
ASPECTOS LEGALES DE LOS INTERNAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS

S. Delgado Bueno* y J. L. González de Rivera y Revuelta**

Resumen

Se revisa la legislación española que regula los ingresos en unidades psiquiátricas, considerando especialmente lo que se refiere a los internamientos forzados. Se describen las pautas de actuación del psiquiatra, que debe proceder, en todo caso, según su criterio clínico. En todo internamiento involuntario el juez debe ser notificado en las 24 horas siguientes, con objeto de obtener su autorización para dicho internamiento. Se establece la diferencia entre autorización judicial y orden judicial y se delimitan las responsabilidades y pautas de actuación del psiquiatra en cada caso.

Abstract

We review the legal regulations which apply to psychiatric commitment in Spain. The psychiatrist has to proceed, in any case, according to his best clinical judgement, and notify the judge in 24 hours if he has to proceed to admit a patient without his consent. The authorization allows the psychiatrist to examine the patient and to admit him/her if needed. The order, which is usually issued in case of patients following legal proceedings, forces the psychiatrist to admit the patient. Other legal regulations are reviewed.

Introducción histórica

La legislación vigente en España sobre el internamiento de enfermos mentales tiene su punto de partida en época moderna en la Ley de Beneficencia de 1822, que se ocupa por primera vez de los derechos y deberes de los alienados. Pocas y dispersas son las disposiciones subsecuentes, hasta que el Decreto 105 de 3 de julio de 1931 (con modificaciones introducidas por el Decreto 27 de mayo 1932 y la Orden Ministerial de 30 de diciembre de 1932) intenta definir algo más el panorama legislativo. Este decreto, específicamente regulador del tratamiento de los enfermos mentales, tiene un carácter progresista sobre la legislación anterior, aunque los cambios sociales, las nuevas orientaciones terapéuticas y las deficiencias de la infraestructura sanitaria pronto lo convierten en inadecua-

do. Tanto es así que muchos autores llaman pronto la atención sobre la insuficiente protección del enfermo mental frente a internamientos arbitrarios o por lo menos no del todo fundamentados (1, 2, 3, 4).

En un intento de superar el problema se dictan múltiples disposiciones y leyes (Ley de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944; Ley de Hospitales de 21 de julio de 1967; Decreto de 24 de mayo de 1943, sobre Dispensarios de Higiene mental; Ley de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933, sustituida por la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 4 de agosto de 1970, posteriormente modificada por la Ley 77/1978 de 28 de noviembre, cuyos artículos 3 y 5 aluden a las consecuencias de la enfermedad mental (5) entre otras, que junto al articulado contenido en el Código Civil (arts. 213 y siguientes) y en el Código Penal (art. 98 especialmente) encuadran el

* Médico Forense, Santa Cruz de Tenerife, y colaborador del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.

** Catedrático de Psiquiatría, Universidad de La Laguna, y Director del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.

panorama legislativo español vigente en el momento. A pesar de todo, la situación sigue siendo tan insatisfactoria que López Barja de Quiroga puede afirmar: «El internamiento por causas médicas ha sido utilizado por vía espúrea para obtener una reclusión de la persona, sin delito, sin proceso y sin pena» (6).

En el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950, se hace mención expresa a esta cuestión, cuando en su artículo 5, dice: "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, salvo en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la Ley:... Si se trata de un Internamiento conforme a derecho de... un enajenado, ...» La idea fundamental que subyace en el texto es la de considerar el internamiento como una privación de libertad, regulando la protección jurídica del enajenado.

No obstante, en el ordenamiento jurídico español se seguía contemplando al enfermo mental como sujeto peligroso, y prueba de ello, como dice Bercovitz (7), es su equiparación a los animales feroces o dañinos a la hora de castigar la falta de diligencia en su custodia; equiparación que se ha venido manteniendo en todas las modificaciones del Código Penal desde 1848, desapareciendo finalmente en la Reforma de 1983.

A semejante estigmatización, se añadía un importante grado de indefensión del enfermo mental. Tanto el Código Penal como el Código Civil y la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, necesitaban una urgente reforma, que había de pasar indefectiblemente por la derogación del Decreto de 3 de julio de 1931, vigente por más de 50 años en nuestro país.

Marco legislativo actual

La Constitución de 6 de diciembre de 1978 (arts. 17, 24, 43) viene a significar el punto de partida de una amplia reforma legislativa, que todavía se hará, sin embargo, esperar algunos años. El cambio de la situación de los enfermos mentales dentro del marco del ordenamiento jurídico español no se produce hasta el año 1983, en que se realizan las siguientes reformas legislativas, actualmente base del tratamiento

jurídico del enfermo mental:

1. Reforma parcial y urgente del Código Penal: Ley Orgánica 8/83 de 25 de junio, que viene a modificar artículos tan importantes para el enfermo mental y su consideración como los arts. 8 y 9 (derogando también el párrafo 1 del art. 580) (8). A partir de este momento, los Jueces y Tribunales disponen de recursos para individualizar la Pena, ajustándola a las circunstancias de cada sujeto, y enfocándose hacia la recuperación/rehabilitación del individuo (objetivo siempre principal en la Justicia).

2. La Ley 13/1983 de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de Tutela (9), viene a modificar dos trascendentales aspectos:

- a) Los Internamientos Psiquiátricos, derogando (art. 2, párrafo 2) el Decreto de 3 de julio de 1931, y regulando los internamientos por el art. 211, del que hablaremos en detalle más adelante.
- b) La Incapacitación Civil y Tutela, remodelando el texto legal, y regulando las condiciones, requisitos y procedimientos para la incapacitación, de una forma más elaborada y acorde a la problemática del sujeto.

Protección e individualización son las dos grandes líneas trazadas en el año 1983 en cuanto a la consideración del enfermo mental y de las repercusiones de su diagnóstico e internamiento.

Un año más tarde, se regula el procedimiento de Habeas Corpus (Ley Orgánica 6/1984 de 24 de mayo) salvaguardando de este modo la libertad personal frente a la eventual arbitrariedad de los poderes públicos (10). Textualmente, el art. 1 de la Ley dice: «Mediante el procedimiento del 'Habeas Corpus' regulado en la presente Ley, se podrá obtener la inmediata puesta a disposición de la autoridad judicial competente de cualquier persona detenida ilegalmente». A los efectos de esta Ley, se considerarán personas ilegalmente detenidas: «las que estén ilícitamente internadas en cualquier establecimiento o lugar».

Con la Ley Orgánica 6/1985 de 1 de julio de 1985 (Ley Orgánica del Poder Judicial) se regula todo lo concerniente a los juzgados de Vigilancia Penitenciaria, desapareciendo los de Peligrosidad Social (11), y abriendo la puerta hacia futuras y previsi-

bles modificaciones en lo referente a la Ley 77/1978 de 28 de diciembre todavía vigente (Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social).

Con estas sustanciales reformas, el enfermo mental queda jurídicamente protegido, tanto en el orden penal como en el civil. Desde el punto de vista Penal se instauran una serie de medidas cuya finalidad es el tratamiento y reinserción del paciente en su medio ambiente, dando una mayor importancia al objetivo terapéutico, sin menoscabar el aseguramiento o protección social. Por otra parte, de acuerdo a la exposición de motivos de la Ley, el aseguramiento social y la protección de la comunidad no han de requerir siempre, necesariamente, la privación de Libertad.

En el orden civil se otorga papel prioritario al Juez, quedando supeditados los facultativos y los familiares del paciente a las decisiones de aquél en materia de Internamientos. Asimismo, se articulan los procedimientos a seguir en materia de Incapacitación y Tutela (121).

