EL ART. 152 BIS DEL CÓDIGO CIVIL. AVANCE NOTORIO EN LA CONSIDERACIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS EN SU SALUD MENTAL, QUE REQUIERE SER NUEVAMENTE ACTUALIZADO

Guillermo F. Peyrano[1]

I.- Introducción

En materia de capacidad, Vélez Sarsfield siguió en el Código Civil un esquema que era propio de la época, estableciéndose una distinción rígida entre las personas capaces y las incapaces.-

Los conocimientos médicos de esos tiempos, no habían llegado a un grado de avance suficiente, como para establecer mayores distinciones, fundamentalmente en lo relativo a la salud mental, y a los matices de la misma.-

Vélez Sarsfield sólo efectuaba la distinción entre las personas sanas y las personas dementes[2], y ello se compadecía con el grado de avance de los conocimientos científicos de su época.-

La incapacidad como correlativo de la demencia judicialmente declarada y la tutela del demente declarado por medio de la designación de un curador, pueden considerarse –a la luz de las concepciones imperantes en la segunda mitad del siglo XIX- como soluciones plausibles, establecidas en procura de la protección de esas personas, que por causa de enfermedades mentales, no se encuentran en condiciones de dirigir su persona o administrar sus bienes.-

Similares reflexiones merece la incapacidad absoluta establecida en relación a los sordomudos que no saben darse a entender por escrito, asimilados a los dementes en atención a sus supuestas restricciones psíquicas (asimilación que hoy en día ya no puede encontrar justificativo, claro está, a la luz de los desarrollos de la psiquiatría y de las neurociencias).-

Como nos los recuerda el Maestro Guillermo Borda "En el régimen del Código Civil la capacidad de los mayores de edad sólo podía ser restringida en caso de que las personas fueran dementes o sordomudos que no saben darse a entender por escrito. En estos casos, la incapacidad era absoluta; en cualquier otro, la capacidad era plena"[3].-

Vélez Sarsfield, siguió en esta cuestión el criterio de Freitas, diseñando un sistema en el que el régimen de las incapacidades, parte de una dicotomía excluyente: los individuos capaces y los incapaces de hecho[4], sin contemplarse estados intermedios.-

Moisset de Espanés recuerda que "el Código Civil dividía a las personas en dos grandes grupos de acuerdo a su salud mental: sanos y enfermos. Para los primeros establecía la capacidad plena; para los segundos la incapacidad absoluta y la sujeción al régimen de la interdicción civil"[5].-

De cualquier modo, y como ya lo expresamos, la protección de los dementes, empero esa

---

[1] Miembro del Instituto de la Región Centro de la Academia de Derecho de Córdoba

[2] Borda, Alejandro, "La incapacidad (hacia un replanteo de la inhabilitación y de la insania)", en "Derecho Privado" (libro homenaje a Alberto J. Bueres, dirigido por Ameal, Oscar), Edit. Hammurabi, Buenos Aires 2.001, pág.273.-

[3] Borda, Guillermo A., "La Reforma al Código Civil", pág.110.-

[4] En el mismo sentido, Rivera, Julio C., "Instituciones de Derecho Civil- Parte General", Tomo I, Editorial Abeledo-Perrot, Buenos Aires 1.998, pág.536.-

[5] Moisset de Espanés, Luis, "Personas que pueden solicitar la inhabilitación", Jurisprudencia Argentina, 1971-12-206.-

apuntada rigidez, demostraba, en los años de la redacción del Código Civil, la adopción de un criterio digno de ser reconocido.-

La historia de la humanidad, nos demuestra que los seres humanos afectados por enfermedades mentales, han recibido tratamientos que hoy nos causarían horror, pero que sin duda no pueden ser objeto de críticas –ponderándolos desde la perspectiva de nuestros tiempos-, ya que obedecieron sólo a la ignorancia o a la superstición, y no a motivaciones perversas.-

Desde su supresión física, al igual que a otras personas con defectos o deficiencias, o el sometimiento a rituales como exorcismos, etc. (ante la creencia de supuestas posesiones demoníacas), hasta la separación de la sociedad por su encierro o expulsión.-

