

# **EL ABOGADO Y EL JUEZ FRENTE A LOS CASOS DE ENFERMEDAD MENTAL Y DE ADICCIÓN**

## **Cómo emplear con eficacia la ley en la consulta y el proceso judicial**

Eduardo José Cárdenas

**José Cárdenas**

### **I. Definición de las enfermedades mentales. La consulta por oligofrenia, debilidad mental, esquizofrenia, psicosis bipolar, demencia senil. Características de cada una desde el punto de vista individual y familiar.**

#### *Definición de las enfermedades mentales*

El abogado o el juez de familia no puede convertirse en un psiquiatra o en un psicólogo. Pero si pretende ser útil y tomar decisiones o dar consejos que estén basados en su propio criterio y no enteramente en el ajeno, se verá obligado a conocer lo sustancial de las materias en que intervenga.

Entre ellas estará lo referido a las enfermedades mentales. Los abogados reciben en sus bufetes numerosas consultas referidas a familiares con síndrome de Down, esquizofrenia, etc. y luego tienen que aconsejar si corresponde iniciar un proceso de insania, inhabilitación, internación, etc. Los jueces manejan y deciden estos procesos. Para hacerlo, no basta con consultar al psiquiatra de confianza o al perito: hay que entenderse con él, y entenderse con el enfermo y su familia. En cualquier caso, es imprescindible para el abogado tener un conocimiento básico sobre la enfermedad de que se trate.

Desde el punto de vista del abogado, basta saber que la enfermedad mental - cualquiera ella sea - produce siempre un desfasaje en el intercambio de información y en el consecuente reparto de conductas entre los sistemas externos al enfermo (familia, sociedades intermedias, sociedad en general) y el sistema interno (mente). La debilidad mental, la esquizofrenia, la psicosis maniaco depresiva, la depresión grave o la demencia senil - que son los cuadros que usualmente tratará el abogado - producen por motivos que no interesan aquí una situación en la cual la persona recibe e interpreta de manera diferente a la normal los signos provenientes del mundo exterior, y por consiguiente a su vez emite signos que el mundo exterior considera bizarros.

Este desfasaje segrega al enfermo mental en mayor o menor medida

del resto de la sociedad, lo pone a merced de ella en la medida en que no esté en condiciones de protegerse e inclusive puede con mayor o menor conciencia provocar un daño a sí o a terceros. La ley interviene precisamente para evitar las consecuencias de ese desfasaje, tanto en lo personal como en lo patrimonial, instrumentando una calibración de los sistemas que en lo posible corrija el desfasaje en el intercambio de información e impida el daño o la injusticia sobre el enfermo o sobre terceros. Naturalmente que a esta afirmación genérica se suman los valores culturales, que más concretamente indican cuáles son los daños que deben ser evitados.

Jorge y Susana viven en pareja. La relación es normal pero Jorge, empleado bancario, comienza a sentir que en su trabajo es perseguido. Se lo escucha y vigila. Susana termina por ver esto como una verdadera obsesión que aleja a Jorge de ella. Piensa que ha dejado de quererla y ella misma comienza a prepararse para la separación de la pareja. Jorge interpreta esto como algo agresivo por parte de Susana. Piensa que la persecución se ha ampliado y se refugia en casa de su madre.

Carlos y Marta ven que Leandro, adolescente, no quiere trabajar ni estudiar. Se encierra en su dormitorio y se disgusta si lo molestan. De vez en cuando ha dicho cosas raras. Carlos lo considera un vago protegido por la madre y lo hostiga para que salga de esa actitud. Marta considera que su marido es muy cruel con Leandro, que no lo comprende, y que ella debe protegerlo. Cuando, después de años de sufrimiento, ambos aceptan que Leandro es esquizofrénico, la suerte ya está echada: Marta será la sombra de Leandro, y Carlos estará ausente.

Los ejemplos son infinitos. Pero no todas las enfermedades son iguales, aunque todas produzcan ese mismo efecto de desacomodamiento entre los mundos interno y externo al enfermo. Debemos saber lo importante de las dolencias que con más frecuencia llegarán a la consulta del abogado o al servicio de justicia.

### Esquizofrenia, psicosis bipolar, demencia senil y debilidad mental. Características de cada una desde el punto de vista individual y familiar.

#### *a. Esquizofrenia.*

Actualmente se tiene en claro que la esquizofrenia es una perturbación del pensamiento, sensible al ambiente y, hartado a menudo, persistente o recurrente, con un sustrato de disfunción cerebral (cognitiva, perceptiva,

anat6mica o bioqu6mica) bastante convincente, que ha sido adquirida (por v6a traum6tica, infecciosa, etc.) y/o heredada por intermedio de los genes.<sup>1</sup>

Los psiquiatras encuentran en la esquizofrenia:

A. Presencia de los s6ntomas psic6ticos caracter6sticos en la fase activa: o 1), 2), o 3 durante una semana como m6nimo (a menos que los s6ntomas hayan sido tratados satisfactoriamente):

1) dos de los siguientes:

a) ideas delirantes;

b) alucinaciones predominantes no estando limitada cada experiencia a breves momentos;

c) incoherencia o notable p6rdida de la capacidad asociativa;

d) conducta catat6nica;

e) afectividad embotada o claramente inapropiada;

2) ideas delirantes extra6as (como estar controlado por un muerto, etc.);

3) alucinaciones predominantes (una voz con un contenido que aparentemente no tiene relaci6n con la depresi6n o la euforia, o de una voz que comenta los pensamientos o la conducta del sujeto, o dos o m6s voces conversando entre s6).

