N.º 1 del art. 13."

2) "Sus representantes legales." Este número concuerda con el art. 43 del C. Civil que dice: Son representantes legales de una persona, el padre, la madre o el marido bajo cuya potestad vive, su tutor o curador, y lo son de las personas jurídicas los designados en el art. 551.

3) "El cónyuge".

4) "Los ascendientes en cuya casa viva el enfermo, prefiriéndose a los del grado más próximo". Esta disposición es muy lógica, pues se funda en el hecho natural de ser el cariño de estas personas mayor que el de los ascendientes de grado más remoto.

5) "Los descendientes en cuya casa viva el enfermo, prefiriéndose a los del grado más próximo".

6) Los colaterales en cuya casa viva el enfermo, prefiriéndose a los del grado más próximo". La preferencia que en este número hizo la Ley no tiene razón de ser como en el caso de los ascendientes o descendientes, porque generalmente, los que menos tienen interés en solicitar la hospitalización del insano a fin de obtener contratos en su favor son personas. Tal vez habría sido mejor que tratándose de los colaterales, se hubiera preferido primeramente a los de grado posterior.

7) "Los afines en cuya casa viva el enfermo".

8) "A falta de los anteriores, cualquier otro pariente, vecino o autoridad del domicilio del psicópata".

b) "En las ciudades donde halla hospitales o pabellones psiquiátricos, las personas indicadas presentarán ante la Dirección del establecimiento una solicitud de admisión, según los formularios que determine la Dirección General de Sanidad".

"En las demás ciudades, la solicitud se presentará ante la autoridad sanitaria correspondiente, para que ésta autorice la hospitalización".

c) Si se trata de enfermos que estén bajo la guardia legal de otra persona, la solicitud deberá ser presentada por el interesado y su representante legal, acompañándose de un extracto autorizado del auto en que se confirió la representación, o de un documento en que conste fehacientemente". Exigencia ésta muy lógica, pues si no se hubiera establecido, cualquiera podría asumir la representación de un insano sin tener facultad para ello".

d) "Las autoridades y directores del establecimiento que intervengan en estas hospitalizaciones, deberán asegurarse bajo su responsabilidad de la identidad del enfermo y de los que soliciten la reclusión". Esta disposición tiene por objeto evitar arbitrariedades en las reclusiones.

e) "La solicitud será aceptada, previo examen y calificación del enfermo en conformidad con los arts. 17 y 18 del Reglamento. Si de este examen y calificación resulta que el enfermo debe ser hospitalizado de oficio, se procederá a su reclusión según este Reglamento".

f) "En cualquier momento la Dirección General de Sanidad puede usar de las atribuciones que le confiere el Código Sanitario respecto a los enfermos que estén hospitalizados voluntariamente o que soliciten dicha hospitalización". Esta disposición concuerda con los arts. 173 - 178 y 179 del Código de Long.

El art. 29 del Reglamento que complementa al que hemos analizado, dice: "La solicitud de hospitalización indicada en el artículo anterior, se acompañará con una declaración extendida en los formularios que determine la Dirección General de Sanidad, en la cual constarán los datos personales del enfermo, los antecedentes y particularidades de su enfermedad y la circunstancia de tener o no bienes o rentas propias para costear sus gastos en el Hospital".

"Si el enfermo fuera indigente, se dejará constancia en esta declaración de si tiene o no parientes obligados a proporcionarle alimentos según la Ley"]

"Esta declaración será firmada por la persona que solicita la hospitalización, y en su caso, por las personas obligadas a proporcionarle alimentos al enfermo".

"En las ciudades donde no tuviere asiento la autoridad sanitaria, la declaración será acompañada de un certificado médico, extendido por el facultativo que designe la Dirección General Sanidad, en el que consten los antecedentes y particularidades de la enfermedad". Y el art. 31 agrega que la solicitud de hospitalización deberá presentarse a la Dirección General de Sanidad para que la autorice si se trata de un enfermo que quiera hospitalizarse voluntaria o espontáneamente en un establecimiento privado.

El art. 32 define las hospitalizaciones de oficio en su inciso 1 y siguiente agrega que éstas pueden verificarse en los siguientes casos:

a) "Decretadas por la justicia conforme a lo dispuesto en los Códigos Civil y Penal, según las disposiciones pertinentes que estaban vigentes a la fecha de la promulgación del Código Sanitario". Al promulgarse el Código de Long, estaban vigentes los arts. 466 del C. Civil, art. 10 del C. Penal y 81 del mismo Código con las modificaciones introducidas por el C. de Procedimiento Penal. En consecuencia, según disposiciones contenidas en los arts. citados, la hospitalización de oficio a que se refiere en este caso el Reglamento, puede tener lugar:

1) Cuando sea de temer que usando de su libertad, el demente se dañe a si mismo, o cause peligro, o notable incomodidad a otros (466 C. C.).

2) En el caso del art. 10 N.º 1 inciso 2 y 3 que se refiere al enajenado mental que delinque; y

3) Tratándose de un individuo normal que cae en estado mental después de cometer el delito, en conformidad con el art. 81 del C. Penal.

b) "Decretadas por la justicia en los casos del art. 174 del Código Sanitario". El artículo que se alude en esta letra se refiere a la reclusión de algún demente peligroso o perturbador de la tranquilidad pública, cir-

cunstanca por la cual puede decretarse la hospitalización por la autoridad judicial.

c) Decretadas por la Dirección General de Sanidad en los siguientes casos”.

“Cuando el psicópata o la persona que lo tenga a su cuidado no se oponga a la hospitalización”.

“Cuando se trata de enfermos hospitalizados voluntaria o exponéticamente o que soliciten tales hospitalizaciones y la Dirección General de Sanidad, dentro de sus atribuciones, juzge que deben ser hospitalizados de oficio”.

“Cuando lo estime conveniente si transcurridos los cuatro meses de permanencia voluntaria en un establecimiento, ha llegado el caso de ser trasladado a un Asilo-Colonia u Open-Door”.

“El art. 33 del Reglamento refiriéndose al art. 174 del Código de Long dice que “La Dirección General de Sanidad podrá, en los casos contemplados en ese artículo, ejercer ampliamente las atribuciones que le confiere el art. 180 del mismo Código, en la forma que estime más adecuada y precisa para evitar los daños señalados en dicho precepto. Y el inciso segundo agrega: “En estos casos, mientras se resuelve la reclusión del enfermo por la justicia” podrá decretar la Dirección General de Sanidad una hospitalización provisoria en la forma que estime más discreta y conveniente”.

“La misma hospitalización provisoria, termina diciendo el inciso tercero, podrá decretarla siempre que lo estime necesario, en uso de las atribuciones que le confieren los arts. 173 y 178 del Código Sanitario”.

En conformidad con este artículo 33, el Director General de Sanidad puede sujetar a estricta vigilancia al demente perturbador o peligroso, para la tranquilidad pública, a fin de evitar que cause daños a su persona o a los demás, y decretar una hospitalización voluntaria tanto en estas circunstancias, como cuando lo estime necesario en uso de las atribuciones conferidas por los arts. 173 y 178 del Código de Long.

El art. 34 del Reglamento, remitiéndose también al art. 174 del Sanitario del año 1925, dice que en tales casos, toda reclusión se decretará con audiencia del Defensor de Menores y del guardador del enfermo si lo tuviere”.

En el art. 35 se le obliga al Defensor Público y a las autoridades o funcionarios administrativos o judiciales, a prestar sus servicios a la autoridad sanitaria en todo lo relacionado con la reclusión y vigilancia de un insano; y el art. 38 del mismo Reglamento establece que aquellas autoridades deberán dar cuenta inmediata a la Dirección General de Sanidad de los enfermos que existan en el departamento, y que deben o necesitan ser reclusos por su estado mental. Prestarán el auxilio de la fuerza pública siempre que lo solicite la Dirección General de Sanidad, la cual proporcionará a estas autoridades formularios especiales para que cumplan con esta obligación y si no cumplen con las instrucciones de la Dirección General de Sanidad, ésta lo pondrá en conocimiento de las autoridades superiores de las cuales aquellas dependan para la aplicación de las sanciones correspondientes. Estos dos artículos, debidamente concordados; reproducen y amplían las disposiciones del artículo 182 del Código de Long.

De acuerdo con el artículo 36, las hospitalizaciones de oficio deben ser decretadas por los jueces, en conformidad a las normas que fije la Dirección General de Sanidad. (Actualmente estas normas las fija la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social).

El Juzgado debe enviar el enfermo al Manicomio correspondiente con los siguientes documentos:

a) Identificación del enfermo, según los formularios de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social.-(Según el Reglamento con los formularios de la Dirección General de Sanidad).

b) Copia íntegra del informe médico:

c) Copia del juicio o proceso. Si fuere muy extenso, copia de las piezas principales que se relacionan con la enfermedad del recluso. En todo caso, copia íntegra del auto resolutorio que ordena la reclusión.

El párrafo segundo de este Título Tercero del Reglamento trata de la asistencia en casas particulares. Tanto en éstas como en los establecimientos públicos pueden ser reclusos los psicópatas o dementes.

Con el propósito de reducir los gastos del Estado en el mantenimiento de insanos, el Reglamento de Salubridad Mental implantó el régimen de "asistencia privada o en familia".

"En los manicomios privados las hospitalizaciones de oficio no podrán efectuarse, salvo el caso de fuerza mayor o de urgencia debidamente constatada. Cuando ocurra el caso de hacerlo, la autoridad respectiva procederá especificando clara y detalladamente las circunstancias que imponen la medida".