Aunque estas reformas suponen mejoras que tienen repercusiones fundamentales en el ámbito jurídico de la enfermedad mental, quedan aún por resolver graves problemas de orden social, que se resumen en dos (rases que no haremos sino enunciar: «La estigmatización de la enfermedad mental pone en marcha mecanismos de negación, y éstos perpetúan la ignorancia, la cual impide superar la estigmatización» (13), y «Las primeras razones para la marginación del Enfermo Mental se encuentran, paradójicamente, en actitudes irracionales de los oficialmente sanos (14). Sin querer ahondar más en perspectivas psicosociales en este trabajo, y aunque nos centraremos exclusivamente en los aspectos legales del Internamiento Psiquiátrico, debe quedar claro que las modificaciones legales, por sí solas, no pueden sustituir la necesaria educación de las autoridades, personal sanitario y público en general con respecto a la enfermedad mental (14).

A continuación, trataremos de abordar la amplia gama de situaciones planteables, muchas de las cuales crean conflictos por la presión a que se ve sometido el médico o porque determinan situaciones comprometidas en la interrelación entre el criterio médi-

co y el judicial. La situación en sí es altamente paradójica, puesto que el internamiento involuntario confronta, como dice Calcedo Ordóñez, libertad con restricción, ayuda con coacción, terapia con control, contención con protección, necesidad con conveniencia y, en último término, capacidad de gobernarse a sí mismo frente a tutela o incapacidad (15).

En cuanto a las ventajas y desventajas que dimanen de la intervención prioritaria de la figura de la Autoridad Judicial en el tema de los Internamientos, no entraremos de momento, ya que es lo suficientemente amplio como para motivar otro trabajo. Baste decir que son muchos los países en que la Autoridad Judicial no interviene en los internamientos psiquiátricos, lo cual puede tener, según el país, repercusiones diametralmente opuestas en la protección de derechos humanos (el lector interesado puede consultar las referencias 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22).

Por último, es preciso tener en cuenta que la formación, puntos de vista y hasta el mismo lenguaje de Psiquiatras y Juristas son muy distintos en cuanto a su concepción y acercamiento a la enfermedad mental. Por ello, resulta obvia la necesidad del estudio multidisciplinario conjunto de este tema, única vía para lograr un enfoque unitario del problema.

Tipos de internamiento psiquiátrico

Según la participación o aceptación del ingreso psiquiátrico por parte del paciente, pueden considerarse los siguientes tipos de internamientos:

I. Ingresos voluntarios

El ingreso voluntario se define como «Internamiento no judicial que se establece por contrato entre el paciente y la Institución» (22). Este contrato terapéutico implica que el paciente puede abandonar el tratamiento y pedir voluntariamente el alta, lo que es preceptivo conceder, ya que no se le puede retener en contra de su voluntad sin previa autorización judicial (23).

Sin embargo, si durante la permanencia del enfermo en el Centro Psiquiátrico se produjera empeoramiento del cuadro que motivó su ingreso, el paciente anulara su

voluntad previa, y el médico responsable considerara imprescindible continuar su hospitalización, deberá comunicárselo al Juez en menos de 24 horas. La hospitalización voluntaria se convierte en involuntaria y la situación es idéntica a la del paciente «ingresado por la vía de urgencia», que detallaremos más adelante. Por otra parte, según la Fiscalía General del Estado y puesto que la voluntad inicial legitimadora del ingreso voluntario ha de estar exenta de vicios que la invaliden, en aquellos casos en que se dude de la absoluta voluntariedad del paciente, deberá actuarse de la misma manera (24).

II. Internamientos psiquiátricos forzosos

Dentro de la problemática jurídico- asistencial del enfermo mental, los Internamientos Forzosos, son sin duda, el tema de mayor polémica y el que más problemas suscita en un Hospital Psiquiátrico.

La decisión de proceder al ingreso forzoso urgente de un enfermo mental involucra, no sólo al paciente, sino también a la familia y a la autoridad judicial. El psiquiatra de guardia puede fácilmente verse en una situación comprometida, que además se complica por el déficit de la red asistencial (falta de camas, personal inexperto, etc.) y por la propia psicopatología del paciente. Trataremos de abordar el tema de la manera más práctica posible, enfocándolo hacia el psiquiatra de guardia, es decir, hacia aquel que se enfrenta directamente con el problema, y ha de solucionarlo de una forma o de otra.

(Dejaremos de momento aparte el tema de los criterios clínicos de internamiento forzoso, que sobrepasa los objetivos de este trabajo, dando por supuesto que todo psiquiatra en ejercicio tiene bien claras las circunstancias clínicas que deben motivar esta acción).

Distinguimos dos tipos de Internamientos Forzosos:

1. Internamientos civiles (con Autorización Judicial).
2. Internamientos penales (por Orden Judicial)
- 2a) Internamientos forzosos de enfermos mentales absueltos o condenados con atenuantes.

2b) Internamientos forzosos de personas en espera de ser juzgados (preventivos).

2c) Internamiento forzoso de penados, presos, detenidos.

1) Internamientos civiles

Proceder general del Psiquiatra en los internamientos civiles

Según vimos en la sección destinada a considerar el marco legislativo actual, este tipo de internamientos forzosos viene regulado por el art. 211 del Código Civil, que puede consultarse en el apéndice.

Un enfermo mental puede acudir a una unidad de Psiquiatría de un hospital o a un hospital psiquiátrico para su ingreso con autorización judicial o sin ella (es preciso hacer una primera reflexión sobre el hecho de que, en este tipo de internamiento, la Ley no contempla la Orden Judicial, sino la Autorización).

a) Si acude sin autorización judicial, llevado por la familia, amigos, o incluso la policía, ...etc., el psiquiatra de guardia, tras reconocerlo adecuadamente, decide si procede o no su ingreso. El examen psicopatológico debe hacerse en el recinto hospitalario, y en ningún caso parece obligado ni razonable que el psiquiatra de guardia se traslade a un domicilio, especialmente teniendo en cuenta que debería, para ello, abandonar sus responsabilidades profesionales en el centro hospitalario donde ejerce. Pensamos, sin embargo, que debe aconsejar y asesorar a los allegados, aclarando que no puede asumir el cuidado del paciente hasta que no esté físicamente en el centro. En caso de necesidad, la intervención se llevará a cabo por las Fuerzas de Seguridad, trasladando al presunto enfermo mental a la Institución, de acuerdo a sus responsabilidades en base a la Ley Orgánica 2/1986 de 13 de marzo (25). Tras decidir su ingreso, se deberá en menos de veinticuatro horas dar comunicación al Juez de Guardia. Aunque no está claro quien tiene que comunicarlo, y la Ley puede interpretarse en el sentido de que es la Institución, o sea, el Director del Hospital, quien debe hacerlo, nosotros recomendamos que, si el médico que hace el ingreso tiene dudas sobre la agilidad burocrática del Hos-

pital, sea él mismo quien haga la comunicación al Juez en el momento del ingreso. Como inciso podemos agregar que todos los hospitales que puedan recibir este tipo de pacientes están obligados a instrumentar un procedimiento para facilitar el cumplimiento de esta obligación legal. No están tampoco muy claros los criterios procesales de competencia territorial en estos ingresos urgentes, por lo que parece que la comunicación al Juzgado de Guardia correspondiente al Centro es lo más razonable y efectivo (3, 26).

Cumplido el requisito legal, el paciente queda ingresado y sometido al tratamiento pertinente. En el caso siempre posible de que el enfermo se evadiera del centro, debe comunicarse el hecho inmediatamente al Juez. Si el enfermo evadido ocasionara o se viera envuelto en un accidente o delito, es muy probable que se abra una investigación para esclarecer lo sucedido; en este supuesto, sentada la base de que la custodia no es un cometido médico, no pensamos que haya lugar a responsabilidades legales, siempre que el psiquiatra haya puesto en práctica las precauciones debidas al caso. Ahora bien, si se demostrara una imprudencia o negligencia manifiesta, es posible que se exijan las responsabilidades debidas, siempre en relación con la magnitud de la imprudencia o negligencia.