B. Durante el curso de la alteraci6n la vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal est6n notablemente por debajo al inicio de la alteraci6n (o, cuando el inicio se presenta en la infancia o en la adolescencia, el sujeto no ha alcanzado el nivel de desarrollo social que cab6a esperar).<sup>2</sup>

Si esta es la forma de identificar la esquizofrenia en su fase activa, los siguientes son los s6ntomas t6picos de la llamada fase residual, de los cuales deben persistir como m6nimo dos para detectarla:

1) aislamiento o retraimiento social;

2) notable deterioro en actividades de asalariado, estudiante o ama de casa;

3) conducta peculiar llamativa (por ejemplo, coleccionar basuras, hablar solo en p6blico o acumular comida);

4) notable deterioro en el aseo e higiene personal;

5) afectividad embotada o inapropiada;

6) lenguaje disgregado, vago, sobre elaborado, detallados o pobreza del lenguaje o del contenido del lenguaje;

7) ideaci6n extra6a o pensamiento m6gico, no consistente con las normas de su medio cultural; por ejemplo, superstici6n, clarividencia,

telepatía, "sexto sentido", otros pueden sentir sus propios sentimientos, ideas sobrevaloradas, auto referenciales;

8) experiencias perceptivas inhabituales, por ejemplo ilusiones repetidas, sentir la presencia de una fuerza o persona ausente;

9) notable falta de iniciativa, interés o energía.

Para terminar, es bueno saber que existen cuatro tipos de esquizofrenia:

1. La de tipo paranoide, caracterizada por la preocupación sobre una o más ideas delirantes sistematizadas o frecuentes alucinaciones auditivas relacionadas con un tema único.

2. La de tipo catatónico, caracterizada por estupor, negativismo, rigidez en la postura y excitación.

3. La de tipo simple, caracterizada por incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa o conducta muy desorganizada y afectividad aplanada o claramente inapropiada.

4. La de tipo residual, caracterizada por los síntomas vistos al analizar la fase residual.

Con la información que precede, el abogado o el juez podrá constatar el diagnóstico que los familiares o los médicos aseveran o presumen. Pero una vez transpuesta esta etapa liminar, es bueno que sepa cómo siente y percibe la realidad el esquizofrénico, y cómo los demás sienten y perciben lo que el esquizofrénico actúa. Esto ayudará al profesional a relacionarse con el esquizofrénico, su familia y otras personas que rodeen el caso, y a hacerlo en forma más placentera y eficaz.

Hay que saber, en primer lugar, que por más deteriorada que se encuentre la persona enferma, ésta nunca pierde la facultad de comprensión y los sentimientos. El respeto, el cariño, la descalificación o el desprecio son percibidos por el enfermo, aunque quizá su reacción no sea la misma que la de cualquier otra persona. Valga esto como recuerdo para los profesionales que, por miedo o por rutina, o para que no se los tache de ingenuos o de blandos, tratan al enfermo como si no fuera una persona, sujeto de derechos. Está comprobado, además, que el curso de la vida de esa persona, vale decir su evolución hacia la ruptura con la realidad o hacia su inserción en ella, está determinado no sólo por la enfermedad y su tratamiento, sino por el encuentro con personas significativas - familiares o no- que lo traten como persona, respeten sus derechos y lo hagan responsable de sus obligaciones.

Si en lo esencial, pues, la persona con esquizofrenia es igual a todos

los seres humano, veamos en qué se diferencia de ellos. La esquizofrenia le impide seleccionar los estímulos con eficacia. Esto es, que cuando la persona con esquizofrenia está hablando con nosotros, no sólo percibe nuestra voz sino que con pareja intensidad siente los ruidos y voces de alrededor: su mente no selecciona, se distrae. Además de los estímulos exteriores, los internos también operan sobre el enfermo: los recuerdos y sensaciones. Pero a ellos se suman las alucinaciones auditivas, o incluso visuales: el enfermo escucha una o más voces o ve imágenes, que para él son absolutamente reales y ponen en funcionamiento su cerebro, aunque tenga los ojos y los oídos tapados. La sensibilidad es demasiada: los colores se sienten como más intensos y lo mismo pasa con los ruidos; los objetos son amenazantes. Todo el cuadro configura una percepción de la realidad distorsionada y angustiante.

De ahí derivan varias de sus actitudes. El paciente hace asociaciones laxas de ideas e imágenes que se sobreponen y entrelazan y conforman un pensamiento perturbado. Este pensamiento, que naturalmente es rechazado como falso e incoherente por el medio externo, cobra formas defensivas y estructuradas en forma de delirio, que a veces son de persecución, e incluso tienen algo que ver con la realidad: sobre todo, con la realidad que se va conformando cuando el paciente emite sus bizarros mensajes y el medio externo los recepta como calumniosos y agresivos. En suma: la experiencia del mundo exterior para el esquizofrénico es tan amenazadora que tiende a bloquear su pensamiento y sus sentimientos, como un medio de defensa. Se retrae social y laboralmente, se encierra.

La medicación antipsicótica reduce la intensidad de los estímulos internos del paciente, con lo que éste puede bajar la vigilancia sobre sus procesos mentales y centrar la atención sobre lo que acontece. Pero los estímulos externos deben ser reducidos por el medio social, y esto está a cargo de la familia y de las instituciones que el paciente frecuenta. Sin embargo, lo observable es que las familias de estos pacientes tienen un índice de "EE" (emotividad expresada) superior a lo normal: conflictos, críticas, sobreinvolucración, etc., son la norma. Esto es lo que los médicos pueden enseñarles a las familias: a bajar la emotividad, fijar límites claros, pasar por alto las conductas bizarras no excesivamente molestas, mantener las comunicaciones en un nivel simple, apoyar el régimen de medicación del paciente, normalizar la rutina familiar, aprender a visualizar cuándo el paciente va a necesitar ayuda, etc. <sup>3</sup>

Es fácil colegir entonces de qué modo el profesional puede

relacionarse mejor con quien padece esquizofrenia:

Deberá aceptar la lentitud en la cerebración y la emisión de las respuestas y no procurar adivinarlas o superponerse a ellas. Asimismo conviene que mantenga las comunicaciones en un nivel de especificidad intermedio: las ideas muy abstractas serán confundidas, y el exceso de detalles considerado abrumante. Por último, es bueno que aprenda a expresar los mensajes positivos y los comentarios de apoyo.