Los artículos 21, 22, 23 y 24 contenidos en este párrafo, en resumen establecen lo siguiente: "Toda persona que tenga en su casa o que quiera cuidar a un insano, deberá presentar una solicitud pidiendo dicha autorización a la Dirección General de Sanidad (actualmente a la de Asistencia Social), la cual hará las investigaciones necesarias acerca del estado mental del enfermo y si lo estima conveniente otorgará el permiso respectivo mediante una autorización especificada, de todo lo cual se dejará constancia en una acta firmada por el psicópata o sus representantes legales o parientes y por los demás interesados, según lo disponga la Dirección General de Sanidad. El acta deberá ser extendida en seis ejemplares que se destinarán: uno para el jefe de familia de la Casa en que el enfermo va a ser colocado; otro para la Dirección General de Sanidad y cada uno de los tres restantes para el Gobernador, el Juez Civil más antiguo y el Defensor de Menores de donde resida el enfermo. El Intendente o Gobernador comunicará el acta al Jefe de policía para que adopte las medidas de vigilancia que indique la Dirección General de Sanidad, la cual deberá proceder previa audiencia de los funcionarios indicados. En todo cambio de hospitalización se llenarán las formalidades correspondientes".

Si este sistema de asistencia privada fuera propiciado por las distintas autoridades del país, poco a poco se irían acostumbrando las familias a cuidar en sus casas a sus propios enfermos u otros ajenos, bajo el control y supervigilancia metodizados de la autoridad sanitaria. Y así, en un nísano gastaría el Estado, pagándole su pensión en una casa de familia

modesta y honorable, talvez la mitad de lo que le cuesta actualmente en el Manicomio.

El párrafo V trata de "Disposiciones comunes a los párrafos anteriores. El art. 38, como vimos, complementa al 35 obligando a las autoridades administrativas y judiciales a prestar sus servicios a la Dirección General de Sanidad.

El art. 39 impone a los Hospicios y Hospitales Generales la obligación de recibir provisoriamente a los enfermos que por su estado mental necesitan ser hospitalizados, mientras se llenan los trámites indispensables para hacerlo debidamente y enviarlos a los establecimientos que correspondan.

Esta medida adoptada por el Reglamento es muy lógica y benéfica, tanto para los mismos enfermos como para la sociedad, pues si no se les recogiera en dichos hospitales, antes de ser enviados a los manicomios, vagarían por las calles, empeorando de esta manera su salud y causando gravísimas incomodidades a los transeúntes.

Los art. 40 y 41 se refieren al caso en que algún recluso en un cuartel o cárcel se perturba de la razón. Si ésto aconteciere, según el art. 40, los Jefes de dichos establecimientos deberán dar cuenta inmediatamente al Gobernador del Departamento para que este funcionario a su vez le comunique a la Dirección General de Sanidad. Si se trata de individuos sujetos a la justicia, el aviso se dará al Tribunal correspondiente. El Gobernador o Juez ordenará un examen médico del estado mental del individuo, para recluirlo en el Hospicio o Hospital General más próximo, si la Dirección General de Sanidad no ha resuelto aún el traslado a un manicomio o mientras se llenan los trámites necesarios.

De acuerdo con el art. 41 la Dirección General de Sanidad debe ordenar cada seis meses visitas de inspección a los cuarteles, prisiones y asilos para examinar a los reclusos y constatar si alguno se encuentra en las condiciones de ser hospitalizado en un Manicomio.

El inciso segundo de este mismo artículo sujeta a los jefes de dichos establecimientos a las instrucciones que le comunique la Dirección General de Sanidad para la asistencia de los reclusos que vayan a ser hospitalizados o de los que tengan predisposiciones para ser psicópatas.

En el párrafo VI de este mismo Título tercero, se reglamenta minuciosa y detalladamente todo lo relativo a la permanencia de los enfermos en los Manicomios, de tal manera que es imposible cometer arbitrariedades en las reclusiones.

Los Directores o Jefes de estos establecimientos, de acuerdo con los arts. 45, 46, 47, 48, 49 y 50 tienen las siguientes obligaciones:

1) Al recibir un enfermo, exigir los documentos correspondientes, sin los cuales no podrán ser admitidos, salvo en casos urgentes, dándose aviso en el término de 24 horas a la Dirección General de Sanidad.

2) Una vez hospitalizado el enajenado, llenar un boletín de ingreso, inscribirlo en un Registro General y archivar originales los documentos que traiga, ciñéndose en todo ésto estrictamente a los formularios que determine la Dirección General de Sanidad.

3) Otorgar recibo al conductor del enfermo en que conste la recepción y la presentación de los documentos indicados.

4) Dar aviso del ingreso, según los formularios que determine la Dirección General de Sanidad, a cierto número de personas y autoridades que enumera el art. 47, dentro del plazo de 24 horas contados desde la recepción del enfermo o desde su clasificación.

5) Dirigir a la Dirección General de Sanidad y a la persona que solicitó la hospitalización, o a la autoridad que la decretó, un certificado del médico jefe del establecimiento dentro del plazo de un mes del ingreso del insano al Manicomio público o privado, en el cual deberá precisa y necesariamente ser confirmado o rectificado el informe médico, agregado a los documentos de ingreso, o si dicho informe no se hubiere evacuado, consignarse el diagnóstico preciso o probable de la enfermedad.

6) Si por la naturaleza de la enfermedad o por el estado del enfermo no se pudiera evacuar el certificado, comunicar la razón de la imposibilidad a las personas y autoridades mencionadas, señalándose el plazo probable en que se pueda cumplir con la prescripción indicada, dentro del término máximo de tres meses.

7) Enviar a la Dirección General de Sanidad la copia autorizada, de los primitivos documentos de hospitalización y de los producidos durante su permanencia en el establecimiento, en el caso de que deba trasladarse al enfermo a otro manicomio.

8) Dirigir una información sobre el estado mental del insano a la autoridad que decretó la hospitalización y a su pariente más próximo o a su representante legal, cada cuatro meses contados desde la fecha del decreto de ingreso de oficio.

Esta información, dice el inciso segundo del art. 50, tendrá un carácter estrictamente privado, sin que nadie pueda presentarla en juicio o ante cualquiera autoridad o persona. Disposición que concuerda con el art. 78 del mismo Reglamento que dice: "Los registros, libros y documentos de un manicomio no podrán mostrarse a ninguna persona extraña al establecimiento, salvo a las autoridades judiciales, en virtud de decretos competentes; a los funcionarios de la Dirección General de Sanidad o representantes de la Junta de Beneficencia respectiva, en virtud de autorización competente, o a los funcionarios que han de practicar la visita de que habla el art. 10 de este Reglamento.

"No se podrá dar ningún certificado sobre la permanencia de los enfermos en un manicomio o sobre la naturaleza de su enfermedad mental, o sobre cualquiera otra materia relacionada con su hospitalización, sino con autorización del juez más antiguo en lo civil del lugar en que se encuentra el establecimiento."

"Las informaciones dadas por cartas o de otro modo, en casos excepcionales, serán meramente privadas y no podrán ser presentadas como documentos que puedan hacerse valer en juicio o ante cualquiera autoridad o persona."

9) La última obligación que se le impone en este párrafo a la dirección de los establecimientos para enajenados consiste en dirigir, siempre que se trate de un enfermo extranjero, las comunicaciones establecidas en los arts. 47, 49, 50, 66 y 67 de este Reglamento al Ministerio de Relaciones Exteriores para que ponga la noticia en conocimiento del representante diplomático o consular de la nación a que pertenezca el

demente. El art. 82 refiriéndose al insano extranjero y a la internación de un chileno en un establecimiento situado fuera del país, dice: "Nadie puede conducir un psicópata al extranjero para colocarlo en un establecimiento para alienados, sin previa autorización de la Dirección General de Sanidad."

"Todo chileno que provoque la internación de otro chileno residente fuera de Chile en un establecimiento situado en el extranjero, estará obligado en el plazo de un mes, desde la fecha del ingreso, a comunicarlo al Cónsul de Chile y a la Dirección General de Sanidad en Santiago. Esta autoridad transcribirá el aviso al Juez en lo civil más antiguo de último domicilio de los parientes más inmediatos."

En los arts. 48 y 51 se le impone obligaciones al médico jefe del establecimiento y a la Dirección General de Sanidad. Así aquél, según el art. 48, ordenará un examen detenido de cada enfermo inmediatamente después de su admisión, inscribiéndole en los libros que debe llevar, según formularios de la Dirección General de Sanidad. El examen médico se anotará particularmente en formularios especiales de observación clínica, en los cuales cada quince días por lo menos, se dejará constancia de la marcha de la enfermedad y el estado del enfermo. De acuerdo con el art. 51, la Dirección General de Sanidad, en cualquiera época y necesariamente cada año después del ingreso de un enajenado, deberá imponerse detalladamente de la necesidad de mantener o no la hospitalización efectuada, según este Reglamento, para resolver lo que sea más conveniente en beneficio del recluso.

El párrafo VII de este mismo título tercero trata de las salidas, los casos de fuga y fallecimientos de los reclusos en un manicomio. En los establecimientos privados, las salidas se ajustarán a las condiciones y trámites que fije la Dirección General de Sanidad al conceder autorización para su funcionamiento. Art. 53 (II)

En los manicomios públicos, deben todas las semanas reunirse en junta los médicos que designen los Reglamentos Internos, la cual tiene la obligación de consignar en un libro ad-hoc, los estudios sobre el estado de salud física y mental de los enfermos y las reclusiones, respecto de los que pueden ser dados de alta como curados de sus afecciones psicopática, y al mismo tiempo enviar a la Dirección del establecimiento un acta firmada por todos los asistentes, en la que figuren los enfermos declarados curados con las indicaciones que determinen los Reglamentos internos (art. 54 y 55). El art. 58 a su vez establece que inmediatamente de recibida el acta de altas, la Dirección del establecimiento la comunicará a las personas o autoridades indicadas en el art. 47 del Reglamento.

En conformidad con los arts. 53 y 59 los psicópatas que estén hospitalizados podrán salir por estas dos circunstancias;

- 1) Por haber sanado o mejorado de sus afecciones mentales;
- y 2) Por ser retirados, por orden de autoridad competente por las personas que tengan facultad para hacerlo.