Fue recién en los tiempos de la Revolución Francesa, en los que merced a los estudios de Philippe Pinel, que comenzó a reconocerse los dementes como personas enfermas, que requerían atención y tratamiento.-

Cifuentes señala que los trabajos de este médico francés, conjuntamente con los de Daniel Hack Tuke en Gran Bretaña, y con los de H.B. Wagnitz en Alemania, constituyeron una suerte de "cruzada esclarecedora"[6], y que "aparece entonces, tras la ciencia psiquiátrica y sus desvelos, la idea de la enfermedad antes desconocida, de la patología mental y de la búsqueda del tratamiento eficaz con una atención especial. Pero, hubo también un desgano humano resaltable y una falta de compresión y de sacrificios por esos pacientes incómodos, desubicados en tiempo y espacio, molestos y difíciles de tratar"[7].-

El esquema "capacidad-incapacidad" de los dementes, es decir de aquellas personas que por causa de enfermedad mental, se considera se encuentran imposibilitadas de dirigir su persona o administrar sus bienes, se compadece con las ideas imperantes en la época de la redacción del Código Civil, en la que la psiquiatría constituía una disciplina incipiente, y huérfana de conocimientos como para proporcionar tratamientos eficaces a estos enfermos[8].-

Si bien se encontraban superadas las concepciones que consideraban a los enfermos mentales como poseídos, lo cierto es, que en los hechos, la variedad y distinta incidencia de las enfermedades mentales aún no se encontraba determinada, ni se contaba aún con recursos terapéuticos y farmacológicos, como para poder lograrse mejorías sustanciales en la salud mental de estos pacientes, por lo que resultaba impensable el reconocimiento de regímenes de capacidad intermedios para los mismos.-

Por imperio de la necesidad, sólo era posible establecer categorías cerradas, y claro está, opuestas.-

La de las personas mentalmente sanas (o que supuestamente lo eran), y la de las mentalmente enfermas.-

Plenamente capaces las primeras, e incapaces absolutas de hecho las segundas.-

Los avances en la psiquiatría fueron evidenciando que esa dicotomía "tajante y opuesta", no se adecuaba a la realidad[9].-

---

6 Cifuentes, Santos, "Tutela de los enfermos mentales", LA LEY 2005-A, 1051.-

7 Cifuentes, Santos, "Tutela de los enfermos mentales", LA LEY 2005-A, 1051.-

8 "En ese contexto, donde la psiquis humana (que aún nos es en gran medida ignota, a pesar de todo, en nuestros días) era asumida como un área de misterios insondables, donde los diagnósticos eran imposibles, y las terapias inútiles, porque las mejoras, rarísimas, eran encaradas en general como poco menos que milagros, escribió su obra magna Dalmacio Vélez" (Rabinovich-Berkman, Ricardo D., "Quebrar la bipolaridad. Dictamen favorable al nuevo régimen de incapacidad por razones patológicas", La Ley 2005-F, p.1528).-

9 "Tanto la doctrina, como la ciencia psiquiátrica consideraban que esta división tajante era errónea y no se ajustaba a

Los trastornos psíquicos se presentan en una multiplicidad de características y de grados.-

La salud mental plena, puede afirmarse hoy, que constituye un parámetro ideal, dado que todos los seres humanos, padecemos con distintos matices, anomalías que afectan a la misma.-

La completa y perfecta salud mental, no se da en la práctica.-

La distinta naturaleza y grado de las afecciones posibles de la salud mental, pueden incidir de muy diverso modo sobre la persona y sobre su vida, en una variedad que resulta imposible de categorizar por el derecho.-

Ya nos recordaba Borda, comentando el art.152 bis del Código Civil, norma con la que se introdujo el régimen de la inhabilitación, que "en el campo de la patología psíquica existe una gama infinita de trastornos desde la más perfecta salud hasta la completa alteración de las facultades. Simples trastornos de la volición y de la afectividad, debilidad de espíritu, manías parciales, constituyen estados fronterizos o intermedios que no justifican una interdicción total del enfermo, pero que lo colocan en una situación de inferioridad ante sus semejantes"[10].-

