

# EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA PSICOSOCIAL

**Ponencia de Honduras y El Salvador**

II CONGRESO DE PSIQUIATRÍA DE CENTRO AMERICA Y  
PANAMÁ

Guatemala, 18-23—Nov. 53

**Desarrollo de Honduras por  
R. ALCERRO CASTRO**

La exposición de un tema como el presente sobrepasa en mucho mi capacidad y en cuanto a los resultados de la investigación en mi país deberían ser presentados por uno o más grupos de trabajo que todavía no hemos formado.

En otras ocasiones hemos insistido en la consideración del alcohólico como un enfermo psiquiátrico. Esta aseveración probablemente continúa teniendo muchos opositores y creo que esto se debe con mucho a la limitación que a veces quiere darse todavía a la psiquiatría, queriendo que ella se ocupe solamente de las psicosis y las neurosis muy escandalosas. Y quizá también de la consideración derivada de la anterior de que sólo el psiquiatra puede manejar los problemas psicológicos de los pacientes. En realidad, el médico general y los otros especialistas resuelven diariamente pequeños problemas psico-emocionales, sea a través de una adecuada formación y actitud médico-psicológica de acción premeditada, por robustez de su personalidad que influye sobre el paciente, o por el efecto de sostenimiento que la relación médico-medicina-tiempo-paciente ejerce beneficiosamente sobre el último.

En realidad, también es cierto, no debe de asustarnos el pensar en el alcohólico como un neurósico (a veces también como un psicótico antes que alcohólico, sin que esto encuentre gran oposición para admitirse), si bien como un neurósico moderado, benigno, muchas veces escondido. Se ha hablado del alcohólico adictivo inicial, «causi alcohólico», como de un hombre escondido en la vida de los

La acción social sobre la profilaxis y tratamiento del alcoholismo se hace cada vez más evidente en los diferentes países. En la zona americana del Caribe, Guatemala ha dado precoces, firmes y bien meditados pasos que la colocan entre los países de avanzada en esta campaña. Al funcionamiento de los organismos encargados de ella y de los cuales tanto tenemos que aprender, no voy a referirme porque estoy seguro que en este Congreso se presentarán trabajos sobre sus diversos aspectos. De las otras campañas de nuestra misma zona de las que tengo conocimiento me parece que se ha iniciado sobre bases magníficas la del comité de lucha contra el alcoholismo del Estado de Veracruz de cuya organización se encargó el Dr. E. Millan. En el comité están representados los gobiernos federal y estatal, la Universidad, las centrales sindicadas, el ejército, los Maestros, las Cámaras de Comercio, las organizaciones femeninas, la iglesia y las asociaciones de servicio como los Clubes Rotario y de Leones. El comité es autónomo con la protección y estímulo gubernamental, y tiene comisiones que estudian: 1) los diferentes aspectos jurídico, económico y social; 2) la profilaxis educativa; 3) el financiamiento; 4) la publicidad; y 5) la atención al adulto.

A más de su iniciación no tengo datos sobre el actual funcionamiento del comité de Veracruz, ni de los logros hasta ahora obtenidos. De todos modos, la amplitud en la consideración de las circunstancias a encontrar es digna de imitar en los lugares en donde aún no hayamos comenzado la amplia labor de profilaxis y rehabilitación de los enfermos de alcoholismo, y de servir de amplia guía en aquellos otros en donde las miras de sus programas no hayan alcanzado su extensión. En Honduras recientemente se ha principiado a reconsiderar la actitud pública hacia el alcoholismo.

Hace unos ocho años un hospital privado de Tegucigalpa, «El Carmen» (dedicado a medicina y cirugía generales), principió a admitir pacientes alcohólicos y continúa siendo uno de los sanatorios que admite mayor número de ellos. Se desarrolló allí en mayor escala la consideración del alcohólico como un enfermo que debe ser ayudado. Actualmente el Hospital General admite un pequeño número de alcohólicos (pocos lo solicitan) en su Departamento de Neuro-Psiquiatría. Los hospitales privados (Sanatorios o Casas de Salud), con excepción de uno, todos admiten alcohólicos si van voluntariamente y no son destructores. Un hospital privado (para enfermos mentales y alcohólicos) especializado, los admite si van voluntariamente o no, durante el período de intoxicación y por un par de días de molestias de supresión, de allí en adelante la permanencia ha de ser voluntaria, con excepción de los casos de psicosis los cuales se retienen hasta que la psicosis ha cedido, o antes si la familia decide llevarlos.