En el primer caso para abandonar el establecimiento se requiere un certificado de la Junta de Médicos que declare al insano como curado, sano o mejorado según las circunstancias. Una vez expedido dicho certificado, deben cumplirse ciertos requisitos, los cuales varían según sea la

forma de la hospitalización y la condición del recluso. Así, podrán salir en el acto del Manicomio si la hospitalización es espontánea o voluntaria, y los enfermos no fueren personas sujetas a la guardia legal de otra. (Art. 26 inc. 1).

Por el contrario, si los enfermos se encuentran bajo la dependencia legal de otra persona, la Dirección del establecimiento le dará a ésta aviso de alta, para que en el plazo de ocho días venga a retirar al enfermo.

Si en este plazo no concurriera el representante legal por sí o por apoderado a retirar al enfermo, el director del establecimiento lo pondrá en conocimiento del juez de turno en lo civil para que breve y sumariamente, designe la persona a quien debe entregarse o a la institución donde puede colocarse. (art. 56 inc. 2 y 3).

El enfermo curado no podrá salir sin previa autorización de la autoridad que decretó la hospitalización, si esta es de oficio. (art. 57 inc. 1); y si al mismo tiempo se trata de persona que está bajo la guarda legal de otra, se cumplirán además las condiciones establecidas en los incisos 2 y 3 del art. anterior (Art. 57 inc. 2).

La segunda causal por la cual un recluso de un manicomio puede abandonar el establecimiento, es por el hecho de ser retirado por orden de autoridad competente o por las personas que tengan facultad para hacerlo.

Si se trata de enfermos cuya hospitalización ha sido de oficio, sólo la autoridad que la decretó podrá autorizar la salida, previo informe médico. En cambio, aunque la Junta de Médicos no haya declarado curado a un enfermo que se encuentre hospitalizado espontánea o voluntariamente, podrá salir del establecimiento si piden la salida, bajo la responsabilidad de su custodia, la persona que solicitó la hospitalización, o aquella a quien haya autorizado para ello. (art. 59).

Según el plazo por el cual se otorgan, las salidas pueden ser definitivas o provisorias (por un período no mayor de tres meses). Estas últimas pueden decretarse a título de tratamiento, si el médico jefe del establecimiento lo estima conveniente; en tal caso deberá dejar constancia de ello en la respectiva observación clínica y lo comunicará a la dirección del establecimiento para que otorgue la salida con las seguridades y en las condiciones que indique el médico.

Si se trata de un enfermo hospitalizado de oficio, se pedirá autorización para estas salidas de tratamiento a la autoridad que haya ordenado la hospitalización. (art. 63 inc. 1 y 2).

De acuerdo con el art. 61, cada salida se estampará en un libro ad-hoc según las indicaciones que fije la Dirección General de Sanidad, y serán autorizadas por el médico que corresponda según los reglamentos internos y las otorgará la dirección del establecimiento, previa comprobación del derecho de la persona que la solicita. (Art. 61)

El art. 62 contempla una excepción a esta regla al establecer, en otros términos, que el Director del establecimiento no autorizará la salida sin previa comunicación a la Dirección General de Sanidad, si el médico consigna bajo su firma en la Observación clínica del enfermo y en los libros respectivos que al salir el enfermo, puede comprometer por su estado mental el orden público, la moral, las buenas costumbres o la seguridad de las personas.

En tal caso la Dirección General de Sanidad podrá autorizar la salida adoptando las medidas de vigilancia que estime conveniente, u ocurrirá al Juez Letrado en lo civil del departamento para que resuelva breve o sumariamente si ha o no lugar a la reclusión, cuando se trate de un enajenado que pueda perturbar la tranquilidad pública.

En el artículo 64 se le exige al médico jefe otorgar un certificado a todo enfermo que salga del establecimiento, sea en calidad de curado o de retirado, en el cual conste su condición con las indicaciones que fijen los Reglamentos internos.

Los arts. 65, 66 y 67 se refieren a las personas y autoridades a quienes la Dirección del establecimiento debe dar cuenta en los casos de salida, fuga o fallecimiento de un enfermo. De acuerdo con el art. 47, a que estas disposiciones hacen referencia, se avisará:

- a) Al que solicitó la hospitalización;
- b) A la autoridad que la autorizó o decretó;
- c) A la Dirección General de Sanidad
- d) Al Fiscal de turno de la Corte de Apelaciones en las ciudades de asiento de Corte;
- e) Al Defensor de Menores del Departamento en que tenga su domicilio el enfermo;
- f) Al Gobernador del mismo departamento para que lo comunique a la policía.

Además, en caso de fuga, se dará cuenta también al Jefe de policía local; y tratándose de un fallecido extranjero, se avisará directamente al cónsul de la nación a que pertenezca y se dará noticia en seguida al Ministerio de Relaciones Exteriores, para que a su vez se lo comunique al representante diplomático respectivo.

El art. 68 crea un recurso de amparo en favor del insano recluso y al efecto dispone que: "Todo individuo hospitalizado en un manicomio o cualquiera a su nombre quede en todo tiempo presentarse a la Dirección General de Sanidad pidiendo que se le ponga en libertad".

"El Director General de Sanidad practicará de oficio las investigaciones que sean del caso, y previa audiencia del defensor Público si lo estima necesario, resolverá breve y sumariamente sobre la presentación.

Esta disposición concuerda con la del art. 12 de la Ley de Casas de Locos; pero con la diferencia que según ésta dicho recurso se se establecía ante el juez dé letras en lo criminal de la provincia en que se encontraba el establecimiento, el cual debía proceder oyendo al Ministerio Público; en cambio actualmente, según el art. transcrito del Reglamento, le corresponde conocer de él, al Director General de Sanidad, quien deberá resolver sobre la presentación previa audiencia del Defensor Público.

Los arts. 79, 80 y 81 del Reglamento complementan lo preceptuado en el 68 y al efecto establecen: art. 79 "A toda reclamación o queja que dirigiere a cualquiera autoridad en individuo hospitalizado o que vaya a serlo, deberán dar curso sin obstáculo alguno los directores del establecimiento o las personas que lo tuvieran bajo su poder". Art. 80, "De todo informe que expidan los profesionales designados por la Justicia o por la Dirección General de Sanidad sobre cualquier enfermo hospitalizado o que se vaya a hospitalizar en un manicomio, deberá enviar-

se copia por los informantes al Director del establecimiento para su archivo entre los antecedentes respectivos". Art. 81 "Cuando por la Justicia o por la Dirección General de Sanidad se pida algún informe sobre un enfermo hospitalizado o que se vaya a hospitalizar, la persona designada deberá evacuarlo en el plazo más breve, según las circunstancias del caso. Si la observación del enfermo o el estudio de los antecedentes demandaren un plazo mayor de quince días, el informante lo comunicará a quien corresponda, señalando al mismo tiempo el plazo máximo en que evacuará el informe".

"Si trascurrido este plazo tampoco estuviera en condiciones de informar, volverá a comunicarlo a quien corresponda, indicando las causas y razones que existan para el retardo. Todo lo cual se cumplirá sin perjuicio de los premios o amonestaciones que sean del caso".

El epígrafe del Título IV es el siguiente: "Disposiciones Generales". Al estudiar los párrafos anteriores hemos visto varios art. contenidos en éste y por consiguiente sólo quedan por analizar algunos.

Los arts. 69 y 70, refiriéndose a los gastos que demande la reclusión de un demente, determinan quienes son los que deben sufragarlos. En los incisos primero y segundo del 69 se reproducen íntegramente las disposiciones contenidas en los arts. 176 y 177 del Código Sanitario de Long. Y los incisos terceros y cuarto agregan: "Estos enfermos indigentes serán mantenidos y vestidos en los manicomios con los fondos asignados al establecimiento".

"Si se trata de enfermos enviados al manicomio de una prisión del Estado, la Dirección del establecimiento carcelario debe pagar la pensión mínima que establezcan los Reglamentos con imputación a los fondos para el mantenimiento de reos".

El art. 70 en cuanto a los enfermos que no sean indigentes establece que: "pagarán la pensión que fije la Junta de Beneficencia para los distintos pensionados que haya en el Manicomio".

Este pago será obligatorio para el enfermo o las personas que lo deben alimentar, sea que se trata de hospitalizaciones espontáneas, voluntarias o de oficio.

Se pueden celebrar convenios particulares con la Dirección del establecimiento, cuando se quiere obtener una asistencia especial para el enfermo".

Y el art. 44 que concuerda con estas disposiciones, obliga a las autoridades del domicilio del enfermo o del departamento donde tenga parientes obligados a proporcionarle alimentos, a comunicar al Director General de Sanidad todas las informaciones precisas y auténticas que sean necesarias para establecer quien debe pagar los gastos señalados en los arts. 176 y 177 del Código de Long, a fin de facilitar el cumplimiento de dichas disposiciones.

Desde la dictación de este Reglamento de Salubridad Mental, se ha perseverado en la tarea de que los parientes obligados legal o moralmente a proporcionar alimentos a sus deudos necesitados, los coloquen en la categoría de Pensionado que corresponda.

Y así, mediante esta labor de las respectivas direcciones, numerosos enfermos abandonados en los patios comunes de los manicomios han

pasado al pensionado a que tenían derecho.

En cada papeleta de recepción de un insano, se anotan los datos que digan relación con sus bienes o rentas, o con el derecho alimenticio que pueden impetrar de sus deudos, lo cual es muy importante para aliviar a la Beneficencia o al Estado de la pesada carga de mantener a tantos enfermos en los departamentos para indigentes.

Los arts. 71, 72, 73, 74, 75 y 76 del Reglamento se ocupan de la condición civil de los reclusos en los Asilos para enajenados.

