

**CONDICIONES MATERIALES EN LA EJECUCIÓN DE LA MEDIDA DE
SEGURIDAD EN EL INSTITUTO PSIQUIATRICO SAN CAMILO.**

**ISABEL CARVAJAL HERRERA
RICARDO ALMEIDA RUEDA**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA
BUCARAMANGA
2012**

**CONDICIONES MATERIALES EN LA EJECUCIÓN DE LA MEDIDA DE
SEGURIDAD EN EL INSTITUTO PSIQUIATRICO SAN CAMILO.**

**ISABEL CARVAJAL HERRERA
RICARDO ALMEIDA RUEDA**

Proyecto de grado presentado para optar al título de Abogado

DIRECTOR

Dr. RAMIRO PINZÓN ACELAS, Abogado.

CODIRECTOR

Dr. LUIS FERNANDO MARIN. Medico

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA
BUCARAMANGA**

2012

“Si no se puede encontrar un virus real, se inventa un virus social” D. Cooper.

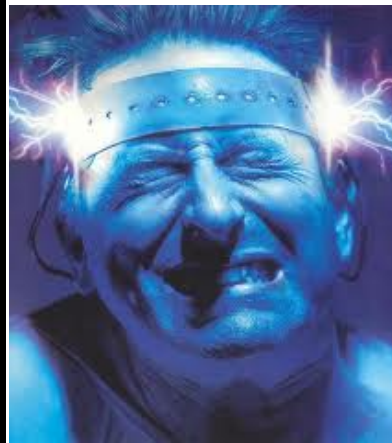


TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	17
2. OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GENERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. PSIQUIATRÍA	21
3.1 SALUD MENTAL	21
3.2 CLASIFICACION DEL TRASTORNO MENTAL:	23
3.3 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA	24
3.4 “ESCUELA POSITIVISTA ITALIANA”: “LOMBROSO Y GARÓFALO”.	36
4. INIMPUTABILIDAD.	39
4.1 CONCEPTO.	39
4.2 INIMPUTABILIDAD COMO CAUSA DEL TRASTORNO MENTAL.	40
4.3 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	42
4.4 CONDICIONES PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA INIMPUTABILIDAD	43
4.5 DIVERSIDAD SOCIOCULTURAL O ESTADOS SIMILARES COMO CAUSAL DE INIMPUTABILIDAD.	44
4.6 DIFERENCIA ENTRE IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD	45
4.7 RELACION ENTRE INIMPUTABILIDAD Y ANTIPSIQUIATRIA:	47

5. MEDIDAS DE SEGURIDAD	50
5.1 CLASIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD	50
5.2 PENA Y MEDIDA DE SEGURIDAD	52
5.3 VIGILANCIA DE LE EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD POR PARTE DEL ESTADO.	54
5.4 MEDIDA DE SEGURIDAD IMPUESTA DEPENDIENDO DEL TIPO DE TRASTORNO MENTAL.	56
6. DERECHOS DE LOS INIMPUTABLES	58
6.1 INSTITUCIONES Y FORMAS JURÍDICAS ENFOCADOS HACIA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES.	59
6.2 INSTRUMENTOS INTERNACIONALES EN DEFENSA DE DERECHOS DE LOS ENFERMOS MENTALES.	62
6.3 DERECHOS QUE TIENEN LOS ENFERMOS MENTALES INIMPUTABLES Y QUE DEBEN SER GARANTIZADOS POR LOS ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS.	68
6.4 DEBER DEL ESTADO FRENTE A LOS INIMPUTABLES	69
6.5 LABOR DE LA DEFENSA TÉCNICA DE LOS INIMPUTABLES	70
6.6 SIMULACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES PARA ARGUMENTAR IMPUTABILIDAD EN PROCESOS JUDICIALES	71
6.6.1 Signos para la detección de simulación	71
6.6.2 simulación en Colombia	75
7. DERECHO COMPARADO INIMPUTABLES	77
8. ANTIPSIQUIATRIA	83
8.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANTISQUIATRIA A NIVEL MUNDIAL.	83
8.2 ANTI PSIQUIATRÍA INGLESA	84
8.3 LA ANTIPSIQUIATRÍA ITALIANA.	84

8.4 LA ANTI PSIQUIATRÍA EN FRANCIA:	86
8.5 CONCEPTUALIZACIÓN DE ANTISIQUIATRÍA	86
8.6 ENFERMEDAD MENTAL DESDE UN PUNTO ANTISIQUIATRICO	90
8.7 POSTULADOS DEL MOVIMIENTO ANTI SIQUIATRÍA	93
8.8 APORTES CRÍTICOS DE LA ANTI SIQUIATRÍA	95
8.8.1 Aportaciones criticas de la anti siquiatria según LAING	95
8.8.2 Aportaciones criticas según Vásquez Rocca	97
8.8.3 Aportaciones criticas de la anti siquiatria según szasz	97
8.9 INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS FÁRMACOS	98
8.10 HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA	104
8.11 HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS ANALIZADOS DESDE LA POSTURA ANTISIQUITRICA:	104
8.12 EXPERIMENTO EN ANTIPSIQUIATRIA LLAMADO VILLA 21 DE DAVID COOPER	107
8.13 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO	113
8.13.1 Empresa social del estado hospital psiquiátrico san Camilo	115
9. TRABAJO DE CAMPO	116
CONCLUSIONES	135
BIBLIOGRAFIA	138

LISTA DE FOTOGRAFIAS

	Pág.
Foto 1. Entrada a la Unidad de Inimputables	130
Foto 2. Pasillo de la Unidad de Inimputables	131
Foto 3. Habitaciones	131
Foto 4. Habitación Inimputables	132
Foto 5. Baños	132
Foto 6. Zonas verdes	133
Foto 7. Comedores de Inimputables	133
Foto 8. Granja de Inimputables	134

RESUMEN

TITULO: CONDICIONES MATERIALES EN LA EJECUCIÓN DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD EN EL INSTITUTO PSIQUIATRICO SAN CAMILO*

AUTORES: ISABEL CARVAJAL HERRERA
RICARDO ALMEIDA RUEDA**

PALABRAS CLAVES: antipsiquiatría, inimputable, medida de seguridad, derechos humanos, Psiquiatría clásica.

El movimiento antipsiquiátrico surge como un rechazo a la psiquiatría clásica es decir aquellas prácticas psiquiátricas que vulneran los derechos humanos de los trastornados mentales su principales exponentes son David Cooper, Ronald Laing Vásquez Roca, cada uno de ellos planteo diferentes postulados anti psiquiátricos rechazando la psiquiatría tradicional, aunque existen instrumentos internacionales en defensa de los derechos de los trastornados mentales, aun hay centros psiquiátricos donde no se da un respeto por la dignidad humana de sus pacientes, en el caso de las personas que bajo una perturbación psíquica han cometido un delito y adquieren la calidad de inimputables, el estado ha establecido que mediante la medida de seguridad que consiste en internamiento en un centro psiquiátrico deben recibir el adecuado tratamiento y trato digno.

En hospitales psiquiátricos como san Camilo aun se aplican tratamientos como la terapia electroconvulsiva que aparte de generar terror y un grave trauma a los pacientes, también causa un dolor muy fuerte, y otras prácticas como la inmovilización de pacientes a las sillas o camas, generan de todas formas un trato reprochable desde el punto de vista de los derechos fundamentales, pero también se han dado avances como la sensibilización hacia los pacientes inimputables, buscando un acercamiento mediante la psicología y terapia ocupacional para poder tratar el trastorno mental.

A través del presente trabajo buscamos que los las personas inimputables por enfermedad mental reciban un mejor trato y se elimine del todo la aplicación de la psiquiatría clásica por considerarla nociva para la vida de los pacientes.

* Trabajo de grado

** Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Derecho, Director Ramiro Pinzón Asela Codirector Luis fernando Marin

ABSTRACT

TITLE: PERFORMANCE MATERIALS IN TERMS OF SAFETY FEATURE IN PSYCHIATRIC INSTITUTE SAN CAMILO*

AUTHORS: ISABEL CARVAJAL HERRERA
RICARDO ALMEIDA RUEDA**

KEY WORDS: Antipsychiatry, unimpeachable, as security, human rights, classical psychiatry.

The antipsychiatry movement arose as a rejection of classical psychiatric practices that violate human rights of mentally disturbed people. Its leading exponents are David Cooper, Ronald Laing, and Vasquez Rock. Each one of them poses different claims against traditional psychiatry. Although there are international instruments to defend the rights of the mentally disturbed, there are still mental hospitals where there is no respect for human dignity of their patients. In the case of persons under a mental disturbance who have committed a crime and acquired the quality of not criminally responsible, the state has established that under tight security these people are placed in a psychiatric facility that must provide proper and dignified treatment.

In psychiatric hospitals like St. Camilo, treatments such as electroconvulsive therapy is still applied which apart from generating terror and severe trauma in patients, it also causes severe pain; other practices such as immobilization of patients to chairs or beds also generates reprehension from the point of view of fundamental rights. However, some progress has been made as awareness of non-criminally responsible patients, seeking a rapport through psychological and occupational therapy to treat mental disorders.

Through this work we seek to achieve that people not criminally responsible due to mental illness receive better treatment and also to eliminate altogether the application of classical psychiatry considered harmful to the lives of patients.

* Degree work

** Faculty of Humanities, School of Law, Director Ramiro Pinzón Asela Codirector Luis fernando Marin

INTRODUCCIÓN

La relación que tiene el derecho con los temas de medicina cada vez es mayor, en nuestro trabajo de investigación, específicamente se refleja la conexión entre el derecho y la psiquiatría, ya que estas dos ramas tienen como fundamento de estudio la conducta humana.

La antisiquitria es una base fundamental de nuestra investigación, la cual tiene sus orígenes en Inglaterra a mediados de los años 60 y sus principales precursores fueron THOMAS SZASZ Y DAVID COOPER, y cuya tesis central de sus postulados es la de rechazar el concepto tradicional de enfermedad mental como anormalidad biopsíquica para ubicarlo en un contexto económico, histórico-social. Son muchos los autores que comparten el pensamiento antisiquiatrico, manteniendo postulados radicales sobre el uso de la psiquiatría tradicional o clásica, planteando criticas fuertes sobre aspectos como, el uso de centros psiquiátricos que parecen reclusorios, así como el uso de choques eléctricos, el dominio de la industria farmacéutica, la noción que el trastornado mentalmente es un anormal que debe ser cambiado, la antisiquitria busca la sensibilidad hacia el paciente, un acercamiento médico- paciente; entre los autores más destacados por sus tesis se encuentran :Guillermo Pérez¹, Laing², Adolfo Vásquez Roca³.

La base fundamental de la antipsiquiatría, es la lucha por que se respeten y no se vulneren de ninguna forma posible, los derechos de las personas que padecen trastornos mentales y por esta razón decidimos tener como soporte teórico los planteamientos antisiquiátricos. En nuestra investigación nos enfocamos

¹ Pérez, G enfermedades mentales y siquiatria

² LAING, J UNA PANORAMICA DEL DISCURSO ANTIPSQUIATRICO.INFORMACIONES PSQUIATRICAS.

³ VASQUEZ, A. ANTIPSQUIATRÍA: DECONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL. REVISTA PSICOANALISIS Y ESTUDIOS CULTURALES. 2006)

estrictamente en aquellas personas que a causa de un trastorno mental, cometieron un delito y que la legislación ha denominado bajo el término de inimputables, tipificado en nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 31 del código penal de la siguiente forma, quien al momento de cometer el hecho legalmente descrito no tuviera la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental, se considera inimputable, nosotros nos enfocamos en el último fundamento de la inimputabilidad, el trastorno mental que Solórzano Niño⁴, define como: La permanente o transitoria perturbación de las funciones psíquicas (intelectiva, volitiva, afectiva) que altera la conducta del individuo, impidiéndole hacer uso de sus facultades mentales para comprender la ilicitud de sus actos y de tener la capacidad de dirigir libremente sus actuaciones de acuerdo con dicha comprensión.

Por tanto afirmamos que los inimputables por trastorno mental, al momento realizar el delito no fueron conscientes del acto que estaban cometiendo y de esta manera merecen una protección especial por parte del estado, aunque se reconoce que la persona no tuvo la conciencia del daño que causó, no se puede desconocer que cometió un acto ilícito y por lo tanto, el estado lo considera como un peligro para la sociedad, frente a esto el juez está investido para imponer una medida de seguridad, la cual es claramente definida en la sentencia C-176 de 1993 del magistrado Alejandro Martínez Caballero, como la privación o restricción del derecho constitucional fundamental a la libertad, impuesta judicialmente por el Estado, con fines de curación, tutela y rehabilitación, a persona declarada previamente como inimputable, con base en el dictamen de un perito psiquiatra, con ocasión de la comisión de un hecho punible, establecida en el artículo 93 del código penal colombiano, en el caso de los inimputables por trastorno mental consiste en la internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, y

⁴ SOLÓRZANO NIÑO, R. *Psiquiatría Clínica y forense*. Bogotá: Temis, 1990. p. 329.

tiene una finalidad curativa ya que está prevista para las personas que, en estado de inimputabilidad, cometen un delito y son peligrosas.

En realidad con la imposición de esta medida de seguridad, lo que se busca es que se le dé un debido tratamiento psiquiátrico al inimputable que padece trastorno mental, según conceptos médicos los pacientes se logran compensar es decir que se estabilizan, pero no se curan del trastorno mental, por tanto la finalidad curativa antes mencionada hay que interpretarla no desde el punto que el paciente se cure completamente, con la imposición de la medida, lo que busca es que se diagnostique adecuadamente y se le de un tratamiento al trastorno mental. Es importante mencionar que según el decreto 1320 de 1997 se faculta a la secretaria de salud, al instituto nacional penitenciario y carcelario INPEC, los departamentos, los municipios y las direcciones territoriales de salud, para que contraten con entidades públicas o privadas con el propósito de que hagan cargo de la ubicación, atención y tratamiento hacia los inimputables.

Por esta razón, centramos nuestro trabajo de investigación en la empresa social del estado hospital psiquiátrico san Camilo, ya que es el único centro de tratamiento psiquiátrico a nivel de Santander, que tiene la posibilidad de tener como pacientes en sus unidades a personas declaradas como inimputables, y por esta razón deben cumplir con todas las medidas necesarias para darle un óptimo tratamiento, una atención global satisfactoria apegada a ley en sus tratamientos y sobre todo que las condiciones materiales en la ejecución de la medida de seguridad no vulneren los derechos fundamentales de los pacientes inimputables.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Las condiciones materiales en la ejecución de la medida de seguridad, violan Derechos Fundamentales básicos en el trato o manejo de los pacientes psiquiátricos en la clínica psiquiátrica San Camilo de Bucaramanga?

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En algunos países autoritarios es usada la psiquiatría como un medio de opresión a un pueblo crítico, pues el que protesta, está en desacuerdo o descubre los malos manejos del gobierno nacional es tildado de loco e internado a la fuerza y sometido a recibir tratamiento médico el cual lo aísla del mundo y lo puede convertir prácticamente en un ser vegetal. Es una medida peligrosísima, que valga la redundancia está por encima de la teoría misma peligrosista.

Lo anteriormente dicho para cualquier desprevenido, puede sonar como unas medidas utilizadas en la edad media, pero para el asombro de muchos hay que resaltar que es una práctica actual y real. En donde los gobiernos fácilmente con el dominio de las clínicas psiquiátricas pueden sacar del panorama nacional desde un filósofo o sociólogo a un pensador crítico o porque no a un opositor político, en donde no hay una entidad que seriamente regule a quien se le debe suministrar tratamiento clínico psiquiátrico, siendo este mismo ya peligroso pues violenta seriamente los Derechos Fundamentales protegidos en este caso en nuestra Carta Política y en los acuerdos internacionales.

Queremos además resaltar una frase del Doctor Benjamín Rush, padre de la psiquiatría norteamericana, 1818. En donde dice: " El terror actúa poderosamente

sobre el cuerpo a través de la mente, y ha de emplearse en la cura de la locura". Frase sabia en donde muestra que se puede controlar fácilmente a un pueblo ya sin ni siquiera necesidad de la amenaza armamentista sino utilizando la psiquiatría.

El terapeuta y filósofo David Cooper en su conocida obra "Psiquiatría y antipsiquiatría" (1967) se define este movimiento antipsiquiatrico como "un movimiento crítico que se cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental sobre la cual se apoya desde mediados del siglo XIX"¹. Muchas veces fue tildado por varios gobiernos autoritarios como una teoría subversiva y guerrillera por el hecho de ir en contra de algunas políticas de "salud" de estos Estados.

Como mi objetivo no es solo hacer una crítica a la psiquiatría sino proponer por que la Antipsiquiatria es viable como tratamiento a los enfermos mentales, traeré a colación a este ilustre Filósofo David Cooper en donde en su obra **Psiquiatría y antipsiquiatría**, Cooper analiza su experiencia al frente de "Villa 21", un pabellón para jóvenes esquizofrénicos que creó en un gran hospital del noroeste de Londres, en donde posteriormente se explicará dicho método que sin violentar los derechos individuales se puede hacer un tratamiento clínico controlado.

Además la falta de políticas y leyes en nuestro país para el control y manejo de los enfermos mentales, me motiva para llevar esta investigación. Por estas razones considero que es totalmente adecuado realizar una investigación en una clínica psiquiátrica local en donde se pueda tomar conclusiones sobre la violación de Derechos Fundamentales hacia los pacientes que reciben dicho tratamiento.

Con nuestro proyecto de grado buscamos resolver el interrogante, si con la practica de la psiquiatría mediante tratamientos legalmente permitidos se están vulnerando los derechos humanos de los pacientes que estén siendo tratados, a

fin de que se lograra demostrar que hay violación de derechos esto aportaría al conocimiento jurídico la posibilidad de incentivar a otras personas a ondear mas en este tema que no ha sido abordado hasta el momento y así mediante el uso del aparato de justicia poder evitar que se sigan vulnerando dichos derechos y lograr restablecer el daño causado. En caso de no evidenciar violación de derechos estaríamos dando un aporte al ratificar la eficacia u eficiencia de la práctica de la psiquiatría.

Nosotros enfocaremos nuestro proyecto de grado en trabajo de campo por ende el soporte con el que contaremos será el instituto psiquiátrico San Camilo donde buscaremos primero poder tener acceso al el y posteriormente llegar a indagar más a fondo cual es el trato y manejo que están aplicando a los pacientes inimputables, buscaremos espacios permitidos para poder tener cercanía a los pacientes y así sacar conclusiones al respecto.

Este tema nos llamó la atención por ser tan poco explorado lo que nos permite hacer un aporte al conocimiento tanto de nosotros como de otras personas mediante nuestra investigación, la siquiatria es una ciencia que en los últimos tiempos ha tenido gran auge lo que nos incentivó a cuestionarnos si realmente dicha práctica es una alternativa de solución o violación de derechos fundamentales⁵.

⁵ COOPER,D.(1967). *PSIQUIATRIA Y ANTISIQUIATRIA* pág. 26.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si las condiciones materiales en el manejo de los pacientes de la clínica Psiquiátrica San Camilo son violatorias o no de derechos fundamentales.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el trato o manejo de los pacientes en la clínica psiquiátrica San Camilo.
- Identificar si se presentan las condiciones materiales necesarias para el manejo de pacientes en esta clínica.
- Comparar el tratamiento recibido en la Clínica psiquiátrica San Camilo con la propuesta de Antipsiquiatría.

3. PSIQUIATRÍA

3.1 SALUD MENTAL

Las definiciones de salud mental o de psiquiatría dependen del lugar, el entorno social y la cultura de la sociedad, porque es difícil juzgar cual es el comportamiento normal y cuál es el anormal que genera que las personas estén mentalmente sanas, Si son como la mayoría de la población, probablemente tendrán una noción de lo que es normal y anormal y en qué circunstancias alguien encaja en una u otra categoría⁶. De esta forma se habrán socializado bajo la influencia de la familia y la comunidad, sin embargo formular un concepto de salud mental o de normalidad no es nada fácil, y tanto los profesionales como los profesores tienen problemas para conceptuar y explicar que es la salud mental.

La normalidad se puede considerar desde cuatro puntos de vista así:

- a. La normalidad como salud es la ausencia de sintomatología clínica, es la ausencia de enfermedad.
- b. enfermedad mental como utopía, no sugiere modelos sanitarios concretos para poblaciones o para pacientes individuales, por definición una utopía es un lugar, estado o experiencia idealizada, imposible en la vida humana.
- c. Normalidad como promedio; una norma o estándar que la mayoría acepta, es decir la conducta media de una familia o comunidad, las personas que se apartan de estos estándares son desviaciones en el sistema.

⁶ Haber J, (1983). Psiquiatría. Editorial Salvat editores, Barcelona España. pág. 9

d. Normalidad como proceso, las situaciones con potencial de cambio y crecimiento a lo largo de la vida son examinados en detalle. La persona esta siempre en desarrollo y su mayor interés reside en la salud⁷.

El trastorno mental se refiere en todo caso a una alteración psíquica cualquiera que sea su causa y sin importar tampoco su magnitud, sin que indique una específica forma de enfermedad mental, de hecho un trastorno mental puede no significar una patología psiquiátrica.

Se trata de un concepto amplio que el legislador quiso utilizar para no atar el estudio específico de las hipótesis de inimputabilidad, a particulares tipologías médicas, dependientes de las cambiantes clasificaciones científicas, supeditadas a las escuelas o tendencias dominantes, que suelen formarse, como es natural dentro de la ciencia médica.

El trastorno mental es entonces una anormalidad psíquica que presenta el ser humano que lo padece y que se traduce, en un disturbio que afecta parcial o totalmente, de manera transitoria o permanente sus funciones intelectuales, volitivas y afectivas.

Puede tener base biológica o psicológica y a su vez, puede significar la perturbación de la conciencia, un trastorno patológico de la actividad mental o una debilidad mental.

El trastorno mental como causa de inimputabilidad:

En el campo jurídico penal, una vez establecido el concepto general de trastorno mental, es necesario adecuarlo a los requerimientos de la normatividad penal vigente con el fin de precisarlo en sus verdaderos límites y alcances⁸.

⁷ Haber J, (1983). Psiquiatría. Editorial Salvat editores. Barcelona España. pág. (9)

3.2 CLASIFICACION DEL TRASTORNO MENTAL:

Permanente:

Cuando el sujeto inimputable padece un disturbio mental de origen patológico de duración indefinida y que ha tenido la capacidad de afectar sus funciones mentales de tal forma que al momento de actuar no pudo comprender la ilicitud de su conducta o determinarse de acuerdo con esa comprensión.

Lo patológico indica la presencia permanente de una enfermedad de origen biológico o mental.

Transitorio:

Por el contrario el trastorno mental transitorio se refiere a aquellas situaciones en las que el sujeto inimputable presento en el momento de actuar típica y antijurídicamente una alteración de las funciones psíquicas, de carácter episódico, esto es situacional y por lo tanto deja de manifestarse, razón por la cual el legislador penal establece un tratamiento distinto al previsto para el trastorno mental permanente.

Además se pueden distinguir entre los que tienen base patológico y los que no la tienen, en los primeros se justifica un tratamiento y un control, mientras que en los segundos no es necesario ya que ese trastorno o episodio ha adquirido su normalidad y no necesita ninguna medida de seguridad, sin que requiera tratamiento alguno⁹.