Cuando se produce la Reforma del año 1968, el aludido esquema del Código Civil, basado en la consagración de categorías opuestas y diametralmente diferenciadas, en binomios salud mental-capacidad, enfermedad mental-incapacidad, no era sostenible a la luz de los desarrollos de la medicina y de la psicología.-

Resultaba imprescindible reconocer la existencia de esos estados intermedios, que si bien no justifican la adopción de soluciones tan drásticas como la de la declaración de incapacidad absoluta, proveyeran de tutela a las personas, que por distintos factores se veían afectadas en su salud, de modo tal que el pleno ejercicio de su capacidad pudiera aparejarles daños en su persona o en su patrimonio.-

II.- El artículo 152 bis incorporado por la Reforma de 1968 y los antecedentes que impulsaron su introducción en el régimen de capacidad del Código Civil

La introducción del art.152 bis en la Reforma de 1968, obedeció fundamentalmente, a la necesidad de reconocer estas realidades de la naturaleza humana, que no resultaban comprendidas, ni por ende amparadas, en el régimen del Código Civil[11], y su incorporación satisfizo distintos reclamos que ya se habían concretado en Jornadas y Congresos en los que abordara el régimen de la capacidad de hecho de nuestro Código Civil.-

No obstante ello, la norma introducida fue más allá de lo atinente a los distintos grados en que pueden presentarse las afectaciones a la salud mental, diseñando el instituto con un conjunto de causales heterogéneas, que han dificultado un tratamiento unitario de las mismas[12].-

Además, se centró fundamentalmente en lo patrimonial, no contemplando con claridad la tutela de la persona del inhabilitado (la que es necesaria en muchos supuestos).-

---

la realidad de las cosas, pues existen numerosas situaciones intermedias entre la salud plena y la enfermedad total, que suelen denominarse "estados fronterizos"" (Moisset de Espanés, Luis, "Personas que pueden solicitar la inhabilitación", Jurisprudencia Argentina, 1971-12-206).-

[10] Borda, Guillermo A., "La Reforma al Código Civil", pág-111.-

[11] Así se colige de lo expresado por Borda al explayarse sobre los fundamentos de la institución (ver Borda, Guillermo A., "La Reforma al Código Civil", pág.111).-

[12] Tobías señala que "son variadas y no homogéneas las causales de la inhabilitación y ello denota la complejidad de agruparlas en una fórmula unitaria" (Tobías, José W., comentario al art. 152 bis CC, en "Código Civil-Análisis doctrinario y jurisprudencial", obra coordinada por Alberto J. Bueres y Elena I. Highton, tomo 1, Edit. Hammurabi, Buenos Aires 1995, pág.745).-

Cierto es, que formula una remisión a las normas sobre declaración de incapacidad, que, "mutatis mutandi", admitirían la aplicación de recaudos para una protección más allá de lo estrictamente relacionado con la tutela de los bienes[13], y que limita el otorgamiento de actos jurídicos que puedan poner en peligro la persona , pero no concreta un régimen de tutela personal claro y diferenciado.-

No obstante ello, debe reconocerse, que constituyó un paso importantísimo en el camino a la flexibilización del rígido régimen sobre incapacidad del Código Civil.-

El régimen de los inhabilitados, introducido por la Reforma, constituyó al decir de Garrido y Andorno "…una verdadera novedad jurídica dentro del derecho argentino, aun cuando tiene precedentes de larga data en el derecho comparado"[14], no obstante lo cual debe recordarse que ya las Segundas Jornadas de Derecho Civil celebradas en la ciudad de Corrientes en el mes de noviembre de 1965 "…aportaron al tratar el tema II, la declaración en cuyo punto 1º se especificó que conviene incorporar al Código Civil el régimen de la inhabilitación de : a) Los enfermos o débiles mentales aún aptos para dirigir sus acciones en la vida ordinaria, si el ejercicio de su capacidad plena, a criterio del Juez, pudiera redundar en perjuicio de sus intereses. b) El ciego de nacimiento sin instrucción; c) Los que por embriaguez habitual o uso reiterado de estupefacientes expusiesen a su familia a caer en la indigencia"[15].-

Puede mencionarse también, como uno de los antecedentes de esta reforma, las ponencias presentadas en el Tercer Congreso Nacional de Derecho Civil, realizado en la ciudad de Córdoba en el año 1961, una en conjunto por los Maestros Jorge Joaquín Llambías y Guillermo A. Borda, y otra Diego R. May Zubiría, en un tema que no fue considerado por el plenario del Congreso[16].