De acuerdo con el art. 71 "el individuo colocado en un Manicomio Público que no estuviere bajo interdicción judicial y con curador nombrado con motivo de ella, o que no fuere persona colocada bajo potestad paterna o marital, será provisto de un administrador provisorio de sus bienes por el juez civil más antiguo de la ciudad en que se encuentra el establecimiento, a solicitud del Director de éste, si no lo piden los parientes".

"El juez procederá breve y sumariamente, oyendo a la Dirección General de Sanidad, si lo estima conveniente".

Esta disposición concuerda con la del art. 20 de la Ley de Casas de Locos, con la única diferencia que según la Ley de 1856 el juez debía proceder en todo caso una vez oído el Ministerio Público; en cambio según el inciso segundo del artículo transcrito se requiere la audiencia de la Dirección General de Sanidad, la cual no es obligatoria, sino que tendrá lugar si el magistrado la estima conveniente.

El art. 73 lo mismo que el 22 de la Casa de Locos establece que es facultad del administrador provisorio recaudar lo necesario para los gastos del enfermo en el manicomio.

En el art. 74 se provee de un curador ad-litem al insano que no tuviere curador o no se hallare bajo potestad paterna o marital, si hubiere un juicio en que figure o tenga que figurar como demandante o demandado, el cual deberá ser nombrado por el juez civil más antiguo del lugar, a solicitud de cualquiera persona de su familia o del Director del Manicomio a falta de presentación de ésta.

De acuerdo con el art. 495 del C. Civil dicho curador no está obligado a la confección de inventarios, sino a otorgar solamente recibo de los documentos, cantidades o efectos que se pongan a su disposición para el desempeño de su cargo de que dará cuenta fiel y exacta.

Del artículo 75 del Reglamento se deduce, a contrario sensu, que las disposiciones del Código Civil sobre curadores en general, sobre sus atribuciones y deberes no rigen para los casos especiales indicados en los artículos anteriores, en lo que se opongan a ellas. En otros términos, que no se aplicarán las disposiciones contenidas en aquella colección de leyes en lo que no puedan conciliarse con lo contenido en el Reglamento de 26 de Enero de 1927.

La Regla consagrada en este precepto no tiene valor alguno. El Reglamento de Salubridad Mental no puede derogar disposiciones contenidas en el C. Civil, en virtud del principio Constitucional y de Derecho Administrativo, tan conocido, según el cual: "Un reglamento no puede derogar una ley".

Esta es la razón porque opinamos que el art. 75 del Reglamento citado carece de valor.

Las facultades del administrador provisorio según el art. 76 cesarán de hecho una vez salido del establecimiento el enfermo.

El inciso 1 del art. 77 reproduce al 25 de la Ley de Casas de Locos. al disponer: "Los actos ejecutados por individuos hospitalizados voluntariamente o de oficio, se tendrán como ejecutados por un demente que estuviera bajo interdicción y se sujetarán a las reglas establecidas en el Código Civil respecto de esta clase de personas".

El inciso segundo de este mismo art. establece una presunción legal en favor de los insanos que se han fugado o salido provisoriamente del asilo, al decir: "Cuando los enfermos están fuera del establecimiento en virtud de salidas provisorias o de fugas, se entenderá que se encuentren en la condición del inciso precedente, mientras no se entere el plazo de tres meses que indican los arts. 60 y 66".

En consecuencia los actos ejecutados por un enajenado en cualquiera de las tres condiciones indicada en los incisos 1 y 2 del art. 77 se consideraran como celebrados por un demente que estuviere bajo interdicción, y por consiguiente de conformidad con la disposición del 465 del C. Civil son "nulos aunque se alegue haberse ejecutado o celebrado en un intervalo lúcido".

De acuerdo con el art. 83, "Deberá perseguirse y castigarse con lo ordenado en el Título XI del Libro II del Código Sanitario cualquier infracción de las disposiciones de este Reglamento.

Se faculta además a la Dirección General de Sanidad para dictar sobre el particular un Reglamento especial.

El título XI del Libro II del Código Sanitario de Long a que se alude el art. 83, trataba de las penas y de los procedimientos que debían seguirse para su aplicación. A pesar de la disposición expresa del Reglamento de Salubridad Mental, en el sentido de mantener en vigencia dicho Título, éste se encuentra actualmente derogado por el nuevo Código Sanitario, el cual abarcó dicha materia en el Título V del Libro II bajo el epígrafe siguiente "De las sanciones a las infracciones sanitarias.

Por último el Título final del Reglamento que se analiza se refiere a "Disposiciones Transitorias". Se compone de tres arts. El primero de los cuales establece que, mientras se funden los Hospitales Psiquiátricos y los Asilos-Colonias, la Casa de Orates de Santiago y el Manicomio Avello de Concepción deberán regirse por las disposiciones del Reglamento Orgánico de Beneficencia Pública, y faculta además a las Juntas de Beneficencia de dichas ciudades para que habiliten secciones especiales en los manicomios expresados.

De acuerdo con el art. segundo, "La casa de Observación de Insanos" establecida en la Casa de Orates funcionará como una sección dependiente de la Dirección Administrativa y Técnica del establecimiento, y estará destinada a someter a los enfermos que su presenten o que envíen las autoridades del país a un reconocimiento y examen médico de sus facultades mentales.

Se comprende que esta disposición rige mientras se crean los hospitales y pabellones psiquiátricos, en los cuales, de conformidad con el art. 26 del Reglamento, deberá establecerse una sección especial de observación para el exámen y clasificación de los enfermos que se presenten voluntariamente o que envíen las autoridades sin los correspondientes decretos de hospitalización.

“El reconocimiento y examen será practicado, termina diciendo el art. segundo, por los médicos del establecimiento como Delegados de la Dirección General de Sanidad, procediéndose en la forma indicada en el art. 26 de este Reglamento.

Cabe hacer aquí la misma observación anterior, o sea, que hasta que no se creen los establecimientos de que habla el Título primero se aplicarán las reglas concernientes al reconocimiento y exámen de los enfermos que deban practicarse en la sección especial de observación de los Hospitales y Pabellones Psiquiátricos a los hospitalizados en la Casa de Observación de Insanos establecida en la Casa de Orates.

Del artículo tercero, en concordancia con el 11, se deduce que los establecimientos privados actualmente existentes para dementes y presuntos dementes (empleando estas expresiones al igual que en casos anteriores como sinónimas de enajenados mentales) dentro del plazo de seis meses, contados desde la dictación de este Reglamento, no podrán seguir en sus funciones particulares o instituciones que los hayan instalado o dirigidos no soliciten la autorización correspondiente a la Dirección General de Asistencia Social, para continuar con ellos.

Y desde la publicación del mismo, la Dirección General de Sanidad (actualmente la de Beneficencia y Asistencia Social) ejercerá en dichos establecimientos las atribuciones que le confiere el Código Sanitario y las hospitalizaciones se harán de conformidad con el citado Reglamento.

Antes de terminar este párrafo, veamos brevemente el procedimiento empleado en la práctica, para hospitalizar a un enajenado mental en uno de los casos más frecuentes de reclusiones de oficio.

De acuerdo con el art. 32 inc. segundo del Reglamento de Salubridad Mental “Estas hospitalizaciones (de oficio) pueden verificarse en los siguientes casos”:b) Decretadas por la Justicia en los casos del artículo 174 del Código Sanitario:

Hasta antes de la dictación del nuevo Código Sanitario, el procedimiento que se adoptaba en el caso a que se refiere la letra b) del art. que examinamos, era sencillo y consistía en lo siguiente:

Si no existía oposición por parte del demente o personas que lo tenían a su cargo, el Director General o su delegado, debía cerciorarse por conducto de médicos del servicio de si en realidad existía la demencia y era necesaria la reclusión para la tranquilidad pública. Comprobadas tales circunstancias dictaba esta resolución, previo dictamen del Defensor de Menores,

Formulario para la reclusión de un demente

....., de de 193...

Vistos: con lo informado por los oficiales del servicio señores y
oído el dictamen del Defensor de Menores, y

TENIENDO PRESENTE:

Que de los antecedentes producidos aparece comprobado que don..... padece de.....(diagnóstico).

Que no existe oposición de ninguna especie para llevar a efecto la reclusión del demente en un manicomio;

Que cuando para la tranquilidad pública fuere necesario disponer la reclusión de un demente en un manicomio, la autoridad sanitaria está facultada para decretarla; y de los antecedentes aparece justificada aquella circunstancia;

Y visto lo dispuesto en el artículo 174 del Decreto-Ley N.º 602.

DECRETO:

El oficial del servicio....., asociado de dos inspectores procederán a recluir en la Casa de Orates de Santiago, a don..... con el auxilio de la fuerza pública si fuere necesario, a cuyo efecto autorizasele para recabar dicho auxilio de la autoridad administrativa correspondiente.

Anótese y comuníquese.

.....
Director General de Sanidad o Jefe Sanitario de Zona.

Ahora, cuando el presunto demente o sus cuidadores formulaban oposición al traslado del enfermo al manicomio, el Director General o su delegado, debían someter al juez el asunto, tal como lo hemos dicho; y el procedimiento que debía seguirse era el contemplado en los artículos 838 y siguientes del C. de P. Civil.

Sometemos en seguida un formulario relativo a esta tramitación:

Formulario de presentación al Juzgado

Se pronuncie acerca de la reclusión de un demente.

S.J.L.

(X.X.)..... Director General de Sanidad
(o Jefe Sanitario de la Zona) con domicilio en.....
a US. con el mayor respeto digo:

Don....., domiciliado en.....
se encuentra con sus facultades mentales perturbadas, según se ha podido comprobar por los oficiales médicos del servicio de salubridad, cuyo dictamen acompaño.