⁸⁸ Mantilla Jacome Rodolfo, La Imputabilidad penal. Pago 46

⁹ Mantilla Jacome Rodolfo, La Imputabilidad penal. Pago 48

3.3 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA

Hay que tener muy presente los antecedentes históricos de la psiquiatría para poder dar un concepto preciso de ciencia llamada psiquiatría la cual ha sido una de las últimas especialidades médicas en ser aceptada como tal.

Evolución histórica de la psiquiatría¹⁰

Prehistoria

El hombre del neolítico realizaba trepanaciones craneales, incluso en sujetos vivos que sobrevivieron a la intervención. La finalidad con que se practicaban es objeto de debate ¿extraer un demonio, tratamiento de fracturas o de huesos astillados?, pero no hay duda de que los primeros humanos consideraban el cráneo como una parte privilegiada del organismo.

Observando las actuales culturas primitivas se denota el uso de sustancias alucinógenas con finalidades mágicas o rituales. En México antiguo se consumía el peyote; eran asimismo ampliamente utilizadas la amanita y la belladona.

Mesopotamia

La enfermedad se consideraba un castigo divino, y la práctica médica estaba en manos de sacerdotes. Para conseguir la curación se debía descubrir cuál era el pecado que se había cometido. Se realizaba entonces un interrogatorio exhaustivo explorando aspectos psíquicos tales como si se ha robado, cometido adulterio, etc. En el tratamiento se utilizan sacrificios, oraciones, salmodias, ceremonias, fórmulas mágicas

¹⁰[http:// www.Psiquiatría.com](http://www.Psiquiatría.com). (consultada el 20/10/2011)

Antiguo Egipto

En el Papiro de Ebers (XVI aC) se comentan varios trastornos mentales y se hace referencia a la epilepsia.

El papiro egipcio de Edward Smith (1550 a.c.) reconoce por primera vez en la historia, al cerebro como "localización de las funciones mentales". Asimismo atribuye al cerebro funciones motoras.

En el templo de Imhotep (Menfis) se utilizaban los sueños con fines terapéuticos, precedente claro de la práctica que se desarrollaría siglos más tarde en los templos griegos.

Los egipcios descubrieron el trastorno emocional que los griegos llamarían "histeria". Lo atribuían a una mal posición del útero, por lo que fumigaban la vagina con la intención de devolverlo a su posición.

Influencia India

La influencia india sobre la psiquiatría reside en el budismo. De hecho, se ha recurrido a la meditación budista como forma de psicoterapia para trastornos mentales.

Israel

Analizando los textos del Antiguo Testamento constatamos que se interpreta la locura como un castigo de Dios.

La epilepsia se describe en el Antiguo y el Nuevo Testamento.

Influencia griega

Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. Los

filósofos (los máximos exponentes son Sócrates, Platón y Aristóteles) desarrollan varias teorías sobre el alma y sobre la doctrina del conocimiento.

Platón (427-347 a.c) Planteó como método curativo la dialéctica verbal entre médico y paciente, un diálogo destinado a curar mediante el conocimiento filosófico.

Los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción al sueño, la interpretación de los sueños y el diálogo con el paciente.

Templos de la salud de Asclepio: aparecieron el s VI a.C. en Tesalia. Tras una ceremonia el paciente dormía hasta que el dios le visitaba en sueños. Se trata de un uso terapéutico de los fenómenos oníricos.

Hipócrates (460-370 a.C.) fue denominado el padre de la medicina. Ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. De la misma manera, fue el primero en describir y clasificar enfermedades como la epilepsia, la manía, paranoia, delirio tóxico, fobias e histeria. Postuló la doctrina de los temperamentos, que ha influido notablemente en las teorías que describen la conducta. Existen en el cuerpo 4 humores que se corresponden con 4 temperamentos: sangre --> sanguíneo, flema (linfa) --> flemático, bilis (amarilla) --> bilioso y atrabilis (bilis negra) --> atrabiliario. Estas denominaciones del temperamento perduran hoy en día, incluso en el lenguaje popular.

Herófilo (325 a.C.), el más notable exponente de la Escuela de Alejandría, describió, entre otras, la estructura encefálica que lleva su nombre (la prensa de Herófilo). Estudió los órganos de los sentidos y señaló que la acción pensante se asienta en el cerebro.

Roma

Celso (s. I d.C.) ofrece musicoterapia como tratamiento de la locura. Utiliza el término insania para describir las enfermedades mentales.

Los más prestigiosos médicos de la Roma clásica eran de origen griego:

Dioscórides (s. I d.C.) comenta numerosas propiedades terapéuticas de las plantas. Para la epilepsia, por ejemplo, ofrece 45 remedios distintos.

Galeno (s. II d.C.) fue el más famoso médico de la antigüedad después de Hipócrates. Localizó el alma racional en el cerebro. Sus estudios de las lesiones cerebrales le llevaron a postular que las lesiones encefálicas de un lado se corresponden con alteraciones en las extremidades del lado opuesto.

Edad Media

En este periodo, la psiquiatría apareció con el nombre de demonología, ya que la Iglesia excluyó a la psiquiatría de la medicina. De esta manera, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoniacas.

Arnau de Vilanova (c.1.238 - 1.311) fue uno de los más prestigiosos médicos de su tiempo. Su controvertida personalidad y su extensa obra, en parte apócrifa, hacen de él un personaje curioso. Sus teorías aparecen a veces influidas por la astrología y por la magia.

La medicina árabe floreció en la Edad Media; los árabes consiguieron rescatar algunos textos de los sabios de la Grecia clásica. Las principales figuras de la medicina árabe medieval fueron:

Avicena (=Ibn Sina, 980 - 1.037) médico persa, el máximo exponente de la medicina árabe. Su texto médico, conocido como "Canon", ha sido quizás el más

influyente a lo largo de la historia de la medicina. En el Canon se ocupa de la locura, entre otras enfermedades psiquiátricas

Razés (=Al Razi, 865 - 925) médico persa anterior a Avicena, describió ampliamente varias enfermedades mentales y alguna curación usando métodos psicoterapéuticos

Maimonides (=Moshe ben Maimon, 1.135 - 1.204) médico y filósofo de religión judía del califato de Córdoba que sufrió el exilio a Egipto. Trata en su obra de aspectos de higiene mental.

Los Hospitales para enfermos mentales: la creación de establecimientos especialmente destinados a la acogida de los enfermos mentales tiene su auge en la Edad Media. Los precedentes los encontramos en Jerusalén (s. V d.C.), Fez y Bagdad (s. VIII, Dayr Hizquil = Casa para enfermos mentales), El Cairo (año 800) y en Siria, Damasco y Alepo (s. XIII).

En Europa Occidental aparecen los sanatorios de Metz (año 1.100), Braunschweig (1.224), Bedlam (1.377) y Valencia (1.409). En la creación del Hospital de la Santa Creu de Barcelona (1.401) se estableció un departamento específico para enfermos mentales.

La brujería constituye un fenómeno típico de la Edad Media. La Inquisición persiguió cruelmente a las brujas, muchas de las cuales eran personas con trastornos mentales. Algunos fenómenos de psicopatología colectiva se produjeron en la misma época, por ejemplo la "locura de los danzantes".

En el Decamerón (1.349 - 51), Boccaccio describe las variopintas reacciones psicológicas del pueblo frente a la temida epidemia de peste que azotó Europa.

Renacimiento

En la época del Renacimiento se destruyó toda la herencia científica de la época clásica. La brujería y la posesión del demonio fueron explicaciones comunes para las enfermedades mentales. El tratamiento prescrito era la tortura y la cremación para liberar el alma del desdichado.

Vesalio (1.514 - 1.564) es el autor del célebre texto anatómico "De humani corporis fabrica", magníficamente ilustrado, dividido en siete libros, obra cumbre de la anatomía que destierra definitivamente las ideas erróneas de Galeno. En ella se describe la estructura del cerebro.

Leonardo da Vinci seccionó el cerebro y estudió la estructura de los nervios craneales. Sus dibujos anatómicos no tuvieron difusión y por lo tanto su influencia fue casi nula.

Falopio (1.523 - 1.562) estudió los nervios craneales y los músculos motores del ojo.

Varolio (1.543 - 1.575) autor de una extensa obra sobre la anatomía del cerebro, describió la protuberancia del tronco encefálico, conocida todavía hoy como "puente de Varolio".

Paracelso (Teofrast Bombast Von Hohenheim, 1.493 -1.541) personaje innovador y controvertido, escribió un pequeño libro titulado "Sobre las enfermedades que privan de la razón". En él expone que las enfermedades mentales no son de origen divino, sino por causas naturales. Ofrece una nueva clasificación de éstas en cinco grupos: epilepsia, manía, locura verdadera, baile de San Vito y "suffocatio intellectus". La locura verdadera la subdivide a su vez en cinco tipos: lunáticos, insanos, vesánicos, melancólicos y obsesos.

El siglo XVII

René Descartes (1.596 - 1.650) en su obra "Traité des passions de l'âme" (1.649) localiza el alma en la glándula pineal, ligando de esta forma un concepto inmaterial con una estructura anatómica material. Pero lo fundamental de Descartes es que su obra filosófica supuso un punto de inflexión en la historia del pensamiento.

Thomas Willis (1.621 - 1.675) profesor en Oxford, fijó el conocimiento de las estructuras encefálicas en su obra "Cerebri anatome" (1.664) y describió el polígono arterial de la base del cerebro que lleva su nombre.

Thomas Sydenham (1.624 - 1.689) además de analizar un tipo de corea, realizó varias descripciones de la histeria.

La Ilustración (siglo XVIII)

George Ernst Stahl (1.659 - 1.734) dividió las enfermedades psiquiátricas en dos grandes grupos: simpáticas (en las que se encontraba afectación de algún órgano) y patéticas (en las que no se hallaba patología orgánica). Esta clasificación influyó en algunas escuelas posteriores.

William Cullen (1.710 - 1.790) elaboró una clasificación de la enfermedad mental y fue el primero en utilizar el término "neurosis".

Philippe Pinel (1745-1826) Este médico francés cambió la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales. Pinel fue nombrado en 1795 director de La Salpêtrière, en París. Liberó a los enfermos mentales de sus cadenas. En su tratado de la insania clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocía y demencia, y explicó su origen por la herencia y las influencias ambientales.

Johann Reil (1759-1813) Creador de la psicoterapia racional y fundador de la primera revista de psiquiatría.

El siglo XIX

Existen tres tendencias decimonónicas nacidas con pretensiones científicas que no han prosperado: el mesmerismo, la fisiognomía y la frenología.

Franz Anton Mesmer (1.734 - 1.815) postuló la doctrina del magnetismo animal, según la cual existe un fluido universal que facilita las influencias entre los seres vivos y los cuerpos inanimados y celestes. Este fluido sería transmisible mediante los pases magnéticos. Las sesiones de Mesmer se hicieron famosas, y constituyen un ejemplo del uso de la sugestión.

Johann Caspard Lavater (1.714 - 1.801) destacó en el campo de la fisiognomía: pretendía mediante el estudio de los rasgos faciales conocer el carácter de cada persona. Su texto básico se publicó en 1.772.

Franz Joseph Gall (1.758 - 1.828) fue el iniciador de la frenología. Esta doctrina pretendía conocer el estado de ciertas funciones cerebrales mediante la palpación del cráneo. El difusor de la frenología en España fue Mariano Cubí, quien la introdujo en Barcelona en 1.842.

En el campo científico, es de destacar la obra de los fisiólogos y anatomistas que permitió profundizar el conocimiento del sistema nervioso.

François Magendie (1.783 - 1.855) demostró en 1.822 la diferencia entre fibras nerviosas sensitivas y motoras, en 1.823 la rigidez que aparece en los animales descerebrados y en 1.825 los efectos de las lesiones del cerebelo.

Claude Bernard (1.813 - 1.878) abordó todos los campos de la fisiología. En el aspecto concerniente a la psiquiatría es interesante su obra "Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux", publicada en dos tomos en 1.858

Camilo Golgi ideó técnicas de tinción del sistema nervioso.

En cuanto a la clínica psiquiátrica, las figuras más relevantes son:

Santiago Ramón y Cajal premio Nobel de medicina, realizó estudios fundamentales para el conocimiento del sistema nervioso a través del estudio de la neurona.

Jean Martin Charcot (1.825 - 1.893) estudió los fenómenos de la hipnosis y la histeria.

Johann Christian Reil (1.759 - 1.813) describió el área cerebral que lleva su nombre (1.809) y en las Rapsodieen (1.803) propone el tratamiento humano de los enfermos mentales.

Wilhelm Wundt (1.832 - 1.920) fisiólogo y filósofo, creador en 1.879 en Leipzig del primer laboratorio de psicología experimental.

El siglo XX

Marcado por la aparición de las psicoterapias, las clasificaciones internacionales y la psicofarmacología.

Ivan Petrovich Pavlov (1.849 - 1.936) realizó famosos experimentos en perros para explicar los reflejos condicionados. Sus estudios le valieron la concesión del premio Nobel.

Emil Kraepelin (1.856 - 1.926) elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva que todavía se emplea para clasificar a los pacientes de acuerdo con la conducta que manifiestan. Describió por primera vez la demencia precoz y la psicosis maníaco-depresiva. En 1.883 publicó la primera edición de su Lehrbuch der Psychiatrie, que tendría enorme difusión, alcanzando la novena edición en 1.927.

Eugen Bleuler (1.857 - 1.939) estudioso de las psicosis. Sustituyó con éxito el concepto de demencia praecox por el de esquizofrenia en su famosa obra de 1.911 "Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias".

Sigmund Freud (1856-1939) Médico neurólogo creador del psicoanálisis. Empleó la hipnosis para el tratamiento de la histeria, enfermedad que relacionó con problemas sexuales.

Karl Gustav Jung (1.875 - 1.961) discípulo de Freud, introductor del concepto de "inconsciente colectivo".

Karl Jaspers (1.883 - 1.969) elaboró una metodología sistemática. Su libro de Psicopatología General de 1.912 tuvo una gran influencia en el pensamiento psiquiátrico posterior. Jaspers pasó de la psiquiatría a la filosofía, convirtiéndose en un exponente del existencialismo alemán.

Ernst Kretschmer (1.888 - 1.964) fue uno de los pioneros en señalar científicamente la relación entre el tipo corporal, el temperamento de las personas y algunas características de sus enfermedades psíquicas. Realizó una conocida clasificación biotipológica en leptosomáticos, pícnicos y atléticos.

Henry Ey (1.900 - 1.977) psiquiatra rosellonés autor de una vasta obra docente y asistencial, sobre todo de un tratado sobre las alucinaciones. Su obra ha constituido el texto básico de toda una generación de psiquiatras. Fundó en 1.950 los congresos mundiales de psiquiatría.

Sergei Korsakov (1.854 - 1.900) estudió el deterioro mental de los alcohólicos, describiendo el tipo de demencia que lleva su nombre.

Alois Alzheimer (1.864 - 1.917) describió la demencia presenil, hoy tan conocida.

Egas Moniz (1.874 - 1.955) fue el introductor de la lobotomía, técnica que consiste en seccionar el lóbulo frontal del cerebro para conseguir calmar la excitación de los enfermos psicóticos de larga evolución. Le fue concedido el premio Nobel de Medicina en 1.949.

Adolf Hitler (1939) ordenó a los médicos acabar con los enfermos mentales para preservar la "pureza racial". 270.000 enfermos mentales fueron asesinados.

1949 El psiquiatra australiano John Cade (1912-1980) describió los efectos del litio para el tratamiento de enfermos maníacos.

1952 El primer antipsicótico convencional: la clorpromazina, se convirtió en el primer tratamiento realmente efectivo contra la esquizofrenia.

1960 Se sintetizó la clozapina, que se convirtió en el primer antipsicótico atípico. Antipsicóticos convencionales como el haloperidol fueron utilizados por primera vez para controlar los síntomas positivos de la psicosis con excelentes resultados.

1987 Se introdujo la fluoxetina, primer inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina.

1994 Se comercializa por primera vez la risperidona (antipsicótico atípico), consiguiendo en años posteriores nuevas indicaciones en demencia y trastorno bipolar, además de esquizofrenia.

1997 Las investigaciones ponen de manifiesto que existen implicaciones genéticas en el trastorno bipolar. Incluso se ha sugerido que la enfermedad es heredada

La psiquiatría es la ciencia que se dedica al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Su objetivo es prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar los trastornos de la mente.

Recién en el siglo XIX los trastornos mentales comenzaron a ser tratados científicamente como enfermedades. Hasta entonces, las personas que sufrían enfermedades mentales eran encerradas en asilos y recibían distintos tratamientos con la intención de restituirles la razón.

El alemán Emil Kraepelin (1856-1926) suele ser mencionado como el padre de la psiquiatría y el responsable de incluir a esta ciencia dentro del ámbito de la medicina. A partir de sus aportes, la psiquiatría comenzó a considerar tanto los factores psicológicos y sociales como las cuestiones biológicas en el tratamiento de los pacientes.

Los tratamientos psiquiátricos, por lo tanto, pueden dividirse en dos grandes tipos: los biológicos, que pueden incluir el suministro de medicinas y la aplicación de electroshock para actuar en la bioquímica del cerebro, y los psicoterapéuticos, que apelan a las técnicas de la psicología. La psiquiatría cuenta con varias subespecialidades, como la psicopatología (que estudia los procesos que pueden llevar a la insania mental), la psicofarmacología (dedicada al análisis de los efectos de los fármacos en los tratamientos conductuales, emocionales o cognitivos) y la sexología (el estudio esquemático de la sexualidad humana).

3.4 “ESCUELA POSITIVISTA ITALIANA”: “LOMBROSO Y GARÓFALO”.

A partir del método experimental inductivo que empleaba en hospitales, Lombroso establece que Los delincuentes con delitos graves en común tienen taras genéticas¹¹.

En *El Hombre Delincuente*, Lombroso establece una tipología:

DELINCUENTE EPILÉPTICO

Individuo que sufre de epilepsia y comete a causa de esta enfermedad un delito. Generalmente cometen delitos violentos. Una característica de estos delincuentes es que siempre utilizan armas blancas para cometer delitos violentos. Por ejemplo para diferenciarlos de un impostor que quiere escudarse en su epilepsia en un delito violento, se debe ver si el cuchillo ingresó varias veces y en un mismo ángulo. Ya que es la característica de estos delincuentes si acuchillan lo hacen en el mismo lugar y en el mismo ángulo. Desde el punto de vista clínico y los fenómenos electroencefalográficos, se reconoce cuatro subdivisiones, la que afecta a estos delincuentes es la epilepsia mayor o Gran Mal. Es inimputable.

EL DELINCUENTE HABITUAL

Es la persona que observa un género de vida delictiva al extremo de llegar a constituir un tipo permanente de personalidad criminal. Puede ser delincuente profesional, pero por lo menos una parte considerable de su actividad es de carácter criminoso. Es imputable.

DELINCUENTE LOCO

Es aquel en que el delito es la manifestación o revelación de una anomalía mental, de su individualidad psíquica anormal. El delito en éstos no es más que un

¹¹ [http://www. http://aquileana.wordpress.com](http://www.http://aquileana.wordpress.com) (consultado el 15/02/2012)

episodio en su anomalía mental, es considerado criminalmente inimputable. En esta clase de delincuentes se considera al alienado, al alcohólico, al histérico (ataca más a mujeres).

DELINCUENTE LOCO-MORAL

Estado psicopatológico que impide o perturba la normal valoración de la conducta desde el punto de vista moral, pero dejando subsistente la capacidad cognoscitiva y volitiva. Es imputable.

DELINCUENTE NATO O ATÁVICO

Persona que está determinada a cometer delitos por causas hereditarias. Se basa en que la constitución biológica de ciertas personas les lleva inexorablemente a la delincuencia. Presenta rasgos como ser: protuberancia en la frente, pómulos y mentón salientes, labios partidos y algunas veces microcefalia. Es imputable.

DELINCUENTE OCASIONAL

Se trata de un delincuente primario, poco o nada peligroso, generalmente exento de defectos psicológicos, pero susceptible de convertirse en habituales. No tiene frenos inhibitorios. Esta clase de delincuentes no puede refrenar sus impulsos, ante la ocasión reacciona por impulso. Es imputable. El delincuente ocasional se puede -a su vez- clasificar en:

PSEUDOCRMINAL.

Es ocasional, no es un criminal, las circunstancias hacen que cometa el delito.

CRIMINALOIDE.

Persona que está empezando a delinquir por sugestión del ambiente

DELINCUENTE PASIONAL

Aquel en que el delito prorrumpe tempestuosamente, como un huracán psíquico, anulando la voluntad e impidiendo la sana y normal recepción de los acontecimientos. Para determinar su imputabilidad o inimputabilidad se *requiere en todo caso* un atento análisis psicológico.

DELINCUENTE PROFESIONAL

Es el que participa regularmente y como medio normal de vida, en una cultura criminal perfeccionada y dotada de un cuerpo de aptitudes y conocimientos especializados. Es imputable.

4. INIMPUTABILIDAD.

4.1 CONCEPTO.

Al hablar de la inimputabilidad en términos generales hay que dejar claro que en Colombia según el código penal establece en su artículo 31 que se considera inimputable quien al momento de cometer el hecho legalmente descrito no tuviera la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental.

Por tanto del artículo anteriormente citado, se puede inferir que el código es enfático en que para que una persona sea considerada como inimputable debe haber una incomprensión del hecho que está cometiendo, ya sea por inmadurez psicológica, como en el caso de los indígenas o menores de edad, o por psicopatología, es decir aquellas personas que al momento de cometer el ilícito padecían de un trastorno mental que les impedía tener discernimiento de la acción antijurídica que estaban realizando.

Pero hay que estipular ¿que se entiende por inmadurez psicológica? definida por la ciencias de la psiquiatría como “una falta de maduración global, severa y perfectamente instaurada, que cubre varias de las áreas de la personalidad del individuo y que explícitamente impidió, en el momento de cometer su acción, obrar con pleno conocimiento de causa y, o con libre capacidad de volición”¹²

Teniendo esto claro este concepto se puede afirmar que la calidad de inimputable se deriva del hecho de que el sujeto no puede comprender la ilicitud de su actuar, o de que pudiendo comprenderla no es capaz de comportarse diversamente. El

¹² MORA IZQUIERDO, R. HOSPITALIZACION EN PSIQUIATRIA, p. 11.

termino de trastorno mental y su nexo con la inimputabilidad, será analizado más adelante, por el momento es importante resaltar que existen unos criterios para identificar las causas que llevan a inimputabilidad, estos criterios son: el sociológico, el biológico y el psiquiátrico, para interés del presente trabajo se explicara el psiquiátrico, el cual se considera aquel que basa la inimputabilidad en supuestos de anormalidad biosíquica identificados clínicamente.

4.2 INIMPUTABILIDAD COMO CAUSA DEL TRASTORNO MENTAL.

Como ya se ha establecido anteriormente, la imputabilidad se deriva de una falta de comprensión a causa del criterio psiquiátrico, entendido como trastorno mental, para poder entrar a bordar este tema es necesario tener claro que se entiende por trastorno mental desde el punto medico psiquiátrico: Se entiende por trastorno mental cualquier perturbación o disturbio del funcionamiento psíquico que altera en forma grave, ya sea permanente o transitoria, el área intelecto-cognoscitiva, afectivo emocional y, volitivo-conativa de la personalidad de un individuo, al punto de impedirle, en el momento de su acto delictivo, tener pleno conocimiento de causa, medido como la capacidad para distinguir lo lícito y lo ilícito y darse cuenta de las consecuencias de sus actos, y libre capacidad de volición, entendida como la facultad de determinar sus acciones de acuerdo al conocimiento previo que tenga de las mismas¹³.