En la fundamentación de la ponencia presentada por Llambías y Borda se expresa que "Con el régimen de la inhabilitación legislado en el articulado propuesto, que constituye una importante innovación respecto del código vigente y los proyectos nacionales anteriores, auspiciamos la "semi-interdicción" de las legislaciones extranjeras más adelantadas…"[17], y se consigna –en la fundamentación del inc.2º del art.1º del artículo propuesto referido a los "enfermos y débiles mentales"-, que "Cuando el estado patológico del sujeto tiene una incidencia típica en la vida de relación, obstando al gobierno de la propia persona y a la atención de los intereses, corresponderá disponer su interdicción. Pero en cambio, especialmente si se trata de debilidad de espíritu, cuando no se presente ese cuadro inconfundible de ineptitud para la convivencia cuando el juez encare un caso fronterizo, será suficiente inhabilitar al sujeto, impidiéndole que pueda perjudicarse"[18].-

Más allá de que la caracterización de los enfermos mentales -que no pueden considerarse dementes en los términos de nuestro Código Civil-, a la luz de los desarrollos de la ciencia

---

[13] En este sentido Tobías recuerda las funciones impuestas por el art. 481 CC al curador de los incapaces mayores de edad, que considera deben entenderse aplicables al curador del inhabilitado (Tobías, José W., comentario al art. 152 bis CC, en "Código Civil-Análisis doctrinario y jurisprudencial", obra coordinada por Alberto J. Bueres y Elena I. Highton, tomo 1, Edit. Hammurabi, Buenos Aires 1995, pág.773).-

[14] Garrido, Roque y Andorno, Luis, "Reforma al Código Civil- Ley 17.711-Comentada", Edit. Victor P. de Zavalía, Buenos Aires 1971, pág. 81.-

[15] Garrido, Roque y Andorno, Luis, "Reforma al Código Civil- Ley 17.711-Comentada", Edit. Victor P. de Zavalía, Buenos Aires 1971, pág. 81.-

[16] Moisset de Espanés requerda que "la mayor parte de los autores nacionales advertía la necesidad de modificar el Código para contemplar la situación de los semi-alienados y, en tal sentido, se pronunciaron el proyecto de Reforma de 1936 (art. 55) y el Anteproyecto de 1954 (art. 94), pudiendo señalarse también un despacho de la comisión encargada de estudiar el tema en el Tercer Congreso Nacional de Derecho Civil, y la recomendación aprobada por las Segundas Jornadas de Derecho Civil, que aconsejaba incorporar el régimen de la inhabilitación" (Moisset de Espanés, Luis, "Personas que pueden solicitar la inhabilitación", Jurisprudencia Argentina, 1971-12-206).-

[17] Libro del Tercer Congreso Nacional de Derecho Civil, tomo II, edit.Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba 1962, pág.730.-

[18] Libro del Tercer Congreso Nacional de Derecho Civil, tomo II, edit.Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba 1962, pág.731.-

médica actual, no puede considerarse precisa, lo cierto es que se trató de contemplar la tutela de esas personas en el grado que requería su estado de salud.-

Esta "novedad jurídica" –para nuestro derecho- de la Reforma de 1968 (al decir de Garrido y Andorno), si bien vino a introducir una cuña en el sistema capacidad-incapacidad del Código Civil, no llegó a modificar radicalmente ese esquema antagónico del Código.-

Es que en realidad, no se estatuyó una nueva categoría de personas incapaces (esto es, aquellas comprendidas en los supuestos del art. 152 bis CC), por cuanto los inhabilitados continúan tratándose de personas básicamente capaces, con la salvedad que reconocen –sentencia judicial de inhabilitación mediante- restricciones a su capacidad civil[19].-