Hace dos años el Congreso Nacional rechazó la proposición de un diputado médico, para que el Estado estableciera en varias localidades, consultorios antialcohólicos.

Desde hace poco más de un año las Damas de Acción Católica establecieron en Tegucigalpa y San Pedro Sula, las ciudades de mayor población en el país, un consultorio anti-alcohólico en cada

ciudad. El de San Pedro Sula es atendido por médicos y el de Tegucigalpa, dirigido por un médico, es atendido por estudiantes de medicina de los últimos cursos.

Hizo un año en septiembre retropróximo la F.A.F.H. organizó una semana antialcohólica durante la cual en varias ciudades del país se dictaron pláticas sobre el origen y tratamiento del alcoholismo, varias fueron transmitidas por radio y publicadas en la prensa diaria.

Todos los anteriores son indicios del crecimiento de una conciencia nacional del deber de organizar un Comité de Profilaxis y Tratamiento del Alcoholismo que espero que lograremos fundar antes de mucho tiempo.

Mi experiencia personal con la atención médica del enfermo alcohólico se ha aumentado en los cuatro años que tiene de funcionar mi Hospital, el último de los mencionados al hacer la cita de los que en Tegucigalpa admiten enfermos alcohólicos. Por considerar de interés para el conocimiento actual de nuestros problemas y para futuras comparaciones, informaré sobre algunos de los aspectos que hemos estudiado en los alcohólicos del grupo que en Honduras buscan tratamiento en Hospitales privados. Cuando digo buscan quiero decir por sí mismos o por presión familiar. En este último caso con mucha frecuencia se busca el hospital como medio compulsivo de detener el episodio alcohólico y aminorar los síntomas de abstinencia. Después de ello un elevado número de pacientes no aceptó ningún procedimiento a nuestro alcance para tratar de prevenir la continuación del alcoholismo.

Los pacientes que llegaron con el propósito o aceptaron posteriormente un tratamiento antialcohólico, permanecieron en el hospital un promedio de ocho días. Durante ese tiempo se les hizo de una a tres entrevistas sobre desarrollo de su enfermedad, antecedentes y situación de vida al momento de internarse para tratamiento. Durante los dos primeros días se inyectaron vitaminas y se dieron sedantes. Si no se encontraba contraindicación se iniciaba el tratamiento por aníabús a las 24 horas de su ingreso, usando dosis altas y procurando hacer por lo menos dos pruebas con una bebida alcohólica. Con frecuencia se obtuvieron violentas reacciones con gran caída tensional, vómitos, diarrea, y tendencia al colapso. Cuando el estado físico o psíquico lo requiere, se hace la terapéutica concomitante necesaria.

La casi totalidad de los pacientes no siguió la indicación de asistir regularmente a nuestro consultorio ciudadano para nuevas entrevistas y control. De muchos de ellos no hemos vuelto a tener noticias después de su egreso hospitalario. Esto desde luego es de lamentar y también de anotar como deficiencia de las condiciones de trabajo que no han podido todavía ser modificadas.

Por las mismas dificultades de nuestra organización no todos los datos que quisiéramos detallar fueron recogidos en todos los pacientes. Sin embargo lo fueron en un número relativamente grande de casos para que sean significativos.