Seguramente cuando el profesional experimente una buena forma de relacionarse con la persona con esquizofrenia, advertirá que la familia de éste no lo hace de un modo eficaz. Percibirá quizá que uno de los miembros de la familia, usualmente la madre o a veces una hermana mayor, está sobreinvolucrado con el enfermo, de tal modo que le impide insertarse bien en la familia y hasta en la sociedad. Por ejemplo: lo baña, cuando la persona está capacitada para hacerlo. O es ella sola la que se ocupa de él, lo acompaña al médico, etc. En una palabra: monopoliza la información sobre la otra persona, no la comparte con él ni con los otros miembros de la familia. Y también asume todas las cargas y sobrecargas de la discapacidad; no vive una vida propia ni se relaciona bien con los otros miembros de la familia, como su cónyuge, hijos, hermanos, etc.

El profesional - abogado o juez, o dependiente de cualquiera de estos - debe procurar suavemente no incurrir en esta misma conducta desviada. De otro modo, su ligazón con el problema - que es por lo general un problema de muchos, no de uno - será sólo a través del familiar que está unido al enfermo. Su visión será parcial y estereotipada, y su margen de maniobra escaso. Si abre el juego y da participación a muchos, incluido el enfermo, su eficacia aumentará y el efecto sobre la familia - directo e indirecto - será benéfico.

Sin embargo, el profesional deberá hacerlo con el convencimiento íntimo de que la familia ha hecho lo que ha podido, y sobre todo que ella no es "culpable" de la esquizofrenia. Esta es otra trampa en que el profesional puede caer, peor que la anterior todavía. Mucha literatura se ha escrito en torno de las familias y/o las madres esquizofrenogénicas. Hoy en día no se cree esto: más bien se piensa que la esquizofrenia es un defecto genético. Pero en ocasiones algunas lecturas, y la impresión que provoca una realidad que ya viene muchas veces distorsionada por el desequilibrio social provocado por la enfermedad, hacen que el profesional adopte con o sin conciencia una actitud judicial y culpabilizadora con la familia, o con algún o algunos miembros de ella. Y esto es muy mal, porque por un lado la

familia, que en estos casos ya tiene un sentimiento de culpa tan grande como inútil, adopta una actitud poco colaboradora, retraída y defensiva. Y el profesional se inhibe de comprender el verdadero padecimiento de todos, que usualmente es muy grande.

Esto no quiere decir que la familia no tenga nada que ver con la esquizofrenia. No es su origen, pero pensemos en lo que sucede cuando un varón adolescente deja de responder a las expectativas de sus padres, se encierra en su cuarto, deja los estudios, no trabaja, etc.: es difícil que la familia, sin asesoramiento adecuado, responda bien, entendiendo lo que pasa. La familia ingresa en confusión, sus juegos psicóticos se agudizan, etc. Por eso hoy podemos decir que la esquizofrenia se da cuando: a. Una persona cuyo cerebro fabrica alucinógenos se halla bajo presión; b. Es criada por progenitores que no entienden lo que pasa y c. Se ve expuesta a un caos emocionalmente ruidoso. <sup>4</sup>

¿Cómo es conveniente, entonces, que el profesional se relacione con la familia del esquizofrénico? En primer lugar, creando una alianza de trabajo con ella. Esto se realiza antes que nada tomando en cuenta lo que cada miembro de la familia ve como problema, siente y comprende. El profesional debe establecer una relación con cada miembro de la familia, de modo que pueda entender las cuestiones y problemas familiares que generan stress, y tener en cuenta los problemas particulares que cada miembro de la familia vive, según su ciclo vital y necesidades particulares.

El profesional debe también comprender y valorar los recursos de la familia, así como sus tentativas, pasadas y presentes, de enfrentar la enfermedad. Recursos tanto intra como extra familiares. Debe tener en cuenta la disponibilidad y extensión de la red de apoyo de cada miembro.

El profesional debe asimismo destacar los lados fuertes de la familia e incrementarlos al máximo. No deben ser subestimados los lados fuertes ni por el profesional ni por la familia misma. Aquél debe señalar las cosas buenas que han sucedido, las contingencias negativas que se han evitado, etc.

Por último, es bueno que el profesional informe concretamente sobre todo lo que dice la ley, el proceso judicial y las alternativas extrajudiciales, etc., es decir las posibilidades y los límites que se tienen para la intervención.

Si la familia está atravesando una crisis, es bueno que el profesional esté disponible inmediatamente y que establezca en los contactos iniciales un buen ambiente de trabajo que le permita recoger información. En estos casos, debe centrar primeramente la atención sobre la crisis que en ese momento

vive la familia y cuidarse de no tratar a la familia como si fuese el paciente.

*b. Psicosis maníaco depresiva o bipolar.*

Así como la esquizofrenia es más común entre los hombres que entre las mujeres, lo contrario ocurre con la psicosis maníaco depresiva o bipolar.

En esta enfermedad, grave y muy destructiva tanto para el paciente como para su familia, aquél sufre un período delimitado y persistente en que su estado de ánimo es anormalmente elevado, expansivo o irritable: es la etapa maníaca. Su autoestima para a ser excesiva cuando no grandiosa, disminuye mucho la necesidad de dormir, habla continuamente, tiene fuga de ideas, incrementa la actividad dirigida hacia lo social, laboral, escolar o sexual y, por fin, se implica excesivamente en actividades riesgosas (el juego, los negocios absurdos, etc.).