Para una mayor claridad acerca del trastorno mental es importante tener en cuenta a Solórzano Niño, que lo define como: “La permanente o transitoria perturbación de las funciones psíquicas (intelectiva, volitiva, afectiva) que altera la conducta del individuo, impidiéndole hacer uso de sus facultades mentales para

¹³ SOLÓRZANO NIÑO, R. Psiquiatría Clínica y forense. Bogotá: Temis, 1990. p. 329.

comprender la ilicitud de sus actos y de tener la capacidad de dirigir libremente sus actuaciones de acuerdo con dicha comprensión”¹⁴.

Esta definición hecha por Solórzano es muy importante ya que él hace énfasis en que el individuo debido a la perturbación que tiene de sus funciones psíquicas no puede comprender la ilicitud por tanto se considera a la luz del derecho que esta persona no tuvo conciencia del delito que estaba cometiendo por tanto se considera como un inimputable.

Respecto al tema de trastorno mental, existen muchas definiciones, pero en todas existe un nexo y consiste en el impedimento de adaptación o desenvolvimiento normal en la sociedad, es decir el enfermo mental es estigmatizado como diferente o inadaptado ante la sociedad aun antes de cometer un delito posterior a ello adquiere doble estigmatización la de enfermo mental y la de inimputable.

También es importante hacer énfasis en que existe un trastorno mental permanente, pero también uno transitorio entendido como aquel que no deja perturbaciones en el sujeto, no es más que el trastorno mental sin secuelas o sin base patológica. Así una persona con trastorno mental transitorio puede padecer un Episodio Esquizofrénico, o una Reacción Psicótica, o un Trastorno Bipolar, como la enfermedad maniaco-depresiva, u otras formas de patología, dados por los diagnósticos psiquiátricos.¹⁵

Respecto al trastorno mental que padecen los que son considerados inimputables se hace una distinción entre enfermo mental permanente y transitorio, entendido como: La enajenación mental o enfermo mental permanente se basa en un fundamento de tipo general en donde se abarcan todas las anomalías psíquicas

¹⁴ MORA IZQUIERDO, Ricardo. Psiquiatría forense y nuevo Código Penal colombiano. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. XI, Bogotá (Marzo de 1982., p. 15).

¹⁵ BUITRAGO CUELLAR, J. Diagnóstico Forense sobre inimputabilidad y tipos de psicopatología. Medellín: Universidad Autónoma de Colombia, 1993. p. 7.

sin especificarlas. Se entiende por enajenación aquella condición en que se encuentra una persona que sufre una enfermedad mental grave, con perturbaciones de conciencia, inteligencia y voluntad. Son todas aquellas psicosis (paranoia, esquizofrenia, histeria por ejemplo) de las cuales también pueden presentarse episodios transitorios que desaparecen sin dejar rastro alguno.

En nuestra legislación el código penal establece en su artículo 75 que las personas que padecen un trastorno mental transitorio sin base patológica, no se le aplicara medidas de seguridad, pero hace la salvedad que siempre y cuando el agente no quede con perturbaciones mentales que según Solórzano, será lo que el describe como trastorno mental transitorio con persistencia de alteraciones por tanto ahí si habría lugar al internamiento y por tanto a un tratamiento en un centro psiquiátrico adecuado al igual que el trastorno mental permanente.

Es importante tener en cuenta la clasificación de las diferentes enfermedades mentales según la Asociación americana de Siquiatría

4.3 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Las enfermedades mentales se dividen en tres grupos¹⁶:

- Grupo de enfermedades mentales con causa orgánica.
 - a. Demencias seniles y preseniles
 - b. Lesiones cerebrales que producen retardo mental
 - c. Trastornos mentales orgánicos sicóticos, se asocian a enfermedades que afectan el cerebro y producen insuficiencia aguda cerebral.
- Grupo psicosis en que no se han hallado lesiones en el cerebro.
 - a. Trastornos afectivos mayores o psicosis maniaco-depresiva o ciclotimias

¹⁶ Villa machado, J. (2006). .Las víctimas y sus silencios .II Congreso de Psicología Jurídica y Forense del Caribe .IV Congreso Nacional Encuentro de Estudiantes Universitarios del Caribe. Barranquilla, Colombia.

- b. Esquizofrenias
- c. Delirios crónicos, parafrenias, paranoia
- Grupos de otras enfermedades
 - a. Neurosis
- Ansiedad
- Fobias
- Obsesiones
- Compulsiones
- Síntomas histérico

4.4 CONDICIONES PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA INIMPUTABILIDAD

Para que se pueda definir la inimputabilidad del sujeto se deben llenar algunas condiciones:

1- Que la conducta realizada por el sujeto sea ilícita, ósea que tenga plena adecuación típica y surja antijurídica en cuanto no este amparada por una causal de justificación.¹⁷

2- la existencia de un disturbio mental o circunstancia predicable del sujeto, ubicable en las amplias categorías de la inmadurez psicológica o desajuste sociocultural o estado similar.

3- No basta con que sea cualquier trastorno mental, fenómeno que implique inmadurez psicológica o desajuste sociocultural o estado similar, sino que se requiere que sea un fenómeno de tal entidad, que implique como afección del sujeto, grado tal de compromiso de su personalidad que permitan afirmar

¹⁷ Mantilla Jácome, R. La Imputabilidad penal. P.56

incapacidad para comprender al ilicitud de su conducta o para determinarse de acuerdo con esa comprensión.

4- la necesaria relación de causalidad entre la inmadurez, el trastorno o desajuste padecido y la conducta realizada, esto es la afirmación indubitable de que el sujeto actuó así, en razón y por motivos del trastorno.

4.5 DIVERSIDAD SOCIOCULTURAL O ESTADOS SIMILARES COMO CAUSAL DE INMPUTABILIDAD.

El código penal vigente introduce como causal de inimputabilidad la diversidad sociocultural y los estados similares, siguiendo con las orientaciones jurisprudenciales y la doctrina, que vienen indicando la necesidad de reconocer este importante factor como causal de inimputabilidad penal.

La diversidad sociocultural a la que hace referencia el código penal como causal de inimputabilidad, esta es necesariamente integrada por el conjunto de personas en comunidad de prácticas, costumbres, creencias y valores propios y diferentes a otros, sin importar que estén socialmente organizados, caben en ellas las comunidades indígenas, y grupos como gitanos, algunas comunidades negras, campesinos, desplazados, marginados y extranjeros¹⁸.

Nuestra legislación contempla el tema de inimputabilidad el código penal lo define así: El artículo 33 de código penal colombiano dispone: es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviera la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural, o estados similares.

¹⁸ Mantilla Jacome Rodolfo, La Imputabilidad penal. Pago 58

Para nuestro trabajo de investigación hacemos énfasis en la parte del artículo que se refiere a la capacidad de comprender la ilicitud o de determinarse de acuerdo es esta comprensión, específicamente debido a un trastorno mental, es decir a diferencia de una persona que esta en todas sus facultades mentales y es consiente que esta cometiendo un acto ilícito, la persona con trastorno no comprende que el acto que realizo es un delito, por tanto el estado debe darle un trato especial, el cual es mencionado en el artículo 334 del código de procedimiento penal, que dispone que, adquirida la calidad de sujeto procesal y verificando que se trata de un inimputable y demostrada la existencia de una conducta típica y antijurídica, en el mismo grado probatorio exigido para el caso de inimputables, el funcionario judicial podrá disponer a favor del sindicado medida de seguridad, que consistirá en internación o libertad vigilada de acuerdo a lo aconsejado por un perito.

Esta internación a la que hace referencia el artículo debe ser en pro de que el sujeto tenga acceso a un tratamiento psiquiátrico debido, a fin de prevenir que el vuelva acometer otro delito. A qui es donde entra en juego la peligrosidad, ya que el estado considera que es imperioso mantener al sujeto asilado de la sociedad porque implica un peligro para ella.

4.6 DIFERENCIA ENTRE IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD

Es importante tener clara la diferencia que existe entre estos dos conceptos los cuales son abordados en el texto trastorno mental transitorio como causal de inimputabilidad penal autora maría margarita tirado Álvarez definiendo la imputabilidad como *la "calidad personal o estado en que el sujeto activo de una conducta punible que actúa con conciencia y voluntad siendo capaz de*

comprender la ilicitud de su obrar y actúa conforme a ese conocimiento y que por ende, debe ser sancionado con una pena establecida en la legislación penal.”¹⁹

A lo que la autora, quiere hacer referencia, es que en la imputabilidad la persona tiene la capacidad o facultad de cometer un delito, ya que tiene plena conciencia de acto delictivo que esta cometiendo al igual que las consecuencias o sanciones que conllevan realizar la conducta atípica. El imputado puede valorar su comportamiento, el sujeto debe entender que su conducta no esta legalmente permitida y que va en contra de la ley, y es antijurídica.

Por otro lado se entiende la inimputabilidad, como la dificultad psíquica que tiene un individuo como consecuencia de una enfermedad mental por tanto no tiene pleno conocimiento del hecho que esta cometiendo.

Una vez mencionada estas dos definiciones, se puede afirmar que hay una clara diferencia entre los conceptos de imputabilidad e inimputabilidad y esta es la capacidad de comprender la ilicitud del acto que cometen, igualmente la diferencia esta en el alcance de la sanción a imponer, llámese pena o medida de seguridad, la similitud que se puede concluir es que en ambos casos según el delito hay una privación de la libertad y tanto los imputables como inimputables que son reclusos en cárceles u hospitales psiquiátricos son considerados un peligro para la comunidad.

Frente al tema de peligrosidad, es importante e tener presente la Psiquiatrizacion del crimen, este concepto es muy bien abordado por ADOLFO VASQUEZ ROCA²⁰ afirmando que “la psiquiatrización del crimen ha dado origen al mito del paciente mental peligroso: con bastante frecuencia los medios masivos de

¹⁹ Álvarez M, trastornos mentales.

²⁰ VASQUEZ, A, (2006) ANTIPSIQUIATRÍA: DECONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL. REVISTA PSICOANALISIS Y ESTUDIOS CULTURALES.

comunicación informan sobre un crimen al que, enseguida y tras la entrevista a un psiquiatra o psicólogo, se le endilga el calificativo de trastorno mental. Aunque no hay ninguna evidencia de que los llamados pacientes psiquiátricos son más peligrosos que los normales (la situación actual apunta más bien a todo lo contrario), el mito del paciente mental peligroso se resiste a morir.

Los criminales ya no son ejecutados, sino que son tratados. La gente busca la enfermedad mental o la locura detrás del crimen; pero en la mayoría de los casos el criminal es normal y lo bastante inteligente para hacer crímenes complejos.

Al hablar del concepto psiquiátrico del crimen hay que tener presente que tuvo su surgimiento en el siglo XX, un libro de gran importancia al respecto y que es de gran soporte para logara entender este tema es EL CRIMINAL, EL JUEZ Y EL PUBLICO, donde afirma que hay dos clases de criminales los que se consideraban normales y anormales para los primeros era necesario la penal tradicional y para los segundos se recomendaba la implantación de tratamientos psiquiátricos antes que los castigos²¹.

Hay que dejar en claro después de tener como fundamento las ideas de Vásquez roca, que la psiquiatrizacion del crimen es el uso que se hace de la psiquiatría para poder entender la conducta criminal, pero la critica que hace el autor es que se empezó a catalogar como enfermo mental a cualquier persona que cometía un delito y esto difundía cada vez mas la idea de paciente peligroso.

4.7 RELACION ENTRE INIMPUTABILIDAD Y ANTIPSIQUIATRIA:

El inimputable como quedo claro en el anterior capitulo es quien al momento de cometer el hecho legalmente descrito no tuviera la capacidad de comprender su

²¹ FERNADEZ, A. (1929). Criminal, el juez y el público.

ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental, y ahí entra que entre sus medidas de seguridad esta la internación en clínica psiquiátrica, en donde recibirá tratamiento tradicional psiquiátrico.

Como se ve reflejado en el transcurso de esta investigación, y demostrado tanto por testimonios de ilustres psiquiatras como por el trabajo de campo, este dicho tratamiento en muchas ocasiones pasa los límites de los derechos fundamentales y no ha sido regulado por nuestra legislación.

Los principales derechos amparados por nuestra constitución y las normas internacionales son los siguientes:

Constitucion Politica de Colombia.

Artículo 12. Nadie será sometido a desaparición forzada, a **torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.**

Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Artículo 15. Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar.

Artículo 16. Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.

Artículo 18. Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia.

Artículo 21. Se garantiza el derecho a la honra. La ley señalará la forma de su protección

Artículo 34. Se prohíben las penas de destierro, prisión perpetua y confiscación. No obstante, por sentencia judicial, se declarará extinguido el dominio sobre los bienes adquiridos mediante enriquecimiento ilícito, en perjuicio del Tesoro Público o con grave deterioro de la moral social.

Los anteriores artículos estipulados en nuestra carta Política, son pasados por alto, en el tratamiento psiquiátrico, y ahí es donde entra la propuesta de antipsiquiatría, que como se explica claramente en el cuerpo de este proyecto, es una medida alternativa de tratamiento para enfermedades mentales, sin la necesidad de violentar los derechos fundamentales anteriormente mencionados.

5. MEDIDAS DE SEGURIDAD

El código penal colombiano establece como medidas de seguridad las siguientes:

Art 93. Son medidas de seguridad:

Inciso 1. La Internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada.

Inciso 2. La Internación en casa de estudio o de trabajo, y

Inciso 3. La libertad vigilada.

Para el presente trabajo nos enfocaremos en el primer inciso en la internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, es decir una vez el sujeto ha incurrido en una conducta antijurídica y se ha demostrado que tiene un trastorno mental, se envía aun establecimiento a fin de recibir el tratamiento adecuado.

La medida de seguridad, encuentra fundamento en la peligrosidad del sujeto y responde a finalidades distintas: en algunos casos serán curativas, en otras educativas o aún, de mejoramiento.

5.1 CLASIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

De esta manera, podemos clasificar las medidas de seguridad, partiendo de la legislación nacional, de la siguiente manera:

a) Educativas y Tutelares:

Previstas para los menores que delinquen y no han cumplido 18 años de edad y para las personas que tienen estupefacientes para uso personal y no dependen de ellos.

b) Curativas:

Previstas para las personas que, en estado de inimputabilidad, cometen un delito y son peligrosas, también para las personas, condenadas por cualquier delito, que dependan -física o psíquicamente- de estupefacientes, para desintoxicarlas y rehabilitarlas; y para los casos de tenencia para consumo personal, con el mismo grado de dependencia,

c) De Mejoramiento: Que se aplica, luego de cumplida la pena, en los casos de multireincidencia, en los supuestos previstos; y también puede aplicarse, a quienes resulten condenados por el delito de homicidio agravado.

Todas estas medidas como ya se ha mencionado tienen como punto de partida la peligrosidad del sujeto frente a este tema podemos citar a Castilla del Pino quien afirma que la peligrosidad del enfermo mental es un mito social, pero no existen soporte científicos que logren demostrar que en realidad el sujeto no es una amenaza para la sociedad.²².

Es este trabajo nos enfocaremos en aquellas medidas curativas que pretenden reintegrar al sujeto inimputable en la sociedad.

En la sentencia C-176 de 1993 se define la medida de seguridad como la privación o restricción del derecho constitucional fundamental a la libertad, impuesta judicialmente por el Estado, con fines de curación, tutela y rehabilitación, a persona declarada previamente como inimputable, con base en el dictamen de un perito psiquiatra, con ocasión de la comisión de un hecho punible. Es imposible desconocer que al igual que la pena, la medida de seguridad es, cuando menos, limitativa de la libertad personal, así se establezca que la medida de seguridad tiene un fin "curativo" no está sometida a la libre voluntad de quien se le impone. Ella es una medida coercitiva de la que no puede evadirse el inimputable por lo

²² CANO VALERO, M Psiquiatría y jurisprudencia penal española.

menos en relación con la internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada de carácter oficial.

Es claro que tanto la medida de seguridad como la pena buscan que la persona se rehabilite en caso de la pena o se cure en el caso de los inimputables por trastorno mental pero aun así en ambos casos que esta dando un privación de la libertad, y en el caso de los inimputables es casi incierto que realmente la persona logre superar su enfermedad

Al igual que la pena, la medida de seguridad es, cuando menos, limitativa de la libertad personal, así se establezca que la medida de seguridad tiene un fin "curativo" no está sometida a la libre voluntad de quien se le impone. Ella es una medida coercitiva de la que no puede evadirse el inimputable por lo menos en relación con la internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada de carácter oficial. Las medidas de seguridad no tienen como fin la retribución por el hecho antijurídico, sino la prevención de futuras y eventuales violaciones de las reglas de grupo. La prevención que aquí se busca es la especial. De acuerdo con este objetivo se conforma su contenido. Otra cosa es que, por su carácter fuertemente aflictivo, también tenga efectos intimidatorios²³.

5.2 PENA Y MEDIDA DE SEGURIDAD

Al hablar de penas y medidas de seguridad se considera que son diferentes ya las primeras son impuestas a imputables y las otras a inimputables, por tanto su diferencia radica en el conocimiento o discernimiento al momento de cometer el ilícito, pero tanto la pena como la medida de seguridad son consecuencias de la comisión de un hecho punible tipificado en las normas penales. Ambas medidas acarrear en principio la privación de la libertad en virtud de una providencia

²³ CANO VALERO, M. Psiquiatría y jurisprudencia penal española.

judicial de un juez de la República. En ambas se debe respetar el debido proceso. En los dos casos además se debe probar de manera plena los elementos que determinan tales medidas.

Tanto la pena como la medida de seguridad tienen finalidades similares, porque con ellas se pretende aislar a quien con su conducta ha demostrado ser un peligro para el medio social y ambas cumplen fines de readaptación, buscando la inocuización de quien mostró ser peligroso.

Como acertadamente lo afirma Welzel, tanto la pena como la medida de seguridad suponen una restricción de la libertad del individuo y ambas a su vez deben tender a la resocialización, razón por la cual no hay entre ellas diferencias de estructura²⁴

Por otra parte, la imposición de la medida de seguridad por parte del Poder Judicial del Estado, es otra característica común con las penas que las identifican en cuanto a su estructura tanto interna como externa. Ambas se imponen como consecuencia de la realización de un hecho punible y por tanto ambas son "postdelictuales". De las dos se exige el principio de legalidad, en el sentido de que no pueden imponerse, una ni otra, si no está previamente definida en la ley, de la misma manera que exige el principio de legalidad del proceso, en el sentido de que no pueden ser aplicadas sino como consecuencia de un proceso previamente determinado por ley anterior, y sólo puede ser impuesta como consecuencia de una decisión judicial.

Por tanto se puede decir que aunque la pena y la medida de seguridad son impuestas como dos sanciones diferentes, en el fondo buscan el mismo fin poder regenerar al convicto o Curar al enfermo mental, que en el segundo caso es muy incierto que realmente se de una mejoría por parte del inimputable

²⁴ WELZEL, Hans.(1976) Derecho Penal Alemán Editorial Jurídica de Chile. pag (30 y 31)

5.3 VIGILANCIA DE LE EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD POR PARTE DEL ESTADO.

El nuevo Código de Procedimiento Penal creó un grupo interdisciplinario asesor del juez de ejecución de penas y medidas de seguridad. El grupo interdisciplinario podrá integrarse de un médico, un sociólogo, un sicólogo, un antropólogo, un trabajador social, un criminólogo y el director del establecimiento, de acuerdo con las capacidades de cada centro de reclusión. La ejecución de la pena y de la medida de seguridad exige la intervención de diversos profesionales con el fin de que aporten sus conocimientos para la satisfacción de cada una de las necesidades existentes. Por lo tanto la colaboración de un grupo interdisciplinario facilita la resocialización y rehabilitación de imputables e inimputables.

Es importante resaltar el decreto 1320 de 1997 por el cual se reglamentan parcialmente las leyes 56 y 100 de 1993 y que en su artículo primero especifica que el decreto tiene aplicación a aquellas personas que se han reconocido bajo la condición de inimputables y que por autoridad competente se le ha decretado una medida de seguridad que implica un internamiento.

En el artículo 2 se habla del comité interinstitucional de evaluación el cual estará integrado por:

- Un representante del ministerio de salud.
- Un representante del ministerio de justicia y de derecho.
- Un representante de los jueces de ejecución de penas y medidas de seguridad.
- Un representante de medicina legal y ciencias forenses.
- Un representante del instituto nacional penitenciario y carcelario INPEC.
- Un representante de la defensoría del pueblo.

Este comité según lo establece este decreto debe brindar un asesoramiento a las entidades sociales responsables del cuidado general, internación, tratamiento y rehabilitación de los inimputables para que se cumpla lo establecido en la ley.

Al igual el comité debe evaluar a fin de que el sitio sea especializado, el tipo de terapéutica y las alternativas de tratamiento al igual que las medidas de seguridad ofrecidas por las diferentes entidades públicas o privadas.

El comité debe recomendar a las autoridades la ubicación mas adecuada, para los inimputables de acuerdo con su situación personal y familiar y criterios según sus necesidades.

Vigilancia y control de la calidad de los servicios que prestan las entidades contratadas para el internamiento de los inimputables.

La entidad pública que es protagonista de nuestra investigación es contratada por servicios según lo estipula el artículo 6 del decreto 1320 de 1997 ya que faculta a la secretaria de salud, al instituto nacional penitenciario y carcelario INPEC, los departamentos, los municipios y las direcciones territoriales de salud, para que contraten con entidades publicas o privadas con el propósito de que hagan cargo de la ubicación, atención y tratamiento hacia los inimputables.

Es decir según lo que estipula en este decreto la entidad publica hospital psiquiátrico san Camilo ha de tener un asesoramiento por parte del comité evaluador a fin de brindar una atención global satisfactoria y apegada a ley a sus pacientes inimputables, debe cumplir con la calidad adecuada de los servicios, un tratamiento eficaz y un cumplimiento de las medidas de seguridad que no sean violatorias de derechos fundamentales ya que en caso contrario a lo afirmado anteriormente la función de comité evaluador seria deficiente.

El programa de Inimputables del Ministerio de la Protección Social en Colombia surgió cuando éste decidió adoptar la población carcelaria que existía en los anexos psiquiátricos de las cárceles. Mediante un contrato con instituciones de salud, estos pacientes fueron excarcelados. Desde 1997 y hasta el primer semestre de 2002 habían sido incluidos 280 pacientes. A partir del inicio de este programa se han hospitalizado en la Clínica La Inmaculada, de Bogotá: 43 pacientes.

5.4 MEDIDA DE SEGURIDAD IMPUESTA DEPENDIENDO DEL TIPO DE TRASTORNO MENTAL.

Según el código Penal Colombiano la medida de seguridad para inimputables con trastorno mental permanente, los de trastorno mental transitorio con base patológica y los de trastorno mental transitorio sin base patológica reciben diferentes medidas de seguridad.

Los pacientes con trastorno mental permanente según el artículo 70 del código Penal Colombiano, se le impondrá medida de internación, en establecimiento psiquiátrico, clínica o institución adecuada, en donde se le prestara la atención especial requerida, tendrán un máximo de 20 años, y el mínimo requerido para las necesidades del tratamiento en cada caso en concreto. Y cuando se logre establecer que la persona se encuentra rehabilitada cesara la medida de seguridad.