He aquí resumidos en cuadros los siguientes datos:

**PACIENTES ADMITIDOS**

Total	800
Alcohólicos	342
% Alcohólicos sobre ingresos	42.75%

**CUADRO I**

Porcentaje de alcohólicos admitidos al Hospital Alcerro-Castro:

AGRICULTORES	54
OFICINISTAS (incluyendo P. M. y Tenedores de Libros)	52
PROFESIONALES UNIVERSITARIOS	36
Abogados	19
Médicos	5
Farmacéuticos	4
Dentistas	4
Ingenieros	3
Botánico	1
COMERCIANTEs	34
MECANICOS	24
CHOFERES	17
CARPINTEROS	10
ZAPATEROS	9
ESTUDIANTES	11
ESTUDIANTES RETRASADOS	6
TELEGRAFISTAS	10
TOTAL	263

**CUADRO II**

Mayores grupos ocupacionales de 342 pacientes alcohólicos admitidos a Hospital Alcerro Castro.

IGNORADO	3
VARIABLE	5
SIN OFICIO	5
AMA DE CASA	3
COMISIONISTA	1
LABORATORISTA	2
SASTRE	6
FARMACEUTICO EMPIRICO	2
MEDICO EMPIRICO	1
ELECTRICISTA	2

LOCUTOR (inconstante) Radio	1
FONTANERO	1
CARNICERO	1
LITERATO (Oficinista)	3
JOYERO	1
PROFESOR DE EDUCACION PRIMARIA	6
SERVICIO CONSULAR	1
MINERO	4
PANADERO	1
CONSERJE	1
CONSTRUCTOR	2
RELOJERO	1
AYUDANTE INGENIERIA	1
ALBAÑIL	2
FOTOGRAFO	2
VIGILANTE	1
RENTISTA	1
PERIODISTA	1
TALABARTERO	1
MILITAR	3
RADIO-OPERADOR	2
TIPOGRAFO	4
BARBERO	4
MECANICO DENTAL	3
ENCUADERNADOR	1
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>
Ocupación habilidad media	45
Ocupación educación media o superior	21
Ninguna ignorada y variable	13
	<b>79</b>

**CUADRO III****Grupos Ocupacionales Menores**

Número de veces que han ingresado los pacientes alcohólicos:

UNA VEZ	233
DOS VECES	60
TRES VECES	19
CUATRO VECES	8
CINCO O MAS VECES	22
<b>TOTAL</b>	<b>342</b>

**CUADRO IV****Comunidades que han provisto mayor número de pacientes**

Distrito Central	206
Tegucigalpa	155
Comayagüela	51
Esquías	21
Marcala	10
Taulabé	8
San Pedro Sula	8

**CUADRO V**

(Aproximado)

**Lugar de residencia y trabajo**

URBANA	242
RURAL	100

**CUADRO VI**

CASADOS	181	60.33%
SOLTEROS	100	33.33%
VIUDOS	7	2.33%
DIVORCIADOS	12	4.00%
TOTAL	300	99.99%

**Estado civil de 300 alcohólicos hospitalizados****CUADRO VII**

MASCULINO	294	98%
FEMENINO	6	2%
TOTAL	300	100

**CUADRO VIII****Sexo de 300 alcohólicos hospitalizados**

DECADAS	Nº Ptes.	%
10 a 19 años	2	0.66%
20 a 29 ..	80	26.33

30 a 39	"	100	33.66
40 a 49	"	77	25.66
50 a 59	"	32	10.66
60 a 69	"	9	3.00

Edad de hospitalización, por décadas, de 300 alcohólicos hospitalizados.

### CUADRO IX

#### EDAD DE COMIENZO

	Nº de Ptes.
8 años	1
12 "	3
13 "	3
14 "	14
15 "	20
16 "	10
17 "	11
18 "	43
19 "	9
20 "	54
21 "	16
22 "	6
23 "	7
24 "	5
25 "	7
26 "	1
27 "	4
28 "	4
29 "	7
30 "	1
31 "	1
32 "	1
33 "	1
34 "	1
35 "	1
36 "	1
37 "	2
38 "	1
40 "	3
46 "	
	239

**CUADRO X**

**Edad a la que comenzaron a beber alcohol 239 alcohólicos hospitalizados**

	<b>Nº Pacientes</b>
A los 20 años	54
A los 18 "	43
A los 15 "	20
A los 21 "	16
A los 17 "	11
A los 18 "	10
A los 19 "	9