Garrido y Andorno expresan que "…la situación jurídica de los inhabilitados judicialmente debe equipararse al supuesto de los menores emancipados", y agregan "el inhabilitado judicialmente es capaz para todos los actos normales de carácter personal y familiar, y estará sometido a las limitaciones que la ley prevé expresamente en el aspecto patrimonial, y, en cuanto a los actos de administración, a aquéllas que podrán emerger de la sentencia de inhabilitación en virtud de las circunstancias del caso que haya tenido en cuenta el Juez"[20].-

Si bien compartimos estas consideraciones, no dejamos de advertir que tal vez la misma apuntada heterogeneidad de supuestos aprehendidos por el instituto, ha conspirado para que el mismo pudiera ser diseñado reflejando una modificación más profunda del régimen de capacidad de nuestro Código Civil, el que como lo señaláramos en la introducción de este trabajo, evidencia una dicotomía rígida capacidad-incapacidad, que no se compadece con la realidad.-

Se trata de un instituto de carácter propio y de naturaleza autónoma que contempla la necesaria asistencia de un tercero (el curador del inhabilitado) en el otorgamiento de determinados actos jurídicos (los de disposición de bienes entre vivos, y aquellos de administración, que hayan sido limitados al inhabilitado por la sentencia de inhabilitación, en atención a las circunstancias del caso), y que comprende a los sujetos subsumidos en la previsión de la norma (quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio; a los disminuidos en sus facultades cuando sin llegar al supuesto previsto en el artículo 141 del CC, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resulta presumiblemente daños a su persona o patrimonio; y a quienes por la prodigalidad en los actos de administración y disposición de sus bienes expusiesen a su familia a la pérdida del patrimonio), cuando media la declaración de inhabilitación por sentencia judicial.-

Tal la previsión legal, centrada fundamentalmente (aunque no exclusivamente) en la tutela en relación al otorgamiento de actos jurídicos patrimoniales, sin injerencia en principio, en otras esferas posibles de actuación de la persona, toda vez que lo que se procura es no interferir en la actividad del inhabilitado, y sólo hacerlo en aquello que se considere estrictamente necesario.-

En principio el inhabilitado judicialmente conserva una amplia capacidad personal y familiar, no extendiéndose a esos ámbitos la protección del instituto.-

No obstante ello, una interpretación que consideramos plausible, ha considerado que las responsabilidades del curador del inhabilitado se extienden más allá de lo estrictamente patrimonial, y que le incumbe velar por el cuidado y la recuperación de su asistido, atendiendo –si fuere menester- a sus necesidades personales, e instando y controlando su tratamiento médico o de rehabilitación, -en suma proveyendo al cuidado personal y la atención de estas

---

[19] "…el inhabilitado es una persona capaz pero con una capacidad limitada" (Borda, Alejandro, op. cit., pág. 275).-

[20] Garrido, Roque y Andorno, Luis, "Reforma al Código Civil- Ley 17.711-Comentada", Edit. Victor P. de Zavalía, Buenos Aires 1971, pág. 83.-

personas- (con exclusión de los supuestos de prodigalidad)[21].-

Se trata -en suma- de un sistema de protección, estatuido para atender a la tutela de estas personas –fundamentalmente en el otorgamiento de actos jurídicos patrimoniales-, sin llegar a incapacitarlos –en tanto y en cuanto, básicamente continúa tratándose de personas capaces-, y sin colocarlos por ende en una situación de restricción –como en la que se encuentran los dementes-, que no resultaría en modo alguno justificada.-

Como se recomendara en el IV Congreso Nacional de Derecho Civil realizado en el año 1969, la capacidad del inhabilitado se encuentra restringida, y sujeta para "determinados" actos al régimen de la asistencia (y no para otros, como lo hemos visto).-

Desde esta perspectiva, y más allá del acento en lo patrimonial y en lo negocial, que caracteriza a la curatela de este instituto, el régimen de la inhabilitación constituyó un sensible avance, apto para atender situaciones intermedias que escapan a las categorías propias de la dicotomía capacidad-incapacidad de nuestro Código Civil.-