Para los pacientes con trastorno mental transitorio con base patológica, se le impondrá la medida de internación en establecimiento psiquiátrico, clínica o institución, y tendrá un máximo de 10 años, con las mismas condiciones que las del permanente según el código Penal Colombiano en su artículo 71.

Para los pacientes con trastorno mental sin base patológica, no habrá lugar a la imposición de medida de seguridad, y se podrá antes de proferir sentencia el juez terminar el procedimiento si las víctimas son indemnizadas según artículo 75 del código Penal Colombiano.

Por tanto de estos artículos se puede decir que se impone una medida de seguridad en el caso de trastorno mental permanente y transitorio con patología, pero la variable esta en el término de duración de la medida de seguridad, término que es mas alto en el caso del trastorno permanente debido a la gravedad del trastorno, en el caso de trastorno mental sin base patológica no se impondrá medida de seguridad.

6. DERECHOS DE LOS INIMPUTABLES

Uno de los principales pilares del estado es garantizar el cumplimiento de los derechos humanos, existe una división respecto a los derechos humanos en categorías la cual es la siguiente:

Derechos Civiles y Políticos consagrados e la capitulo I del Titulo II de la Constitución del 91; entre ellos señalamos: Derecho a la vida, a la igualdad y no-discriminación, a la libertad y seguridad de la persona, a la libertad de pensamiento, conciencia, religión, expresión y asociación, abolición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes; reconocimiento de la personalidad jurídica; igualdad ante la Ley; garantías jurídicas y procesales de los detenidos; derecho de circulación dentro y fuera del territorio nacional; derecho a la nacionalidad prohibición de injerencias arbitrarias en la vida privada, en su domicilio, comunicaciones, honra y reputación; y derecho a la paz, entre otros.

Derechos Económicos, Sociales y Culturales también conocidos como derechos de Igualdad o DESC. Entre ellos señalamos: derecho al trabajo, a condiciones equitativas de trabajo (igual salario por igual trabajo, seguridad, higiene, protección y promoción), a la educación y a la salud; derecho al descanso; a la limitación razonable de la jornada laboral; a la sindicalización, negociación colectiva y huelga; a una remuneración justa que permita a la persona y a su familia un nivel de vida digno: salud y asistencia médica, alimentación, vivienda y servicios sociales; a la seguridad social; derecho a la protección de la familia, la maternidad y la infancia y adolescencia; derecho a participar en la vida cultural y a gozar de las artes, el progreso científico y de sus beneficios

Derechos de Solidaridad, de los Pueblos o colectivos, consagrados en el capítulo III del Título II de la Constitución del 91 que responden a nuevas necesidades y a preocupaciones de la Humanidad que han surgido como consecuencia de los esfuerzos por establecer un nuevo orden político y económico internacional, que garantice la vigencia de los Derechos Humanos. Entre estos Derechos se puede mencionar: el derecho al beneficio del patrimonio común de la humanidad, el derecho a la libre determinación de los pueblos; el derecho a un medio ambiente sano, y al Desarrollo y bienestar general del ser humano. El señalamiento de estos Derechos permite disponer de un marco de referencia que muestra las posibilidades que tiene el municipio como órgano de Gobierno Local para orientar su gestión hacia la promoción y vigencia de los mismos en el ámbito de su jurisdicción, como forma de concretar el Estado social de derecho.

El Estado, es quién ha asumido la responsabilidad con la comunidad internacional de garantizar la honra y bienes de la población; además, es el único que tiene el poder, económico, político, militar e ideológico para garantizar a sus ciudadanos una vida digna y justa, por esta razón en la constitución del 91 se creó un conjunto de instituciones y formas jurídicas enfocados hacia la protección de los derechos fundamentales esta son:

6.1 INSTITUCIONES Y FORMAS JURÍDICAS ENFOCADOS HACIA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES.

Las Personerías Municipales: En la protección de los DD.HH. las personerías tienen la función de recibir e investigar inicialmente las denuncias sobre violaciones de derechos humanos.

La Defensoría del Pueblo: Creada a partir de la constitución de 1991, su función constitucional es velar por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los

derechos humanos. La defensoría no cumple funciones investigativas, pero se ha encargado de recopilar denuncias que son pasadas posteriormente a la Procuraduría quien hace la investigación y define la sanción *respectiva*. *Así mismo las defensorías han acompañado a las víctimas de violaciones de DD.HH. y emprendido acciones humanitarias como veedores en la entrega de personas retenidas por los diferentes actores armados.*

Las Procuradurías de Derechos Humanos: Como la misión de la Procuraduría es la de vigilar la conducta de los empleados oficiales y el estricto cumplimiento de la ley y teniendo en cuenta que dentro de la constitución se contempla la protección por parte del estado de los derechos fundamentales de todos los ciudadanos colombianos, la procuraduría desempeña un papel importante cuando de abusos de poder se trata.

Las Oficinas Permanentes de Derechos Humanos: Son otro mecanismo de protección creada conjuntamente por la oficina del Defensor del Pueblo y el Ministerio Público. La intención con estas oficinas es la de ubicarlas en las ciudades o sitios donde se considere que hay un creciente número de violaciones a los DD.HH.

Es una obligación de estas instituciones el proteger a los individuos para que sus derechos no se vean violentados y en caso de que alguna acción que se cometa vulnere de alguna forma el conglomerado de derechos es imperioso que se tomen las medidas necesarias ya sea para detener el hecho o resarcir el daño causado.

Respecto a los individuos catalogados como inimputables por la ley que son el tema central de nuestro trabajo de investigación es importante resaltar que el artículo 13 inciso tercero de nuestra carta política consagra de forma taxativa que *“El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición*

económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Se hace referencia a que todas las personas son iguales ante la ley, y a la situación de desigualdad en la que se encuentran las personas con trastorno mental ya sea permanente o transitorio, y debe recibir protección por parte del estado, es decir que existe una distinción entre imputables e inimputables, al igual que una distinción entre penas y medidas de seguridad.

El artículo 47 de la Constitución prescribe lo siguiente: El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

En este orden, el Estado debe procurar, en cumplimiento de los principios constitucionales consagrados en los artículos 13 y 47, adoptar políticas de rehabilitación de aquellas personas disminuidas síquicamente, tendientes a suministrarles ininterrumpidamente tratamientos médicos a los inimputables para garantizarle a la sociedad y al mismo inimputable involucrado en la comisión de una conducta punible, que la eventual curación de la afectación síquica no causará inconvenientes en el rol habitual que debe desempeñar el individuo en el cotidiano actuar.

Para dar cumplimiento a todos estos derechos que tiene aquellos individuos que padecen un trastorno mental y que al momento de cometer un acto ilícito toman la calidad de inimputables, existen unos instrumentos internacionales conocidos como convenciones o tratados que son de cumplimiento obligatorio para aquellos países que los ratifican entre tales instrumentos internacionales se destacan los siguientes:

6.2 INSTRUMENTOS INTERNACIONALES EN DEFENSA DE DERECHOS DE LOS ENFERMOS MENTALES²⁵.

a) Pacto de Derechos Civiles y Políticos de la Asamblea General de la Naciones Unidas de 1.966. Aprobado mediante la Ley 74 de 1.968, en el Preámbulo establece:

Considerando que, conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad la justicia y la paz del mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y sus derechos iguales e inalienables.

Reconociendo que estos derechos se derivan de la dignidad inherente a la persona humana...

b) Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1.969. Aprobada mediante la Ley 16 de 1.972, en el Preámbulo establece:

Reconociendo que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tiene como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual justifican una protección internacional, de naturaleza convencional coadyuvante o complementaria de la que ofrece el derecho interno de los Estados Americanos...

En las Recomendaciones para el tratamiento de los reclusos de las Naciones Unidas se encuentra un capítulo especial el tratamiento de las personas que han cometido el hecho punible en estado de inimputabilidad.

Dichas Recomendaciones son las siguientes:

²⁵ Guías de la oms para la promoción de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.(1996)

- Reclusos alienados y enfermos mentales.

- Los alienados no deberán ser reclusos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales²⁶
- Los reclusos que sufran otras enfermedades o anomalías mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos.
- Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico.
- El servicio médico o psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento.

c) Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación para las personas con discapacidad

Esta Convención fue aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA), el 6 de junio del año 1999, en la ciudad de Antigua Guatemala y estuvo abierta para su firma el día 8 de junio de 2001.

La convención fue ratificada por Colombia el 2 de noviembre de 2004.

Es la única existente de su tipo en el mundo. Ninguna otra organización de carácter regional ha adoptado un tratado específico, que proteja y promueva los derechos humanos de las personas con discapacidad sea física o mental.

²⁶ Manual de recursos de la oms sobre la salud mental derechos humanos y legislación.(2005)

Teniendo en cuenta que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas; y que estos derechos, incluido el de no verse sometidos a discriminación fundamentada en la discapacidad, dimanar de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano

En su artículo 2 de la convención, se especifica que los estados parte con el fin de poder cumplir con Los objetivos de la Convención los cuales son la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad se comprometen a:

Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

Es decir a todas aquellas medidas pertinentes para eliminar la discriminación, en el caso de personas con discapacidad física adoptar medidas para que los edificios, vehículos e instalaciones que se construyan o fabriquen en sus territorios respectivos faciliten el transporte, la comunicación y el acceso para las personas con discapacidad.

La detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad; y La sensibilización de la población

Para dar seguimiento a los compromisos adquiridos en la Convención se establece un Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, integrado por un representante designado por cada Estado parte de igual forma Los Estados parte se comprometen en la

primera reunión a presentar un informe al Secretario General de la Organización para que lo transmita al Comité para ser analizado y estudiado. En lo sucesivo, los informes se presentarán cada cuatro años

Es importante tener presente esta convención a fin de poder velar por los intereses de aquellas personas que se encuentran en estado de vulnerabilidad, pero que gozan de todos los derechos y libertades

d) Declaración de los derechos del retrasado mental.

Proclamada por la asamblea general de los naciones unidas el 20 de diciembre de 1971.

En esta declaración se establece una protección para aquellas personas que padecen un retardo mental y se dicta que:

- El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos.
- El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.
- El retrasado mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil.
- De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.

- El retrasado mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuanto esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes.
- El retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.

De forma especial se establece que si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores.

e) Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. (1984)²⁷

Protegen a las personas con discapacidad mental que supuestamente están bajo protección de los funcionarios del gobierno

f) Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención para la salud mental (1991)²⁸

²⁷ *Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación para las personas con discapacidad*

²⁸ *Montero F, .Derechos de los enfermos mentales*

Proporcionan directrices para establecer o evaluar los sistemas nacionales de salud mental y pueden ser utilizados para interpretar las normas generales de derechos humanos. Convendrá que se tomen disposiciones, de acuerdo con los organismos competentes, para que, en caso necesario, se continúe el tratamiento psiquiátrico después de la liberación y se asegure una asistencia social post penitenciaria de carácter psiquiátrico.

La Organización de las Naciones Unidas por la resolución 46/119 (1991) fija los principios de “La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental”. Cuyo principio 13 establece: *“Todo paciente de una institución psiquiátrica debe tener en particular el derecho a merecer el respeto en cuanto a: Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley, intimidad...”* y más adelante: *“No debe explotarse la labor de un paciente de una institución psiquiátrica”*.

Resulta imposible compatibilizar estos principios con la despersonalización, deshumanización e institucionalización que sufren miles de seres humanos en las instituciones manicomiales; con la promiscuidad y la obscena exhibición de la locura que se practica en dichos lugares; o con pacientes que hacen de enfermeros de otros pacientes; pacientes que hacen de carceleros de otros pacientes; pacientes que participan de circuitos perversos de comercialización en los manicomios; pacientes que logran algo haciendo trabajos no remunerados en corredores, baños y habitaciones; pacientes que lavan coches en las playas de estacionamiento de los hospitales a cambio de algunas monedas y “palmaditas”; el trabajo como manera de pagar la depositación e institucionalización. En otras palabras: desnaturalización del papel dignificante del trabajo.

6.3 DERECHOS QUE TIENEN LOS ENFERMOS MENTALES INIMPUTABLES Y QUE DEBEN SER GARANTIZADOS POR LOS ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS.

El manual de recursos sobre la salud mental y derechos humanos de la organización mundial de la salud establece los siguientes derechos:

A ser tratado en todo momento, con la solicitud el respeto y la dignidad propias de su condición de personas.

A no ser calificado como enfermo mental ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas sociales raciales religiosas u otros motivos distintos a salud mental.

A recibir la mejor atención a tratamientos apropiados y menos restrictivos según las más elevadas normas técnicas y éticas.

A ser tratado siempre que sea posible cerca de su hogar y del hogar de sus familiares y amigos y a regresar a la comunidad o antes posible.

Ha ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento más adecuado y menos riesgoso y de prestar y revocar su consentimiento para ejecutarlo.

A no ser objeto de pruebas clínicas ni de tratamiento experimentales sin su consentimiento

A que sus antecedentes personales e historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso esa información.

A recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso, libertad de conciencia y religión.

A recibir educación y capacitación adecuada a su estado.

A trabajar y recibir remuneración correspondiente.

A no ser discriminado ilegalmente en el goce de sus derechos en atención al estado de salud.

6.4 DEBER DEL ESTADO FRENTE A LOS INIMPUTABLES

Frente a los inimputables el Estado tiene un doble deber: al igual que los imputables, el Estado tiene el deber de privar de la libertad al inimputable que ha cometido un hecho punible. Pero a diferencia de aquellos, el Estado tiene frente a los inimputables un deber distinto, adicional y específico, según los artículos 13 y 47 de la Constitución: debe adelantar una política de rehabilitación de las personas diferentes desde el punto de vista síquico. Por eso, mientras el inimputable que ha cometido un hecho punible se encuentre siendo objeto de una medida de seguridad, el Estado debe proveer obligatoria e ininterrumpidamente todo el tratamiento científico especializado para curar, tutelar y rehabilitar a la persona, como el fin de que ella tenga dignidad. Se establece pues un especial vínculo jurídico entre el inimputable que ha cometido un hecho punible y el Estado²⁹.

“Tales fines se especifican así: Mediante el término "curación" se pretende sanar a la persona y restablecerle su juicio. Ello sin embargo plantea el problema de los enfermos mentales cuya curación es imposible por determinación médica y por lo tanto se encuentran abocados a la pérdida de su razón hasta la muerte. Cuando la ley habla de "tutela" se hace alusión a la protección de la sociedad frente al individuo que la daña. Así las cosas, si se llegare a establecer que un individuo ha recuperado su "normalidad psíquica" es porque no ofrece peligro para la sociedad

²⁹ *Montero F, .Derechos de los enfermos mentales*

y por tanto no debe permanecer por más tiempo sometido a una medida de seguridad. 3) Y por "rehabilitación" debe entenderse que el individuo recobre su adaptación al medio social. La rehabilitación es la capacitación para la vida social productiva y estable, así como la adaptabilidad a las reglas ordinarias del juego social en el medio en que se desenvolverá la vida del sujeto³⁰.

6.5 LABOR DE LA DEFENSA TÉCNICA DE LOS INIMPUTABLES

Según la Academia Americana de Psiquiatría y Leyes (1996) algunos estudios han mostrado que la defensa de la inimputabilidad no se utiliza frecuentemente. De acuerdo con un estudio que se realizó en ocho estados, la defensa de la inimputabilidad era utilizada en menos del 1% de los casos en una muestra representativa. El estudio demostró que sólo el 26% de estos argumentos de inimputabilidad tuvieron éxito. En éste estudio además se señaló que la inimputabilidad como defensa se utiliza contra muchos delitos, no solamente homicidio, la mitad los casos estudiados argumentaban inimputabilidad ante acusaciones de crímenes violentos y menos del 15% fueron juzgados como asesinato. El resto de los procesos fueron sentenciados como robo, daño a propiedad privada y otros

Otros estudios reportaron resultados similares. De acuerdo con *Mitos y Realidades: Un Reporte de la Comisión Nacional de la Inimputabilidad en Est. Unidos*, en 1982 sólo 52 de 32000 adultos acusados, fueron representados por abogados defensores de la oficina de Nueva Jersey que estaban enterados del pleito de inimputabilidad y sólo 15 de ellos tuvieron éxito.

Estos estudios se asemejan a la realidad colombiana, donde un porcentaje muy mínimo de aquellas personas que padecen una enfermedad mental y cometen un

³⁰ MP. MARTINEZ CABALLERO, A (1993).sentencia C-176.

delito, son juzgadas como inimputables, ya que la defensa de estas personas muy pocas veces alegan la inimputabilidad, ya que si se alega y se logra demostrar a través de la valoración de un perito medico legal que la persona padece una enfermedad mental y debido esto no tuvo conciencia del delito que cometía, se ordenara y aplicara la medida de seguridad y se enviara a una institución acta para el manejo de estas personas, en nuestro caso el hospital psiquiátrico san Camilo, de esta manera se evita que en las cárceles se encuentren reclusas personas con enfermedades mentales que implican un riesgo para ellas mismas, para los demás reclusos e incluso para la sociedad, ya que no se les esta dando el debido tratamiento.

6.6 SIMULACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES PARA ARGUMENTAR IMPUTABILIDAD EN PROCESOS JUDICIALES

Pero hay otra realidad que se refleja no solo en nuestro país sino en muchos otros países y es el engaño o simulación de personas que han cometido delitos y fingen tener una enfermedad mental para obtener el beneficio de no ir a prisión, existen unos signos que son muy observados por los peritos para detectara este tipo de casos:

6.6.1 Signos para la detección de simulación³¹

Existe un buen número de pistas que se pueden aplicar apropiadamente en la detección del engaño, en documentos no publicados sobre simulación por la Academia Americana de Psiquiatría y Leyes, escritos por Vicary y Maloney; referenciados por Jaffe y Sharma (1998) se reportó que el conocimiento que tienen los clínicos tiene una gran ventaja en la detección de la simulación; y para

³¹ Jaffe y Sharma (1998), (Marco y col., 1990) Rogers y col. (1996),ACADEMIA AMERICADA DE PSIQUITRIA Y LEYES.

Marco y col. (1990), Rogers y col. (1996), Jaffe y Sharma (1998), Irruarizaga (1999) y Stuart y Clayman (2001) existen los siguientes signos como evidencia objetiva de la simulación:

Retención de información y Falta de cooperación: La memoria de un simulador tiene vacíos importantes, es cauteloso y piensa que entre menos información tenga el examinador, es mejor. Con frecuencia afirman haber olvidado muchas cosas o no saber.

Exageración: Los simuladores creen de forma equivocada que entre más extraños parezcan, más creíbles son. Clemente (1995) lo denominó elevación del número de dramatismos.

Llaman la atención sobre su enfermedad: Según Ritson y Forest (1970), citados por Marco et al. (1990) los simuladores están ansiosos por llamar la atención sobre su enfermedad, lo cual contrasta con la conducta de los enfermos reales que a menudo, son reticentes a hablar de sus síntomas.

Los acusados actúan comúnmente como sordos y tontos: se muestran excesivamente psicóticos, intelectualmente impedidos y con amnesias y delirios. Las personas que fingen actúan como "tontos y locos" por que ellos creen que las personas mentalmente enfermas son tontas.

Ausencia de alteración afectiva clínicamente asociada con la enfermedad que simula: Falta el típico contenido afectivo de ansiedad en alucinaciones y delirios; o el tono afectivo de temor, rabia o depresión asociado a cualquier diagnóstico. Si hay auto lesionismo, éste no reviste gravedad, estando bien calculado el acto. En caso de dolor la persona puede argumentar el máximo de severidad del dolor, pero la discrepancia es que psicológicamente se presentan libres de todo síntoma.

Ausencia de perseverancia: La perseverancia es un signo de consistencia en la personalidad y/o en la patología, por tanto es una conducta que debe presentar constancia en el tiempo, rara vez se ve en los simuladores. (Marco y col., 1990)

Incoherencia entre resultados de pruebas y funcionalidad del evaluado: La falta de coherencia entre los resultados de test formales y la funcionalidad real del sujeto en su vida cotidiana. Ej. El simulador puede asegurar o mostrar una incapacidad para trabajar, pero mantiene la capacidad de su esparcimiento como por ejemplo disfrutar del teatro, ver TV, jugar cartas, etc.

Alteraciones del lenguaje no verbal: El tono y la intensidad de la voz varían significativamente ante la mentira, la velocidad de fraseo es lenta y evasiva, el evaluado tarda en responder porque necesita pensar varias veces para contestar con coherencia, produce pausas y errores en el discurso, además es de carácter indirecto, las expresiones faciales varían contingentemente con el contenido temático

Los síntomas del simulador son generalmente inconsistentes con los síntomas legítimos de la enfermedad mental: El simulador actúa de manera normal cuando no se percata de que está siendo observado, por lo cual hablar con el personal que tiene oportunidad de observar al preso es útil para descubrir su comportamiento inconsistente.

La simulación es más difícil de mantener por períodos largos: El hecho de simular exige una extremada concentración y resulta extenuante por lo cual la persona sana requiere períodos de descanso. Por eso también hay más oportunidad de descubrir el engaño durante una entrevista larga.

Dificultad para fingir síntomas fisiológicos: Generalmente el simulador desconoce los síntomas fisiológicos de la enfermedad y por eso no los actúa, si llegara a

simularlos puede ser descubierto porque los sobreactúa o tiene dificultades para hacerlo. Por ejemplo el que simula depresión puede fingir astenia pero no finge frío en las manos, que es un síntoma que se le asocia. (Rogers y col., 1996)

Simulan síntomas evidentes y en relación con el conocimiento previo de la enfermedad: Los simuladores tienden a fingir los síntomas más conocidos y característicos de la enfermedad dejando de lado otros que están asociados con el mismo pero no son tan conocidos u observables. Por ejemplo en Trastorno disociativo de la personalidad pueden fingir las personalidades múltiples, pero no saben de las amnesias y no las simulan (Aunque no en todas las expresiones de este trastorno se manifiesta la amnesia).

Se fingen más síntomas que cuadros diagnósticos íntegros: Los simuladores pueden no ajustarse a ninguna entidad diagnóstica conocida. Los síntomas pueden haberse elegido de varias enfermedades y por ello pueden presentar quejas inusuales, atípicas, inexplicables o inconsistentes con los desórdenes conocidos.

Informan síntomas severos con aparición aguda en contradicción con el desarrollo crónico conocido por los clínicos: Los simuladores pueden afirmar haber tenido delirios (o síntomas en general) de comienzo repentino, cuando en realidad los delirios sistematizados tardan normalmente varias semanas en sistematizarse.

Discrepancia entre el auto- reporte y los archivos médicos: Los evaluados afirman severidad en síntomas en ausencia de tratamiento psicológico, psiquiátrico, medicación y hospitalización; cuando el perito sabe que la severidad de síntomas generalmente se asocia a consulta temprana con los expertos y con la existencia de una historia clínica previa.

Los simuladores parecen no tener ningún motivo o comportamiento psicótico asociado a sus ofensas: no relacionan los delitos con sus síntomas o alteraciones como cometer asesinato con agravantes arraigados, por ejemplo existe relación entre el síntoma y la conducta del homicida como beber la sangre de la víctima que asesinó porque creía que los extraterrestres le estaban quitando la suya propia.