**CUADRO XI**

**Edades máximas de comienzo de la bebida en 239 alcohólicos hospitalizados**

TERAPEUTICA DE SOSTEN DURANTE INICIACION DE ABSTINENCIA O POR PSICOSIS	105
TERAPEUTICA POR ANTABUS	215
TERAPEUTICA DE AVERSION	5
RECIENTES (menos de 3 meses)	17
	<hr/> 342

**CUADRO XII**

**Conducta terapéutica en 342 alcohólicos hospitalizados**

ABSTINENCIAS LARGAS (4 a 15 años)	20	5.84%
ABSTINENCIAS MEDIAS (8 meses a 4 años)	25	7.30%
ABSTINENCIAS CORTAS (4 meses a 7 meses)	16	4.68%
TOTAL	<hr/> 61	<hr/> 17.82%

**CUADRO XIII**

**Abstinencias sin Antabús o aversión en 342 alcohólicos (Abstinencias espontáneas?)**

	<b>Nº Pacientes</b>	
EXCELENTE (abstención total)	2	0.93%
MUY BUENO (pequeñas recaídas)	39	18.14%
BUENO (6 meses 1 año)	67	31.16%



MALO (menos 6 meses)	26	12.09%
IGNORADO	81	37.62%

**CUADRO XIV****Resultados del tratamiento con Antabús en 215 pacientes hospitalizados**

SE SABEN BENEFICIADOS	108	50.23%
SIN MEJORIA E IGNORADO	107	49.71%

**CUADRO XV****Pacientes beneficiados por Antabús**

ABSTINENCIAS POR ANTABUS	50.23%
ABSTINENCIAS ESPONTANEAS	17.82%
DIFERENCIA FAVOR TRATADOS	32.41%

**CUADRO XVI****Ventajas de Tratamiento**

CONVULSIONES	3	1.39%
PSICOSIS:	6	2.78%
Confusionales	5	
Delirante	1	

Complicaciones de tratamiento por Antabús en 215 casos.

**CUADRO XVII**

DELIRIUM TREMENS	15
ALUCINOSIS	6
DELIRIODES	41
ALUCINACIONES	41
EMBRIAGUEZ PATOLOGICA	13
MANIACAL POST-ALCOHOLICA	2
	<hr/>
	118

34.50% de admisiones.

**CUADRO XVIII****Fenómenos Psicóticos en 342 alcohólicos hospitalizados**

NEUMONIA	2
DIABETES	2

CIRROSIS HEPATICA HIPERTROFICA	3
ABCESO HEPATICO AMIBIANO	1
PELAGRA	1
NEFRITIS	2
INSUFICIENCIA CARDIACA	1
INSUFICIENCIA AORTICA	1
	<hr/>
	13

#### CUADRO XIX

##### Otras enfermedades observadas en 342 alcohólicos

MUERTOS EN HOSPITAL	3	0.87%
MUERTOS FUERA HOSPITAL (?)	3	0.87%
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	6	1.75%
1) Intoxicación alcohol	2-2	—bebiendo
2) Muerte súbita (Ig.)		1—suicidio
3) Alcohol metílico		

#### CUADRO XX

##### Muertos en 342 alcohólicos RESUMEN—

##### CONCLUSIÓN—RECOMENDACIÓN

- 1.—Se revisaron algunas ideas sobre los orígenes Psico-sociales del alcoholismo y se dieron datos de la experiencia personal con un grupo de pacientes que fueron hospitalizados.
- 2.—El alcoholismo es una enfermedad de la personalidad en acción en su medio social. Derivados de uno y otro sector hay motivaciones que llevan al desarrollo de la enfermedad.
- 3.—Se pide al Congreso que recomiende a los Gobiernos y pueblos Centroamericanos la creación y operación adecuadas de Comités de Profilaxis de Tratamiento del Alcoholismo, que trabajen efectivamente en su misión abarcando los múltiples aspectos educativos, económicos, Médico Psiquiátricos, Jurídicos, etc., de la enfermedad.