Este período es seguido habitualmente de otro en que el paciente tiene el ánimo gravemente deprimido durante gran parte del día sin que haya sucedido algo que lo justifique, su placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales disminuye notablemente, su peso aumenta o disminuye significativamente, tiene insomnio o hipersomnia, su aparato psicomotor se agita o lentifica, se fatiga y pierde energía, tiene sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, disminuye la capacidad de pensar y concentrarse, tiene ideas de muerte recurrentes, ideas de suicidio o un intento de hacerlo. <sup>5</sup>

Estos ciclos se siguen uno a otro con alguna solución de continuidad. A veces la manía o la depresión es leve, pero en otras se viven circunstancias extremas. Hoy en día es aceptado que el origen de esta psicosis es orgánico, y que el carbonato de litio, a veces unido a antidepresivos, es muy eficaz en su tratamiento. <sup>6</sup>

La familia de estos enfermos sufre mucho. Tardan en adaptarse a una situación emocional tan sorprendente como malsana; cuando el enfermo responde bien al tratamiento, les cuesta entender que deben inducirlo a proseguirlo; a veces inclusive les es difícil adaptarse a que el miembro que anteriormente daba tanto trabajo, ahora por efecto del tratamiento se ha vuelto una persona tranquila. <sup>7</sup>

La consulta de la familia al abogado se produce por lo general cuando han sucedido o están a punto de suceder cosas muy graves: el enfermo ha perdido o ha puesto en riesgo su patrimonio, ha firmado un testamento, ha emprendido una aventura amorosa con un/a inescrupuloso/a, ha intentado



suicidarse, o cosas por el estilo. A veces se pide la insania, o la internación en un establecimiento de salud mental, pero en otras ocasiones el cónyuge sano pide el divorcio o la tenencia de los hijos.

El abogado poco experimentado puede creer que con consejos morales puede revertir o enderezar la situación; en realidad, sólo un buen conocimiento de la situación real y un sólido sentido común ayudarán. Lo mismo le sucederá al juez ante quien eventualmente se inicie cualquier acción que involucre a un maníaco depresivo, con el agravante de que muchas veces la petición llegará a los estrados cuando el episodio que la motivó ya ha pasado, y el enfermo se encuentra en apariencia bien: esto puede despistar a un juez bisoño, si está mal asesorado. Lo cual no significa, como más abajo se verá, que automáticamente deba declararse la insania o decretarse la internación.

Ni el abogado ni el juez tienen, por supuesto, la obligación de saber todo lo referente a la psicosis maníaco depresiva. Las breves consideraciones arriba volcadas, bastan. Pero el resto debe explorarlo, hablando con los protagonistas. Con el psiquiatra u otro profesional que haya atendido o tenido relación con el problema, y con los miembros convivientes de la familia, incluido el paciente. A veces, algunos miembros de la familia extensa u otras personas también pueden dar buena información a quien pregunta desde una posición de sincera ignorancia y auténtica voluntad de ayudar.

Ver qué es bueno tanto para el psicótico como para su familia, de modo de poder aconsejar o decidir rectamente, no es fácil en estos casos. De todos modos, hay ciertas nociones generales que es bueno refrescar. La primera es que, por lo general, debe intentarse una solución que mejore la situación tanto del psicótico como de la mayor parte de los miembros de su familia. No sirven, a la larga, las medidas que excluyan a unos o a otros. Si el abogado o el juez se "ponen de parte" de la familia y no protegen al paciente, tarde o temprano uno o varios miembros de aquélla tendrán que hacerlo, y con mucho costo emocional y a veces en dinero. Si, por el contrario, trata de proteger al enfermo y se olvida o "pone en contra" la familia, verá cómo al tiempo sus "soluciones" son ineficaces porque ésta las sabotea, y finalmente termina sin ayudar a nadie.

Otro principio común en estos casos es no descuidar la urgencia. Suele ser un problema real. A veces, una internación breve es necesaria y muy útil en el período maníaco (no tanto en el depresivo); una acción de nulidad iniciada con medidas cautelares conexas puede evitar pérdidas

considerables; y así podrían darse muchos ejemplos.

En los divorcios en que la sociedad conyugal tiene algún patrimonio, abogados y jueces deben ser especialmente cuidadosos. En ocasiones uno de los esposos, la más de las veces la mujer, adolece de psicosis maníaco depresiva. Puede ser que sea éste último quien, quizá encandilado por algún amor furtivo, desee el divorcio, y lo haga con tal ardor que no le importe resignar una parte muy importante de sus derechos. El abogado y el juez deben advertir la diferencia entre una persona que razonablemente quiere beneficiar a otra, y un paciente que llevado por impulsos irracionales, se está perjudicando a sí mismo. En ocasiones se da el caso opuesto: el esposo sano, después de mucho padecer, decide divorciarse, y se divide la sociedad conyugal, ya sea con equidad o inclusive favoreciendo al enfermo. Pero de ahí en más éste queda a merced de quien sepa explotarlo, porque hasta entonces el cónyuge lo protegía o administraba los bienes o al menos éstos no podían ser enajenados sin su consentimiento.

Estos son casos delicados, porque ni el abogado ni el juez han sido llamados para juzgar la capacidad de la persona, y ni el enfermo ni el esposo desean que se efectúe este juzgamiento, sino terminar su divorcio. Sin embargo, podrá esgrimir buenas razones para oponerse a los acuerdos patrimoniales celebrados en estas condiciones: pueden ser nulos por más de una razón. En ocasiones, contactarse con los hijos mayores de la pareja, o con miembros de la familia extensa u otras personas de confianza, con el consentimiento de los interesados, puede ser sumamente útil.

Por último, debe considerarse una situación que el abogado y el juez afrontan con frecuencia. Hasta qué punto es beneficioso decretar la insania de un maníaco depresivo. Es con esta enfermedad, precisamente, con aquélla con la que más habitualmente se plantea este dilema. Por varios motivos: el primero y principal es que esta dolencia pone al enfermo muy vulnerable a ser despojado de sus bienes, especialmente en su faz maníaca. Y en la depresiva, existe el riesgo de suicidio o abandono de la propia persona y sus consecuencias. Pero cuando el paciente está fuera de estos episodios, su vida se desarrolla normalmente (los brotes no dejan secuela) y no precisa de protección especial.