Una vez que el paciente responde adecuadamente al tratamiento, y finalizada en consecuencia la indicación médica de internamiento, se deberá, previo informe y comunicación al Juez, procederse al alta. No cabe duda, como dice Romeo Casabona (12) que el alta médica puede decidirla el facultativo por sí mismo, sin consultar al Juez. En ocasiones, sin embargo, el Médico Forense puede ser enviado por el Juez al Hospital con objeto de examinar al paciente y evaluar su estado, por lo cual es siempre prudente solicitar la conformidad expresa del Juzgado en casos conflictivos o tras internamientos de larga duración. En los casos más normales, (como por ejemplo, internamientos breves de enfermos no agresivos ni suicidas, que responden bien al tratamiento, y cuentan con buen apoyo familiar), puede procederse al alta, previa comunicación por escrito al Juez. Lo habitual en esta situación es que se archive el

Expediente de Internamiento, sin más intervención judicial. En este sentido, y como ejemplo ilustrativo, señala el Fiscal de Jaén que, en la práctica, la salida de los internados en el Sanatorio Psiquiátrico de su provincia se produce sin intervención Judicial, habiéndose aceptado esta solución, siquiere sea tácita, por la Fiscalía y los Juzgados de la Capital (24). En esta misma línea se pronuncia O'Callaghan: «Aunque se ha disentido en ocasiones al respecto, si el médico o el centro médico decide poner fin al internamiento, lo hace, y lo pone en conocimiento del Juez, éste archiva el expediente. No es preciso la Autorización. El Juez es el garante del derecho a la libertad, pero no el supervisor del tratamiento médico (27).

Si tras el examen del paciente el psiquiatra de guardia considera que su condición clínica no constituye indicación de ingreso, debe proceder en consecuencia, ofreciendo sin embargo su apoyo y asesoramiento a los acompañantes, y recomendando el tratamiento alternativo que sea oportuno. A pesar de ello, siempre es posible que la familia, amigos, etc., acudan al Juzgado de Guardia para que el Juez autorice el ingreso, lo cual, a diferencia de lo que ocurre en otros países, puede un Juez español decidir sin que exista un informe médico previo. El psiquiatra de guardia debe actuar siempre conforme a su mejor criterio clínico, sin olvidar que sus intervenciones, tanto con respecto al paciente como a sus allegados, han de estar siempre guiadas por una intención terapéutica y orientadas al mayor beneficio del paciente. Por ello debe evitar dos situaciones extremas: La primera es la dejación de su responsabilidad cuando no ingresa a un enfermo que, según su propio criterio clínico debe ser ingresado, so pretexto que los familiares deben obtener una autorización judicial previa. La segunda es rechazar un ingreso impropio sin asesorar ni ofrecer alternativas a los familiares, o, lo que es peor, creando con ellos una situación de enfrentamiento.

Por otra parte, siempre existe la posibilidad de que, una vez negado el ingreso, el paciente ocasione un incidente, delito o cualquier otro hecho imprevisible, supuesto en el cual, y para no repetir lo indicado más arriba, hay que subrayar la siguiente idea: creemos que es pensamiento general que

el criterio médico es el que decide sobre la necesidad o no del internamiento de una persona, una vez realizada la exploración oportuna y toda vez que se han tomado las medidas que el saber médico, sentido común y prudencia dicten en relación con el caso. Por lo tanto, toda investigación judicial sobre las posibles consecuencias de una decisión médica habrá de asumir el riesgo que todo ejercicio profesional lleva inherente. La situación es idéntica a la que se plantea en jurisprudencia cuando un juez dicta una sentencia que no es justa, la cual se apela, y, si se demuestra su error, se rectifica sin más consecuencias, quedando asumido el riesgo profesional que el juzgar conlleva. Sin embargo, si un Juez dictara una sentencia negligente y manifiestamente injusta, es también cierto que se le exigirán las responsabilidades legales oportunas (8, pág. 160-161), lo mismo que ocurrirá con el médico que actuara de igual manera.

b) Si el enfermo acude con autorización judicial, la sistemática a seguir está en relación con el texto de la autorización judicial. Por ello, lo primero que debe hacer el psiquiatra de guardia es leerla atentamente. Lo más frecuente, suele ser encontrar un texto del siguiente estilo:

«... Que si el psiquiatra de guardia lo estima conveniente, se proceda al ingreso del enfermo, procedimiento a su alta cuando cese la necesidad de hospitalización...».

En este supuesto, el Juez ha delegado en el psiquiatra de guardia la capacidad de decisión en el asunto y de esa manera deberá actuar.

Pero también puede ser que el tono de la autorización judicial sea: «... he ordenado internamiento de ...» ó «... que no proceda a dar alta hasta que se autorice judicialmente», o incluso «... ordeno que dicho interno no sea dado de alta sino con expresa autorización judicial, incurriendo en su defecto en responsabilidades penales a que hubiere lugar en derecho...» etc. No es el objetivo de este trabajo entrar en discusión sobre la licitud o no de este tipo de «autorizaciones» judiciales en los internamientos civiles, aunque si hemos de recalcar que el artículo 211 del Código Civil habla de «autorización» y no de «Orden» Judicial, a diferencia de lo que ocurre con los ingresos

previstos por el Código Penal. Sin embargo, parece prudente adaptar la sistemática a seguir por el psiquiatra de guardia con el tenor de la autorización judicial. En el caso de la «autorización» judicial en la que el psiquiatra, tras valorar correctamente al enfermo, llega a la conclusión de que no existe motivo médico alguno que justifique el internamiento psiquiátrico, puede ponerse en contacto (telefónico incluso) con el Juez, explicándole la improcedencia médica del internamiento, lo cual soluciona el problema en la mayoría de los casos. Pero si, aún así, el Juez insiste en ordenar el internamiento, es mejor acatar la orden e internar al paciente para estudio más detallado y recabar la opinión clínica de otros psiquiatras. Si el médico sigue convencido de la improcedencia clínica de este acto, debe ponerlo en conocimiento de la Fiscalía de la Audiencia Provincial correspondiente, solicitando que se investigue la situación, por tratarse de un ingreso indebido.

En resumen,

- El internamiento forzoso de un enfermo mental en un acto médico sujeto a control judicial por la vía de la autorización, cumpliendo los requisitos establecidos en el art. 211 del Código Civil.
- Lo mismo puede decirse en relación al alta, a la que se procede cuando no es necesario el internamiento y después de comunicación al Juez.
- Todas las eventualidades que pudieran presentarse, deben comunicarse INMEDIATAMENTE al Juez.
- El Juez recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento cuando lo crea pertinente, y en todo caso, cada seis meses (28, 29, 30).

No queremos concluir esta parte general, sin reflejar la impresión de que entre jueces y psiquiatras debe existir, y de hecho existe en la mayor parte de los casos, un afán de colaboración mutua en cuanto a los internamientos forzosos. En los raros casos en que tal relación no sea fluida, hay que pensar en acercar posiciones, para que podamos afirmar sin dudas que la antigua frase de F Dorado Montero: «La hostilidad con que se miran recíprocamente y habitualmente los jueces penales y los peritos médicos, sobre todo los Psiquiatras, tienen raíces hondas». (Los peritos y médicos y la

Justicia Criminal». Madrid 1905, pág. 17) no es sino una reliquia del pasado, y más aún en asuntos civiles (31). Como señala Hiday una reglamentación justa debe lograr que la sociedad impida la enemistad entre psiquiatras, abogados y jueces, perciba la enfermedad mental como un problema médico, respete a los psiquiatras como expertos en el campo de la enfermedad mental y acepte el papel de la hospitalización dentro del tratamiento del enfermo mental (32).

Casos especiales: el enfermo tutelado

Aunque lo fundamental ha quedado dicho, hemos de considerar también la posibilidad del enfermo mental que, previamente incapacitado, es llevado al Hospital Psiquiátrico para su internamiento forzoso.