El Hatillo, 15 de noviembre de 1953. ✓

# PROYECTO

REPÚBLICA DE  
HONDURAS **LEY DE**  
**SANIDAD MENTAL**

Art. 1.—El Estado, cumpliendo con el Art. 96 de la Constitución Política, tiene el deber de proteger la Salud Mental de sus habitantes. Para ello aprovechará los conocimientos científicos y las técnicas que le permitan desarrollar la más amplia asistencia, tanto para la acción preventiva. Higiene Mental, como para la terapéutica. Asistencia Psiquiátrica, de los desórdenes mentales.

## DE LA HIGIENE MENTAL

Art. 2.—Para la labor de Higiene Mental se contará con los siguientes servicios:

- a) La Dirección General de Higiene Mental y Asistencia Psiquiátrica, la cual dependerá de la Dirección General de Sanidad y será la encargada de la organización, mantenimiento y vigilancia de los demás servicios a que se refiere la presente ley, poniéndose de acuerdo para ello con los Directores y Jefes de Departamento de los diversos servicios.
- b) Departamento de Educación sobre Higiene Mental y Asistencia Psiquiátrica.
- c) Clínicas de conducta.
- d) Departamentos de Psicotecnia y Orientación Profesional.
- e) Escuelas para subnormales.
- f) Escuelas para menores infractores.
- g) Cátedras de Higiene Mental durante la Educación Secundaria.
- h) Cátedras de Higiene Mental, Psicopatología, Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica en las Escuelas de Medicina.
- i) Fondo para Becas de Estudios sobre Higiene Mental, Psicología, Psicometría, Psicotecnia, Educación de Subnormales, Educación de Menores infractores. Psiquiatría para médicos. Enfermería Psiquiátrica, Psiquiatría Administrativa y toda otra disciplina necesaria para el desarrollo de la Higiene Mental y la Psiquiatría.

### DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

Art. 3.—La Asistencia Psiquiátrica se proporcionará a través de:

- a) Los Hospitales de Psiquiatría para la observación y tratamiento en regímenes abierto y cerrado de las enfermedades y anomalías mentales. Estos Hospitales podrán funcionar centralizados o se parados, y tendrán las siguientes categorías:
  - 1) Hospitales para tratamiento médico activo y terapéutico para el trabajo,
  - 2) Colonias agrícolas,
  - 3) Colonias para toxicómanos,
  - 4) Colonias para psicópatas infractores,
  - 5) Asilo para niños anormales que no sean socialmente aprovechables.

Se entiende por régimen abierto aquel en el que el paciente ingresa por su propia voluntad, y los ingresados por indicación médica y que no presentan manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad.

Se entiende por régimen cerrado el dedicado a la asistencia de los enfermos ingresados en contra de su voluntad por indicación médica, por orden gubernamental o por orden judicial.

- b) Los departamentos o Secciones de Neuro-psiquiatría o Psiquiatría de los Hospitales Generales, los cuales constarán de preferencia de: 1) La Clínica, para la observación, tratamiento y corrección en régimen hospitalario abierto y cerrado de los casos agudos o recidivantes de los enfermos psiquiátricos; para los estudios e investigaciones científicas psiquiátricas y para la enseñanza de la psiquiatría de las Escuelas de Medicina, cuando éstas no tengan sus clínicas propias. 2) El Dispensario, para la observación y tratamiento en régimen ambulatorio de los enfermos que así puedan tratarse, incluyendo la vigilancia y asistencia de los egresados de las clínicas y hospitales.
- c) Los dispensarios Neuro-psiquiátricos dependientes de los Centros de Salud.
- d) Los dispensarios antialcohólicos para la observación y tratamiento ambulatorio de los alcohólicos.
- e) La Clínica psiquiátrica de los Centros Penales, para el estudio psiquiátrico de los delincuentes y para la observación y tratamiento de los delincuentes que enfermen mentalmente durante el tiempo de su reclusión.

- i) Las instituciones privadas de asistencia Psicohigiénica y Psiquiátrica, para tratamientos ambulatorios, e internamiento en regímenes abierto y cerrado de los enfermos psiquiátricos. Estas instituciones pueden funcionar independientemente o asociadas a hospitales de tipo médico general o de otras especialidades.