III.- Necesaria reformulación del régimen de incapacidad. Seguir más allá del art. 152 bis

Como lo dejáramos señalado en la Introducción de este trabajo, los avances en los conocimientos en la medicina y en la psicología dejaron evidenciado lo inadecuado e insuficiente del régimen del Código Civil en materia de capacidad, para atender a un correcto nivel de protección a las personas que padecen afecciones en su salud mental, y cuya gravedad e incidencia para su vida, no justifican considerarlos radicalmente imposibilitados de atender al gobierno de su persona o la administración de sus bienes.-

Taiana de Brandi señala que "nuestra realidad y experiencia cotidianas nos demuestran que no existen dos campos extremos, que la incapacidad se presenta en grados o facetas y que en toda persona, aún la más enferma, hay zonas sanas que deben ser protegidas y estimuladas"[22].-

El régimen de la inhabilitación introducido por la Reforma de 1968 –como ya lo señaláramos- constituyó un plausible progreso en el tratamiento y consideración que el derecho debe dar a las personas cuya salud mental se encuentra afectada (y cuya interdicción no se justifica).-

No obstante ello, nos animamos a afirmar que al compás de los progresos de la psiquiatría y de las neurociencias, resulta imprescindible a esta hora, considerar modificaciones al régimen de capacidad-incapacidad del Código Civil –y al instituto morigerador del mismo introducido en el art.152 bis del mismo Código-, que les otorguen un carácter más plástico –permitiéndole adecuarse con mayor exactitud a la multiplicidad de situaciones que pueden resultar de las enfermedades mentales[23]-, y que contemplen de modo expreso –cuando ello fuere necesario- medios de protección que superen lo patrimonial y lo negocial[24].-

---

[21] Tobías, José W., comentario al art. 152 bis CC, en "Código Civil-Análisis doctrinario y jurisprudencial", obra coordinada por Alberto J. Bueres y Elena I. Highton, tomo 1, Edit. Hammurabi, Buenos Aires 1995, pág.773.-

[22] Taiana de Brandi, Nelly A., "La discapacidad y sus grados", La Ley-Suplemento de Actualización del 10/07/2007.-

[23] Tobías ha expresado que "Se trata, en suma de buscar formas apropiadas de protección acordes con los diversos grados con que se manifiesta el discernimiento y en base al principio que la persona tiene el derecho a participar en la vida de relación en la medida que tenga aptitud e idoneidad para hacerlo (Tobías, José W., "La enfermedad mental y su tratamiento por el Derecho Privado", en "La persona humana" –dirigida por Borda, Guillermo A.-, Edit. La Ley, Buenos Aires 2.001, pág.199).-

[24] "El criterio de protección patrimonial que prevaleció en su redacción ha sido progresivamente dejado de lado, por cuanto la realidad de los casos planteados ha demostrado la necesidad de que se cubran también, y en muchos casos primordialmente, otras carencias de índole personal…"(Mattera, María del Rosario y Noya, Gustavo Eduardo, "Los inhabilitados", en "La persona humana" –dirigida por Borda, Guillermo A.-, Edit. La Ley, Buenos Aires 2.001, pág.228).

En ese orden de ideas, y más allá de que el art. 152 bis del Código Civil ha proporcionado un instrumento invalorable, para atender a las necesidades de tutela de las personas cuya salud mental responde a esos múltiples y variables estados intermedios, que escapan al esquema bipolar del Código Velezano, se impone atender a los requerimientos de la realidad, que se presenta en infinidad de situaciones, y muchas veces de manera mutable y fluctuante, en consonancia con la infinita diversidad humana.-

Ello requiere que los hombres de derecho, sin por ello inmiscuirnos en las competencias de otras disciplinas –pero abrevando de ellas-, tomemos un conocimiento más preciso de las enfermedades mentales, su diagnóstico, posibilidades de curación o mejorías, y su incidencia para la vida de los enfermos.-

Según la publicación de la Organización Mundial de la Salud "CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento, DESCRIPCIONES CLÍNICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO", "La mayoría de los trastornos mentales orgánicos pueden comenzar a cualquier edad, excepto quizás durante la primera infancia. En la práctica, la mayoría de estos trastornos tienden a empezar en la edad adulta. Algunos de estos trastornos son aparentemente irreversibles y progresivos y otros son transitorios o responden a tratamientos específicos".-