Evidencia de complicidad: En los casos en los que se alega que el acusado presenta un determinado tipo de patología mental,

6.6.2 simulación en Colombia

Esta revisión de la literatura internacional respecto los signo para detectar la simulación ha permitido obtener datos determinantes para el diagnóstico y la evaluación de simulación de psicopatología en el medio forense, de ahí la importancia de tomarlo como herramienta para los peritos colombianos en la valoración de estos casos y como base para iniciar investigaciones científicas en nuestro medio. A continuación se presentarán algunos sugerencias que puedan servir como base para la evaluación de futuros casos de simulación en Colombia:

Se ha visto la necesidad de que quien realice peritajes, independientemente de si psiquiatra o psicólogo posea un conocimiento suficiente y unificado de las características y signos generales como específicos de enfermedades mentales para detectar simulación. Ello debido a que una de las dificultades encontradas a la hora de realizar evaluaciones en simulación ha sido la falta de un adecuado entrenamiento, así como de conocimiento o experiencia requerida para estas tareas.

Se requiere que en todos los casos al menos se emplee una prueba específica para la detección de simulación. En algunos casos deberá emplearse pruebas

bioquímicas y neuropsicológicas para descartar una enfermedad de tipo orgánico; ya que son numerosas las herramientas que un perito puede utilizar para la evaluación de simulación de psicopatologías.

Se sugiere tener dos peritos que de manera independiente puedan ofrecer su punto de vista de acuerdo una valoración completa y detallada del caso; pues obtener información de un sólo evaluador puede ser peligroso a la hora de descartar o aceptar que una persona sea imputable o inimputable.

El relato de personas allegadas al detenido puede ser útil a la hora de obtener datos importantes y que puedan servir de contrastación con el testimonio del acusado.

7. DERECHO COMPARADO INIMPUTABLES³²

El manejo que se le ha dado a los inimputables en los diferentes países es diverso aunque también tiene sus referentes en común, a continuación se plantean las causales que son tomadas en cuenta en las legislaciones de cada país para determinar a una persona como inimputable:

Causales de inimputabilidad por enfermedad mental según el derecho comparado

El código penal de Costa Rica en su artículo 42 contempla que es inimputable quien al momento de la acción u omisión, no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental o de grave perturbación de la conciencia, sea o no esta ocasionada por el empleo accidental o voluntario del consumo de sustancias alcohólicas o de sustancias enervantes.

Código de Perú en su artículo 85 contempla que están exentos de penal el que comete un hecho punible en estado de enfermedad mental, de idiotez o de una grave alteración de la conciencia y no posee en el momento de obrar la facultad de apreciar el carácter delictuoso de su acto o de determinarse según esta apreciación.

Código penal de Venezuela en su artículo 62 cita No es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o libertad de sus actos, sin embargo cuando el loco o demente cometa un hecho que equivalga en un acuerdo a delito grave el tribunal

³² Silva, H. medicina legal y psiquiatría forense. Conferencia de restructuración de la atención psiquiátrica en América latina.

decretara la reclusión en uno de los hospitales o establecimientos destinados a esta clase de enfermos el cual no podrá salir sin previa autorización de tribunal.

Cód. Penal de Argentina en su Art 34 dice no son punibles: el no halla podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades por alteración morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia del hecho no imputable comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

En caso de enajenación la el tribunal podrá la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial con audiencia del ministerio publico y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a si mismo o a los demás.

Código do penal mexicano en su Articulo 15 son circunstancia excluyentes de responsabilidad penal: Padecer el inculpado al cometer la infracción trastorno mental o desarrollo intelectual retardado que le implique comprender el carácter ilícito del hecho o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los caos en que el propio sujeto activo halla provocado esa incapacidad intencional.

Código penal Alemania en su Art 20 afirma que obra sin culpa al que al tiempo de la comisión del hecho y a causa de perturbación patológica de la actividad psíquica o de trastorno mental intenso o debilidad mental u otro graves defectos de constitución psíquica fuere incapaz de apreciara y comprender la ilicitud de hecho o de obrara de acuerdo a esta apreciación y conocimiento.

Código penal de suiza Art 10 dice no es punible quien acusa de una enfermedad mental o de imbesibilidad o de grave alteración de la conciencia no posee en el momento de actuar la capacidad de apreciar el carácter ilícito de su acto o de determinarse de acuerdo con esta apreciación.

Código penal de Rusia en su Artículo 11 dice que las medidas de defensa social de carácter correctivo no son aplicables a las personas que al momento de cometer el delito padecían un enfermedad mental crónica, o un trastorno mental temporal, u otro estado patológico si estos le impedían darse cuenta de sus acciones o dirigirlas, lo mismo que a las personas que aun obrando en estado de equilibrio mental, en el momento de dictar la sentencia padecen una enfermedad psíquica a estas personas solamente puede aplicarse medida social de carácter medico.

Código penal de Francia en su Artículo 64 dice que no hay crimen ni delito, si el acusado estaba en estado de demencia, o cuando ha sido coaccionado por una fuerza a la cual no ha podido resistir, si existen anomalías psíquicas bastante acentuadas para justificar cierta moderación de las penas que dicta la ley.

Código penal de Italia en su art 88 hable de el vicio total de la mente afirma que no es imputable, quien al momento de la comisión del hecho, se encontraba por enfermedad tal estado mental que excluía la capacidad mental de entender o de querer.

Código penal de Portugal Art 20 dice que es inimputable quien a causa de una anomalía psíquica, es incapaz al momento de la realización de hecho, de apreciar la ilicitud de este o de determinarse según esa apreciación.

Cód. penal de Guatemala en su Art 23 quien en el momento de la acción u omisión no posea a causa de enfermedad mental de desarrollo psíquico incompleto o retardo o de trastorno mental transitorio la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esta comprensión.

Código penal de España en su Art 8 dice que el enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que este halla sido buscado de

propósito para delinquir. Cuando el enajenado halla cometido un delito el tribunal decretara su internamiento en uno de los establecimiento destinados a los enfermos de aquella clase del cual no podrá salir sin previa autorización del tribunal.

Código penal de Canadá Art 16 cita que nadie debe ser condenado por una ofensa referente por un acto u omisión de su parte mientras esta persona estaba loca, una persona esta loca cuando se encuentra en un estado de imbecilidad mental o padece de una enfermedad mental a tal grado que vuelve a esta persona incapaz de apreciar la naturaleza y calidad de un acto o de una omisión.

Al analizar cada uno de los artículos, se puede deducir que cada legislación tiene claro sus precedentes para poder darle un manejo a las personas que considera como enfermos mentales, se puede ver que aun en ciertos países se utiliza expresiones como loco o imbecilidad o idiotez para referirse a personas con trastorno mental, términos que han sido criticados por la corriente de anti psiquiatría en la medida que considera que estos son estereotipos que estigmatizan a esta personas al referirse a ellas de esta forma, pero en general se logra sintetizar que todas esta legislación consideran que a estas personas que padecen enfermedad mental o anomalía psíquica deben recibir un trato diferente debido su condición y tiene un punto en común y es la incapacidad del individuo de comprender la ilicitud del acto.

Unos de los países europeos que se ha destacado por el manejo que le ha dado los inimputables ha sido España³³ y reino unido, cuya legislación considera que para que un acto sea imputable es necesario que el actor tenga un estado de madurez física y psíquica mínimo (relacionado con su edad), que tenga plena conciencia de los actos imputados, así como suficiente capacidad de

³³Desviat Muñoz,M. EL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN ESPAÑA .*Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germai Leganés. Madrid. ESPAÑA.*

voluntariedad y de libertad. El acto responsable es el que se efectúa con inteligencia para conocer y discernir y voluntad para actuar libremente. Otra cuestión respecto a la inimputabilidad es el grado de irresponsabilidad, de incapacidad.

El Juez puede enviar a los pacientes inimputables o seminimputables para que cumplan la medida de seguridad al centro que considere más idóneo (sea público o privado, de instituciones penitenciarias, sanitarias, centros de toxicomanías para deshabituación, centros educativos especiales o de cualquier otro tipo). En España no existe, como en el Reino Unido, un tribunal auxiliar interinstitucional que pueda ayudar a determinar el sitio más indicado.

Pero si se establecen requisitos indispensables para garantizar una buena práctica y un cuidado ético en las Unidades de hospitalización psiquiátricas.

1. Es aconsejable que en las unidades de hospitalización, como en el resto de servicios de la red, se informe por escrito de los derechos y deberes de los usuarios.
2. Establecimiento de mecanismos de control sobre algunos tratamientos especialmente agresivos con protocolos escritos y consentimiento informado.
3. Que exista un protocolo de contención mecánica.
4. Que exista un protocolo que regule las restricciones cuando sean necesarias (dinero, salidas, teléfono, visitas). El personal debe tener presente que la correspondencia es inviolable.

Que exista y sea claramente accesible un libro de reclamaciones.

5. Promover una carta de derechos y deberes de los usuarios y sus familiares o amigos, a ser posible consensuada con asociaciones de pacientes y familiares del centro o del área sanitaria.
6. Urgir al Ministerio Fiscal en orden a promover la incapacitación de los enfermos internados, cuando ésta fuera realmente procedente.

7. Respeto al derecho a la confidencialidad de los datos de los pacientes.

Todas estas recomendaciones tienen una estricta vigilancia para que se el cumplimiento óptimo de cada una de ellas y así poder manejar de la mejor forma posible a los pacientes inimputables.

No se puede llegar firmara que estos países nunca se llegó a dar violación de derechos fundamentales de pacientes con trastorno mental pues si se presentaron casos que fueron relativamente frecuentes en España pero gracias al seguimiento y al manejo que se dio, estos actos fueron denunciados en el Informe del Defensor del Pueblo, 1992), como el uso de “habitaciones de aislamiento”, encierro que no suele ir acompañado de vigilancia y ha ocasionado repetidas muertes por asfixia (el pitillo que quema el colchón) o el manejo de castigos o la utilización laboral (en Unidades de Rehabilitación o Residenciales) y en ciertos casos explotación laboral.

Otro país que ha dado un buen manejo al tema de inimputables es reino unido además de cumplir con las recomendaciones mínimas para que los establecimientos psiquiátricos que son los encargados del manejo de los inimputables tengan la condiciones optimas y la preparación adecuada por parte del personal existe también el Mental Health Review Tribunal, creado en 1959 por la Mental Health Act en el Reino Unido –existe una por cada región sanitaria compuesto por un jurista, un médico, que generalmente es un psiquiatra, y un funcionario de los servicios sociales –cuando tienen que dirimir sobre un paciente criminal–, el tribunal está presidido por un Juez–, que permite un mayor conocimiento al decidir el destino: centro psiquiátrico mas idóneo y la atención ambulatoria precisa.

8. ANTIPSIQUIATRIA³⁴

8.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANTISQUIATRIA A NIVEL MUNDIAL.

Es importante tener una noción clara del surgimiento de la anti psiquiatría, como una oposición radical a la psiquiatría, como unos de los primeros pilares se encuentra el psiquiatra norteamericano T.Szasz , se le considera parte del movimiento denominado de la “antipsiquiatría”, compuesto por un grupo de autores que sin contacto entre si, son contemporáneos y todos contradicen bases, procedimientos y abusos de la práctica psiquiátrica. Pero Thomas Szasz no se limita a combatir la idea de enfermedad mental, sino que desde una óptica filosófica liberal desenmascara a lo largo de su obra serias e inadvertidas amenazas a la libertad individual enraizadas en esta forma de intolerancia social y grupal que lleva aparejada formas de opresión colectivista.

Sus observaciones parten desde el individualismo metodológico al considerar al ser humano como un individuo libre cuya conducta está guiada por su voluntad, que responde a valores. Los actos de las personas pueden ser tildados de correctos o incorrectos, adecuados o inadecuados, pero no de sanos o enfermos. En contraste con esa visión como ética básica, se encuentra el tratamiento a los individuos “distintos” o “fuera del molde” o “anormales” por parte de la psiquiatría, la medicina y el Estado, que bajo la excusa de protegerlo en su salud se apoderan de su vida. Un aporte de gran importancia para la evolución de la psiquiatría fue en 1957 con su obra dolor y placer donde pone en duda la realidad de la enfermedad mental.

³⁴ www.portalredargentina.com/historia de la anti siquiatria.

8.2 ANTI PSIQUIATRÍA INGLESA

El movimiento anti psiquiátrico inglés ponía en duda el diagnóstico de psicosis crónicas (creían que en el desarrollo de esta categoría desempeñaba un papel fundamental la institucionalización del paciente), pero sin embargo aceptaban la existencia de las "psicosis agudas", en las que había que respetar su evolución normal que debía ir hacia la curación. Era suficiente, por tanto, acompañar al enfermo en su "viaje". Laing denominó a este viaje metanoia, palabra griega que aparecía en los Evangelios y que venía a significar "conversión"o "transformación espiritual". En estos viajes metanoicos de las psicosis (que podían ser producidos también por sustancias psicomiméticas como el L.S.D.) se producía una transformación del espíritu, y son "buenos" o "malos" en función de un medio beneficioso o negativo para tales viajes.

8.3 LA ANTIPSIQUIATRÍA ITALIANA.

En Italia el movimiento antipsiquiátrico, personificado en la figura de Franco Basaglia, iba a conseguir una reforma radical de la atención psiquiátrica: se aprueba en 1978 la ley 180 en el Parlamento italiano. Esta ley preveía el progresivo desmantelamiento de los manicomios y la creación de una serie de servicios descentralizados de acogida y apoyo en estricta colaboración con la comunidad. Esta Ley pretendía bloquear cualquier nuevo ingreso en los manicomios, la creación de unidades territoriales, la gradual reinserción de los ingresados en la comunidad y el cierre total de los manicomios antes de 1996: más de 100.000 personas fueron liberadas gracias a esta Ley. Esto ralmente es una prueba de que la realidad social puede cambiar.

En 1962 Basaglia comienza en Gorizia la transformación del viejo hospital Psiquiátrico, bajo su dirección. Basaglia había trabajado anteriormente con

M.Jones en Londres, donde había aprendido el funcionamiento de una comunidad terapéutica, e intentó desarrollar estos principios en este establecimiento psiquiátrico.

La experiencia de Basaglia le hizo llegar a la conclusión de que el internamiento psiquiátrico únicamente agravaba la enfermedad mental. En *La Negación de la institución* (1968), Basaglia expone que el manicomio es un instrumento de rechazo y de encierro que debe ser destruido y propone que hay que "liberar a los enfermos" (indicaciones que acabarían cristalizando en la controvertida Ley 180). Para Basaglia "la ciencia está siempre al servicio de la clase dominante" y el hospital psiquiátrico es una de las "instituciones de violencia" por medio de la cual dirige y oprime a las masas.

Este pensamiento de Basaglia nos lleva a reflexionara en la situación en la que se encuentran tantos enfermos mentales y afirma que "el objetivo de nuestra acción no debe ser la lucha contra la enfermedad mental, ni tampoco la esquemática afirmación según la cual la enfermedad mental no existe sino como producto social (lo cual no haría más que diferir el problema a un momento organizativo en el que todas las necesidades se vieran satisfechas). La verdadera lucha debería ahora dirigirse contra la ideología que tiende a cubrir toda contradicción natural convirtiéndola en una modalidad adaptada a los instrumentos de gestión y de control, de que progresivamente disponemos. Es decir, adaptada para ser instrumentalizada según los fines deseados"². Según el pensamiento de Basaglia hay que mirar mucho mas allá de simplemente atacar la enfermedad mental en si, como afirman otros autores al considerar que es un invención social, lo que haya que analizar es el fondo la dominación que se puede generar de las contradicciones naturales.

8.4 LA ANTI PSIQUIATRÍA EN FRANCIA:

Las ideas antipsiquiátricas tuvieron gran difusión entre los intelectuales franceses en el ambiente de 1968, pero no consiguió cristalizar en proyectos concretos. Se abrieron en esa época algunos lugares de acogida y de libertad, sobre todo en el ámbito de la psiquiatría infantil y juvenil.

8.5 CONCEPTUALIZACIÓN DE ANTISQUIATRÍA³⁵

El movimiento anti siquiátrico nació en Inglaterra a mediados de los años 60 y sus principales precursores fueron THOMAS SZASZ Y DAVID COOPER, y cuya tesis central de sus postulados es la de rechazar el concepto tradicional de enfermedad mental como anormalidad biopsíquica para ubicarlo en un contexto económico, histórico-social.

Para poder entrar a entender esta concepción de antisiquiatría es necesario tener claro que es enfermedad mental ya que muchos autores han abordado este tema desde diferentes perspectivas.

David Cooper comenta que la violencia esta en el centro del problema³⁶ *“la violencia sutil y sinuosa que las personas "sanas" perpetran contra los rotulados "locos". En cuanto la psiquiatría representa los intereses o pretendidos intereses de los sanos, descubrimos que, en realidad, la violencia en la psiquiatría es la violencia de la psiquiatría”³⁷.*

³⁵ Cooper David, Psiquiatría y Antipsiquiatría, pág. 27,28

³⁶ Revista de psicología.com enfermedades mentales.

³⁷ Lawrence Stevens, J.D. ¿existe la enfermedad mental?

Los nazis gasearon a decenas de millares de pacientes mentales, y otras decenas de millares tienen en el Reino Unido sus cerebros quirúrgicamente mutilados o molidos por aplicaciones de electroshocks y, sobretodo, sus personalidades sistemáticamente deformadas por la institucionalización psiquiátrica. ¿Cómo pueden esos hechos tan concretos basarse en una ausencia, en una negación: la no locura compulsiva de los sanos? En realidad, todo el campo de definición de la salud y la locura tan confuso, y quienes se aventuran en él son tan uniformemente aterrorizados (posean o no "calificación profesional") por los indicios de lo que podrían encontrar, no solamente en "los otros", sino también en sí mismos, que uno debe considerar seriamente la posibilidad de abandonar el proyecto. Creo que resulta imposible avanzar a menos que se desafíe la clasificación básica de la psiquiatría clínica en "psicóticos", "neuróticos" y "normales". Pero entonces, aunque la historia de la psiquiatría haya consistido en gran medida en la elaboración de un inmenso servicio público que toma la forma de grandes hospitales psiquiátricos, clínicas externas, unidades psiquiátricas en hospitales generales y a veces, lamentablemente, del diván del psicoanalista, no deberíamos dejar que ello nos disuadiera de intentar lo que podría verse como una reevaluación radical y posiblemente peligrosa del problema de la locura.

Cooper en su libro de psiquiatría y antipsiquiatría señala un caso real que es el siguiente *Un paciente fue internado en virtud de una "orden de retención"*

(Detention Order: forma de certificación utilizada en Inglaterra, que se rige por la Ley de Salud Mental de 1959; esa orden retira al paciente el derecho a abandonar el hospital por propia decisión, y si lo hace está prevista su reinternación forzada, efectuada por la policía o el personal del hospital). Este joven, entre otras cosas que quedaron sin especificar, se había comportado con agresividad y violencia hacia sus padres y, según constaba en la orden, debía ser recluido, para la protección de terceros, en una institución en la que se observara su estado mental. Los padres habían puesto el problema en las manos del clínico general, el

que, con la asistencia del funcionario correspondiente, extendió la orden de retención. No obstante, al examinar en profundidad las circunstancias de la crisis familiar se descubría que la conducta violenta y agresiva había consistido en: a) romper una taza de té; b) cerrar de golpe y con estrépito la puerta de calle; c) haber dado un tacazo, sólo uno pero bien enfático, en el sendero del jardín, en el que dejó una huella impresa. En el curso de la evaluación de la situación familiar, que incluyó una reconstrucción de la "crisis", se descubrió que la madre del paciente había luchado durante muchos años con una grave depresión. En cierto momento de la historia de la familia, cuando el padre, que era también una persona deprimida, totalmente replegada en sí misma, quedó inválido como consecuencia de un ataque repentino, resultó necesario para la madre librarse de sus intensos sentimientos de culpa para enfrentar con éxito su nuevo y difícil rol de enfermera, y la única persona que podía utilizar como receptáculo de estos sentimientos era su hijo de veinticinco años. Con bastante eficacia, el hijo fue condicionado para actuar en esa función. La situación, en un punto de crisis, se desarrolló en un período de tres a cuatro años.

El hijo, a los veintiún años, había experimentado la habitual sensibilidad extrema acerca de sí mismo. Había proyectado sobre otros sus propios impulsos sexuales y agresivos inaceptables y había experimentado el retorno de esos aspectos como ridículo e incluso como persecutorio. Esto lo llevó a una primera internación. En el hospital proclamó la idea delirante de que era Jesucristo. En ese momento, como en el ulterior que estamos considerando, sobre llevaba vicariamente la totalidad de la culpa de su madre, y en el mundo familiar micro social estaba muriendo para que otros —especialmente su madre— pudieran salvarse. Todos morimos repetidamente muertes parciales a fin de que puedan vivir otras personas, para las que somos ofrendas sacrificiales. El Cristo arquetípico, en cuanto tiene realidad, está en todos nosotros. En este sentido, la proclamación delirante del paciente respondía a la verdad, pero esta era una verdad que nadie podía permitirle que él reconociera. Si interpretamos los hechos de este modo, apreciamos el valor del

aforismo del psiquiatra norteamericano que definió el delirio como una idea verdadera del paciente, queda manera delirante el psiquiatra toma en sentido literal. Pero lo opuesto a lo literal no es necesariamente lo metafórico. La realidad existencial de una persona trasciende esta oposición.

Cuando este joven ingresó en el pabellón de observación mental encontramos que estos hechos obvios habían sido ignorados o distorsionados de un modo peculiarmente uniforme; para entender la realidad de la violencia psiquiátrica debemos hacernos, precisamente, alguna idea sobre lo que es la distorsión. El paciente mental, una vez rotulado como tal, es obligado a asumir un rol de enfermo. A este rol le es esencial cierta pasividad. Se supone que existe una enfermedad que, proviniendo de algún modo del exterior de la persona, es un proceso que la altera. El paciente es afectado, alterado de tal manera que en su propia situación de alteración y cambio él se convierte en algo relativamente innecesario. Es reificado y se convierte en el objeto sobre el cual labora el proceso de la enfermedad. El proceso es sufrido, padecido. Se supone que nadie ha hecho nada en absoluto hasta la puesta en escena montada por el psiquiatra, el cual (a veces, y por lo general desastrosamente) cura las partes putrefactas. La enfermedad es algo que le ocurre a la persona, la cual, en cuanto se trata de algo que meramente ocurre, se convierte en nadie de un modo totalmente literal. Como portador de los síntomas que resultan de un proceso, el paciente es prescindible como persona, y por lo tanto se prescinde de él. Quedamos en compañía del médico que encara un campo no humano de síntomas (que siempre deben ser superados o suprimidos) y el proceso de la enfermedad (que, si es posible, debe ser eliminado). Esta pre estructuración de la situación que surge cuando alguien ingresa en el hospital para enfermos mentales implica de modo inmediato que lo que ha sucedido entre el paciente y otras personas posee un significado sólo secundario (si es que tiene alguno) con respecto a la presunta enfermedad. Decir esto de ningún modo implica atribuir al médico alguna malevolencia o falta de "calor humano".

El reconocimiento de esta violencia encuentra su más exacto paralelo en el pensamiento psiquiátrico corriente en el concepto de "institucionalización" en el hospital psiquiátrico. Pero resulta irónico que esta crítica de la institucionalización haya así mismo caído en la trampa del pensamiento institucionalizado, en particular al producir ideas como la de "neurosis institucional".