Art. 4.—Los Médicos de los servicios Psicohigiénicos y psiquiátricos deberán estar Registrados en la Facultad de Medicina y autorizados para el ejercicio profesional. Deben de dedicarse a la Psiquiatría. Los Directores y Jefes de Departamento deberán de ser especializados en Psiquiatría.

Art. 5.—Todo otro personal técnico de los centros psicohigiénicos y psiquiátricos, tales como médicos generales, psicólogos, enfermeras generales y especializadas, etc., deberán, de preferencia, ser titulados. En caso de no serlo se preferirá a los que tengan más práctica y certificados de aptitud y moral. Se les proporcionará enseñanza especializada en el curso del desempeño de su trabajo.

#### DE LA ADMISIÓN DE LOS PACIENTES

Art. 6.—El ingreso de un enfermo mental en un establecimiento o departamento psiquiátrico, público o privado, se hará:

- a) Por propia voluntad,
- b) Por indicación médica.
- c) Por orden gubernativa o judicial.

También podrá hacerse por intervención policial.

Art. 7.—El ingreso voluntario deberá hacerse:

- a) Con un certificado de un médico autorizado por la Facultad de Medicina. El médico certificante podrá hacerlo del establecimiento en donde es admitido el enfermo.
- b) Con una declaración firmada por el propio paciente y por 2 testigos.

Dentro de las 48 horas siguientes a la admisión voluntaria de un paciente se deberá comunicar su ingreso a sus familiares o allegados, o a la Dirección General de Asistencia Psiquiátrica en ausencia o desconocimiento de los dos primeros.

Art. 8.—El internamiento por indicación médica se hará siempre como medio de tratamiento. Para la admisión se necesita:

- a) Un certificado de un médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional. En el certificado se especificará la sintomatolo-

- gía y los resultados de la exploración. El médico certificante podrá serlo del establecimiento en que se haga el internamiento.
- b) En los casos de establecimiento en los cuales las admisiones estén a cargo de estudiantes de medicina, el ingreso de los pacientes podrá autorizarse por ellos, necesitándose la aprobación de la indicación, dentro de las siguientes 24 horas, por el médico del Servicio Psiquiátrico en donde se haya colocado al paciente.
  - c) Una declaración firmada por un pariente próximo, mayor de edad, o por el representante legal del paciente o por personas que convivan con el enfermo. En la declaración se hará constar la conformidad y se solicitará el ingreso. También se hará constar si el paciente ha estado antes interno en un servicio psiquiátrico.

Art. 9.—Serán razones para certificar la admisión a un servicio Psiquiátrico:

- a) La enfermedad psíquica cuando a juicio del médico necesite su internamiento por requerir tratamiento por ser aconsejable su aislamiento, por peligrosidad de origen psíquico y por incompatibilidad con la vida social.
- b) Las toxicomanías que pongan en peligro la salud del enfermo, la vida y los bienes de los demás o que hagan incompatible la vida social.

Dentro de las 24 horas siguientes a la admisión de los enfermos se dará cuenta de ella al Director del establecimiento y a la Dirección General de Sanidad en el Departamento del país en donde se haga la admisión.

La admisión deberá efectuarse en un período de tiempo que no pase de diez días después de la fecha del certificado médico correspondiente.

Art. 10.—La internación de una persona sometida a juicio se hará por disposición del Juez de lo Civil o Criminal, según el caso, y previa opinión de dos peritos, cuando ella sea necesaria para el examen pericial o el tratamiento del enfermo.

Sólo podrán confiarse a cuidados familiares y médicos extrahospitalarios, los enfermos que puedan ser tratados en régimen abierto.

Art. 11.—La admisión por orden gubernativa será hecha para observación del paciente. Podrá ser dispuesta por el Gobernador o el Jefe de Policía de las cabeceras departamentales. Si hay médico en la población será necesario que él certifique el estado de peligrosidad del paciente para sí mismo o para los demás. Cuando no haya médico o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la seguridad de la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo, no será necesario el certificado médico. El internamiento no podrá prolongarse más de un día si no

es justificado por el Director del Establecimiento. En caso de la justificación anterior, se hará la comunicación correspondiente a la Dirección General de Asistencia Psiquiátrica, o a sus representantes.