En atención a que para la tranquilidad pública se hace necesario recluir al demente nombrado en un manicomio y la persona a cuyo cuidado se encuentra el enfermo se opone al traslado, ocurre ante US. para que, de acuerdo con lo prescrito en el artículo 174 del Código Sanitario, resuelva si hay o nó lugar a la reclusión que la autoridad sanitaria ha dispuesto.

Por tanto,

Ruego a US. que, previos los trámites que son de rigor, se sirva pronunciarse acerca de la petición que dejo formulada.

.....
(Firma)

Recibida por el Juzgado esta presentación, el Juez citaba a comparendo al ocurrente y a la persona que se oponía al traslado, para el quinto día hábil después de la última notificación, comparendo al cual debía

concurrir el Defensor de Menores; y el Juez con el mérito de lo que se exponía, resolvía o recibía a prueba el asunto.

Si al comparendo no concurría sino la autoridad sanitaria, se recibía el asunto a prueba, pudiendo el Juez acceder provisionalmente al traslado del demente a un manicomio.

Si la cuestión era recibida a prueba, el término para producirla era de ocho días y se comenzaba a contar desde la última notificación del decreto que disponía este trámite.

Dentro de los dos primeros días del término, las partes debían presentar la lista de los testigos que habían de declarar, los cuales no podían ser más de seis.

Después que se comprobaba la demencia y se acumulaban todos los antecedentes necesarios para resolver el asunto se remitía el proceso completo al Defensor, de acuerdo con el art. 34 del Reglamento, por medio de un oficio, que puede redactarse más o menos:

Formulario

De acuerdo con lo prevenido en los artículos 175 y 182 del Código Sanitario, remito a Ud. en informe, los antecedentes relacionados con la reclusión del demente, don.....

Sírvase Ud., en consecuencia, evacuar el dictamen correspondiente, a fin de resolver.

Saluda a Ud. atentamente.

.....
(Firma Director General o Jefe Sanitario de Zona)

3) **El actual Código Sanitario.**—Fue aprobado por el Decreto con fuerza de Ley N.º 226 del Ministerio de Bienestar Social y se publicó en el Diario Oficial el 29 de Mayo de Mayo de 1931. De acuerdo con su artículo 274, empezó a regir 60 días después de su publicación.

Se compone de cuatro Libros: el primero trata de la "Organización y Dirección de los Servicios Sanitarios"; el segundo, "De la profilaxis"; el tercero, "De la Profilaxis Sanitaria Internacional"; y el cuarto "De la Policía Sanitaria".

Se refiere a los enajenados mentales, únicamente en su artículo 272 Título VIII Libro IV. "Disposiciones Transitorias" que dice: "La observación, reclusión, permanencia y salida de los alienados corresponderá a la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social".

El Código de Long y el Reglamento del año 1927 conferían competencia para conocer de estas materias a la Dirección General de Sanidad. En cambio el nuevo Código, con muy buen acierto, privó a esta institución de estas atribuciones, otorgándoselas a la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, subsanando el grave error en que se había incurrido al confundir el rol de la Higiene Pública con el de la Asistencia Social, como lo es la atención de los enfermos.

Del art. 273 que dice: "Quedan derogadas aún en la parte en que no le fueren contrarias, todas las disposiciones legales preexistentes que versen sobre las materias que en este Código se tratan y los Reglamentos sólo en la parte en que le fueren contrarios". Se desprende que el Reglamento de Salubridad Mental de 26 de Enero de 1927 aún queda

vigente, con la sola diferencia ya mencionada de ser la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social la competente para conocer de las funciones que se le otorgan al respecto a la Dirección General de Sanidad. Además, como en dicho Reglamento se reproducen varios artículos del Código de Long, resulta que gran parte del Título V del Código de 1925 está en vigencia. Y así tenemos:

1) El art. 16 reproduce el 172 inciso segundo. Por consiguiente la definición que sobre el demente daba el Código de Long, subsiste.

2) En el art. 33 se faculta a la Dirección General de Sanidad para que ejerza ampliamente las atribuciones que le confiere el art. 180 del Código de Long en los casos del 174 del mismo Código. Dichas atribuciones de acuerdo con el nuevo Código, le corresponden ejercerlas, no a la Dirección General de Sanidad, sino a la de Beneficencia y Asistencia Social.

3) Por último en los incisos primero y segundo del art. 69 del Reglamento, se reproducen íntegramente los arts. 176 y 177 del Código de Long referentes a los gastos.

Capítulo Sexto

"SITUACION ACTUAL EN CHILE Y NECESIDAD DE SU REFORMA"

Nuestro servicio manicomial se encuentra centralizado de tal manera que actualmente sólo se puede decir que existe en Santiago. El manicomio Avello, con el cual se atendía a los enfermos del Sur del país, se clausuró en el año 1928 y desde dicha fecha los enajenados de esas regiones, al igual que los del Norte, deben ser trasladados a la capital.

Esto de que tengan que venir a curarse a Santiago los enfermos de Arica o los de Punta Arenas es un contrasentido, algo que está reñido con los buenos principios de la economía y de la administración, y que perjudica enormemente a los insanos y a sus familias.

Se comprenderá en las condiciones lamentables en que quedarán los enfermos después de recorrer un largo viaje, sin disponer de comodidades.

En estos últimos años la Dirección del Manicomio se ha visto en la dolorosa obligación de rechazar la admisión de numerosos enfermos que de diferentes puntos de la República han solicitado su ingreso al establecimiento, rechazo que se ha debido a la falta absoluta de local donde instalarlos. El no poder asistir a estos insanos es muy triste, porque en su mayoría son indigentes que careciendo de recursos propios no han podido tratarse en sus casas y han tenido que soportar con sus familias las deplorables consecuencias de esta falta de atención de sus dolencias.

Con el objeto de subsanar en parte dichos inconvenientes, los médicos de Valparaíso, consiguieron este año, después de inauditos esfuerzos, que se habilitará en la provincia de Aconcagua, el Hospicio de Viña del Mar, para recibir temporalmente a los enajenados mentales que no pueden ser asistidos en Santiago; pero como la Casa de Orates no admite nuevos enfermos debido a la falta absoluta de espacio, el Hospicio ha pasado a tener carácter permanente, y como este establecimiento no ha sido construido para dicho fin, resulta completamente inadecuado.

El Manicomio Nacional consta de los siguientes establecimientos sujetos a una sola Dirección, bajo la autoridad de la Honorable Junta de Beneficencia de Santiago.

- 1) Casa Central
- 2) Open-Door
- 3) Quinta Bella, y
- 4) Asilo de Temperancia.

A los reclusos se les proporciona casa, comida, servicio médico y farmacéutico, ropa, distracciones y trabajo. Se les atiende en su bienestar, derechos e intereses por el Servicio Social y el de Defensa Judicial que existe en el establecimiento.

Funcionan en el Manicomio, tres secciones de enfermos que, en realidad, son otros tantos Hospitales:

a) **Sección Manicomio propiamente tal**, que comprende a los enfermos alienados, esto es, peligrosos antisociales que son internados de "oficio" por decreto de autoridad competente o por la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social (de acuerdo con el nuevo Código Sanitario), o bien por los Juzgados de Letras (civiles o criminales). A esta sección pertenecen los departamentos que están en la Casa Central de la calle Olivos y los Asilos-Colonias en la Quinta Bella y el Peral.

b) **Sección Hospitales Psiquiátricos**, dividida en dos sub-secciones; enfermos internados "voluntariamente", sea que puedan pedir ellos mismos su hospitalización o las personas indicadas en el artículo 28 del Reglamento de Salubridad Mental; y enfermos en "observación" donde se examina a los presuntos dementes.

c) **Sección Asilo de Temperancia**, destinada para los ebrios, de conformidad con la Ley de 18 de Enero de 1928.

Independientemente de estas secciones en el año 1929 funcionó también en el manicomio un Hospital de Emergencia para escarlatinosos, y que en la actualidad ya está definitivamente cerrado, porque no era posible seguir recibiendo más enfermos de esta naturaleza, con perjuicio de los insanos cuyo número ha aumentado notablemente.

"LA CASA CENTRAL". Es un Hospital Psiquiátrico para enfermos agudos y Hospital para crónicos de ambos sexos, pensionistas, asegurados, indigentes etc. Solamente hay en ella pensionado de primera, segunda y tercera clase. Los servicios administrativos internos del establecimiento han estado a cargo de los Hnos. de San Juan de Dios en la Sección Hombres, y de las Monjas de San José de Cluny en la de las mujeres.

Tanto unos como otros funcionan con toda regularidad, supervisados por los Directores y bien atendidos por el personal de empleados correspondientes. Además de estos servicios administrativos internos, v.gr. de oficina, bodega, talleres, cocina, fábricas, etc., existen los técnicos siguientes:

- 1) Especialidades médicas;
- 2) Clínicos Neuro-Psiquiátrico;
- 3) Servicio Dental;
- 4) Institutos Científicos;
 - a) Servicio de Radiología;
 - b) de Anatomía Patológica;
 - c) Laboratorios de Neuro-Patología;
 - d) Laboratorio Clínico;
 - 5) Servicio de Farmacia;
 - 6) Servicio Social;

7) Defensa Judicial. En el año 1933 se atendieron noventa y dos juicios y se emitieron cuarenta y nueve informes; y

8) Servicio de Terapéutica Ocupacional. En el año pasado el total de enfermos en trabajo fué de 824 y se pagaron \$ 67.954,10 en gratificaciones.

En cuanto al personal de empleados en un asilo como la "Casa de Orates", donde hay que tratar a tantos enfermos con las más variadas afecciones, donde hay que conducirlos y vigilarlos con toda discreción, paciencia y criterio, es cuestión primordial que éste sea formado por subalternos que se distingan por su buena conducta, por la corrección de sus maneras, por su contracción al servicio y por su acertada competencia.

Se ha conseguido el propósito de obtener para los enfermos un trato bondadoso y una esmerada atención técnica de parte de los enfermeros para que sirvan a la Dirección del establecimiento y a los médicos como eficaces colaboradores en la hermosa obra de dignificar al enfermo, rodeándole de bienestar y de la consideración a que tienen derecho por su simple condición de tal.