La invención de esta curiosa enfermedad (otra enfermedad) ha llevado a uno de sus protagonistas a enumerar factores causales, síntomas, diagnósticos, pronósticos y tratamiento. Si no se puede encontrar un virus real, se inventa un virus social

8.6 ENFERMEDAD MENTAL DESDE UN PUNTO ANTISIQUIATRICO

En el artículo de la revista psicología.com, llamado enfermedades mentales se define como hechos médicos que trastornan a la persona por pensamientos, sentimientos, estados de ánimo, capacidad para relacionarse con otras personas o pérdida de la capacidad de actuar autónomamente. Al final la enfermedad mental lo que impide a la persona que la padece el interactuar normalmente con el medio en el que vive³⁸

Esta definición es considerada difusa haciendo una crítica desde el punto de vista de la antipsiquiatría, ya que no especifica cuáles son aquellos hechos médicos que logran trastornar a la persona, de igual manera no existe un soporte biológico que indique que un individuo se relaciona de manera normal o anormal con el medio a que lo que influye son factores externos tales como la conducta o el comportamiento que dice llamarse adecuado.

³⁸ VASQUEZ ROCA, A antipsiquiatría; deconstrucción del concepto de enfermedad mental.

En el artículo ¿existe la enfermedad mental? de Lawrence Stevens, J.D. Demuestra que no hay anomalías biológicas responsables de las llamadas enfermedades o trastornos mentales porque la enfermedad mental no tiene existencia biológica.

“El decir que alguien tiene una “enfermedad” siquiátrica sólo porque él o ella no encaja en el cuadro del supuesto diagnosticador o con las ideas de otros sobre cómo “debe ser” respecto a los estándares de vestirse, conducta, pensamiento u opinión. Claro, cuando esto involucra violar los derechos de otros, el no acatarse a las normas o valores sociales debe detenerse por medio de la ley. Pero el llamarle a una conducta que no nos gusta “enfermedad”, o el suponer que debe estar causada por una enfermedad sólo porque es inaceptable para los valores actuales, carece de sentido. Nosotros le llamamos así porque no conocemos las verdaderas razones del pensamiento, emociones o conducta que nos desagradan. Cuando no entendemos estas razones, creamos mitos para dar una explicación.”³⁹

Este artículo soporta la crítica que se hace de la definición dada en el artículo psicología.com, donde se etiqueta a un individuo como enfermo mental solo por el hecho de no tener una conducta considerada como normal, estigmatizándolo y marginándolo, esta es otra de la crítica que hace la antisiquiatría frente a los etiquetamientos y la exclusión a la que se somete al mal llamado enfermo mental y se abordara mas adelante.

En el artículo ANTIPSIQUIATRÍA; DECONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL Por Adolfo Vásquez Rocca se aborda el tema de la enfermedad afirmando la posición de que hay un soporte biológico y haciendo una crítica enfática en la reclusión en centro siquiátricos como aun “solución” a la “enfermedad mental”

³⁹ Gov't Printing, A (1992). La biología de los trastornos mentales, U.S. pp. 13 & 46

*“En la mayoría de las así llamadas enfermedades mentales, no hay un correlato orgánico, una lesión neurológica, un trastorno químico, no hay un gen de la locura.; salvo en situaciones excepcionales como la depresión endógena, donde hay un problema a nivel de neurotransmisores (serotonina), pero si es una enfermedad es una como cualquier otra, no constituye una categoría aparte, ella - como cualquier otra- puede ser medicada, lo que es distinto a ser sedada, mantener en un estado de semi-inconsciencia; y si puede ser tratada aún cuando sea crónica, como la diabetes, no se justifica que existan Hospitales especiales - segregados- como el Psiquiátrico, la Clínica, etc., la locura no es contagiosa”.*⁴⁰

Se puede llegar a inferir que hay mucha disparidad sobre el tema de enfermedad mental pero para el movimiento anti siquiátrico la terminología mas adecuada es la de trastorno mental (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana). En 1992 un panel de expertos reunidos por la Oficina del Congreso Americano de Evaluación Tecnológica concluyó: “Muchas preguntas quedan sin contestar acerca de la biología de los trastornos mentales. De hecho, las investigaciones aún tienen que identificar causas biológicas específicas para cualquiera de estos trastornos... Los trastornos mentales se clasifican sobre la base de síntomas porque aún no existen signos biológicos o pruebas de laboratorio para ellos”⁴¹

La definición que se adorda en el libro psiquiatría toxica soporta la teisis antisiquiatrica afirmando: “no hay evidencia que cualquiera de los trastornos psicológicos o psiquiátricos tenga un componente genético o biológico”⁴²

⁴⁰ Gota Pintan, A (1992). La biología de los trastornos mentales, U.S. pp. 13,46)

⁴¹ Dr. Bregan, P (1991)Psiquiatría tóxica. p. 29

⁴² Dr. Jerrold S. (1985). La nueva psiquiatría. pp. (19 ,36).

Al igual que el concepto de el profesor Dr. Jerrold S. Maxmen quien afirma “Es un hecho no reconocido el que los psiquiatras son los únicos especialistas médicos que tratan trastornos que, por definición, no tienen causas o curaciones conocidas... Un diagnóstico debe indicar la causa del trastorno mental, pero como diré posteriormente, como las etiologías de la mayoría de los trastornos mentales es desconocida, los actuales sistemas de diagnóstico no pueden reflejarlos”⁴³

Por tanto se puede decir que después de analizar las diferentes definiciones que se abordan de enfermedad o trastorno mental, la tesis que plantea la antisiquiatría tiene sus soportes ya que no se ha podido demostrar la existencia de una anomalía biológica o psíquica, la tarea en la que se empeña el movimiento antisiquiatrico es demostrar la influencia de factores externos sociales, económicos y culturales que influyen en el individuo y pueden generar un trastorno.

8.7 POSTULADOS DEL MOVIMIENTO ANTI SIQUIATRÍA

Estos postulados fueron planteados por el doctor Guillermo Pérez en su libro enfermedades mentales y siquiatria ⁴⁴:

a) Rechazo del modelo medico tradicional aplicado a la psiquiatría y del manicomio-asilo, autentico productor de trastornos irreversibles.

Respecto al modelo medico tradicional dificulta una aproximación al paciente lo que genera una incomprensibilidad e inaccesibilidad entre el medico tratante y el tratado lo que dificulta en gran forma la recuperación del individuo.

⁴³ Pérez, G enfermedades mentales y siquiatria

⁴⁴ LAING, J UNA PANORAMICA DEL DISCURSO ANTISIQUIATRICO.INFORMACIONES PSQUIATRICAS.

b) En su formación, el psiquiatra, debe estar preparado para luchar contra el sistema que permite las condiciones nefastas de la actual asistencia lo que busca el movimiento antisiquiatrico y plantea en este postulado es que el psiquiatra no permita que se comentan actos de violencia por cualquier otra conducta que llegue afectar al paciente y de ser así que el psiquiatra de ser necesario luche contra el sistema.

c) El enfermo mental no es un ser anormal que deba ser cambiado, sino la victima inocente de un sistema patógeno que proviene de un medio que manifiesta constantemente las contradicciones y conflictos de la sociedad. (malestar de la cultura) este postulado ya se abordado respecto al tema de la enfermedad mental separándola de la anomalía biológica y reforzando la posición antisiquiatrica de los efectos que puede generar la sociedad, en sus ámbitos económicos y culturales en el individuo.

d) La enfermedad mental es una invención oportunista y opresiva de la sociedad y de la psiquiatría. La familia y el grupo, después de perturbar a ciertos sujetos, los declara enfermos y los "aniquila" con el tratamiento.

La antisiquiatria considera que el ser humano se ve perturbado por situaciones de su entorno lo que genera que la sociedad lo llegue a estigmatizar y a marginara para ejercer una opresión sobre el e incluso manipulación.

e) La psiquiatría tradicional es un simple mecanismo de represión; constituye una disfrazada violencia oficial (o institucional).

f) No debe existir fronteras - y menos amenazantes- entre personal y paciente, entre salud y locura.

g) La esquizofrenia es la consecuencia de toda una serie de represiones perpetradas por la familia y la sociedad. A esta violencia le siguen procesos de relegación que desembocan en la institución psiquiátrica.

8.8 APORTES CRÍTICOS DE LA ANTI SIQUIATRÍA

Cada uno de los precursores del movimiento anti siquiátrico abordado los diferentes aspectos que considera no adecuados de la psiquiatra como las practicas o los tratamientos y ha hecho una critica al respecto.

8.8.1 Aportaciones criticas de la anti siquiatría según LAING⁴⁵

Estos son algunos de los avances que se han conseguido respecto a los postulados anti siquiátricos.

A) critica al aparato conceptual de la siquiatría Laing ha planteado un intento de un nuevo método de aproximación descriptivo aproximativo a las psicosis basado en fenomenología existencia y el sicoanálisis, este tipo de criticas basado en la relaciones interpersonales y el doble apremio ha puesto a los antipsiquiatras en estrecho contacto con la escuela americana de comunicación.

B) Critica a la aptitud de psiquiatra tradicional. Se niega a la idea de paciente como irrecuperable y se deplora el papel de carceleros, se niega su connotación psiquiátrica y se niega la enfermedad del paciente como definición científica.

C) critica de los hospitales spiquiatricos. Considerados como autenticas cárceles de segregación productores de segregados. Anotara que es segregación.

⁴⁵ VASQUEZ, A(2006). ANTIPSIQUIATRÍA: DECONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL. REVISTA PSICOANALISIS Y ESTUDIOS CULTURALES.

D) crítica a la actitud y a las teorías que consideran la desilusión y al delirio psicótico como meros productos de desecho o subproductos de la actividad mental.

E) crítica de la actitud psiquiátrica que considera el trastorno, la enfermedad psiquiátrica como un proceso autónomo, independiente del pasado o del medio ambiente del sujeto, simplemente como algo que irrumpe en su vida de manera brusca e inopinadamente.

Por último es muy importante dejar en claro que la antisiquitria es la crítica de la dicotomía sociedad/ hospital psiquiátrico y más aun de la otra dicotomía tratamiento ambulatorio/ tratamiento en hospital cerrado.

Son muchos los postulados y las críticas que se han abordado respecto a la psiquiatría, desde nuestro punto de vista, algunos de estos planteamientos pueden llegar a ser muy radicales en el sentido que se puede considerar el trastorno mental como una invención de la sociedad por tanto no se hace necesario un tratamiento para ello y esta es una de las críticas más fuertes que los psiquiatras hacen de la antisiquitria, pero si se tiene otra perspectiva de las cosas se puede observar que lo que busca el movimiento antisiquitria y lo que ha logrado a través de su trayecto a sido poder cambiar la situación en la que se encontraban muchos individuos considerados como “locos” o “dementes” sometidos o tratamientos realmente nocivos para ellos, reducidos a condiciones precarias como es el caso de los abusos psiquiátricos cometidos en la unión soviética donde se dio una manipulación de la práctica de la medicina donde los médicos psiquiatras diagnosticaba a los disidentes políticos como dementes para poder someterlos a una intervención involuntaria donde eran recluidos en centros psiquiátricos por largos periodos de tiempo y obligándolos a consumir fármacos, todo esto basado en el idealismo de que en una sociedad totalitaria la desobediencia era un síntoma de locura, muchos de estos individuos que permanecieron bajo un tratamiento psiquiátrico y que a través de él se pudieron

evidenciara que no tuvieron ninguna mejoría y que la psiquiatría tradicional o dio los resultados esperados y por el contrario fueron vulnerados sus derechos y se vieron

8.8.2 Aportaciones críticas según Vásquez Rocca

Uno de los principales impulsores de la lucha contra la psiquiatría tradicional fue ADOLFO VASQUEZ ROCCA³⁷ quien consideraba la antipsiquiatría, asociada fundamentalmente con políticas de izquierda, reclamaba la desinstitucionalización de las prácticas psiquiátricas. Al mismo tiempo y desde un ángulo totalmente diferente, los políticos de la extrema derecha, incluyendo a Ronald Reagan en los Estados Unidos y Margaret Thatcher en el Reino Unido, dieron su apoyo a la “asistencia comunitaria” ya que se oponían a la idea de un Estado benefactor y les interesaba eliminar esas costosas camas de los hospitales psiquiátricos. Enfermedad, y no hacer de los enfermos mentales una categoría aparte, a los que se encierra y se cuida de manera imperativa.

8.8.3 Aportaciones críticas de la anti siquiatria según szasz

En el libro la fabricación de la locura de Szasz hace una clara comparación de la psiquiatría con la inquisición y hace una distinción ente la psiquiatra institucional la cual define como *“todas las intervenciones impuestas a las personas por los demás. Estas intervenciones se caracterizan por la completa pérdida, por parte del denominado paciente, del control de la relación con el psiquiatra. Su aspecto económico más importante es que el psiquiatra es un empleado pagado por una entidad privada o pública. Su característica social más destacada es el uso de la fuerza o del engaño”* y la psiquiatra contractual *comprende todas las intervenciones psiquiátricas buscadas por las personas, motivadas por sus dificultades o problemas. Estas intervenciones se caracterizan por la completa retención, por parte del llamado paciente, del control de la relación con el*

*psiquiatra. Su aspecto económico más importante es que el psiquiatra es un profesional privado pagado por la propia persona (en nuestros días, la situación se complica por la existencia de los seguros médicos). Su característica social más notoria es la evitación de la coacción o del engaño*⁴⁶

Estas dos definiciones dejan en claro unos de los postulados de la antisiquitria que es la vulneración de la libertad a la cual someten al paciente al obligarlo a un tratamiento o a una reclusión a un centro psiquiátrico en contra de su voluntad zans plantea esta distinción pero hace énfasis en la distinción que puede llegar a existir entre un psiquiatra privado y uno que sea asignado por el estado, infiriendo en la preferencia del psiquiatra contractual.

8.9 INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS FÁRMACOS

Este postulado abordado por la antisiquitria tiene su base en la manipulación de la utilización de los fármacos como una forma de abuso de poder en el libro historia de la psicofarmacología de López Muños³⁹ hace una breve reseña del los antecedentes de los fármacos.

Antecedentes históricos de la psicofarmologia en la psiquiatría:

La industria farmacéutica surgió sobre los últimos años del siglo XIX, sus inicios tuvieron lugar en Alemania como consecuencia de la escenario de la industria química, el desarrollo de laboratorios se propago suiza y Francia, durante el siglo se produjeron antitoxinas los primeros alcaloides derivados de alimentos como el aceite de hígado y extractos de malta, después de la segunda guerra mundial muchas industria empezaron a elaborar fármacos, durante muchos años la farmologia fue disciplina empírica en busaca de apoyo científico, surgieron

⁴⁶ La fabricación de la locura de Szas.

medicamentos como la cetilcolina actuaba como un neurotransmisor, hubo muchos experimentos y de ellos resultaron accidente muchos fármacos como la clorpromazina que fue un éxito inesperado en la psiquiatría por su efecto de fármaco calmante , luego surgió un medicamento llamado iniparamina y tuvo mejores resultados en pacientes esquizofrénicos , posteriormente se empezó utilizar en litio en los tratamientos psiquiátricos, a finales de la década de 1970 el auge que había adquirido la utilización de farmacos en psiquiatría superaba todas la expectativas la demanda y fármacos se incrementos insuperablemente el gran desarrollo que ha tenido psicofarmacología a través del tiempo se debe en gran parte a la farmologia.

Uso de los fármacos como medios de dominación en la psiquiatría⁴⁷:

Los usos inapropiados de la psiquiatría por parte del gobierno y la vulneración a la que se ve sometida los individuos ha sido un hecho por largo tiempo, el sometimiento de los individuos a tratamientos involuntarios, un ejemplo de esta situación de dominación es el caso nazi donde el gobierno junto con los médicos psiquiatras del momento utilizaron drogas y por medio de la mediación excesiva ocasionaban la muerte de los pacientes, la psiquiatría era la especialidad medica con mayor participación en los programas de exterminio ya que la ideología nazi apuntaba ala enfermedad mental como objetivo para la esterilización y eutanasia. En china se dio el abuso por parte de la psiquiatría biológica al marginar a los disidentes políticos a centros psiquiátricos donde eran sometidos a todo tipo de vejaciones manteniéndolo dopados mediante el uso abusivo de los fármacos. para fines militares como el LSD fue muy común junto con la cia y el ejercito de daba la utilización de fármacos para debilitar al enemigo se solía probara en militares con trastornos mentales como en el caso de gran Bretaña, la utilización de fármacos en los centros de detención de inmigrantes en Austria suministrándole diacepan con el fin de mantenerlos dopados y que no sean consientes de sus actos.

⁴⁷ López Muños historia de la psicofarmacología. pp 1168- 1170

Los abusos que se han dado por medio de la psiquiatría mediante el uso de fármacos son muchos se han cometido actos de barbarie con individuos que quedaba a merced del dominio de sus médicos los cuales aprovechaban para catalogar de enfermo mental a cualquier persona que no compartiera el mismo pensamiento del gobierno o ideal político o incluso etnia o raza.

El dominio de la industria farmacéutica⁴⁸

La crítica que hace la anti psiquiatría respecto a la grandes compañías farmacéuticas y su nexos con la psiquiatría tradicional, incluso se llega a afirmar que mucho de los experimentos que hacen los médicos psiquiatras acerca de medicamentos son costeados por empresas como el gran aporte económico que hacen a la APA (american psychiatric association), los diagnósticos que dan los psiquiatras a comportamientos tales como el caso de la hiperactividad en los niños son tratamiento farmacéuticos desde temprana edad se está ejerciendo un dominio sobre el individuo quien no tiene usos de razón para decidir sobre si desea o ser sometido a este tipo de tratamiento y esto genera grandes ingresos para la industria farmacéutica.

Drogas de uso psiquiátrico rechazadas por la antisiquitria

En el artículo de Drogas psiquiátricas: ¿medicina o curanderismo por Lawrence Stevens, J.D.⁴⁹ se aborda el tema de las drogas que son rechazadas latentemente por la anti psiquiatría por considerarlas nocivas para la salud y que son las que mas frecuente mente se medican en la psiquiatría como una posible solución al trastorno mental que padecen los paciente.

⁴⁸ López Muños historia de la psicofarmacología pp 1420-1430

⁴⁹ Roger Williams, "¿Una decisión precipitada?: enfrentando las secuelas de un episodio maniaco

ANTIDEPRESIVOS: en su libro Venciendo a la depresión el Dr. Andrew Stanway dice: “Si las drogas antidepresivas fueran realmente tan efectivas como se anuncia, los índices de ingreso a hospitales por depresión habrían disminuido los últimos veinte años en que han estado disponibles. Desgraciadamente, esto no ha ocurrido.... Muchas pruebas han mostrado que los triciclos apenas son más efectivas que los placebos, e incluso se ha encontrado que algunos no son tan efectivos que ese tipo de placebos o pastillas falsas” el libro Drogas siquiátricas: un peligro para el cerebro, el Dr. Peter Breggin asevera: “La cuestión más importante sobre los antidepresivos más usados es que no producen un efecto específico. De igual manera que los neurolépticos hacia los que están emparentados, son altamente neurotóxicos e inhabilitantes del cerebro y logran su impacto por medio de interrumpir el funcionamiento normal del cerebro... Sólo la ‘opinión clínica’ de los que promueven estas drogas habla de efectos antidepresivos”.

LITIO: Se dice que el litio ayuda a la gente cuyos humores cambian repetidamente de encontrarse en júbilo a desalentado y otra vez a júbilo, etc. Los siquiatras le llaman a esto trastorno maníaco depresivo o trastorno bipolar.

En realidad el litio causa un estado de letargo donde mantiene a la persona que lo consume en una actitud apacible incluso genera depresión Una persona que cree en la terapia del litio admitirá que causa “un sentimiento ligeramente depresivo y generalmente letárgico” y le llamará “letargia estándar” causada por litio⁵⁰

TRANQUILIZANTES MENORES / MEDICAMENTOS CONTRA EL ANSIA: Entre las drogas siquiátricas más usadas están las llamadas tranquilizantes menores: Valium, Librium, Xanax y Halcion. Los médicos que las prescriben dicen que poseen un efecto c los llamados tranquilizantes menores no curan nada sino son meramente drogas que bloquean el funcionamiento cerebral. En ciertas

⁵⁰ Lawrence Stevens, J.D. Drogas siquiátricas: ¿medicina o curanderismo

pruebas clínicas para un juicio, el 70 por ciento de las personas que toman Halcion “desarrollaron pérdida de memoria, depresión y paranoia calmante contra la ansiedad y que suprime estados de pánico, o que son buenas para dormir⁵¹.

Como la mayor parte de los medicamentos psiquiátricos, el uso del medicamento eventualmente causa un incremento en los mismos síntomas que se supone la droga debe aminorar. Así aseguro BREGGIN en su libro *psiquiatría tóxica*⁵².

MEDICAMENTOS SIQUIÁTRICOS CONTRA EL SUEÑO: Contrariamente al alegato que los tranquilizantes mayores y menores y los antidepresivos son buenos para dormir, el efecto es bloquear el *verdadero* sueño. Ya que impiden el poder soñar el cual según investigaciones se ha podido demostrar que es vital para el individuo.

LOS TRANQUILIZANTES MAYORES / NEUROLÉPTICOS / ANTISICÓTICOS / ANTIESQUIZOFRÉNICOS: En esta categoría hay medicamentos tales como Thorazine (clorpromazina), Mellaril, Prolixin (flupenazina), Compazine, Stelazine, Haldol y muchos otros. Pero esto es simplemente deshabilitar a la gente, no terapia. La droga temporalmente deshabilita o destruye tanto una buena parte de la personalidad de una persona como la mala. Hasta qué grado la deshabilitación que impone la droga pueda superarse al discontinuar su uso depende de por cuanto tiempo se haya administrado, y a qué dosis. Las drogas llamadas tranquilizadores mayores o antisicóticos o neurolépticos dañan el cerebro más clara, severa y permanentemente que cualesquier otras usadas en psiquiatría. Los doctores Joyce e Iver Small, profesores de psiquiatría en la Universidad de Indiana, critican a los psiquiatras que usan “medicamentos psicoactivos que se sabe tienen efectos neurotóxicos”, y hablan de que cada vez se “incrementa el reconocimiento sobre los perjuicios a largo plazo, y a veces irreversibles, en el funcionamiento

⁵¹ depresivo” en la revista *American Health*, octubre 1991, p. 20)

⁵² BREGGIN. *Siquiatría tóxica*.

cerebral inducido por las drogas neurolépticas. En estos casos la evidencia de daño cerebral no es sutil sino patente a todas luces ¡incluso para un observador casual!”⁵³

Se puede afirmar que son muchos los medicamentos que se utilizan en psiquiatría para tratar diferentes trastornos mentales es claro que estos medicamentos no son la cura del problema mental simplemente son una herramienta que le permite al psiquiatra poder lidiar mas fácilmente con el paciente, pero desde el punto critico de los antisiquitras se puede decir que es una forma de dominación del medico sobre el paciente , las camias de fuerza, los medicamentos como los sedantes son formas de disciplina que emplea el psiquiatra sobre el paciente para poder tenerlo a su merced.