Art. 12.—La internación con intervención policial podrá hacerse a pedido de la familia o de los vecinos del enfermo o por determinación espontánea de la policía en casos de enfermos peligrosos, o que hayan provocado su intervención o que no tengan familia o asistencia. Si la intervención policial es espontánea, el médico del Departamento de policía o quien haga sus veces, extenderá el certificado que explique la necesidad del internamiento hospitalario. Cuando la intervención se haga a pedido de la familia o vecinos, la policía ayudará a la internación del paciente en vista del certificado médico que indique la necesidad de internamiento como medida terapéutica. En casos de urgencia podrá actuar sin el requisito del certificado médico. En estos casos el médico del servicio psiquiátrico que se encargue del paciente, deberá dentro de las 24 horas siguientes dejar constancia escrita de su opinión; y el Director del Establecimiento lo comunicará a la Dirección General de Asistencia Psiquiátrica o sus representantes dentro de las 48 horas que sigan al internamiento.

Art. 13.—Los enfermos mentales indigentes o sin protección familiar y cuya psicosis exija un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico, serán admitidos sin dilación, y se procederá después al cumplimiento de los requisitos antes establecidos.

Art. 14.—Es pública la acción para solicitar de la autoridad gubernativa o judicial la orden de ingreso forzoso de un enfermo psíquico en un establecimiento psiquiátrico. La tramitación será de oficio y con la mayor urgencia cuando sea de interés público para el tratamiento del enfermo y la seguridad general y conveniencia social.

Art. 15.—En el plazo máximo de seis meses de observación el médico Director del Establecimiento a que ha sido ingresado el enfermo, está obligado a remitir al Juzgado correspondiente un informe en el que consten los resultados de la observación, en los casos de ingreso por orden gubernativa o judicial.

Art. 16.—Cuando un enfermo ingresado por su propia voluntad presente durante su internamiento signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocritica de su estado morbo, o manifestaciones de peligrosidad, el Director del establecimiento podrá retenerlo, y deberá ponerse de acuerdo con la familia, el representante legal del paciente, la Dirección General de asistencia Psiquiátrica o sus representantes, o el Juez de lo Civil, para transformar la internación voluntaria en una internación por orden médica, familiar o judicial.

Art. 17.—Todo médico que intervenga en la atención profesional de un enfermo mental peligroso, deberá declarar la necesidad de internamiento a los familiares, o al representante legal del mismo. Si los familiares o el representante legal del paciente se negaren a tomar las providencias del caso, el médico está obligado a denun-

ciar el hecho a la autoridad competente. Esta denuncia será también obligatoria si el paciente no tiene familiares o representantes legales. Cuando a pesar del consejo médico los familiares o representantes legales del paciente no tomen las medidas de seguridad indispensables ellos serán responsables civilmente de las acciones delictuosas del sujeto.

Art. 18.—La observación de los menores con enfermedades o anomalías mentales, para su tratamiento y educación, podrá ser solicitada por los padres, tutores o familiares, por establecimientos de asistencia o beneficencia, por los tribunales de menores directamente o a través de sus servicios auxiliares por toda otra persona o entidad que según las leyes tenga capacidad para ello.

De la salida de los enfermos de los Hospitales Psiquiátricos.

Art. 19.—Los enfermos ingresados voluntariamente podrán salir cuando lo soliciten al Jefe del Establecimiento y éste lo disponga. Se exceptúan los casos comprendidos en el Art. 16 de esta Ley.

Art. 20.—En los casos internados por indicación médica o gubernativa el egreso se llevará a cabo cuando a juicio del médico Director haya cesado la indicación de internamiento.

Los enfermos ingresados por orden judicial, y en los cuales a juicio del médico Director, haya cesado la indicación médica de internamiento, sólo podrán egresar previa autorización de la autoridad que decreta su ingreso.

Art. 21.—Cuando en contra de la opinión médica, los familiares de un enfermo o su representante legal, deseen el egreso del enfermo, el Médico Director, si el enfermo es peligroso para sí mismo y para los demás, podrá oponerse a su salida hasta oír la opinión de la autoridad gubernativa, a la que notificará la intención de los familiares o del representante legal, y la peligrosidad del enfermo.