Todas las consideraciones hechas en el apartado anterior sobre la conducta a seguir por el psiquiatra de guardia son superponibles aquí, siendo necesario solamente matizar algunas de las nuevas eventualidades que se pueden presentar cuando el paciente tiene un tutor, y sus posibles consecuencias legales:

1. Si el representante o Tutor de un enfermo mental declarado incapaz está de acuerdo y conforme con el criterio del psiquiatra de guardia de ingresar al paciente, y teniendo en cuenta que el artículo 271-1 del Código Civil, dice: « El tutor necesitará Autorización Judicial: ... Para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o de formación especial...», el psiquiatra de guardia deberá comunicar el ingreso al Juez, de la misma manera que si se tratara de un enfermo mental que no ha sido declarado incapaz. Es decir, a pesar de que el tutor esté de acuerdo, esto no convierte el internamiento en voluntario, puesto que la necesidad de autorización judicial sigue existiendo. Por otra parte, según el art. 269 del Código Civil: «El Tutor está obligado a velar por el tutelado, y en particular:... 4.- A informar al Juez anualmente sobre la situación del menor o incapacitado...» o sea, que el tutor tendrá que realizar su propia comunicación independiente sobre el ingreso.

2. Si el tutor no está de acuerdo con el criterio de ingreso, y, sin embargo, el médico lo estima indicado, es importante conocer tres cuestiones:

Primera: El tutor no tiene la capacidad legal de decidir si el enfermo mental incapaz debe o no ingresar.

Segunda: Si el tutor, a la vista de que el internamiento se ha producido en contra de su voluntad, acude al Juzgado y denuncia al médico por internamiento indebido, se abrirá un procedimiento de «Habeas Corpus» y posiblemente, el Juez, acompañado por el médico forense, se personará en el centro hospitalario y hablará con el psiquiatra de guardia en primer lugar (con la persona que ha procedido al internamiento supuestamente indebido) o como dice la Ley en su art. 7.2 el Juez oír al representante de la institución o persona que hubiere ordenado la detención, y comprobada la indicación de ingreso, concluirá el procedimiento (dura un máximo de veinticuatro horas). Dependiendo del caso, podrían exigirse responsabilidades penales al tutor, si se aprecia falsedad o mala fe en el caso.

Como ilustración, veamos un fragmento de la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de octubre de 1971, sobre detención ilegal: «... no se produce, sin embargo, cuando en contra de su querer, es internado en un establecimiento psiquiátrico, con el solo propósito de su sanidad mental que se estima alterada, porque en este caso, no tiene la reclusión por causa el ánimo ilícito de atacar la libertad personal y suprimir el espontáneo movimiento de quien es afectado por una medida que por humanitaria se adopta, ni siquiera en el supuesto de que en el diagnóstico se yerre, si éste se hizo de buena fe y en la inteligencia de ser fundado...» (33).

Tercera: debe quedar claro que siempre debe primar el criterio médico, y que se incurrirá en responsabilidad si no se ejerce dicho criterio. Por ejemplo, si el tutor se opone frontalmente, y por fin no se ingresa al paciente, es posible, sobre todo si sucede un hecho luctuoso, que se exijan responsabilidades al médico que accedió, en contra de su propio criterio clínico, a dejar al paciente sin ingresar por complacer al tutor.

3. El tutor solicita el ingreso del paciente, y el médico, tras examinarlo adecuadamente, estima que no es necesario. En este caso, el paciente no debe ser ingresado, siguiéndose las mismas precauciones y conducta ética que hemos recomendado cuan-

do se presenta un caso análogo en un enfermo no tutelado. Si, por complacencia o ignorancia, el psiquiatra procediera a efectuar un ingreso en contra de su criterio médico, plegándose a la petición del tutor, incurrirá en responsabilidad, tal como se enuncia en el punto 7 de la «Declaración de Hawaii»: «El psiquiatra no debe, bajo ningún concepto, utilizar los instrumentos de su profesión cuando se haya descartado la existencia de enfermedad psiquiátrica. Si un enfermo o terceros, solicitan del psiquiatra acciones contrarias al conocimiento científico o principios éticos, éste rehusará su cooperación» (34).

En todo caso, cualquiera que fuera el supuesto, el médico debe actuar siempre según su mejor criterio clínico, tomar siempre las precauciones debidas al caso, y cumplir los requisitos legales. Todo esto cumplido, no pueden derivársele problemas legales, ya que al médico no se le exige de ninguna manera que sea perfecto, y nunca yerre en sus decisiones, es decir, siempre existe un riesgo profesional asumido. En esta misma línea de pensamiento, se pronuncia Max Hamilton (35).

En resumen:

- Siempre debe primar el criterio médico.
- El representante o tutor (sea padre, madre, etc.) no tiene capacidad para internar a su tutelado en un centro psiquiátrico y por extensión, tampoco la tiene para oponerse al criterio médico.
- Sea cual sea el camino por el que el psiquiatra llega a la decisión del ingreso debe comunicárselo al Juez en menos de 24 horas.

Repercusiones legales del procedimiento que se promueve para lograr la autorización judicial con el fin de proceder a un internamiento forzoso

Es importante tener en cuenta, que el mero hecho de solicitar una autorización judicial para proceder a un ingreso involuntario puede poner en marcha una cadena de acontecimientos legales que es razonable conocer. Si el Juez ha emitido un Auto de Internamiento, este hecho puede ser (por la vía del art. 202 y 203 del Código Civil) el comienzo de un procedimiento de incapacitación, y mientras dure dicho trámite, se

considera al Juez como tutor del presunto incapaz.

El procedimiento de incapacitación sigue su curso con la notificación al Ministerio Fiscal y la recolección por parte del Juzgado de cuantos informes clínicos, facultativos, sociales, ...etc., estime oportunos. Si el Juez lo considera de derecho, dictará sentencia de Incapacidad, con nombramiento de tutor o bien rehabilitación de la patria potestad si viven los padres del incapaz mayor de edad. Dicha incapacitación es reversible, ya que puede instarse una nueva declaración que tenga por objeto dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación ya establecida. Tan sólo un órgano jurisdiccional puede decretar la incapacitación de una persona, y lo hará en virtud de Sentencia, que decretará la incapacitación, fijando asimismo si es total o parcial, determinando la extensión y límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado (27).

La sentencia dictada supone la terminación normal del proceso y constituye la incapacidad, debiendo inscribirse en el Registro Civil, donde constará igualmente el nombre del tutor o la rehabilitación de la patria potestad en su caso.

Este procedimiento de incapacitación puede seguir a cualquier tipo de internamiento involuntario en centro psiquiátrico, ya sea éste público, privado o particular.

Aunque no queremos entrar en disquisiciones jurídicas que no nos corresponden, nos parece oportuno dejar planteado algún interrogante: Puesto que la incapacitación de una persona no conlleva el internamiento en un Hospital Psiquiátrico de la misma, sorprende que el internamiento de un enfermo mental sea motivo para iniciar un expediente de incapacitación, sobre todo si nos atenemos al criterio del Tribunal Supremo cuando dice: «... La capacidad mental se presume mientras no se destruya por una prueba concluyente en contrario, requiriéndose en consecuencia una cumplida demostración mediante una adecuada prueba directa...» (36). En efecto, no todo enfermo mental es necesariamente incapaz. La incapacitación se produce cuando el enfermo «es incapaz para gobernarse a sí mismo» (art. 200), siendo ésta una cuestión de

hecho que ha de resolver el Tribunal (24). Como dice Bercovitz: «El ordenamiento jurídico, debe determinar con claridad y seguridad cuando un sujeto es capaz y cuando no lo es» (27).

Breve referencia al caso de menores

El menor de edad no se desenvuelve por sí mismo, sino que otros cuidan de él, en su persona y en su formación: son los padres, titulares de la patria potestad, o en su defecto, el tutor controlado por la Autoridad Judicial. En la esfera jurídica, el menor, falto de la capacidad de obrar, precisa también que otro (padres o tutor) actúe en su nombre. Con la misma lógica, los menores en situación de desamparo también se encuentran sometidos a tutela, que el Juez habrá de determinar (39). Si se trata de un menor incapaz, se unen aspectos de uno y de otro tipo de tutelaje (38). El caso del menor, es excepcional desde el punto de vista de su incapacitación: si el presunto incapaz es un menor de edad (art. 201) su incapacitación (art. 205) sólo podrá ser solicitada por quienes ejercen la patria potestad o la tutela. Es una lógica consecuencia, como apunta O'Callaghan, de la excepcional situación que se plantea cuando se trata de incapacitar a un incapaz: cabe hacerlo, pero sólo instado por los padres o el tutor que podrán prorrogar su patria potestad (art. 171) o su tutela (art. 278) (27).