Las posiciones que se abordan en el movimiento antisiquiatrico como ya se han mencionado anteriormente son muchas, es importante dejar en claro que muchas de las teorías antisiquitras ven los tratamientos psiquiátricos como obsoletos ya que consideran que la enfermedad mental es una invención de la sociedad, esta antisiquiatría radical hace ver este movimiento un poco ridículo, pero analizando la trayectoria que ha tenido la antisiquiatría hasta la actualidad se pueden ver los avances que se han dado respecto a poder atenuar los abusos que se dan en centros psiquiátricos, así como logara salvaguardar los derechos fundamentales de los pacientes que son sometidos aun tratamiento psiquiátrico.

Otro postulado rechazado por el movimiento anti siquiátrico es la hospitalización involuntaria.

⁵³ *Ciencias de la conducta y del cerebro*, marzo, 1984, p. 34.

8.10 HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA

En lo que respecta a la hospitalización involuntaria entendida como el hecho de admitir y retener con fines de tratamiento a una persona afectada de trastornos mentales en un hospital o establecimiento médico u otro lugar sin que el paciente haya hecho la demanda de su ingreso, esta postura es rechazada radicalmente por la antisiquiatría por considerarla violatoria de derechos fundamentales como la libertad, y la autonomía al someter a un paciente a tratamiento sin su consentimiento, en el caso de nuestra investigación ya que va dirigida a lo inimputables que aunque no ingresan a los centros psiquiátricos por voluntad propia si media una orden judicial que soporta su reclusión como medida de seguridad.

8.11 HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS ANALIZADOS DESDE LA POSTURA ANTISQUITRICA:

El hospital psiquiátrico es un recurso genuino que la comunidad posee en cuestiones de Salud Mental en un momento en que todo aparece degradado. La institución ofrece a estos pacientes los lugares necesarios para desplegar lo dramático de su existencia encontrando en ese contexto a los profesionales dispuestos a acompañarlos con el cuerpo y la palabra en el lugar donde conviven con sus pesadillas, sus vacíos y sus horrores⁵⁴.

Se puede decir que los centros psiquiátricos u hospitales psiquiátricos son lugares que por lo regular alojan en sus instalaciones individuos con trastornos mentales para ser diagnosticados y darles el tratamiento requerido.

⁵⁴ Fudín Mónica y otros. El Hospital Psiquiátrico Hoy. Presentado Premio Faccio Hospital Borda 1999

El Hospital Psiquiátrico ha sido, durante un largo periodo histórico la institución básica de la asistencia psiquiátrica, social y profesionalmente aceptado, al menos, como un mal menor imprescindible para enfrentarse a un conjunto de personas con conductas que parecían requerir un mecanismo de control específico, cuya dureza parecía ser simplemente un mero reflejo de las especiales características de dichas conductas y de la escasez de procedimientos técnicos para erradicarlas⁵⁵

Aquí es importante traer a colación el trabajo de campo realizado por GOFFMAN entre los años 1955 y 1956 “internado”⁴⁸ en un hospital psiquiátrico de Washington, con el objetivo de conocer sobre el mundo social de los pacientes hospitalizados desde su propia experiencia subjetiva. El autor aborda el tema de la instituciones totales refiriéndose a ella: *“Una institución total es un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada burocrática y formalmente”*.

Por tanto se puede decir que desde la perspectiva de este autor se refiere a estos hospitales psiquiátricos como lugares de total aislamiento para las personas que allí se encuentran hace énfasis en un totalitarismo y dominación.

En cuanto a la relación entre (internos y personal) Goffman sostiene: *“Cada grupo tiende a representarse al otro con rígidos estereotipos, por lo que hay una escisión básica entre ambos, la movilidad social es restringida, la distancia social esta formalmente prescrita, la comunicación (aunque es necesaria) de los internos con los niveles superiores es controlada, también se restringe el paso de la información, es característico mantenerlos en la ignorancia de la toma de decisiones sobre su propio destino, este hecho proporciona al personal una sólida base para guardar la distancia y ejercer su dominio sobre los internos”*.

⁵⁵ Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona, Barral, 1975. Págs.: 99-154.

"Los hospitales psiquiátricos están erigidos para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad.

Las características centrales de estas instituciones, siguiendo la postura de Goffman pueden describirse de esta manera: *"Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar, bajo la misma autoridad y en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Por otro lado, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce a la siguiente, y se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales y explícitas y por un cuerpo de funcionarios*

Como sostiene Galende: *"Al individuo institucionalizado nada le es permitido conservar como propiedad, su circulación controlada; renuncia a la privacidad; intimidad impedida (el baño en común y sin puertas, las funciones corporales a la vista, las puertas sin su control, la habitación compartida, etc.) y la pérdida de su singularidad como individuo, equivalente a un estado de fusión- confusión con el otro. (Desde el número o diagnóstico que reemplaza al nombre propio, la pérdida de la libertad, de los derechos civiles, etc.)"* Como expresa Foucault en su texto clásico sobre la locura: *"el enfermo se ve afectado por el espectáculo deprimente de un hospital al que todos consideran como "el templo de la muerte".⁵⁶ La melancolía del espectáculo que lo rodea, las contaminaciones diversas, el alejamiento de todo, agrava el sufrimiento del paciente y terminan por suscitar enfermedades que no se encontrarían espontáneamente en la naturaleza, porque parecen creaciones propias del hospital. La situación del hombre hospitalizado comporta enfermedades particulares, una especie de "hospitalismo" anterior a su*

⁵⁶ Goffman, Erving: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Ed. Amorrortu. Bs.As. 1980.

definición. En efecto, ninguna enfermedad de hospital es pura, el hospital es creador de enfermedad.

Son mucho los centros psiquiátricos que existen en nuestro país y es claro que la evolución que se ha dado a lo largo del tiempo de los centros psiquiátricos ha superado la imagen que se tenía de ellos en tiempos atrás considerados como asilo o manicomios, la visión actual es de centros que brindan ayuda a través de personal profesional y altamente calificado para tratar a persona con trastornos mentales, hay una clara distancia entre centros psiquiátricos los que son de naturaleza privada y los llamados empresas social del estado, entendida como una institución prestadora de servicios de salud que tiene la función de prestar los servicios la población de los distintos regímenes del sistema de salud sea contributivo o subsidiado, entre las cuales se encuentra la empresa social del estado hospital psiquiátricos San Camilo

8.12 EXPERIMENTO EN ANTIPSIQUIATRIA LLAMADO VILLA 21 DE DAVID COOPER⁵⁷

Según la experiencia de David Cooper como psiquiatra en un hospital de Londres, en donde proliferaban la alienación, el extrañamiento y la violencia sutil, este mismo propuso una alternativa a tratamiento psiquiátrico que llamo villa 21.

La inauguración de la Unidad Villa 21 en enero de 1962 respondió a un esfuerzo por satisfacer 3 necesidades principales que el había enfrentado durante el ejercicio de su profesión, como lo son problemas de organización, necesidad de Investigación, En tercer término, se necesitaba establecer un prototipo viable de unidad autónoma pequeña que pudiera funcionar en una casa grande de la comunidad, fuera del contexto institucional psiquiátrico

⁵⁷ Cooper David, Psiquiatria y antipsiquiatria, pag 96

Ese pabellón tenía diecinueve camas en el primer piso (un dormitorio y cuatro habitaciones laterales) y, en la planta baja, una sala de estar, un comedor, oficina y vestuario para el personal y dos habitaciones pequeñas, una de las cuales se utilizaba para reuniones de grupos pequeños y la otra como habitación de reposo. En la planta baja había lavatorios, y en el primer piso lavatorios y baño (una bañera). El corredor principal separaba los lavatorios y la oficina del personal de las dependencias en las que vivían los pacientes. Los internados eran varones cuya edad oscilaba entre los quince y los últimos años de la segunda década de vida. Aproximadamente a las dos terceras partes se les había diagnosticado esquizofrenia; el resto llevaba rótulos tales como "crisis emocional adolescente" o "trastorno de la personalidad". Primero seleccionamos pacientes encuadrados en estas categorías entre los de los otros pabellones del hospital; algunos de ellos ya habían sumado varios años de hospitalización. Gradualmente, después de unos pocos meses, estos pacientes fueron abandonando la unidad, y en su reemplazo internamos a otros que pasaban por su primera o segunda postración psicótica y que tenían una experiencia de institucionalización relativamente pequeña.

La selección del personal se realizó durante un período de un año, antes de la apertura del pabellón como "unidad de tratamiento". El proceso envolvió numerosas discusiones individuales y grupales. La selección se centró en los enfermeros y cabos más jóvenes cuya actitud hacia el trabajo era menos probable que hubiera sido deformada por la institucionalización y que parecían más capaces de tolerar las inevitables ansiedades del trabajo terapéutico grupal. Finalmente se seleccionó un enfermero y un cabo para cada uno de los dos turnos diarios. También habría por turno un practicante de enfermería, pero este miembro del personal cambiaba de pabellón al cabo de períodos de dos a cuatro meses, para obtener experiencia en las diversas secciones del hospital como parte de su programa de entrenamiento.

Al principio trabajaron en la unidad tres médicos, cada uno en un grupo terapéutico diario de cinco a siete pacientes. En esta etapa, los encuentros de la comunidad (todos los pacientes y todo el personal) se realizaban solamente dos veces por semana. Después de algunos meses, a causa en parte de que se sintió la necesidad de encuentros de la comunidad más regulares, y en parte por la reorganización de los horarios de los médicos, se decidió que esos encuentros fueran diarios.

En el programa inicial los grupos se clasificaron en "programados" y "espontáneos".

Los grupos programados eran:

a) El encuentro diario de la comunidad,

Los médicos y la trabajadora social concurrían a la reunión divisional de médicos en el sector masculino del hospital). Este encuentro, que incluía a la totalidad de pacientes y personal del pabellón, estaba destinado a la comunicación sobre problemas que afectaban al conjunto: por lo general el acting-out perturbador de un individuo o subgrupo, quejas de los pacientes o del personal, o disposiciones prácticas para las actividades ocupacionales o recreativas.

b) Los dos grupos terapéuticos más formales, en los cuales la mitad de los pacientes se reunían desde las 10 y 30 alas 11 y 30 de la mañana con uno de los médicos y el enfermero o cabo que atendía constantemente al grupo del que se trataba. Más adelante describimos acabadamente la naturaleza de estos grupos)

Los grupos de trabajo.

Dos grupos que se reunían desde las 14 hasta las 16 y 30, todas las tardes; uno de ellos con la terapeuta ocupacional, el otro con el enfermero. Cada grupo tenía su

propio proyecto; los dos proyectos más prolongados durante el primer año fueron un trabajo de decoración de interiores y otro de fabricación de juguetes.

d) Encuentros grupales del personal.

El personal se reunía diariamente, de modo breve e informal, antes y después del encuentro de la comunidad, y con frecuencia también hacia el atardecer; había asimismo un encuentro "irregular".

Los grupos "espontáneos" se constituían en cualquier momento del día o la noche en torno de algún problema en particular: desde la consideración crítica de un programa de televisión hasta el intento de tratar el acting-out perturbador de algún paciente. Un miembro del personal debía estar "en conocimiento" de la mayoría de tales reuniones, pero en la estructuración de la unidad se esperaba que alguien comunicaría los acontecimientos significativos de los grupos espontáneos en los encuentros de la comunidad.

Desde hace mucho tiempo se reconoce que gran parte de la conducta violenta de los pacientes mentales es directamente reactiva a la restricción física. Si cualquier persona corriente es aferrada por varios hombres corpulentos que le aplican un chaleco de fuerza por razones que son oscuras para ella, y sus intentos de obtener alguna explicación resultan inútiles, su reacción natural será luchar. Ya no estamos en la época de los chalecos de fuerza, y las habitaciones acolchadas también han dejado de emplearse, pero no hace mucho tiempo el autor vio a un paciente pateando y gritando con un chaleco de fuerza colocado. Varios policías lo llevaban al pabellón de observación: bastó con despedir a los policías y retirar dramáticamente el chaleco para que cesaran las reacciones violentas del paciente.

En la actualidad muchos psiquiatras recurren a la "contención química" — sedantes y tranquilizantes—, al electroshock y al reposo en cama. Pero el efecto

de estos recursos aparentemente menos drásticos es en gran medida idéntico al de los más enérgicos, a menos que se proporcione acerca de ellos alguna explicación razonable, cosa que con frecuencia no se hace.

Otra fantasía prevaleciente en el hospital psiquiátrico se refiere al trabajo de los pacientes. Se sostiene implícitamente, ya veces de modo explícito, que si los pacientes no están permanentemente ocupados en las tareas domésticas del pabellón y en los diversos proyectos de terapia ocupacional, o ayudando en los departamentos de mantenimiento, se convertirán en "replegados", "institucionalizados", "pacientes crónicos". La amarga verdad es que si realizan sumisamente todas estas tareas, se convertirán de todos modos en lo que aquellos rótulos implican.

Para resumir el desarrollo de la unidad, creo que debe decírsele siguiente: durante los cuatro años de la vida de la unidad fuimos eliminando progresiva y exitosamente muchos aspectos destructivos de la vida institucional psiquiátrica. Suprimimos la jerarquización formal en un grado que no ha sido excedido por ningún experimento similar sobre el que se informe en la literatura referente al tema —por lo menos con pacientes diagnosticados como esquizofrénicos—. Al hacerlo, nos desembarazamos de la clasificación rígida de los residentes en "pacientes" y "personal" (el personal estaba a su vez subdividido en una jerarquía indefinidamente extensible de practicantes de enfermería, enfermeros ayudantes, enfermeros, cabos —que en algunos casos eran religiosas—, funcionarios de enfermería, médicos de pabellón, diversos rangos de administradores, consultorios, etcétera). Subsistía en la situación una cierta característica esencial. Al personal se le pagaba, mientras que a los pacientes no. El salario del personal dependía de su rango y rol oficiales. Es claro, sin embargo, que un enfermero ayudante "sin entrenamiento" o un paciente podían poseer una capacidad para restaurar la salud mayor que la de un miembro del personal de alto rango. Hay muchas cosas en la preparación actual de los enfermeros psiquiátricos y de los

psiquiatras que simplemente oscurecen la visión que el entrenado tiene de las realidades de este campo de trabajo.

Esa preparación envuelve una gran cantidad de adoctrinamiento sobre las tácticas de la defensa del personal contra los pacientes. Los viejos recuerdan sus años de "experiencia" y protestan contra el hecho de que se pretenda enseñarle a una abuela a comer huevos. Pero, desde luego, el haber pasado años en un hospital psiquiátrico no implica necesariamente que se haya adquirido experiencia; tal vez simplemente se haya estado encerrado.

Como lo señaló un miembro joven del personal, si la abuela no aprendió todavía a comer huevos, es posible enseñarle a hacerlo. Nos negamos a aislar como "enfermo" al miembro hospitalizado de la familia, y tratamos en muchos casos de delinear su rol, tanto concreta como teóricamente, como un rol de víctima, como el de quien sacrifica su existencia autónoma personal a fin de que los otros miembros de su mundo familiar puedan vivir relativamente sin culpa. Hemos presenciado y confirmado en nuestro encuentro con él su realización, aunque parcial y distorsionada, del arquetipo de Cristo. Sin elevarlo al status barato de "Esquizofrénico como Héroe Cultural", hemos eliminado por lo menos parcialmente la distancia entre él ("el lunático") y nosotros ("el personal"), los representantes de la sociedad sana, y junto con él encontramos un modo de atesorar lo que se llamaba su locura, aunque esto se realizó no sin una enorme envidia y una resistencia continua por parte del personal.

Asimismo, con muy pequeño apoyo de la organización, ayudamos al paciente a lograr arreglos razonables para su vida independiente cuando abandonara el hospital psiquiátrico. Estos arreglos con mucha frecuencia fracasaron y el paciente debió hacer uso de la unidad nuevamente, quizá permaneciendo en ella una semana o a veces unos pocos meses.

El "experimento" de la unidad tuvo un "resultado" totalmente seguro y una "conclusión" también inequívoca. El resultado fue el establecimiento de los límites del cambio institucional; se encontró que esos límites son muy estrechos —incluso en un hospital psiquiátrico progresista—. La conclusión es que para que una unidad de ese tipo pueda tener un desarrollo ulterior, éste debe tener lugar fuera de los confines de una institución más grande—físicamente expulsada de la comunidad, de la matriz de mundos familiares en la que surgen sus problemas reales y donde radican sus respuestas—. Específicamente, el personal que trabaja en la unidad debe ser liberado del sistema de dominación mediante el establecimiento de categorías de escalafón, sistema jerarquizado, paternalista. La unidad debe convertirse en esencia en un lugar que la gente elige para huir con una guía auténtica del proceso inexorable de invalidación que la tritura "afuera". Debe convertirse en esto y dejar de ser un lugar por medio del cual "los otros" se desembarazan oblicuamente de su propia violencia apenas percibida, mediante un sacrificio humano convalidado médicamente, sacrificio a los dioses de una sociedad que parece determinada a naufragar y ahogarse en el lodo de sus ilusiones.

8.13 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO⁵⁸

Anexos psiquiátricos en Colombia

Antes de empezar abordar el tema del centro psiquiátricos es importante tener en cuenta lo que se entiende por anexos psiquiátrico termino que se utilizaba hasta antes de 1992 para hacer referencia a aquellos espacios especiales donde se mantenían a los inimputables o aquellas personas que por incapacidad mental no podían ser juzgados en igualdad de condiciones de una persona sana infractora de la ley, eran sitios que como su nombre lo indican eran anexos alas cárceles

⁵⁸ www.redparalainfancia.com.

donde comúnmente se debían remitir aquellas personas que cometían un delito pero en el caso de las personas con trastorno mental se hacía una excepción y eran enviadas a estos lugares, para darles el tratamiento debido y la atención necesaria según la enfermedad que padecieran, los inimputables se consideraban como personas que merecían un trato especial y esta era la principal función de estos lugares pero como la realidad fue que se dieron situaciones en estos sitios donde se evidenciaba violación de derechos fundamentales respecto al trato y no cumplimiento de normas mínimas de salubridad, en Colombia se tiene como evidencia de esta situación el caso del anexo psiquiátrico de la cárcel picota de Bogotá donde la coronel retirada de la policía Cecilia Navarro relata textualmente *"En este lugar no se mantenían a los presos en celdas separadas sino en salones oscuros y demasiado húmedos donde se escuchaban gritos desgarradores, se les daba medicación pero para tenerlos calmados, no era muy diferente a un cuento de terror, así se han escuchado historias escalofriantes de atropellos y descuido a estas personas donde lo último que interesó fue brindarles el debido tratamiento"*.

Pero en el año de 1993 la realidad cambió ya que se aprobó el código penitenciario que en su artículo 24 estableció que Los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos son los destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen pericial.

De igual forma estableció un periodo de no mayor a 5 años para que el gobierno incorpore al sistema nacional de salud lo correspondiente a tratamiento debido para los inimputables, construyendo los lugares especiales y procurando los medios humanos y materiales que fueran necesarios de igual manera en este artículo se abolieron los anexos psiquiátricos de las cárceles por los argumentos mencionados anteriormente, de esta manera el gobierno por medio del sistema de salud fue el encargado de manejar todo lo concerniente a los inimputables.

Aunque en las cárceles de nuestro país ya se de funcionamiento los anexos psiquiátricos por considerarlos violatorios de derechos fundamentales y esta función se delego a centros psiquiátricos preparados para el manejo y trato de pacientes con enfermedades mentales, es muy cierto que un en las cárceles se están recluyendo y se encuentran recludos muchos enfermos mentales que se encuentran en situaciones precarias y sin ningún tratamiento psiquiátrico.

Es importante para nuestro trabajo de investigación hacer un referente acerca del la entidad en la cual nos vamos a enfocar tener claro que clase de entidad es y cual es su principal función.

8.13.1 Empresa social del estado hospital psiquiátrico san Camilo⁵⁹

La empresa social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo es una institución sin ánimo de lucro y de carácter oficial, que presta un servicio social a la comunidad, brindando atención integral en salud mental de la mejor calidad a través de los servicios a las personas de escasos recursos económicos del departamento de Santander

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo a través de un talento humano de excelente calidad, profesional, ética y humana, será líder en el Nor-oriente Colombiano con la prestación de Servicios de Salud Mental de tal forma que se obtenga y mantenga una diferencia absoluta sobre la competencia y la preferencia de nuestros clientes.

En la actualidad el E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo es una empresa social del estado de gran importancia, por ser la única institución oficial que presta atención en salud mental para el departamento de Santander y sus alrededores.

⁵⁹ [HTTP://.www.redparalainfancia.com](http://www.redparalainfancia.com).(consultada20/09/2011)

9. TRABAJO DE CAMPO

Teniendo en cuenta la teoría anteriormente presentada se realizó un trabajo de campo en el Hospital Psiquiatrico San Camilo con el fin de desarrollar los objetivos de nuestro proyecto como lo son en primera instancia; Analizar el trato o manejo de los pacientes en la clínica psiquiátrica San Camilo, Identificar si se presentan las condiciones materiales necesarias para el manejo de pacientes en esta clínica, y en general Determinar si las condiciones materiales en el manejo de los pacientes de la clínica Psiquiatrica San Camilo son violatorias o no de derechos fundamentales, para darle respuesta a los objetivos que motivaron esta investigación, se realizaron 3 visitas al Hospital Psiquiatrico San Camilo, con la debida autorización de la subdirección científica de la misma entidad, autorización que se debió pedir con meses de anticipación y con una muy rigurosa entrevista y advertencias precisas y con supervisión y ayuda del personal del mismo, en donde se realizaron; entrevistas al personal de servicio de inimputables, observación y toma de fotografías tendientes a analizar las condiciones materiales en su habitad y su trato.

A continuación expondremos las entrevistas realizadas:

Entrevista a:

Enfermera jefe Clara Acevedo, encargada del servicio de Inimputables:

Pregunta 1

1. ¿Cuántos inimputables reciben tratamiento psiquiátrico en dicha clínica?

Respuesta.

30 Inimputables se encuentran en el servicio.

Pregunta 2

2. ¿Cuáles son las medidas de seguridad utilizadas con los pacientes inimputables condenados?

Respuesta.

Ninguna, los pacientes han sido concientizados mediante charlas grupales e individuales de que su mejoría depende del buen comportamiento y del tratamiento. Anteriormente del actual equipo de trabajo se utilizaba mucho las inmovilizaciones, y terapias electrocombulsivas.

Pregunta 3

3. ¿Que se hace cuando hay problemas de seguridad?

Respuesta.

Se utiliza medicación. Y campañas de sensibilización.

Pregunta 4

4. Usted hace referencia a que antes del actual equipo de trabajo de enfermeras y médicos psiquiatras, el manejo de los pacientes era diferente. ¿A que se refiere?

Respuesta.

Antes del 2004 los pacientes permanecían en el piso, los procesos de los inimputables eran muy demorados. Hubo un cambio, no podían salir del servicio. Con el nuevo equipo de trabajo se empezó a hacer actividades de sensibilización, mirar habilidades de los pacientes, y realizan actividades en la huerta y manualidades.

Además se realizaban muchas terapias electrocombulsivas, hasta llegar al punto que se hacían filas para las terapias generando un trauma a los pacientes que esperaban su turno y veían la reacción de sus compañeros, me conmovió

particularmente el caso de una niña que iba recibir este tratamiento y tuvo un altercado con el medico psiquiatra por que no tenia mi aprobación para el mismo.

Pregunta 5.