Si no se trata de un estado de peligrosidad, pero el médico, por otras razones es de opinión contraria al egreso, los familiares o el representante legal del enfermo firmarán una declaración en la que conste que llevan al enfermo bajo la responsabilidad de ellos. El médico Director informará a la autoridad gubernativa correspondiente y a la Dirección General de Higiene Mental o sus representantes.

Art. 22.—El Médico Director de un establecimiento Psiquiátrico podrá conceder como ensayo, permisos de egreso que no podrán durar más de 3 meses. En estos casos los enfermos serán admitidos de nuevo sin formalidad ninguna; sus familiares enviarán informes quincenales del estado del enfermo, o éste visitará periódicamente el hospital o sus dispensarios. Además los familiares tienen la obligación de permitir visitas periódicas a pacientes por el personal médico o de asistencia social Psiquiátrica del establecimiento a la Dirección General de Asistencia Psiquiátrica o sus representantes.

Art. 23.—Los pacientes a quienes se conceda permisos temporales de egreso, y cuyos familiares no se presenten a recogerlo en un



término prudencial, podrán ser entregados a la autoridad gubernativa para su conducción a la residencia familiar.

Art. 24.—En caso de fuga de un paciente, se notificará a la familia o al representante legal del paciente, o a la autoridad gubernativa o policial, en ausencia de aquéllos.

Art. 25.—Los enfermos mentales que sean dados de alta, recibirán un certificado del Director del Establecimiento o del Servicio o Departamento hospitalario Psiquiátrico, haciendo constar las condiciones mentales del egresado.

Art. 26.—Los enfermos mentales ingresados en los establecimientos psiquiátricos o que vivan fuera de ellos, podrán ser restringidos en el ejercicio de sus derechos civiles después de los trámites legales correspondientes.

Art. 27.—La restricción podrá ser temporal o definitiva. Será temporal: a) en los toxicómanos y alcohólicos mientras se compruebe la abstinencia voluntaria en un término que esté de acuerdo con el grado de su toxicomanía o alcoholismo, pero no podrá ser menos de 3 meses, b) En los casos de remisión parcial de la psicosis, con probabilidades de llegar a la remisión completa espontáneamente o con tratamiento.

•  
Será definitiva: a) En los dementes seniles y en toda otra psicosis con síntomas residuales permanentes, b) En los casos de anormalidad mental con tendencia a la delincuencia de las toxicomanías y alcoholismo incorregibles. En los casos a que se refiere «b)» se indicará el ingreso bajo régimen cerrado a un establecimiento Psiquiátrico.

#### **DEL EXAMEN PSIQUIÁTRICO DE LOS DELINCUENTES**

Art. 28.—Los delincuentes sospechosos de padecer un trastorno mental serán admitidos a exámenes Psiquiátricos, con el objeto de establecer la indicación y forma de tratamiento médico que necesitan, y para determinar el grado de responsabilidad de los mismos.

Mientras exista la pena de muerte, ningún delincuente podrá ser sometido a ella sin antes ser sometido a peritaje de médicos Psiquiatras y Psicólogos competentes, para investigar el estado de salud mental del delincuente en el momento de la comisión del delito, durante el juicio y al decretarse la sentencia.

#### **DEL EXAMEN PSIQUIÁTRICO DE LOS ;MIGRANTES**

Art. 29.—Los Cónsules exigirán a los inmigrantes, antes de conceder la visa de ingreso al país, un certificado psiquiátrico que lleve el visto bueno de los departamentos de psiquiatría de la Organización Sanitaria del país de procedencia, en el cual se hará constar la Sanidad Mental del inmigrante. No se autorizará para establecerse en el territorio nacional a los extranjeros que padezcan enfermedades mentales y toxicomanías incorregibles.

Art. 30.—Los extranjeros residentes en el país y que sufran de enfermedades mentales crónicas y toxicomanías incorregibles podrán ser repatriados, de acuerdo con la ley de extranjería.