2. Internamientos penales

A diferencia de los Internamientos Civiles, los Internamientos Forzosos Penales se producen por una Orden Judicial.

Los caminos, por los que un enfermo mental puede llegar a un Hospital Psiquiátrico por mandato judicial, son tres:

A) Tras ser absuelto por apreciación de eximente o condenado con atenuante:

Teóricamente sólo podrían ser internados en los dos únicos hospitales penitenciarios existentes en España: Madrid y Alicante, ambos dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Justicia. Algunos factores influyen para que no sea así: - La insuficiente adecuación de dichos centros; - La carencia de plazas reales; - Una cierta «tenden-

cia descentralizadora» en este sentido; - El desarraigo en el contexto socio-cultural y familiar, que para el enfermo mental supondría el traslado a dichos centros, con sus repercusiones nocivas en la evolución de su patología mental... La Comisión de Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, al estudiar las condiciones de los enfermos judiciales internados en hospitales psiquiátricos penitenciarios o en unidades especiales de otros Hospitales Psiquiátricos abunda en estos hechos y concluye que: «En los casos en que fuera imprescindible el Internamiento (voluntario, involuntario o por Orden Judicial) éste debería hacerse atendiendo al régimen general hospitalario, en igualdad de condiciones con los demás pacientes, que, ha de suponerse, estará pensado del mejor modo posible, con vistas a cumplir su finalidad primordial: que el paciente reciba las atenciones terapéuticas más convenientes para la solución de su problemática y todo ello implica, por descontado, la ausencia de custodia judicial (40, 41, 42, 43).

Así, de hecho, el Tribunal podrá decretar el internamiento en alguno de los hospitales comprendidos en las categorías siguientes (31):

1. En las Salas Psiquiátricas de los Hospitales Provinciales.

2. En los Hospitales Psiquiátricos Provinciales.

3. Dado que el art. 8-1 del Código Penal hace referencia a la potestad del Juez para determinar el ingreso en « establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase», sin mencionar expresa ni exclusivamente a los centros sanitarios hospitalarios, podrán tenerse en cuenta por la Autoridad Judicial todos los dispositivos asistenciales de las distintas Administraciones Públicas (Residencias asistidas, Centros ocupacionales,...) (25).

Llegado el momento del alta clínica, se comunicará al Órgano Judicial, que adoptará la medida que estime procedente conforme a derecho. Si la Autoridad Judicial considera que existen objetivos de protección social que aconsejan que el enfermo no se integre a su medio social habitual, está claro que tales objetivos no son la responsabilidad ni la competencia del sistema sanitario (25).

En el caso de que se decrete la medida de sumisión a tratamiento ambulatorio, el Tribunal decretará qué Centro asumirá tal función así como la periodicidad con la cual deberá informar de la evolución del estado del enfermo.

Un problema frecuente es que, en muchos casos, los informes psiquiátricos remitidos por la Dirección médica a los respectivos Juzgados no obtienen respuesta. Este hecho, que puede ser un reflejo de la difícil organización de una Justicia saturada de trabajo y pobre de recursos, repercute la mayor parte de las veces en la prolongación innecesaria de internamientos psiquiátricos. Es posible que la solución requiera la transformación radical de este sistema de comunicación entre ambas instituciones, habilitando (jurídicamente hablando) una vía más dinámica y flexible.

Por último, hemos podido comprobar como, muchas veces, las Ordenes judiciales de Internamiento se encuentran de alguna manera condicionadas por una casi total carencia de una red social de apoyo. Los enfermos mentales envueltos de una manera u otra en la maquinaria judicial, necesitan, igual que el resto de la población, de unas redes sociales de apoyo, recursos que son, simultáneamente, olvidados y necesarios (44). De seguro que la potenciación de este tipo de recursos beneficiará notablemente la atención a la Salud Mental (45), y, desde luego, facilitará el camino para la aplicación de medidas alternativas a los Internamientos (tanto las actualmente vigentes, como presumiblemente otras nuevas) por parte de los Tribunales (46).

B) Internamiento forzoso de personas a la espera de ser juzgados (preventivos)

Cometido un hecho delictivo por una persona, si se aprecian indicios de enfermedad, es posible, que la Autoridad Judicial requiere a un facultativo (psiquiatra y/o médico forense) para su valoración psiquiátrica.

Dos interrogantes de gran importancia se van a plantear, cuya respuesta será trascendental para la decisión final que la autoridad que instruya el caso, adopte: En primer lugar, El diagnóstico de enfermedad mental, puesto que de ello derivará el internamiento o no del paciente. En segundo

lugar, el dictamen sobre la peligrosidad del individuo. Las Leyes Procesales españolas, contienen aspectos relativos a esta problemática, pero no hay una legislación clara y sistematizada en este sentido, por lo que pensamos que esta cuestión debería ser revisada. Tampoco existen unos criterios clínicos claros y bien desarrollados sobre ambas cuestiones, tema que está siendo objeto de estudio en la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de La Laguna, y cuyos resultados serán presentados en otro próximo trabajo. Otro tema relacionado, muy importante en la psiquiatría legal anglosajona, es de la capacidad para ser juzgado (47), que también consideraremos en otro trabajo.

Creemos que, si se produjo el internamiento y el enfermo puede ser tratado antes del juicio (asegurando así su aptitud para él) debería procederse al alta y posterior traslado al destino que la Autoridad judicial determine.

Si los facultativos no apreciaron patología mental, posiblemente el sujeto pase a Prisión. En este punto, entraríamos de nuevo en la problemática de la carencia de redes sociales de apoyo, y no parece que el sistema judicial, ni el sistema de salud mental en nuestro país, como en otros (48) tome decidida responsabilidad en el cuidado de estos enfermos preventivos.

El tiempo de permanencia del Preventivo en Prisión (o en el supuesto de que precise tratamiento psiquiátrico hospitalario, de internamiento, salvo que la indicación de este último finalice y se proceda a su traslado) va a depender en gran medida de la gravedad del delito supuestamente cometido por el individuo (como aproximación general, para los delitos más graves, el tiempo máximo es de aproximadamente dos años, cuando la pena es superior a Prisión menor, y según circunstancias, prorrogable a cuatro años) (49).

El tema del Internamiento Involuntario de supuestos delincuentes enfermos mentales es un punto de lo más polémico y debatido, por cuanto se esgrimen argumentos en defensa de los derechos del enfermo por un lado, incluyendo su derecho al tratamiento, y argumentos en defensa de la comunidad por otro, planteándose cuestiones éticas que muchas veces no tienen una fácil solu-

ción (50, 51, 52, 53).

C) Internamiento forzoso de penados presos y detenidos

Los puntos planteables dentro de este apartado, quedan aclarados, a partir del análisis del Real Decreto 319/1988 de 30 de marzo, sobre asistencia hospitalaria extra-penitenciaria y modificación del Reglamento Penitenciario aprobado mediante Real Decreto 1201/1981 de 8 de mayo (54, 55).

Los internos pueden ser asistidos en caso de necesidad o de urgencia, en centros hospitalarios dependientes de Administración Públicas, en cuyo caso la Dirección de la correspondiente Administración penitenciaria solicita su traslado, dando cuenta del mismo a la Autoridad Judicial de que dependan, y al Juez de Vigilancia en el caso de los penados.

La permanencia de detenidos, presos y penados en el centro hospitalario durará estrictamente el tiempo que requiera su correcto tratamiento, a juicio de los servicios médicos del Centro, quienes emitirán Alta Hospitalaria e Informe Clínico completo dirigido a los servicios médicos del establecimiento de destino.

El traslado, vigilancia y custodia de los detenidos, presos y penados, correrá exclusivamente a cargo de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado competentes, teniendo en cuenta las circunstancias del enfermo, las normas del funcionamiento del Centro Hospitalario y sin perjuicio de la intimidad que requiera la asistencia sanitaria.