5. ¿Qué opina del tratamiento clásico utilizado en psiquiatría en donde se usan camisas de fuerza, amarran a las camillas y utilizan choques eléctricos?

Respuesta:

Mientras mas fuerte el tratamiento mas agresividad del paciente. En la clínica psiquiátrica San Camilo se Promociona la trabajadora social, actividades didácticas como el futbol y otras, para la mejora del paciente.

Pregunta 6.

6. ¿Cual es el trato y manejo que reciben los pacientes?

Respuesta:

Es importante la confianza con los pacientes, ellos reaccionan de acuerdo al buen trato.

Existen diferentes comités entre los pacientes.

No pueden ver noticias, por que puede haber recaidas.

No pueden manejar dinero hasta un monto determinado y prohibido los negocios entre ellos. Pueden comprar en cafetería.

En el mes pasan por psiquiatría minimo 2 veces al mes. Se suministran medicamentos 3 veces al dia.

Asisten a Terapia ocupacional, tienen una huerta en donde trabajan y Solo pueden recibir visita familiar por seguridad del paciente.

Pregunta 7

7. ¿Tiene conocimiento de que algún paciente que recibió tratamiento Psiquiatrico se curó de la enfermedad mental que padecía?

Respuesta.

Cura no hay, ninguno.

Pregunta 8.

8. ¿Qué requisitos se deben cumplir para que se le expida la salida a un paciente inimputable?

Respuesta.

Unos salen con libertad vigilada, por ejemplo los que están por delitos como el homicidio, otros levantan la medida según el delito.

Para la Libertad vigilada un familiar firma un compromiso.

Algunas familias no quieren hacerse cargo de los pacientes. Muchos no tienen contacto con la familia.

Análisis sobre entrevista realizada a la Enfermera Jefe Clara Acevedo:

Podemos notar según las respuestas de la Jefe del servicio, que hay un enfoque muy humano de parte de ella hacia las tendencias de la psiquiatría y una crítica fuerte a los métodos tradicionales, como por ejemplo cuando se refiere a los tratamientos electroconvulsivos en donde afirma no estar de acuerdo, y además de otros tratos hacia los pacientes en donde se utiliza la fuerza excesiva.

A pesar del sentido humano de la Jefe Clara reconoce que todavía se utilizan los métodos tradicionales de psiquiatría en el mismo hospital psiquiátrico San Camilo y que además no todo el personal del hospital tiene la misma opinión que ella, y están muy firmes en el uso de la psiquiatría tradicional.

Es evidente que la Jefe Clara tiene un sentido más protector sobre los derechos fundamentales y en su ejercicio de la profesión en la Clínica psiquiátrica

demuestra con criterio su posición, pero también se ve limitada por las políticas de la misma clínica, y en general por la tradicional psiquiatría amparada por la ley.

Entrevista:

Médico Psiquiatra Benjamin Christau

Pregunta 1.

¿Hace cuánto trabaja en la Clínica San Camilo?

Respuesta.

1. Trabaja en san camilo hace 4 años, y en inimputables desde 2009.

En Francia había trabajado con la policía para examinar personas que recogía en la calle, cualquier persona agitada, o escándalos en la calle, si se declaraba que el paciente era enfermo, podía declarar que necesitaba hospitalización.

Pregunta 2

¿Cree que son suficientes estas medidas de seguridad?

Respuesta.

Si, Son suficientes las medidas de seguridad.

Pregunta 3.

Que procedimiento a seguir por medida de seguridad?

Respuesta.

Es muy poco probable porque está encerrado, en las salidas hay 2 auxiliares, es mejor hacer prevención, dialogo con los pacientes, de manera individual y en grupo.

Sin familia hay pacientes que se pueden quedar toda la vida.

No hay objetos peligrosos, como cuchillos u objetos cortopunsantes.

En caso de peligro se aísla al paciente, se ceda para que este tranquilo

Pregunta 4.

¿Cuales son los Efectos secundarios de medicamentos utilizados en psiquiatría?

Respuesta.

El beneficio es más importante que el inconveniente, hay algunos medicamentos que no tienen efectos secundarios como otros que tienen mayores efectos.

La jefe ayuda mucho a bajar los tratamientos. Trabajo en equipo permite saber mejor del paciente, mas educación. Se ha observado que pacientes con la baja de tratamiento se ha mejorado.

En este momento tienen menos medicamentos, y mas educación, anteriormente se tomaban castigos, cambio de visión de la psiquiatría.

Pregunta 5.

¿Para que se utiliza el tratamiento con los choques eléctricos?

Respuesta.

El tratamiento de los choques eléctricos, se utiliza para controlar riesgos como suicida, en enfermedades, como la catatonía, es una urgencia, hay una liberación de moléculas necesarias que hacen falta para estabilizar, pero no se sabe bien como funciona. Mas eficaz, pero se debe usar con indicaciones precisas y nunca como castigo.

Pregunta 6.

¿Hay cura total de la psiquiatría?

Respuesta.

No, estabilizar si,

Pregunta 7

Si existiera una alternativa a la psiquiatría y se produce la cura la aplicaría?

Respuesta.

Si de hecho hay psicoterapia en donde los pacientes hablan de problemas en el servicio. Y se pueden mejorar sin necesidad de medicación.

Pregunta 8

¿Qué opina de la antipsiquiatría?

Respuesta.

Que el mejor tratamiento de la psiquiatría, ejemplo solamente con una semana aca tiene mejoría, lo mejor es el aislamiento, estar tranquilo hospitalizado, que alguien lo cuide o que este pendiente, puede ser suficiente. Las alternativas no estoy a favor.

Pregunta 9

¿Que se necesita para la salida del paciente?

Respuesta.

El juez dice el paciente debe salir, pero si está muy mal, se tiene que trasladar a el servicio de clínica.

Primero se valora al paciente, segundo se llama a la familia y se les comunica y se les da recomendaciones. Y el subdirector también da el concepto.

Cada tres meses se da un informe del paciente, si la evolución es favorable, el juez es el que decide, nunca se sugiere la salida.

Análisis entrevista al **Médico Psiquiatra Benjamin Christau:**

Es de notar que el medico Benjamin, viene de Francia con un enfoque psiquiátrico muy tradicional, y llama particularmente la atención las experiencias vividas junto a la policía judicial en su país, en donde hacía las veces de perito en donde habían escándalos públicos y eran retenidos las personas, para determinar el grado de salud mental y ordenar su reclusión o no en clínica Psiquiatrica.

Para enfocarnos en la Clínica San Camilo se nota la influencia de la jefe del servicio en el enfoque un poco más humano del trato con los pacientes, Inimputables, aunque el contacto con los mismos se limita a los controles que realiza sobre cada uno, y realiza diagnóstico y medicación.

En todo caso reconoce que se utiliza tratamiento tradicional de psiquiatría, incluyendo choques eléctricos, inmovilización de los pacientes con correas y sabanas a las camas o sillas y la medicación que los mantiene adormecidos. En estos casos dice que si existiera un tratamiento en donde se encontrara cura para estas patologías, lo aplicaría, pero no contempla la utilización de la antipsiquiatria.

Es claro denotar que ambos coinciden con que no ha habido ni un solo caso de cura de estos pacientes.

TRANSTRONOS MENTALES MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO EN SU UNIDAD DE INIMPUTABLES.

Después de hacer nuestra investigación de campo en el hospital psiquiátrico san Camilo pudimos determinar que las enfermedades mas frecuentes en los pacientes inimputables son:

Retardo mental, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.

Para poder entender un poco mas afondo este trastorno mental se puede decir que el retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.¹

En cuanto a una definición es muy acertada la del profesor-tutor en la Escuela de Psiquiatría de Sevilla, el profesor Rodríguez Sacristán: "El Retraso mental es un desarrollo mental incompleto o detenido que produce el deterioro de las funciones completas de cada época del desarrollo, tales como las cognitivas, lenguaje, motrices y socialización.¹

Existe un nexo entre este trastorno mental y la imputabilidad de la persona que presenta retardo mental esta consiste en que la imputabilidad va íntimamente unida al grado de deficiencia mental, siendo evidente que mayor profundidad de deficiencia mas inimputable sería el delito cometido. A medida que disminuya la severidad de la deficiencia y sobre todo en los caos de inteligencia limite habrá que examinara con minuciosidad una seria de circunstancias en relación ala delito

cometido para poder valorar el grado de imputabilidad y sobre todo saber hasta que punto el sujeto tiene conciencia de saber el delito que ha cometido.

En nuestra investigación se determinó que la mayor cantidad de pacientes que tiene retraso mental están internados en San Camilo por haber cometido el delito de acceso y abuso carnal violento. Esto tiene su explicación médica en que el que padece retardo mental no tiene clara la idea del bien y del mal, por tanto no logra discernir lo que está permitido y lo que no y por ende no comprende que el acto que cometió no era permitido hacerlo, esto acompañado de instintos e impulsos sexuales que son frecuentes en estos pacientes.

El alcoholismo es una dependencia con características de adicción a las bebidas alcohólicas. Se caracteriza la constante necesidad de ingerir sustancias alcohólicas. Así como por la pérdida del autocontrol, dependencia física y síndrome de abstinencia.

El alcoholismo no está fijado por la cantidad ingerida en un periodo determinado de tiempo: personas afectadas por esta enfermedad pueden seguir patrones muy diferentes de comportamiento, existiendo tanto alcohólicos que consumen a diario, como alcohólicos que beben semanalmente, mensualmente, o sin una periodicidad fija. Si bien el proceso degenerativo tiende a acortar los plazos entre cada ingesta.

El consumo excesivo y prolongado de esta sustancia va obligando al organismo a requerir cantidades crecientes para sentir los mismos efectos, a esto se le llama "tolerancia aumentada" y desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo hasta que llega a un límite en el que se invierte la supuesta resistencia y entonces "asimila menos", por eso tolerar más alcohol es en sí un riesgo de alcoholización.¹

La imputabilidad en los casos de alcoholismo y drogodependencia en estos casos se llega a cuestionar si se puede considerar a una persona que consume droga o alcohol como enfermo mental, la explicación que dan los especialistas en tema es que existe una diferencia entre consumidor de trago o de droga y drogodependiente o alcohólico, pues en el segundo caso la persona ha perdido su libertad ante determinada droga o el trago. El perito deberá valorar el grado de dependencia del sujeto a esa sustancia, su afectación cognitiva y volitiva y todo ello en relación al momento concreto en que se cometió el delito; si la acción estaba bajo los efectos de la droga o del síndrome de abstinencia.

En estos casos la capacidad de comprender únicamente se altera en los momentos de intoxicación aguda o en los estados finales donde debido a la excesos de consumo ya existen lesiones orgánicas –celébrales por tanto su capacidad para dirigir la actuación está alterada por su alcoholismo o drogadicción y por el síndrome amotivacional del dependiente.

Trastorno Orgánico de la Personalidad ó Cambio de Personalidad debido a enfermedad médica y bipolaridad.

En relación a este trastorno, la Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) indica:

Las manifestaciones más frecuentes del cambio de personalidad consisten en inestabilidad afectiva, descontrol de los impulsos, crisis de agresión o de cólera claramente desproporcionada a los estímulos psicosociales desencadenantes, apatía acusada, suspicacia o ideación paranoide. Los sujetos con este trastorno 'no son los mismos' a juicio de los demás.

Los trastornos de personalidad son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas,

motivacionales y de relación social de los individuos. Estos desajustes o trastornos son un producto de diferentes causas biológicas o medioambientales

En relación con la imputabilidad del delito cometido la persona tiene serios problemas para poderse relacionar con su entorno social debido su trastorno de personalidad, aunque muestran una actitud apacible su trastorno mental le impide controlar sus impulsos al momento de atacar a alguien o estafar a alguien.

La investigación mostro que la mayoría de las personas que padecen este trastorno mental han cometido el delito de lesiones personales, robo y estafa.

Esquizofrenia⁶⁰

la mas común de las enfermedades mentales de aparición súbita y precisa en el tiempo caracterizada por la alteración básica del pensamiento, con destrucción de la personalidad, desorientación, perdida del control vital de la realidad y creación de un mundo propio no comprensible para los demás.

Esquizofrenia paranoide

Este tipo de esquizofrenia tiene los siguientes síntomas ideas delirantes relativos a otras personas (de ser observado, de persecución, de perjuicio) falsa persecuciones alucinaciones auditivas, visuales y sensitivas.

La esquizofrenia se relaciona con la imputabilidad del delito en la medida en el paciente presenta una falta de conciencia absoluta al momento de cometer el delito ya que se trastorno mental le impide discernir la realidad que esta percibiendo, y el simplemente actúa desde su propia realidad.

⁶⁰ Jorge Núñez de Arco. El Informe Pericial en Psiquiatría Forense. Ed. Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca. Sucre. 2007: 164-189pp.

El delito mas frecuente en estos pacientes con esquizofrenia paranoide es el de homicidio ya que el paciente cree que todo el tiempo corre peligro y que todos lo desean atacar por tanto el debe defenderse.

Son muchos los trastornos mentales que existen pero aquí se reflejaron los resultados de la investigación minuciosa que se realizó a este centro psiquiátrico y las estadísticas que se obtuvieron fueron las siguientes:

De un total de 30 pacientes que estos momentos se encuentran recibiendo tratamiento en la unidad de inimputables de san Camilo se obtienen los siguientes resultados.

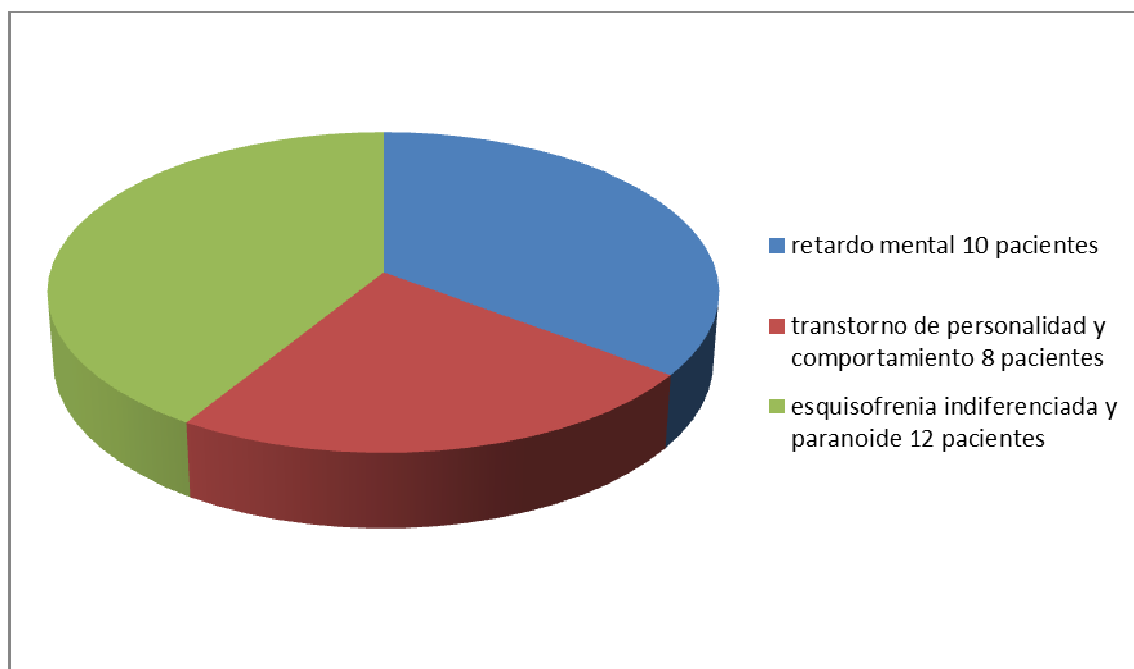
*Pacientes con retardo mental moderado y grave, consumo de sustancia psicoactivas.

(10 pacientes lo presentan)

*pacientes con trastorno de personalidad y comportamiento (8 pacientes lo presentan)

*pacientes con esquizofrenia indiferenciada y esquizofrenia paranoide. (12 pacientes lo presentan)

Resultados Estadísticos de los trastornos mentales en el hospital psiquiátrico san Camilo.



**FOTOGRAFIAS TOMADAS EN EL SERVICIO DE INIMPUTABLES DENTRO
DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO**

Foto 1. Entrada a la Unidad de Inimputables



Fuente: Autores del Proyecto

Foto 2. Pasillo de la Unidad de Inimputables



Fuente: Autores del Proyecto

Foto 3. Habitaciones



Fuente: Autores del Proyecto

Foto 4. Habitación Inimputables



Fuente: Autores del Proyecto

Foto 5. Baños



Fuente: Autores del Proyecto

Foto 6. Zonas verdes



Fuente: Autores del Proyecto

Foto 7. Comedores de Inimputables



Fuente: Autores del Proyecto

Foto 8. Granja de Inimputables



CONCLUSIONES

Para empezar se debe reconocer que la práctica tradicional de la Psiquiatría vulnera evidentemente derechos fundamentales como el de llevar una vida digna, el derecho a no recibir tratos de tortura o inhumanos, etc, protegidos por nuestra Carta Política y por el Bloque Constitucional. Como quedo suficientemente ilustrado con los aportes de psiquiatras y estudiosos de la materia como David Cooper, Laing, Basaglia entre otros, no está demostrado científicamente que el tratamiento psiquiátrico lleve a los pacientes a una cura definitiva, pero lo que si está demostrado es que los tratos inhumanos y la medicación que reciben los mismos afecta gravemente a la persona, es más llegando a agravar una situación menor, generando traumas mayores y secuelas imborrables, y puede llegar al caso de acabar con la vida completa de uno de estos pacientes, que pierde la mayoría de derechos que adquiero con su nacimiento simplemente por ser persona

Históricamente utilizada la psiquiatría para determinar qué es lo normal en el comportamiento humano, cuando en el mundo a pesar de la globalización, encontramos culturas tan diferentes que lo que para unos es normal para los otros no y viceversa, entonces con qué criterio se puede estipular la normalidad para la persona sana, y la anormalidad para el enfermo mental, cito en este momento una frase muy dicente de David Cooper *“Si no se puede encontrar un virus real, se inventa un virus social”*⁶¹ que expresa claramente que las conductas de anormalidad en el comportamiento humano son relativas y no están determinadas claramente.

⁶¹ Cooper David, Psiquiatría y antipsiquiatría pag 71

Por otro lado la Psiquiatría ha sido mal utilizada por algunos gobiernos de todo el mundo y basta solo citar en la Alemania Nazi para cometer un genocidio de magnitudes apoteósicas, y en otros gobiernos para controlar a sus opositores pues solo basta en algunos países del concepto de un psiquiatra para ordenar a la policía o el que sea encargado de aprender obligatoriamente amarrar con camisa de fuerza y suministrar droga, cuestión peligrosísima en un gobierno totalitario.

Comprobado claramente que la medicación psiquiátrica produce daños alternos al ser humano y que el mal trato y la tortura en dicho tratamiento solo generan una reacción de agresividad mayor en el paciente, es de destacar tener en cuenta las sugerencias hechas por los principales autores de la teoría antipsiquiátrica, recomendaciones tales como el manejo diferente de pacientes y hasta las instalaciones de la clínica psiquiátrica.

Ahora bien precisamente el propósito de esta investigación era determinar el trato y manejo que reciben los pacientes inimputables en el hospital psiquiátrico San Camilo, y nos muestra como resultado de las entrevistas, observación, fotografías y estadística, que en los últimos años se pretende llevar a cabo un trato más humano como mismo lo indican los encargados del servicio de inimputables, pero a pesar de eso, se mantienen tratamientos como los choques electroconvulsivos, que aparte de generar terror y un grave trauma a los pacientes, también causa un dolor muy fuerte, y otras prácticas como la inmovilización de pacientes a las sillas o camas, generan de todas formas un trato reprochable desde el punto de vista de los derechos fundamentales, pero es de destacar el trabajo de sensibilización realizado por la señora enfermera jefe del servicio de inimputables Clara Acebedo que con su humanismo a llevado a una conciencia sobre el bienestar de los pacientes y ha influenciado en el resto del personal para reemplazar tratamientos tradicionales, por una cuestión pedagógica, aunque no se puede desconocer que todavía falta trabajo en ese sentido.

Para finalizar es importante rescatar que el mismo personal del Hospital psiquiátrico San camilo, reconoce que algunos tratos y manejos de pacientes no deberían ser los adecuados, continúan aplicándolos por órdenes superiores y por la falta de investigación en esta materia, pero también reconocen que si hay otro tratamiento que llegue a resultados más satisfactorios en cuanto a la mejoría de pacientes, lo aplicarían, por eso consideramos de gran valor exponer los postulados de los autores anteriormente nombrados y no solo quedarnos en la crítica sino también dar a conocer la alternativa para que poco a poco se sensibilice el personal de salud encargado de este tipo de pacientes llamados psiquiátricos.

BIBLIOGRAFIA

En esta sección aparecen las diversas fuentes consultadas y por consultar, debidamente discriminadas (Archivo, jurisprudencia, bibliográfica, oral, etc.). Debe ser coherente con las citas que se hagan a lo largo del trabajo.

Las fuentes bases de esta investigación son lo libros:

- Comisión Ciudadana por los Derechos Humanos “RESTRICCIONES MORTALES (2003), asalto terapéutico Psiquiátrico”
- CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA.DERECHOS GARANTIAS Y DEBERES.TITULO II.
- COOPER,D.(1967). *PSIQUIATRIA Y ANTISIQUIATRIA*
- *DAVID, R.(1973). UNA PANORAMICA DEL DISCURSO ANTISIQUIATRICO.*INFORMACIONES PSIQUIATRICAS.
- Doctor JOSE GUIMON, (2001). LOS PREJUICIOS CONTRA LA PSIQUIATRIA.
- FERNANDO TRUJILLO (2010), ANTIPODAS. CONTRA LA PSIQUIATRIA MODERNA.
- GALVAN,V.LOS ACONTECIMIENTOS DE MAYO DEL 68 Y LA LUCHA ANTISIQUIATRIA.UNIVERSIDAD CADIZ.

- GUILLERMO PEREZ, ENFERMEDADES MENTALES Y ANTIPSIQUIATRÍA.
- JORGE LEMOINE Y BOSSHARDT,(2009) PSIQUIATRIA INDUSTRIA DE LA MUERTE.
- LAING, J UNA PANORAMICA DEL DISCURSO ANTIPSIQUIATRICO.*INFORMACIONES PSQUIATRICAS.*
- LEMOINE,J.PSIQUIATRIA INDUSTRIA DE LA MUERTE.
- MATA,J,L.HISTORIA DE LA CRITICA DE LOS MODELOS CLASICOS EN PSIQUIATRIA.
- PEREZ,G.ENFERMEDADES MENTALES Y ANTISIQUIATRIA
- ROSELLI, H (1987).*HISTORIA DE LA SPIQUIATRIA EN COLOMBIA.*
- SERPA,R (2007)PSIQUIATRIA MEDICA Y JURIDICA.EDITORAL TEMIS.168,100
- VASQUEZ, A(2006). ANTIPSIQUIATRÍA: DECONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL. REVISTA PSICOANALISIS Y ESTUDIOS CULTURALES. BUENOS AIRES.ARGENTINIA.

Fuentes electrónicas

- [http:// www.Psiquiatría.com](http://www.Psiquiatría.com). (Consultada el 20/10/2011)
- <http://.www.redparalainfancia.com>.(consultada20/09/2011)