No sólo en las escuelas sino en las fiestas teatrales y en las conferencias semanales que se dan a los empleados, se les enseña e incita a perseverar en el trabajo, en las buenas costumbres y en el fiel cumplimiento de sus deberes.

"EL OPEN-DOOR". Es una colonia agrícola ubicada en el fundo "El Peral", de la Honorable Junta de Beneficencia, a veinticinco kilómetros hacia el Oriente de Santiago.

Fué creado en el año 1928 y ha sido el primer paso dado por nuestros gobernantes para solucionar el problema de la mejor asistencia de los insanos. La antigua idea de cambiar el sistema manicomial de "puertas abiertas" encontró una franca acogida en Don Francisco Echeñique Gandarillas que desempeñó durante siete años el cargo de Director del Manicomio.

Fué él, quien por vía de ensayos y como una demostración práctica del nuevo sistema, instaló en la Quinta Bella (que adquirió para el objeto) un pequeño Open-Door, cuyos excelentes resultados en cinco años de experiencia, fueron causa de que el Gobierno realizara la compra de el fundo "El Peral" para el gran asilo-colonia que en pocos años más, podrá exhibirse con orgullo ante los visitantes del país o del extranjero. Esta obra nacional se debe también en parte primordial al Director General de Beneficencia y Asistencia Social Don Osvaldo Galecio, quien obtuvo del Supremo Gobierno el año 1929 la suma de un millón ochocientos mil pesos para ejecutar los trabajos correspondientes; en el año 30, y gracias a su iniciativa, se terminaron las construcciones de los pabellones para enfermos, cocina y dependencias.

Cuenta el Open-Door con un botiquín para la asistencia de los insanos, con practicantes competentes, con un servicio dental y el médico que extienden su radio a toda la población del Open-Door y al vecindario del fundo.

Los enfermos están divididos en dos categorías:

1) Los no aptos para el trabajo que se subdividen en: exitados, semi-exitados, águdos y convalecientes, enfermos epilépticos, tuberculosos etc. y

2) Los aptos para el trabajo, los cuales se dedican a la agricultura.

El establecimiento tiene toda clase de dependencias indispensables para la administración del fundo.

En el año 1929 en los principales artículos alimenticios que consumió el Manicomio para sus tres mil doscientos enfermos y quinientos empleados, el Open-Door fué el único proveedor, produciendo utilidades para el fundo y mejorado considerablemente la calidad de los productos.

Por último, cuenta además con la instalación de un aparato de radio y toda clase de juegos deportivos, entretenimientos que tienen un alto valor educativo fuera de su importancia como tratamiento de los enfermos.

Nuestro Open-Door presenta una gran utilidad bajo este doble punto de vista:

a) Proporciona a los enfermos un trabajo sano, agradable y reproductivo que influya eficazmente en su tratamiento terapéutico, y

b) Reduce notablemente los gastos generales, abasteciendo suficientemente las necesidades alimenticias del Manicomio.

“LA QUINTA BELLA”. Es una colonia agrícola ubicada en una chacra de 25 Hectáreas en el deslinde urbano, al Norte de Santiago, a tres Km. de la Casa Central. Los productos de la colonia sirven para el consumo de ambas.

Con las utilidades de los años 1924 a 1927 inclusive, se ha pagado de sobra el valor de la adquisición de la Quinta.

Los beneficios aportados por esta colonia agrícola fueron justamente apreciados por el Gobierno de la época, al invocarlos como uno de los fundamentos del Decreto que creó al Open-Door Nacional y del cual ya se ha hablado.

En la actualidad, hay más de cien asilados, los cuales se han costado asimismo su instalación y funcionamiento.

“EL ASILO DE TEMPERANCIA”. Funciona anexo a la Casa Central, mientras se instala en un local especial el Instituto de Reeducación Mental. Fué creado por la Ley de Alcoholes de 1902 N°. 1515.

La utilidad de los asilos ha sido declarada ya hace muchos años en el Congreso Internacional de Higiene celebrado en Londres en 1895, en el cual se aprobaron las siguientes proposiciones de Norma Kell:

1) Tratar al alcohólico crónico como a un enfermo en que la embriaguez sería el síntoma de la afección;

2) Facilitar la entrada al asilo al ebrio que desee conducirse bien sin ser arrestado por la fuerza, y

3) Hacer obligatoria y legal la internación de los ebrios muy desmoralizados.

De acuerdo con el Decreto Supremo N°. 594 del 26 de Noviembre de 1925 que organizó nuestro asilo, éste debía mantenerse con las multas por embriaguez que aplican los distintos Juzgados del Crimen de la República. En el año 1926, el total de estas multas alcanzó a la cantidad de trecientos veinte mil pesos, cantidad insuficiente para atender debidamente las necesidades del asilo.

Este inconveniente se subsanó con la Ley N°. 4536 de 18 de Enero de 1929, en virtud de la cual el Fisco debía concurrir al sostenimiento del citado establecimiento con una suma no inferior a doscientos mil

pesos al año. Pero en 1929 solo se concedieron para dicho objeto ciento cincuenta mil pesos.

En el "asilo de Temperancia" hay dos grupos generales de enfermos:

a) Sin perturbación mental, entre los cuales figuran los que espontáneamente se someten a reclusión, y los que son condenados a ella por sentencia judicial;

b) Con perturbación mental, o sea, los que son internados de conformidad con el Reglamento de 26 de Enero de 1927.

Un establecimiento de esta naturaleza no puede ser un lugar de reclusión en donde reinen la ociosidad y el rutinario concepto de abandonar al recluso como inútil. Todo lo contrario, debe ser un centro de trabajo, de enseñanza y de sanos esparcimientos, que al mismo tiempo que devuelvan la salud al individuo, le facilitan el ejercicio de sus facultades productoras y le conviertan en un elemento útil y sociable.

De acuerdo con estas ideas, nuestro asilo cuenta con talleres propios de imprenta, a fin de proporcionar trabajo a los asilados, talleres que empezaron a funcionar el año 1929 y sin perseguir utilidad comercial, la que, a pesar de ello, es bastante considerable, sino obtener el bien moral de los reclusos en particular, y la satisfacción de un alto fin de ética social en general.

Los asilados que tienen oficio relacionado con el ramo encuentran en el taller el trabajo que necesitan para seguir subviniendo a sus necesidades personales o de sus familias, y los que nunca han trabajado en ello, aprenden una tarea nueva que les puede ser útil cuando salgan del establecimiento.

La enfermedad del Alcoholismo tiene graduaciones mentales y matices diversos en cada enfermo. Disponer para todos una misma reclusión y un análogo tratamiento, es un acronismo rechazado por los modernos conceptos de la medicina y de la Ciencia Penal.

Inspirada en estos principios la Ley de 1929 ya citada, con muy buen acierto dejó al dictamen médico, fijar la duración de la permanencia del recluso en el asilo.

Con estos cuatro establecimientos de que consta el Manicomio Nacional, se atiende en la actualidad a los anajenados mentales de toda la República.

Año tras año ha ido aumentando el número de estos enfermos, haciéndose cada vez más estrecho. Existen más del doble de los que debería contener, atendiendo las reglas más elementales del tratamiento terapéutico que necesitan, de la higiene y de la buena administración.

Esta situación ha culminado al extremo de llegar este año la Dirección del Manicomio a la triste situación de cerrar prácticamente sus puertas, permitiendo la entrada sólo en contadísimos casos muy calificados.

Es imprescindible, pues, arbitrar cuanto antes medidas tendientes a solucionar adecuadamente el problema de la asistencia de nuestros enfermos mentales.

Entre las ya adoptadas últimamente por nuestros gobernantes para la debida satisfacción de estas necesidades, son dignas de mencionarse:

1) **El Decreto Supremo de 29 de Diciembre de 1928**, por el cual se mandó organizar el Hospital Psiquiátrico de Santiago en concordancia con lo dispuesto por el Reglamento General de los Servicios de Salubridad Mental y Hospitalización y Reclusión de Insanos de 26 de Enero de 1927. El Decreto en referencia dice: Santiago 29 de Diciembre de 1928. Hoy se decretó lo que sigue: N.º 6038. Considerando que la Clínica Psiquiátrica debe cumplir funciones de asistencia social, de enseñanza, de investigación científica y de profilaxia de las enfermedades mentales y es por lo tanto necesario dotarla de los elementos indispensables para el cumplimiento de estos fines: **DECRETO:**

1) Formarán parte de la Clínica Psiquiátrica Universitaria las siguientes secciones del Manicomio de Santiago: servicios de admisión y observación de hombres y mujeres, laboratorios clínicos de anatomía patológica, de radiología, de fotografía y consultorio neuropsiquiátrico.

2) La dirección técnica y médica de la clínica estará a cargo exclusivo del Médico Jefe de la misma, que será el profesor titular de Psiquiatría.

3) La administración de la clínica seguirá a cargo del administrador de la Casa de Orates.

4) La Clínica Psiquiátrica Universitaria se considerará como el Hospital Psiquiátrico de la Zona Hospitalaria de Santiago para los fines a que se refiere el artículo cuarto del Decreto Reglamentario de fecha 26 de Enero de 1927 que se ocupa de los servicios de Salubridad Mental y Reclusión de Insanos.

Para los efectos de la organización de estos servicios; declárase interino todo el personal de las secciones mencionadas en el presente Decreto. —Tómese razón, comuníquese y publíquese.—Firmado CARLOS IBÁÑEZ, PABLO RAMÍREZ, LUIS CARVAJAL”

La importancia de este Decreto fué hacer una división en Hospitales para agudos y para crónicos o incurables, lo que es indispensable debido a que el objeto, régimen y organización de ambas categorías son completamente diversas.