De esta somera descripción surge que normalmente la decisión del abogado o del juez tendrá un margen acotado de opciones: o no se inicia o declara la insania, y entonces el enfermo puede ser objeto de aprovechamiento en el breve lapso del brote maníaco o sujeto de

autodestrucción durante el período depresivo, o se lo declara insano y entonces el enfermo soportará un estigma que seguramente conspirará en su contra durante los largos lapsos en que su vida se desarrolle normalmente. Claro que en muchas ocasiones el abogado y el juez podrán utilizar con eficacia la institución de la inhabilitación (art. 152 bis, inc. 1, del Código Civil).

En cualquier caso, deberá tener muy presente las consideraciones volcadas más abajo en este mismo artículo.

### *c. Demencia senil o presenil*

Muchos de los casos que llegan a la consulta del abogado o a la decisión del juez están relacionados con síndromes mentales orgánicos generalmente originados en la arteriosclerosis, el mal de Alzheimer o en la prolongada ingesta de alcohol. La preocupación de algún miembro de la familia puede residir en la dilapidación de los bienes por el mismo enfermo, o en el aprovechamiento o abuso que pueda existir por parte de algún otro pariente o de un tercero. A veces, es un tercero (generalmente ligado afectivamente al paciente, o que depende de él económicamente) quien acude en defensa de los intereses propios o del enfermo. Vale decir que en muchos de estos casos, aunque no en todos, hay algún conflicto subyacente o manifiesto.

Se advierte en el paciente pruebas evidentes de deterioro de la memoria a corto y largo plazo, dificultades graves relacionadas con el pensamiento abstracto y la capacidad de juicio, modificaciones importantes en la personalidad (inestabilidad afectiva, explosiones agresivas o de mal genio, apatía o indiferencia, suspicacia excesiva o ideación paranoide) y, en ocasiones, otros trastornos en el lenguaje, las actividades motoras y en el reconocimiento o identificación de objetos.

La gravedad de la demencia generalmente es clasificada como leve (cuando hay un deterioro significativo de las actividades laborales o sociales, pero la capacidad de autonomía se mantiene con una higiene personal adecuada y una capacidad de juicio relativamente intacta), moderada (cuando la capacidad de autonomía está alterada y puede ser peligroso para el sujeto el no estar sometido a un cierto grado de control) y grave (las actividades de la vida diaria están tan deterioradas que es necesario un control continuo). <sup>8</sup>

En estos casos, tanto el abogado como el juez se encontrarán con situaciones en donde el enfermo no va a mejorar: por el contrario, lo probable

es que su deterioro se incrementa con el tiempo. Donde existe un margen de flexibilidad es en la situación contextual y familiar, pero lamentablemente en muchos casos ese contexto también está muy dañado por circunstancias dolorosas o enervantes que vienen arrastrándose de años atrás. La senilidad, por ejemplo, en más de una oportunidad va acompañada de una actitud paranoide y agresiva del enfermo hacia sus familiares más directos; el alcoholismo prolongado deja huellas imborrables en las personas más cercanas al adicto. Esto dificulta la resolución de los conflictos y la toma de decisiones claras y justas que favorezcan a todos e impidan abusos.

Tanto en lo personal como en lo patrimonial, seguramente aparecerán dificultades. Algunos querrán internar al enfermo y otros no, por ejemplo. Algunos pensarán que él puede manejar su patrimonio, y que es libre de tomar decisiones, con consejo o sin él. Otros pensarán que esto pone en peligro el patrimonio de la familia. Algunos sospecharán de la buena fe de los otros, y en ocasiones el enfermo se encargará de hacer señalamientos que despierten sospechas. La situación será confusa, sobre todo en los casos de demencia leve y moderada.

Con paciencia, y escuchando a todos, el abogado o el juez deberán ver el otro lado de la trama, y ayudar a destrabar la situación. Tratará, obviamente, de que los vínculos familiares no se fracturen, y que al menos en la medida de lo posible se vigoricen. Como muchas veces la muerte ronda en derredor de estos casos, no será fácil.

Naturalmente que la información dada sobre lo que dice la ley, y las objetivas informaciones psiquiátricas sobre la situación del enfermo, serán de mucho valor para todos. Un juicio de realidad y de sentido común emanado de una persona con autoridad como el operador del derecho es una gran ayuda para todos, sobre todo si es dicho con respeto tanto por el enfermo como por su familia, sin exclusiones.

Otra dificultad reside en que los parientes o allegados inmediatos al paciente pueden estar muy mal psicológicamente, y no comprender o escuchar siquiera lo que dicen el abogado o el juez. Hay que tener paciencia, salvo aquellos casos de urgencia en que la intervención se impone para salvar una vida o un patrimonio: en efecto, en ocasiones una internación de urgencia o un embargo de bienes es absolutamente imprescindible.

#### *d. Retraso mental*

Se trata de dolorosas y conocidas situaciones en que una persona, por

el llamado síndrome de Down u otras causas orgánicas, nace con una capacidad intelectual muy por debajo del promedio: un coeficiente intelectual (CI) de 70 o inferior, obtenido mediante una prueba de inteligencia administrada de forma individual. Hay además un déficit o deterioros concurrentes en la capacidad adaptativa, por ejemplo en la eficacia para conseguir el rendimiento esperado por su edad y grupo cultural en áreas como habilidades sociales y responsabilidad personal, comunicación, habilidades para resolver problemas cotidianos, independencia personal y autosuficiencia.

Por lo general se diferencian cuatro niveles de gravedad: leve (superior a 50 sobre 100), moderado (de 35 a 50), grave (de 20 a 35) y profundo (menos de 20).