No se podrá exigir responsabilidad alguna en materia de custodia de los internos al personal de los Centros Hospitalarios.

Proceder del médico de guardia

Si el paciente procede de un establecimiento penitenciario: solicitará la petición de ingreso así como los informes clínicos que pudieran aportarle (sobre todo si es un supuesto de urgencia).

Si no procede de establecimiento penitenciario: será un detenido procedente del Juzgado. Se solicitará en este caso una orden expresa de internamiento clínico expedida por la Autoridad judicial competente. Si, en supuestos de urgencia, no se aportara dicha orden (lo que ocurrirá con poca frecuencia) se deberá atender al dete-

nido ante la solicitud de los Cuerpos de Seguridad del Estado, que obviamente lo conducirán, decidir su ingreso o no según el criterio clínico más apropiado, y ponerlo en conocimiento del Juez de Guardia, puesto que se ha recibido en calidad de detenido al paciente, procediendo a continuación como el Juez diga (55). En esto se diferencia del internamiento involuntario con Autorización Judicial: la Autorización faculta, la Orden obliga.

Breve referencia a la problemática del internamiento-tratamiento de toxicómanos judiciales

Ante el drogadicto delincuente, surgen diferentes criterios y maneras de apreciar la especial problemática que se plantea, toda ella encuadrable en la confrontación entre dos posturas básicas, reclusión contra tratamiento, que no son más que la traducción práctica de dos parámetros con fuertes connotaciones sociales, coacción o libertad.

Para los que propugnan la aplicación indiscriminada de la pena privativa de libertad y, en consecuencia el ingreso del toxicómano en prisión, hay que señalar junto con Prieto Rodríguez « el Derecho Penal no sólo debe permitir el tratamiento, sino, incluso, fomentarlo y obtener la colaboración del directamente interesado» (56).

A. Kreuzer, citado por Prieto Rodríguez, señala cuatro modelos de tratamiento:

1. Incluir a los drogadictos, sin separación alguna y sin tratamiento terapéutico en los centros penitenciarios ordinarios.
2. Separar totalmente a los drogadictos, situándolos en establecimientos «ad-hoc».
3. Sistemas intermedios.
4. Ingreso del drogadicto delincuente en centros de cumplimiento de penas especialmente previstos para ellos.

En nuestro país, donde rige casi sin reservas el primer modelo, debería habilitarse un programa de estudio de la especial problemática de estos pacientes, procurando, como señala Freixa Santfeliu, «... preservar el cumplimiento de las leyes y disposiciones vigentes, en cuanto a vigilancia y restricción de libertad, sin que ello impida un correcto abordaje de su toxicomanía» (57).

Pensamos, por tanto, que el tratamiento de toxicómanos que delinquen no tiene por qué llevar aparejado su internamiento, ya

que podrían habilitarse otras medidas alternativas, que, partiendo de un enfoque terapéutico, tuvieran como objetivo la rehabilitación del toxicómano y su posterior reincorporación social.

Tarea, ciertamente nada fácil puesto que ha de chocar con graves inconvenientes y no menos problemas, la ausencia de motivación es en todos los casos el primer y principal problema del tratamiento de una dicción y provoca, además un clima terapéutico dominado por la frustración y la resignación. Problemas en relación con el diagnóstico de dependencia, con el concepto de buen o mal resultado, o con la influencia de la intervención terapéutica sobre la historia natural del drogadicto... (58, 59) hacen que sea imprescindible el abordaje urgente de toda la problemática (juridicomédica-social) que envuelve el tratamiento de este tipo especial de pacientes.

Internamiento de larga estancia (la problemática de los enfermos crónicos)

Poco tiempo después de la implantación del nuevo marco legal en torno a los internamientos psiquiátricos, se comenzaba a denunciar la situación de algunos enfermos mentales crónicos que, aunque libres de síntomas, tienen un tal nivel de desocialización debido a su larga permanencia en instituciones psiquiátricas que resulta difícil su adaptación a la comunidad y, por lo tanto, el darles de alta.

Inicialmente, se pasó a considerar a estos enfermos institucionalizados como voluntarios, exceptuando los casos en que claramente se tratara de un enfermo incapaz, instando a una revisión clínica de todos ellos, con el objeto de realizar informes individualizados al Ministerio Fiscal, para que éste procediese o no con el oportuno expediente de incapacitación.

Esta perspectiva no ha cristalizado en soluciones más que para una pequeña proporción de la población total de enfermos de larga estancia.

La misma Comisión de Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría que había denunciado la situación con anterioridad, concluye diciendo «se hace preciso poner el mayor énfasis en regular la situación jurídica de los enfermos crónicos y en garantizar realmente sus derechos

constitucionales, aspectos tradicionalmente descuidados. En este sentido, será necesaria la intervención del Ministerio Fiscal en las instituciones psiquiátricas, públicas o privadas» (4). La Instrucción 6(87 de la Fiscalía General del Estado, parece dar respuesta a estos requerimientos, tanto en el orden civil como penal, cuando dice: «...dada la responsabilidad que tienen el Ministerio Fiscal, en la defensa de estas personas más necesitadas de ayuda, intereso a todos los fiscales:

1. Que se de cumplida observancia a la circular 2184 de esta Fiscalía General.
2. Que por lo menos cada seis meses, se revisen los internamientos de las personas ingresadas en establecimientos psiquiátricos, cualquiera que sea su denominación, tanto con posterioridad a la Ley 13/83 como los ingresados al amparo de la legislación anterior...
3. Que se realicen periódicas visitas a los establecimientos públicos y privados, que tengan ingresados enfermos psiquiátricos, revisando sus expedientes, con el fin de evitar posibles ingresos indebidos.
4. Que se haga un especial seguimiento mediante la apertura de fichas individuales de las personas ingresadas en establecimientos psiquiátricos penitenciarios por causas tramitadas en el territorio de cada Fiscalía, con el fin de evitar la permanencia en estos establecimientos de personas que pudieran reintegrarse a la sociedad...

Cada seis meses se elevará a la Fiscalía General del Estado una relación de personas ingresadas en estos Centros y las circunstancias que aconsejan su permanencia en los mismos (60)».

Es de esperar que esta revisión periódica de enfermos psiquiátricos, junto a una deseable colaboración entre Hospitales Psiquiátricos y Fiscalía pueda poner al día, esta problemática.

Al espíritu encomiable de protección de los más necesitados de ayuda y de máxima tendencia reintegradora que dimana de la lectura de la instrucción 6/87 hay que objetar un solo interrogante: ¿Qué va a suceder con las personas ingresadas en establecimientos psiquiátricos que no ostentan la condición de penitenciarios? Es

decir, dado que la mayoría de los establecimientos psiquiátricos no son penitenciarios (aunque algunos de ellos, se vean obligados a asumir tal función) ¿Qué trámite de seguimiento se ha estudiado para los enfermos ingresados en estos hospitales?

Conclusiones y recomendaciones

1. Debería revisarse el art. 211 del Código Civil, en el sentido de cubrir la ambigüedad que en supuestos plantea, así como las lagunas legislativas que de su interpretación se derivan.
2. Deberían promoverse reuniones periódicas entre Juntas de Jueces – Representantes de Centros Psiquiátricos, a fin de estudiar criterios conjuntos de actuación en materia de internamientos según las Provincias o Comunidades Autónomas.
3. Los internamientos psiquiátricos de enfermos mentales, así como el alta clínica, son actos médicos, controlados en ciertas ocasiones por la Autoridad Judicial.
4. Los Jueces deben desarrollar una interpretación correcta y homogénea del art. 211 del Código Civil.
5. Debería desligarse por completo el tema de los internamientos del de la incapacidad.
6. El Ministerio Fiscal debería poner el mayor énfasis en la cuestión de la revisión de expedientes de incapacidad en los internamientos de larga estancia, en forma individualizada.
7. El Ministerio de Justicia, junto con el de Sanidad, deberían desarrollar un proyecto que englobara todos los internamientos dentro del régimen general hospitalario, así como la potenciación y desarrollo de redes sociales de apoyo.
8. Sería conveniente el estricto cumplimiento de la legislación sobre Seguridad e Higiene en los establecimientos penitenciarios.
9. Debería crearse un comité de estudio para la especial problemática que plantea el tratamiento de deshabitación de pacientes toxicómanos judiciales, en el sentido de ahondar (médica y jurídicamente) en la cuestión de tratamiento frente a reclusión de estos enfermos.