Esto ya nos da una pauta sobre la inconveniencia de los regímenes rígidos de incapacidad por afectación de la salud mental.-

La existencia de trastornos transitorios, o que responden a tratamientos específicos, amerita la adopción de soluciones que contemplen proveer a la tutela de estas personas en los períodos críticos, sin interferir radicalmente en su capacidad jurídica o en su vida personal.-

En el mismo documento se expresa que "La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad vasculocerebral y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria. La demencia produce un deterioro intelectual apreciable que repercute en la actividad cotidiana del enfermo, por ejemplo, en el aseo personal, en el vestirse, en el comer o en las funciones excretoras".-

Claro está que en ello también incide que la persona reciba o no tratamientos adecuados, por cuanto, como lo reconoce la misma OMS, el deterioro de la actividad cotidiana depende mucho de factores socioculturales.-

La posibilidad de proveer hoy en día –mediante tratamientos psiquiátricos y farmacológicos- ayuda eficaz a estos enfermos, y la variedad de trastornos mentales consignados en el documento indicado, resultan suficientemente gráficos, para evidenciar la absoluta insuficiencia de los regímenes de tutela y atención para estos enfermos que se basen en categorizaciones rígidas.-

En el Anexo de este trabajo, se reproducen los trastornos mentales que en el aludido documento se detallan, cuya mera superficial lectura, nos permite despejar cualquier duda en orden a lo expresado.-

Frente a estas realidades, el camino adecuado se vislumbra, en la "personalización" de los regímenes de incapacidad y de protección, contemplándose tutelas diferenciadas aptas para atender a la multiplicidad de situaciones posibles.-

Los "esfuerzos" por adecuar las categorías del Código Civil, aún con el enriquecimiento que

para ellas representó la introducción del art. 152 bis por la Reforma, a la diversidad de las enfermedades mentales, y a la mutabilidad del estado de estos enfermos (sea por las características propias de las afecciones, sea por incidencia de los tratamientos con los que pueden verse beneficiados) se presentan hoy como claramente estériles.-

Un trabajo de Tobías resulta una prueba palmaria de esta afirmación, toda vez que en el mismo se reconoce que similares patologías, podrían ser susceptibles de encuadrarse tanto en el art.141 como en el art. 152 bis del Código Civil –con las diferentes consecuencias que esto conlleva-, dependiendo ello de factores como la eventualidad de posibles remisiones, la incidencia que la patología tenga para la vida de relación del sujeto, etc.[25].-

En suma, las apuntadas realidades, han obligado a la jurisprudencia y a la doctrina, a aceptar una "permeabilidad" en las categorías, que demuestra la crisis de este esquema de consideración de la capacidad y de la tutela personal de los enfermos mentales.-

Se imponen a esta hora modificaciones normativas que consagren "soluciones personalizadas", en las que puedan contemplarse la infinidad de "matices" en que se presentan las afecciones de la salud mental, y en las que además se prevea con una mayor claridad la atención personal de estos enfermos[26].-

En un trabajo ya citado de Taiana de Brandi, se recuerdan las innovaciones que el respecto se han producido en distintos países europeos (Francia, Alemania, Holanda y España), cuyas innovaciones legislativas, bien pasan por proveer de asistencia a las personas "débiles" –lo que resulta independiente de su capacidad-, bien por reconocer distintos grados de capacidad, en un marco de respeto de la voluntad de las personas enfermas. Expresa la autora que "hay aquí una firme decisión política de proteger al ser humano "diferente" que se regula al margen de la incapacidad"[27].-

El aludido respeto de la voluntad de la persona -empero las afecciones de la salud mental que puede padecer-, la consideración de su situación particular (tipo de afección, respuesta a los tratamientos, soporte familiar, etc.), y la provisión de una asistencia acorde con sus reales necesidades -incluso independiente de cualquier declaración de incapacidad-, deben ser contemplados a la luz de los desarrollos de la ciencia médica y la farmacología.-