## **II. Alternativas judiciales: los procesos de incapacidad e inhabilitación. Sus ventajas y desventajas. Procesos y soluciones no convencionales.**

### *El proceso de incapacidad*

Si bien mucho se ha hablado acerca del proceso de incapacidad, quiénes pueden iniciarlo y cuáles son sus efectos, pocas veces se ha planteado en qué casos conviene esta acción y para qué casos es efectiva.

Sin embargo es éste uno de los puntos de más importancia práctica sobre el tema. Esta importancia se debe a diversos factores: a) A pesar de que serán los familiares o el cliente quienes tomarán la decisión, es el abogado quien debe presentarles las alternativas. b) Es un juicio en el para el cliente es más difícil comprender los fines y los resultados en comparación con otros procesos (reclamación de daños y perjuicios, desalojo, divorcio, etc.). c) Una vez iniciado es difícil detenerlo, aún con el desistimiento, ya que, al hallarse comprometido el interés público, lo puede o lo debe seguir adelante el Defensor de Menores e Incapaces.<sup>9</sup> d) Tiene serios efectos colaterales aún no buscados por el legislador. e) Sus consecuencias se pueden prolongar durante toda la vida del denunciado. f) Muchas veces a través de un juicio de incapacidad se buscan otros fines que los que tuvo en cuenta el legislador (por ejemplo se busca el divorcio, la tenencia de los hijos, el castigo del denunciado, etc.)

Por todas estas razones el abogado, el juez y el defensor de menores e incapaces deben prepararse para aconsejar o decidir sobre la conveniencia o inconveniencia de este tipo de acciones.

Ahora bien, si estamos discutiendo acerca de las ventajas de iniciar

estos procesos, habría que plantearse antes si no es obligatorio hacerlo.

El art. 144 del Código Civil es el que enumera quiénes están legitimados para pedir una declaración de incapacidad. De la ley y de la interpretación doctrinaria surge que es facultativo de las personas mencionadas el inicio de estas acciones.<sup>10</sup>

Sin embargo hay dos artículos del Código Civil que parecerían indicar que es obligatorio hacerlo. Uno es el 3295 que declara indigno al pariente que no cuidó de recoger o hacer recoger al causante demente. Vemos que esto no implica obligatoriedad porque no para ser declarado indigno es necesario que el demente esté abandonado, y aún en ese caso se podría cuidar de él o internarlo sin necesidad de iniciar un proceso de insania.

El otro es el 398 inc. 4º, correspondiente a tutela y aplicable a las insanias a causa del art. 475. En este artículo se excluye de la curatela a los parientes que no la pidieron. En primer lugar esto igualmente no obliga a los parientes a iniciarla. Y además es discutible cuándo debían iniciarla, ya que la deben iniciar en el momento en que fuere necesaria. Por lo pronto esto no se aplica en la práctica común de nuestros tribunales, en la que los jueces nombran como curador al pariente o a la persona que consideran más idónea aún cuando no haya iniciado el trámite. Entendemos que, de aplicarse, podría traer soluciones injustas ya que un pariente podría iniciar el trámite privando así de la curatela a un pariente más cercano, que es quien se ocupa del enfermo.<sup>11</sup>

Por todo esto podemos concluir que la decisión de iniciar un juicio de insania es facultativa de las personas enumeradas en el art. 144 del Código Civil, con excepción de las situaciones en que el insano se encuentre abandonado y no haya otra forma de cuidar de él. Es que ésta parece haber sido la voluntad del legislador y además la solución más justa. Aquellos parientes que no cuiden del insano al menos deberán denunciar su estado.

En gran parte de los casos de personas con alguna enfermedad mental, la familia es lo suficientemente continente como para que sea innecesaria la declaración de incapacidad de la persona. En esos casos el legislador quiere que sea la familia quien decida en qué momento pedir la protección legal. Muchas veces las familias inician estos procesos cuando se sienten desbordadas por los trastornos que trae la enfermedad y no pueden contener al enfermo, o cuando las personas que lo contienen han muerto, han dejado la familia o están prontos a hacerlo. También cuando el enfermo recibe una herencia y no está en condiciones de administrarla o suscribir una partición o

una venta. <sup>12</sup>

Nos encontramos, sin embargo, con que a pesar de que la legislación sobre incapacidad tiene como meta la protección del enfermo, si es usada indiscriminadamente puede perjudicarlo más que ayudarlo. Además en muchos casos la denuncia o las medidas dictadas en el proceso podrían ser una violación de la intimidad de las personas o de la familia. Es por esto que hay que tener mucho cuidado cuando se toma este tipo de decisiones.

Además es muy importante tener en cuenta que, aunque creamos que son equivocados los prejuicios sociales sobre los enfermos mentales, esos prejuicios van a seguir existiendo y van a perjudicar a la persona que tiene una enfermedad ratificada por una sentencia judicial. Es bueno luchar contra los prejuicios errados, pero siempre con la conciencia de que existen y que tienen efectos.

A título de ejemplo vamos a suponer un caso: Juan ha tenido su primer episodio en el año 1983, entonces comenzó un tratamiento. Y si bien el diagnóstico fue de esquizofrenia paranoide, Juan fue muy cumplidor en su terapia y no requirió internación durante los siguientes quince años. En ese tiempo continuó casado con Cristina y su hijo Alejandro se transformó en un estudiante universitario. Además trabajó en distintos proyectos importantes con su título de ingeniero. Sin embargo al morir su padre, Juan entra en una crisis en la que desconfía de todo el mundo con excepción de su familia. Al perderle confianza a su médico, abandona el tratamiento y termina internado dos veces en un año. Ante esa situación la Clínica, cumpliendo con lo previsto por el art. 2º inc. 2 de la ley 22.914, se lo comunica al Sr. Defensor de Menores e Incapaces. Éste, con la comunicación, inicia el proceso de internación y el Juez ordena que los médicos forenses se constituyan en el día en la clínica para revisar a Juan. En ese momento Juan está en su peor crisis. Las conclusiones del dictamen son terribles "alienado en sentido jurídico, incapaz para dirigir su persona y administrar sus bienes". Ante las conclusiones el Defensor de Menores le inicia un proceso de insania. Del inicio de esta causa no se le da traslado a Juan sino que él recién se entera con el traslado del auto que abre a prueba el proceso. Esto genera más delirio persecutorio en Juan.