Apéndice I:

Articulado legislativo vigente en materia de internamientos psiquiátricos

Código Civil (Ley 13/1983 de 24 de octubre)

Según el artículo 200: Son causas de incapacidad las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

Según el artículo 211: «El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que por razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta antes al Juez, y en todo caso, dentro del plazo de 24 horas. El Juez tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203».

(El artículo 203 alude a que el Ministerio Fiscal deberá promover la declaración de incapacidad, en el caso de que (art. 202) el cónyuge o descendientes, ascendientes o hermanos no lo hubieran solicitado).

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269-4, el Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y en todo caso cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

(El art. 269-4, alude a que el tutor está obligado a informar al Juez anualmente sobre la situación del menor o incapacitado).

En suma, la responsabilidad del internamiento de enfermos mentales y el seguimiento de su evolución, a efectos de decidir la suspensión del mismo corresponde al Juez.

Código penal (Ley Orgánica 8/1983 de 25 de junio)

Según el artículo 8: están exentos de responsabilidad criminal:

1. El enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir.

Cuando el enajenado hubiere cometido un hecho que la Ley sancionare como delito, el tribunal decretará su internamiento en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo tribunal.

Cuando el tribunal sentenciador lo estime procedente, a la vista de los informes de los facultativos que asistan al enajenado y del resultado de las demás actuaciones que ordene, podrá sustituir el internamiento, desde un principio o durante el tratamiento, o por alguna o algunas de las siguientes medidas:

- a) Sumisión a tratamiento ambulatorio.
 - b) Privación del permiso de conducción o de la facultad de obtenerlo durante el tratamiento o por el plazo que se señale.
 - c) Privación de la licencia o autorización administrativa para la tenencia de armas, o de la facultad de obtenerla, con intervención de las mismas durante el tratamiento.
 - d) Presentación mensual o quincenal, ante el juzgado o tribunal sentenciador, del enajenado, o de la persona que legal o judicialmente tenga atribuida su guardia o custodia».
2. El menor de 16 años.

Cuando el menor que no haya cumplido esta edad ejecute un hecho penado por la ley, será confiado a los tribunales tutelares de menores.

3. El que por sufrir alteración en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

Cuando estas personas hayan cometido un hecho que la ley sancionare como delito, se les aplicará la medida de internamiento en un centro educativo especial, durante el tiempo necesario para su educación, del cual no podrán salir sin autorización del tribunal.

Cuando la evolución del tratamiento lo permita, esta medida será sustituida por alguna o algunas de las medidas del último párrafo del número 1 de este artículo».

Según el artículo 9 del Código Penal: Son circunstancias atenuantes:

1. Las expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren los requisitos

necesarios para eximir de responsabilidades en sus respectivos casos.

En los supuestos de eximente incompleta en relación con los números 1 y 3 del artículo anterior, el juez o tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en dichos números. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta fuere privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de esta última. En tales casos, la medida se cumplirá siempre antes que la pena y el período de internamiento se computará como tiempo de cumplimiento de la misma, sin perjuicio de que el tribunal pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración en atención al buen resultado del tratamiento.

Apéndice II

Modelo para la comunicación a la autoridad judicial del internamiento involuntario de un enfermo mental

Hospital/Unidad psiquiátrico de

El Dr. Psiquiatra en funciones de guardia en el Hospital/Unidad psiquiátrica de

Informa:

Que en el día de la fecha ha procedido al reconocimiento y valoración psiquiátrica de D./Dña

con d.n.i. Domiciliado en observando las siguientes manifestaciones psicopatológicas:

Todas ellas indicativas de trastorno mental severo que requiere tratamiento en régimen de hospitalización psiquiátrica.

Lo cual se hace constar a la Autoridad Judicial competente, a efectos de dar cumplimiento a los requisitos establecidos en el art. 211 del Código Civil y de que se practiquen los trámites que la Autoridad Judicial estime oportuno.

En , a de 19

Fdo.:

Psiquiatra de Guardia

Ilmo. Sr. Magistrado-Juez de Guardia . .

Reconocimiento

Los autores expresan su agradecimiento a D. Casimiro Álvarez Álvarez, Presidente de la Sala Penal de la Audiencia Provincial de Tenerife, y a D. Arturo Beltrán Núñez, Magistrado Juez de Primera Instancia e Instrucción de Santa Cruz de Tenerife, cuyo apoyo, orientaciones y críticas han sido de inestimable ayuda en la elaboración de este trabajo.

Bibliografía

1. COLODRON, A.: *En torno al ingreso... Clinica y Análisis grupal*. 1978; 10(8) 7-8.
2. GONZALEZ DURO, E.: *La Asistencia psiquiátrica en España*. Madrid. Castellote, 1975; 53-71.
3. Circular n.º 2/1983. En Tomo al artículo 211 del Código Civil. El internamiento de incapaces presuntos. En: Memoria del Fiscal General del Estado. Madrid, 1985: 339-351.
4. CAPILLA, T.; CARBALLO, S.; GONZALEZ-DURO, E., ROIGSALAS, A.: *Reflexiones sobre la práctica de internamiento psiquiátrico*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, 1986; 6(18) 485-489.
5. GISBERT-CALABUIG, J.A.: *Los estados peligrosos y la ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social*. En: Medicina Legal y Toxicología: J.A. Gisbert-Calabuig. Valencia, 1983; Saber. 590-594.
6. LOPEZ-BARJA DE QUIROGA, J.: *El internamiento de los enajenados*. Poder Judicial. 1986; (4) 49-67.
7. BERCOVITZ RODRIGUEZ-CANO, R.: *Psiquiatría y Derecho*. En: Manual de Psiquiatría: J. L. González de Rivera, A. Vela y J. Arana (eds.). Madrid, 1980; Karpos. 1239-1255.
8. Manual de Legislación Penal Madrid, 1985; Limruja.
9. Ley 13/1983 de 24 de Octubre de Reforma del Código Civil en materia de Tutela (B.O. E. n.º 256, 26 Diciembre 1983).
10. Ley Orgánica 6/1984 de 24 de Mayo. Regulación del procedimiento de Habeas Corpus. (B.O.E. n.º 126 de 26 de Mayo). _
11. Ley Orgánica 6/1985 de 1 de Julio: Ley Orgánica del Poder Judicial, 1985, Separatas del B.O.E. Gaceta de Madrid.
12. ROMEO CASABONA, C.: *El médico ante el Derecho*. Madrid, 1986, Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 52 y 55.
13. LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J.: *Violencia Social y Enfermedad Mental: Lección y ejemplo de los Hinckley*. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquitr. 1986; 14(5), 362-368.
14. GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: *Psiquiatría y Sanidad*. Gaceta Ilustrada, 1979, 1191:58.
15. CALCEDO ORDOÑEZ, A.: *En tomo al internamiento psiquiátrico*. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1988, 16(1) 59-62.
16. MARTINEZ AZUMENDI, O.: *La atención psiquiátrica en Inglaterra* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1986, 6(19) 597-607.
17. GONZALEZ DE CHAVEZ, M.: *Asistencia psiquiátrica y derechos humanos en Japón: Entrevista ton Nobuko Kobayoshi*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1987, 7(21) 297-308.
18. KAPLAN, H. L, y SADOCK, B.J.: *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona, 1987, Salvat 919-921.
19. OFFICIAL ACTIONS: *Guidelines for Legislation on the Psychiatric Hospitalization of Adults*. Am. J. Psychiatry, 1983; 140(5) 672-679.
20. RIU, J.A., y TAVELLA DE RIU, G.: *Internación y Egreso de establecimientos de Salud Mental (Ley 22.914)*. En: Psiquiatría Forense, aspectos penal, civil y laboral. J.A. Riu y G. Tavella de Ri. Buenos Aires 1987, Lerner Eds., 369-377.
21. LANGELUDDEKE, A.: *La responsabilidad del alienista y del personal manicomial y la nueva Ley Penal de la R.F.A.* En: Psiquiatría Forense, A. Langeluddeke. Madrid, 1972; Espasa-Calpe, 724-252.
22. CABRERA FERNEIRO, J.: *Aspectos médico-legales del ingreso del enfermo mental en el Hospital Psiquiátrico*. Trabajo original presentado en el 1 Curso National sobre Psiquiatría Forense y Criminología. U.N.E.D. Mérida, 1988.