En otros términos, inició una división científica de los establecimientos de asistencia social, que se halla establecida ya en el mundo entero y que era urgente implantar en Chile.

En cuanto a las ventajas de la fusión del Hospital Psiquiátrico, con la Clínica Universitaria, parecen evidentes: desde luego, con la unión entró a disponer el Hospital Psiquiátrico, además de sus elementos propios, de los de la Clínica Universitaria. La enseñanza de la Psiquiatría se hizo a la vez teórica y práctica, y por último, el personal de la Clínica, se incorporó al Hospital Psiquiátrico, prestando así sus valiosos servicios no sólo en lo que se refiere a la enseñanza, sino también a la “asistencia de los enajenados”.

2) **La implantación del servicio de visitadoras sociales**” cuya importancia capital en la mejor atención de los enfermos es indiscutible, ha sido otra de las medidas adoptadas para el bienestar de los insanos y que ha redundado en beneficio de la sociedad en general.

Entre sus principales ventajas podemos señalar:

a) Resguardar a la sociedad de enfermos peligrosos, haciendo recluir a los que cometen o pueden cometer, dada la naturaleza de su enfermedad, actos anti-sociales, y

b) Facilitar al médico la gran tarea de investigar las causas o factores que han producido el trastorno mental, por medio de visitas efectuadas al hogar del enfermo, imponiéndose de esta manera de sus costumbres y condiciones de vida.

3) Por último, en lo referente al "Asilo de Temperancia", se han modificado las disposiciones legales que regían hasta hace poco sobre la materia inspirada en el antiguo concepto de "delito y pena", concordándolas con el espíritu moderno que ve en cada individuo "un caso clínico" y que entiende que al mismo tiempo que curar al enfermo, hay que prevenir el mal y defender a la sociedad.

Y al efecto, la nueva **Ley de alcoholes N.º 5,231 publicada el 9 de Septiembre de 1933** actualmente en vigor, sustenta estas nuevas ideas en su Título II Libro II que trata de los "Institutos de Reeduación Mental".

El mencionado título dispone: art. 105 "Con el nombre de Instituto de Reeduación Mental se mantendrá en Santiago anexo a la Casa de Orates, un establecimiento público destinado a la curación de los ebrios consuetudinarios y demás toxicómanos, que se regirá en conformidad a las disposiciones de este Título y a las del Reglamento respectivo. La administración de este instituto estará a cargo del sub-director de la Casa de Orates".

"Iguales establecimientos se fundarán en Concepción, Antofagasta y demás ciudades que fije el Presidente de la República y en los locales que éste determine, previo informe del administrador del Instituto de Santiago, y siempre que lo permita el monto de los ingresos a que se refiere el artículo 112".

"La planta y los sueldos del personal de estos institutos serán determinados por el Reglamento. No podrá destinarse más del veinte por ciento de las entradas para el pago de los sueldos".

"Las disposiciones de este Título relativas a los ebrios, serán también aplicables en los mismas condiciones a los demás toxicómanos".

Art. 106.—"En dicho Instituto serán secuestrados los ebrios habituales para quienes la presente ley imponga este régimen de curación o que cumplan en el Instituto una condena.

"Serán también admitidas en él, las personas que voluntariamente y previa solicitud escrita, quieran someterse al tratamiento médico especial que se emplee en el Instituto. Estas personas, una vez ingresadas, deberán someterse al tratamiento y permanecer en el Instituto durante el período que fije la dirección del establecimiento en conformidad al informe del médico jefe".

El inciso primero de este artículo concuerda con el 96 de la misma ley que dice: "Los individuos que en el espacio de un año hubieran sido castigado más de cuatro veces por ebriedad, deberán ser condenados en el Instituto de Reeduación Mental, donde permanecerán por el tiempo que determine la dirección del establecimiento".

Art. 107.—"El cónyuge o el padre de familia que, sin incurrir en los delitos contemplados en el título "De la Penalidad de la embriaguez", se encuentre sin embargo, de ordinario bajo la influencia de alcohol, de modo que le sea no posible dirigir correctamente sus negocios o propender al sostenimiento de su cónyuge e hijos, podrá ser secuestrado en el

Instituto de Reeduación Mental, a petición de cualquiera de los miembros de su familia”.

“Si la solicitud se funda en mala administración de los negocios, el interesado deberá probar que resulta lesionado por ésta”.

“El juez procederá con conocimiento de causa, breve y sumariamente, oyendo personalmente al interesado y a sus parientes, y previo informe médico que atestigüe la circunstancia de que se trata de un alcohólico y precise la duración que deba darse al tratamiento, el cual en este caso deberá ser expedido por la Dirección del Instituto. Contra la resolución judicial sólo procederá el recurso de queja”.

“El menor sometido a tutela o curatela podrá ser secuestrado a petición del tutor o curador, en conformidad a las disposiciones del inciso precedente”.

“El hijo ebrio que se encuentre bajo patria potestad, podrá ser secuestrado a petición del padre o la madre, en su caso, por el período que fije la Dirección del Instituto y siu que sean necesarios los requisitos establecidos en el inciso tercero”.

“Art. 108.—“En el Instituto de Reeduación Mental deberán establecerse, además de la sección general en que se recluyan los ebrios habituales, a que se refieren los arts. 107 y 108, dos secciones especiales, una para las personas que paguen mensualmente la pensión que los reglamentos señalen y otra para los menores de 20 años”.

Art. 109.—“Un mes antes de terminarse el período de la hospitalización, la Dirección del Institución enviará a la autoridad que haya decretado la reclusión o a la familia del asilado, en su caso, un informe sobre el resultado de la curación; y si ésta no estuviere aún terminada, el juez o la familia podrán prolongar la duración del tratamiento por el tiempo necesario para la curación”.

Art. 110.—“A petición de cualquiera de los miembros de la familia del asilado podrá nombrarse a éste un curador por todo el tiempo que dure la hospitalización. Los demás asilados tendrán por curador al director del Instituto”.

De las disposiciones trascritas se desprende el gran progreso alcanzado por nuestra legislación al considerar al alcohólico y a los toxicómanos en general, como individuos enfermos a quienes debe hospitalizarse para someterlos a un tratamiento estricto a fin de obtener la curación completa de ellos.

Existen sistemas muy científicos para arrancar el hábito de la bebida. El Dr. Valenzuela tiene uno exclusivo que consiste en tratar a los alcohólicos por medio de inyecciones de la propia sangre.

Con la creación de estos Institutos de de Reeduación Mental va a disminuir, sin duda, considerablemente el número de insanos, debido a que una buena parte de esos enfermos lo son a causa de afecciones tóxicas.

Sin embargo, a pesar de estas medidas adoptadas por nuestros gobernantes, el problema relativo a la mejor asistencia de los enajenados mentales, dista de estar aún resuelto.

Cada día se hace más imperiosa la necesidad de una reforma en esta materia debido a que el número de insanos va en aumento asombroso según lo demuestra el cuadro que sigue a continuación:

Enfermos recluidos en la Casa de Orates

Año	Mes	Día	Enfermos	Aumentos
1852	Diciembre	31	23	23
1859	"	"	110	87
1869	"	"	283	173
1879	"	"	377	94
1889	"	"	597	220
1899	"	"	1.122	525
1909	"	"	1.671	549
1919	"	"	2.200	529
1929	"	"	2.800	600

En la existencia última de 2.800 enfermos sólo se comprenden los internados en la Casa Central.

En el año 1933 en la Sección Pensionado, habían trescientos sesenta y cuatro asilados y en la Sección General dos mil cuarenta y cuatro enfermos, sin contar los quinientos cuarenta y seis recluidos en el Open-Door y los cien de la Quinta Bella.

La Casa Central no debería albergar, dentro de las reglas de la higiene y del orden administrativo, a más de mil doscientos insanos. Sin embargo, hoy día hay más del doble.

Estos datos estadísticos, no reflejan con exactitud la verdadera progresión en el aumento de enfermos mentales en el país, porque en los últimos años gran parte de ellos no han podido ser recibidos por falta de locales adecuados para albergarlos.

Por las continuas solicitudes de hospitalizaciones que día a día se reciben; por los datos que se tienen en el Manicomio Nacional de los que están hospitalizados inadecuadamente y por el aumento constante de las enfermedades mentales, se puede calcular que pasa de dos mil el número de insanos que existen en la República sin la debida Hospitalización.

El total de enajenados sube, así a más del uno por ciento de la población del país. Esta es una cifra pavorosa que sugiere profundas reflexiones de todo orden.

Chile fué uno de los primeros países de América que tuvo legislación sobre manicomios; fuimos también de los primeros que creamos asilos para pobres enajenados, y por lo tanto, urge mantenernos a la altura de esos acontecimientos honrosos para nosotros.

Como resultado de este estudio, podríamos decir, en conclusión, que el Supremo Gobierno para solucionar adecuadamente y a la brevedad posible el problema concerniente a los enajenados mentales, debiera dentro de un programa mínimum:

1) Instalar establecimientos análogos al Open-Door de Santiago, en las provincias de Aconcagua, Serena y Valdivia; habilitar los pabellones psiquiátricos que establece el Reglamento del 26 de Enero de 1927 en las principales ciudades y construir asimismo, manicomios sólo para incurables. En resumen descentralizar los servicios manicomiales, distribuyéndolos por zonas y ciudades para alcanzar una adecuada y científica atención de los insanos.

2) Mientras se crean estos establecimientos indicados (en el N.º 1) poner en práctica un proyecto del Dr. Grossi, médico jefe de la Dirección

General de Sanidad de Aconcagua, consistente en hacer examinar por los médicos de carabineros a los enfermos mentales indigentes y que vagan por las calles, abandonados por sus familias.