Durante el proceso se valorará la necesidad de alguna protección para Juan. Pero antes de la iniciación debería haberse valorado la conveniencia del proceso, y las consecuencias que este tendrá en la vida de Juan por el solo hecho de haberse abierto.

A título de ejemplo vamos a enumerar algunas de las ventajas y desventajas de iniciar estos trámites:

A) Ventajas:

- El enfermo mental corre menos peligro de ser perjudicado económicamente. Sin embargo hay que saber que, en el caso de que tenga un patrimonio importante y no haya una persona que lo proteja de los abusos, la protección depende del tipo de bienes con que cuente. Es decir, los bienes registrables son fáciles de proteger, pero si tuviera otro tipo de patrimonio (por ej. acciones, animales, etc.) sería más difícil, ya que muchas veces el control judicial realizado tanto por el Juzgado como por el Defensor de Menores e Incapaces no es suficiente.

- Corre menos peligro de ser abandonado en la vía pública. Ya que mediante los controles socio-ambientales y de otro tipo realizados de oficio por la mayoría de los juzgados se sabe en dónde vive el insano y en qué condiciones.

- Corre menos peligro de descompensarse ya que a través de los informes mencionados y de los exámenes realizados periódicamente por el Cuerpo Médico Forense (que también ordena el Juzgado de oficio) se sabe si el enfermo recibe tratamiento y si cumple con los controles que le han sido indicados.

- Se le puede tramitar una pensión por invalidez. A pesar de que no es necesaria la declaración de incapacidad para hacerlo, ya que podrían pedir en la oficina previsional la revisión de la persona, muchas veces una sentencia acelera el trámite.

B) Desventajas:

- Ya sea que se lo encasille como de jurisdicción voluntaria, contenciosa o compleja, lo cierto es que el juicio de insania trae, muchas veces, beligerancia. Y beligerancia no sólo procesal sino también en el seno de la familia. Esto es potenciado cuando el denunciado se halla capacitado para comprender qué es lo que se dice de él.

- Invasión de la intimidad de la familia. Desde la iniciación del proceso hasta la muerte del insano o levantamiento de la interdicción, la familia deberá rendir cuentas sobre la administración de los bienes del mismo, pedir autorización para vender o comprar aquellos que sean registrables, informar sobre el tratamiento que reciba, recibir Asistentes Sociales y Médicos Forenses, etc. Quizás aquella familia que no lo necesite, se sienta invadida o demasiado controlada en su gestión de cuidar del



enfermo mental.

- Posibilidad de daño a la salud del denunciado. Es necesario tener en cuenta que tanto la demanda como la apertura a prueba, el informe médico y la sentencia, le serán notificadas al denunciado personalmente o por cédula a diligenciarse en su persona. Esto podría provocar descompensación o graves daños en la salud del mismo.

- Estigmatización del denunciado. La sentencia que declara que la persona "es incapaz absoluto para dirigir su persona y administrar sus bienes" puede tener como efecto, no querido por la ley, que alguien que potencialmente está en condiciones de realizar esos actos sienta que no lo está y deje de hacerlos. Esto sería muy perjudicial para la rehabilitación del insano.

- Costos del procedimiento. En el caso de que el denunciado tenga un patrimonio importante, es un proceso que puede ser muy costoso. Sobre todo porque no se pueden prever los gastos con anticipación, ya que el Curador Provisional va a ser designado por el Juez, y no puede ser elegido por la familia. Además las pautas para la regulación de honorarios de los profesionales intervinientes son muy amplias.

### El proceso de inhabilitación

Como sabemos el proceso de inhabilitación es idéntico al de incapacidad. También en lo referente a quién puede iniciarlo y si está obligado a hacerlo. Por lo que, la descripción de ventajas y desventajas hecha en el punto anterior es aplicable al proceso de inhabilitación. Además describiremos las que consideremos específicas de este proceso.

Justamente una de sus características es que es indiferente que el denunciante esté pidiendo la inhabilitación o la incapacidad. Una vez abierto el proceso de inhabilitación a prueba la sentencia podrá hacer lugar al pedido, desestimar la denuncia o decretar la incapacidad. Ésta puede ser una de sus desventajas. Ya que al iniciar un proceso de semejante importancia, el cliente desearía que sus efectos estén acotados al pedido. Es decir, que se dicte si es o no procedente el pedido pero no que se dicte una sentencia con efectos más amplios. Nótese que siendo un proceso que no puede ser iniciado de oficio, no se ve la razón por la que se dicta sentencia de incapacidad sin contar con el pedido de los legitimados, quienes habían pedido la inhabilitación no la incapacidad.

Otra desventaja es la limitación de la ley a que la protección sea sobre

las cuestiones patrimoniales, y no sobre las decisiones relacionadas con la salud del inhabilitado. Es cierto que la jurisprudencia ha ido ampliando sus efectos a las necesidades que pueda tener el causante, pero es indiscutible que la orientación legal hace más difícil hacer una protección a medida.

También consideramos que es desventajosa la suspensión automática del ejercicio de la patria potestad dispuesta por el art. 309 del Código Civil. Es evidente que esta norma también puede conspirar, en algunos casos, contra la idea de imponer sólo la protección necesaria y no limitar la capacidad más allá de lo adecuado. Puede haber casos en que sea necesario que el inhabilitado no pueda vender su casa sin la conformidad de su curador, pero que cuide muy bien de sus hijos.