23. GONZALEZ DURO, E.: *Demanda y oferta de hospitalización psiquiátrica*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1988, 8(24) 45-52.
24. Fiscal General del Estado: Algunos temas doctrinales sobre temas de actualidad: El internamiento de incapaces presuntos en la reforma del Código Civil por Ley 13/83, de 24 de Octubre. En: Memoria del Fiscal General del Estado. Madrid, 1985; 205-235.
25. Comité de estudio de la problemática jurídico-asistencial del enfermo mental. Informe del Comité de Estudio al Consejo Interterritorial. 12 de Mayo, 1988; 1-19.
26. PENEN-LASTRA, MUÑOZ TUERO, L.M., y GARCIA ANDRADE, J.A.: *Internamiento del enfermo mental en España*. Rev. Esp. Medicina Legal, 1985; 112(44-45) 95-104.
27. O'CALLAGHAN MUÑOZ, X.: *Psiquiatría y Derecho Civil*. I Curso National sobre Psiquiatría Forense y Crimfnología. U.N.E.D. Mérida, 1988.
28. PADRO, D.; TAMAYO, G., y TRAJAOLA, 8.: *Consideraciones éticas a propósito de un caso de ingreso involuntario*. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1986, 14(1) 43-46.
31. CARBONELL MATEU, J.C.; GOMEZ COLOMER, J.L.; - MENGUALLI, I; y LULL, J.B.: *Enfermedad mental y delito: Aspectos Psiquiátricos penales y procesales*. Madrid, 1987; Civitas, pág. 53.
32. HIDAY, V.A.: *Are lawyers enemies of psychiatrist? A survey of Civil Commitment-Counsel and Judges*. Am. J. Psychiatry, 1983; 140(3) 323-326.
33. ARANZADI: *Repertorio de Jurisprudencia: S.T.S. 21 de Octubre, 1971*; Crim. Detención ilegal, 3919.
34. LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J.: *Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración de Hawai. Revisión de Viena, 1983*. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1984; 12(61) 361-363.
35. HAMILTON, M.: *On Informed Consent*. British J. Psychiatry, 1983; 142, 416-418.
36. ARANZADI: *Repertorio de Jurisprudencia. 1986. S.T.S. 10 de Febrero 1986*; Civil. Declaración de Incapacidad. 520.
37. BERCOVITZ RODRIGUEZ-CANO, R.: *La incapacitación de personas afectadas por enfermedades mentales crónicas de carácter cíclico* (Comentarios en la S.T S. de 10 de Febrero 1986) Poder Judicial. 1986, (3) 107- 112.
38. O'CALLAGHAN MUÑOZ, X.: *La Tutela del menor incapacitado*. Poder Judicial. 1984; (11) 71-74.
39. Ley 21 /1987 de 11 de Noviembre por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción (B.O.E. 17 de Noviembre 1987).
40. Comisión de Legislación de la A.E.N. Sobre la Unidad de Judiciales de la Clínica de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). Rev. Asoc. Esp. Neurosiq. 1987; 7(21) 315-317.
41. Comisión de Legislación de la A. E. N. Sobre el Sanatorio Psiquiátrico de Fontcalent (Alicante). Rev. Asoc. Esp. Neurosiq. 1987; 7(23) 677-683.
42. Comisión de Legislación de la A.E.N. Sobre el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel (Madrid). Rev. Asoc-Esp. Neurosiq. 1985; 5 (14).
43. Comisión de Legislación de la A.E.N. Informe sobre el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid. Conclusiones Clin. y Anal. Grupal 1986; 100(39) 139-142.
44. VILLALBI, J.A., y FERRER, L.L.: *La promoción de la salud y la integración de recursos en salud mental*. Arch. de Neurobiología, 1985; 48(1) 1-6.
45. Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención de la Salud Mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsq. 1985; 5(13) 204-222.
46. LAMB, H.R.; WEINBERGER, L.E., y GROSS, B.H.: *Court-Mandated Community Outpatient treatment for perlons found not guilty by reason of insanity: A fiveyear follow-up*. Am. J. Psychiatry, 1988; 145(4) 450-456.
47. SWAN, M.: *Aptitud para pleitear*. En: *Psiquiatría contemporanea*. S. Crown (Ed.). Barcelona, 1987, Carlos Alejandro. Editor. 423-437.
48. LAMB, H.R.: *Incompetency to stand*

- trial. Arch. Gen. Psychiatry, 197; 44: 754-758.
49. Ley Orgánica 9/1984 de 26 de Diciembre, sobre circunstancias para decretar la prisión provisional y la duración de la misma (modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Arts. 503, 504 y 529 (B.O.E. 3 de Enero 1985).
 50. CHODOFF, P.: *Involuntary hospitalization of the Mentally Ill as a Moral Issue*. m. J. Psychiatry, 1984; 141(3) 384-389.
 51. APPELBAUM, PS.: *Civil Commitment*. En: *Psychiatry*. Robert Michels, Jesse O. Cavenar Jr. (eds.) Basic Books. New York, 1985.
 52. WINDHOLZ, G.: *The explicitly stated rationales for the involuntary commitment of the mentally ill given by the nineteenth-century German-speaking psychiatrists*. Psychological Medicine. 1987, 17(2) 291-295.
 53. SZASZ, S.T: *La internación involuntaria en Hospitales Neuropsiquiátricos: Un crimen de lesa humanidad*. En: *Ideología y Enfermedad Mental*. T.S. Szasz. Amorrortu. Buenos Aires 1970; 118-140.
 54. Real Decreto 319/1988 de 30 de Marzo, Decreto 633/1978 de 2 de Marzo sobre asistencia hospitalaria extrapenitenciaria y modificación del Reglamento Penitenciario aprobado mediante Real Decreto 1201/1981 de 8 de Mayo (B.O.E. n.88 de 112 Abril 19188). (Presidencia). Sobre asistencia clínica extrapenitenciaria a los internos: art. 5,1 B.O.E. n.º 81, 5 de Abril 1978.
 56. PRIETO RODRIGUEZ, J. I.: *Medidas de tratamiento aplicables al delincuente drogadicto previstas en el Código Penal* En: *El Delito de Tráfico y el Consumo de Drogas en el Ordenamiento Jurídico Penal Español*. Barcelona, 1986; Bosch. 36-367.
 57. SOLER INSA, PA.: *Problemática y aspectos del tratamiento de los heroínómanos*. En: *Toxicomanías, un Enfoque Multidisciplinario*. F. Freixa Santfeliu, P.A. Soler Insa (Eds). Barcelona, 1981; Fontanella. 493-524.
 58. EDWARDS, J.G., y GOLDIE, A.: *A ten year follow-up study of Southampton opiate addicts*. British Journal of Psychiatry, 1987, 151:679-683.
 59. LEYGRAF N.: *Delincuentes alcohólicos: El problema del internamiento en aplicación del artículo 64 del Código Penal* Fortschritte der Neurologie Psychiatrie (Ed. Esp.) 1988, 7(28) 28-35.
 60. MOSCOSO DEL PRADO Y MUÑOZ, J.: Instrucción número 6/1987. Fiscalía General del Estado. Madrid, 23 de Noviembre de 1987.