Si estos facultativos declaran que en realidad el individuo examinado está perturbado mentalmente, se le debe recluir en las respectivas Comisarias, transitoriamente, o sea, durante el tiempo que tarde la Dirección General de Beneficencia en conseguir la reclusión en algún Manicomio. Adoptar esta medida, sería hacer una gran obra social, pues con ello se favorecería enormemente al mismo enfermo, siempre que se le tratara con las debidas consideraciones. Tendrían un lugar donde alojarse y no les faltaría alimentación; además si fuera posible, se les podría hacer trabajar dentro del establecimiento. Se evitaría asimismo el triste espectáculo de ver vagando por las calles estos pobres seres, harapientos, descuidados y víctimas de la irrisión de muchachos e ignorantes.

3) Exigir el cumplimiento estricto de las Leyes actualmente existentes sobre la materia, vgr. en lo concerniente al Reglamento de Salubridad Mental, para obtener el más rápido tratamiento de los insanos, es necesario que las autoridades de provincias al remitir enfermos mentales a Santiago, exijan a los médicos informantes los datos clínicos que están obligados a proporcionar, pues sucede a menudo que se envían insanos sin información alguna, lo cual como se comprende, retarda y dificulta considerablemente el diagnóstico.

4) Dar mayor importancia al trabajo de los enajenados mentales, remunerándolo mejor y fomentándolo por todos los medios posibles, sin perseguir con esto ningún fin lucrativo, sino exclusivamente de curación. Es un hecho comprobado que el trabajo aumenta el número de mejorías y las hace más rápidas, disminuyendo así la cantidad de enfermos y su estadía en el establecimiento.

5) Subsanan el vacío que deja entre nosotros la falta de "patronato de ex-alienados", creándoles a los insanos un pequeño fondo de reserva que les permita a su salida afrontar las primeras necesidades. Pueblo de raza latina, el nuestro, poco se puede esperar de la iniciativa y previsión particular en la materia; en consecuencia, convendría que las autoridades hicieran instalar en los establecimientos de enajenados mentales, oficinas de información intermediarias entre la sociedad y dichos asilos, donde se ofreciese al público trabajadores según su oficio, y el cual a su vez, haciendo obra de verdadera caridad, recurriese a esas oficinas a buscar los brazos necesarios. Al comienzo el éxito sería poco lisonjero, pues habría que luchar al principio con las prevenciones del vulgo en estas materias; pero poco a poco se establecería dicha costumbre, ya que la experiencia se encargaría de probar que el enajenado que ha recuperado su salud es un elemento tan útil como otro cualquiera.

6) Figurando el alcoholismo como una de las causas más poderosas de la mayoría de las enajenaciones mentales, y siendo nuestro país uno de los más atacados por esta plaga alcohólica, combatir la intemperancia por todos los medios posibles; declarar alcohólica la cerveza; restablecer la clausura dominical de las cantinas y crear cuanto antes los "Institutos de Reeduación Mental", de que trata la Ley de Alcoholes y Bebidas Alcohólicas N.º 5,231 del 9 de Septiembre de 1933.

7) Teniendo presente que al estudio de la Psiquiatría se debe la evolución que tiende a reemplazar el régimen de reclusión antiguo por los tratamientos científicos modernos, estimularlos por todos los medios posibles.

Dicho objetivo podría favorecerse aumentando las horas de Medicina Legal, en las Escuelas de Ciencias Jurídicas y Sociales, a fin de prestarle al estudio de las enajenaciones mentales una mayor dedicación, dándole de esta manera su verdadera importancia.

Con este mismo objeto se podría también comisionar todos los años a médicos del Manicomio Nacional para que se trasladen al extranjero a fin de estudiar los problemas psiquiátricos y adquirir nuevos conocimientos sobre la materia. La eficacia de estos viajes está comprobada por el que hicieron al Uruguay y a la Argentina en el año 1927 tres facultativos, enviados por la Dirección General del Manicomio, los cuales trajeron un acopio de antecedentes que fueron muy útiles para la instalación de nuestro Asilo-Colonia u. Open-Door.

8) A fin de reducir los gastos del Estado en el mantenimiento de los insanos, procurar la implantación del régimen de asistencia privada o en familia de que habla el Reglamento de Salubridad Mental de 26 de Enero de 1927. Y con el mismo propósito, perseverar en la tarea de que los parientes obligados legal o moralmente a proporcionar alimentos a los deudos necesitados, los coloquen en la categoría de Pensionado que corresponda.

Con el cumplimiento estricto de este deber y con el régimen de asistencia privada, el Estado se aliviaría de la pesada carga actual de mantener un inmenso número de enfermos mentales que va constantemente en aumento, y que amenaza con llegar a ser una carga excesivamente pesada para el Fisco.

9) Estudiar la posibilidad de disminuir la transmisión de la locura por causa hereditaria, por medio de la prohibición del matrimonio y aún de la esterilización de los que presenten peligro cierto de transmitir su desequilibrio a la descendencia y otras medidas de higiene mental.

10) Preocuparse especialmente de proteger a la sociedad por medio del examen y diagnóstico de los desequilibrados peligrosos que se hallen en libertad y que sean susceptibles de cometer atentados contra terceros.

11) Mejorar la higiene y asistencia pública en forma de eliminar o disminuir las causales de enajenación de orden tóxico o infeccioso, como las enfermedades de transcendencia social, las infecciones dentales y otros focos de infección orgánica.

BIBLIOGRAFIA

- Juan Andueza L.—Apuntes tomados en su clase de Medicina Legal.
- Alfredo Barros Errázuriz.—Derecho Civil. Tercer año. Cuarta Edición. Editorial Nascimento 1931.
- Dr. Karl Birnbaum.—Métodos Curativos Psíquicos. Barcelona 1928.
- Prof. Henri Claude.—Psychiatrie Médico-legale París 1932.
- Demolombe.—Cours de Code Civil. Tomo VIII. Cuarta Edición. París 1870.
- Prof. S. Freud.—Introducción a la Psicoanálisis. (Teoría General de las Neurosis). Traducción del alemán de Luis Lopez Ballesteros. Edición Ercilla. Santiago de Chile 1934.
- Dr. Grasset.—Idées Paramédicales et Médicosociales. París 1912.
- Dr. Rosenfeld.—Prontuario de Psiquiatría Práctica. Traducido por el Dr. Federico Gonzalez Deleito. Editado en Barcelona 1929.
- Dr. Fernandez Sanz.—Las Psiconeurosis. Editado en Madrid 1921.
- Dr. Lévy Valensi.—Précis de Psychiatrie. Editado en París 1926.



FE DE ERRATAS

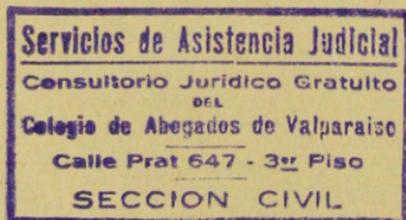
Al imprimir la presente Memoria subsanamos un error de copia, en que involuntariamente habíamos incurrido, comentando la Ley de Casas de Locos, al haber omitido decir que los Promotores Fiscales fueron suprimidos por el D. F. Ley N.º 426 de 28 de Febrero de 1927. El Decreto en referencia suprimió además todo trámite procesal de primera instancia que exigiera o autorizara el dictamen, la audiencia o citación del Ministerio Público, y entregó al Juez, el rol de acusador público y de denunciante que antes competía a aquellos funcionarios.

Pág. Línea

Pág.	Línea	DICE:	DEBE DECIR:
5	19	sociedad	sociedad
5	29	oír	oír
17	9	cónyugue	cónyuge
17	40	pués	pues
18	41	Salpetriere	Salpetrière
19	4	guardian	guardián
19	34	arismética	aritmética
21	40	iento	lento
21	42	resultadlo	resultado
23	24	psicologicamente	psicológicamente
26	6	quién	quien
28	9	asendientes	ascendientes
28	43	Intervalo lucido	intervalo lúcido
29	30	correspondian	correspondían
33	4	intérvalo	intervalo
34	17	Pero	pero
34	39	exento	excentos
35	1	en acápite	en el acápite
35	16	solo	sólo
36	14	conduncentes	conducentes
36	40	pueden en	pueden hacer en
37	42	éste	ésta
37	54	ella impone	ella le impusiere
37	55	imputará su dura- ción al	imputará a su du- ración el
39	19	(private dwelling system)	(Private dweelling system)
40	10	desague	desagüe
45	36	pidiéndole más	no pidiéndoles más
49	17	tratamieno	tratamiento
50	17	Manchester,	Manchester.
52	14	aquellas	aquéllas

Pág. Línea

53	26	DICE: De aqui	DEBE DECIR: De aqui
53	28	„ llevarle una	„ „ llevarle a una
53	66	„ psico-análisis	„ „ psico-análisis
55	20	„ éste	„ „ esté
56	32	„ pervención	„ „ pervención
58	3	„ informes	„ „ informes
58	25	„ esencia	„ „ esencia
58	32	„ megalomanía;	„ „ megalomanía,
58	66	„ ciclotímido	„ „ ciclotímico
58	72	„ el embuste	„ „ al embuste
59	20	„ prevención	„ „ prevención
61	48	„ asilo-colonia	„ „ asilos-colonia
65	7	„ sustancial	„ „ substancial
66	1	„ conveniete	„ „ conveniente
67	19	„ espontáneamente	„ „ expontáneamente
70	16	„ atribuciones	„ „ atribuciones
76	39	„ dé	„ „ de
79	10	„ encuentren	„ „ encuentran
86	32	„ idigentes	„ „ indigentes
89	35	„ anajenados	„ „ enajenados
89	44	„ imprescindible	„ „ imprescindible
91	45	„ cónyuge	„ „ cónyuge
91	45	„ familia	„ „ familia
92	45	„ deestos	„ „ de estos
92	47	„ afeccionestóxicas	„ „ afecciones tóxicas
95	3	„ estimularlos	„ „ estimularlo



UNIVERSIDAD DE CHILE



3 5601 15901 2735