Entre las ventajas nos gusta destacar que, en algunos casos, este proceso puede ser mucho menos invasivo de la privacidad familiar que el proceso de incapacidad. Nótese que en los casos en que no se disponga una protección mayor, el inhabilitado no necesitará autorización judicial para disponer de sus bienes, ya que le será suficiente la conformidad de su curador. Tampoco habrá que rendir cuentas judiciales de los actos de administración. Ya que, aún cuando se extienda la inhabilitación a esos actos, también le bastará la conformidad del curador siendo innecesaria la intervención judicial.

Otro punto a favor es la facultad legal del juez de decidir una protección más o menos amplia. Si bien algunos fallos extienden esta facultad al proceso de incapacidad, lo cierto es que la ley no lo contemplaba.

También nos parecen muy convenientes las facultades que la ley le deja al inhabilitado. Él conserva el poder de iniciativa y sólo él puede realizar los actos, aún cuando precise la conformidad de su curador.

Antes de terminar este punto, debemos referirnos a una mala costumbre judicial que, si bien no es una desventaja ínsita en la institución misma de la inhabilitación, sí lo es en la práctica. Se trata de aquella en virtud de la cual los médicos encasillan como inhábiles a quienes no son insanos pero tampoco capaces: la inhabilitación se transforma así en una especie de “lugar residual” de los casos dudosos. En realidad, la institución está pensada para proteger el patrimonio personal y familiar, de modo que en principio y salvo aquellos supuestos en que a través de ella se puede tutelar la salud mental de la persona, no corresponde ni siquiera iniciar el proceso a quienes no tienen bienes.

### Procesos y soluciones no convencionales.

Es evidente que en muchas ocasiones las necesidades de las personas y familias no encuentran respuestas en nuestra rígida ley en la materia. Entendemos que, sin perjuicio de informar a los clientes acerca de la mayor o menor posibilidad de tener éxito en el pedido, los abogados deben pedir a los jueces lo que es necesario para proteger a las personas o a sus familias, sin dejarse llevar por los estereotipos legales.

Con esto queremos decir que si la familia está convencida de que la persona que sufre la enfermedad mental necesita solamente que se la controle o supervise en su tratamiento, por ejemplo, no debe pedirse una limitación mayor de la que necesita. Que si se cree que es necesario que un familiar se ocupe de la salud y otro del manejo patrimonial del denunciado, también es bueno pedirlo así. Ya que esos pedidos no demuestran una ignorancia de la ley, sino lo inadecuado de ésta para resolver los problemas de la gente.

Muchas veces hay soluciones que luego los fallos admiten y que nacen de la feliz combinación de varias disposiciones legales. Por ejemplo, la Cámara Civil a pedido del Sr. Asesor de Menores de esa instancia modificó un proceso de inhabilitación transformándolo en un control del tratamiento. Y designó a un familiar del denunciado como defensor especial, a quien le impuso la obligación de denunciar al tribunal la evolución del tratamiento ambulatorio que realizaba <sup>13</sup>. De inhabilitarse al denunciado, se lo hubiera privado de la patria potestad que ejercía exitosamente.

En otra ocasión la Cámara Civil confirmó un fallo que, siendo juez, dictó uno de los autores de este trabajo, en el que se autorizaba a un insano a trabajar y administrar su salario.

Consideramos que con el tiempo, con reforma legislativa o sin ella, las soluciones deben acercarse a la idea de limitaciones puntuales a la capacidad, a diferencia de categorías globales como la incapacidad absoluta. A la idea de que puedan existir tantos curadores como sean necesarios para atender distintas necesidades: curador a la salud, a la administración de ciertos bienes, etc.

En muchas ocasiones nos encontramos con familias que han sabido proteger con éxito a sus miembros con problemas, sin necesidad de iniciar siquiera un proceso judicial. Casos en que los padres de mucha edad comienzan procesos de demencia senil, en que hay un hijo oligofrénico, etc., y se utilizan instituciones relacionadas con la planificación de la herencia, la seguridad social, la administración compartida, y otras.

# Notas

[[←1](#)]

Carol Anderson, Douglas Reiss y Gerard Hogarty, Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988, p. 22.

[←2]

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM-III-R),  
ed. Masson, S.A., Barcelona, 1990.

[←3]

En Carol Anderson, Douglas Reiss y Gerard Hogarty, Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988, está bien explicado este proceso.

[←4]

Frank S. Pittman III, Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990, p. 424.

[←5]

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM-III-R),  
ed. Masson, S.A., Barcelona, 1990.



[←6]

Ronald R. Fieve, Humor alternante. La tercera revolución en psiquiatría, ed. Grijalbo, Barcelona, 1977.

[←7]

Frank S. Pittman III, Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990, p. 400 a 402.

[ ← 8 ]

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM-III-R),  
ed. Masson, S.A., Barcelona, 1990.

[←9]

Cifuentes, Santos, Rivas Molina, Andrés y Tiscornia, Bartolomé, Juicio de insania, ed. Hammurabi, Buenos Aires, 1997, p. 295

Tobías, José, La inhabilitación en el derecho civil, ed. Astrea, Buenos Aires 1992, p. 233.

Martorello, Beatriz Roxana, Procesos de declaración de incapacidad e inhabilitación, ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires 2004, p. 56

Ghirardi, Juan Carlos, Inhabilitación civil, ed. Astrea, Buenos Aires 1991, p. 286.

[← 10]

Cifuentes, op. Cit., p.308

[[← 11](#)]

Cifuentes, op. Cit., p.308

[← 12]

Eduardo José Cárdenas, Ricardo Grimson y José Atilio Álvarez, *El juicio de insania y la internación psiquiátrica*, ed. Astrea, Buenos Aires, 1985.

[\[← 13\]](#)

ED tº 194, pág. 44



# Table of Contents

[José Cárdenas](#)

[Notas](#)