La dignidad de la persona humana, y de cada persona, más allá de sus defectos o deficiencias, exige que se le otorgue un tratamiento acorde con su realidad personal.-

En este marco, consideramos también imprescindible señalar que esa dignidad puede verse gravemente afectada con la violación de los derechos a la intimidad y autodeterminación informativa de los enfermos mentales, cuya protección resulta desconocida muchas veces en la práctica.-

---

[25] "En general las enfermedades mentales psicóticas quedarán encuadradas en el art.141. Las alteraciones profundas de la psiquis, propias de la psicosis determinan que la enfermedad mental acaree una falta de aptitud para dirigir la persona o administrar sus bienes (presupuestos biológico y jurídico el art.141). No debe descartarse, sin embargo la existencia de remisiones lo suficientemente acentuadas como para considerar que el enfermo mental psicótico tiene aptitud para dirigir la persona o administrar sus bienes. En estos casos, faltando el presupuesto jurídico del art. 141, la situación podrá quedar encuadrada en el inc.2° del art. 152 bis (el enfermo mental es un disminuido en sus facultdes mentales) o en ninguno de los supuestos cuando pese a la enfermedad mental, el juez no llegue a considerar que el ejercicio de la plena capacidad pueda resulta presumiblemente daño a la persona o patrimonio" (Tobías, José W., "Capacidad. Inhabilitación judicial. La causal del inciso 2° del artículo 153 bis. Ambito", en Colección de Análisis Jurisprudencial Derecho Civil –Parte General-, Edit. La Ley, 2003, 346).-

[26] Señala Taiana de Brandi, comentando normas europeas que ponen su acento en el respeto y protección de estos enfermes que "…estas nuevas normas intentan encontrar soluciones personalizadas conforme los "matices" que presenta la realidad y las circunstancias que rodean a cada persona…" (Taiana de Brandi, Nelly A., "La discapacidad y sus grados", La Ley-Suplemento de Actualización del 10/07/2007

[27] Taiana de Brandi, Nelly A., "La discapacidad y sus grados", La Ley-Suplemento de Actualización del 10/07/2007).-

Los regímenes de asistencia, de tutela y de eventual incapacitación de los enfermos mentales, deberían prever expresamente la confidencialidad de los procesos y procedimientos, de modo tal que no puedan difundirse, tomar estado público, o ser objeto de conocimiento por terceros, las afecciones de la salud mental de las personas que hayan causado la sustanciación de los mismos.-

Esto encuentra especial justificación respecto de aquellas personas que padecen enfermedades mentales, que se encuentran en el amplio espectro de estados intermedios (sea por la {índole de su afección, sea por el efecto de los tratamientos que les son proporcionados), cuya posibilidad de desenvolverse en la sociedad, puede verse gravemente afectada, a consecuencia de la difusión de su enfermedad.-

En este aspecto, conforme el art. 2° de la ley 25.326, la información que expresa de las personas (determinadas o determinables de acuerdo al art.1° de la misma ley) en tal carácter queda comprendida dentro de la categoría de los "datos sensibles". Entre dicha información se incluye a los datos relativos a la salud de las personas. Como tales están sujetos en principio a las limitaciones establecidas en el art. 7° de la ley, no pudiendo ser obligados los afectados a proporcionarlos y encontrándose prohibida la formación de archivos o registros que directa o indirectamente revelen este tipo de informaciones.-

La preservación de la intimidad de los pacientes, e incluso la tutela de otros derechos fundamentales como el derecho a la autodeterminación informativa y el derecho a la igualdad y a la no discriminación, exige que estas informaciones, de carácter "sensible", sean tratadas con la mayor discreción y confidencialidad, toda vez que "su elemento caracterizante, finca en las conductas o actitudes discriminatorias o desigualitarias que pueden generar, por la naturaleza y connotación en el medio de las informaciones que representan"[28].-

La informatización creciente de la labor judicial, genera que las informaciones que surgen de los trámites judiciales que refieren a procesos en los que se ventilan aspectos de la salud mental (declaraciones de incapacidad, inhabilitación, internaciones forzosas, etc.), sean registradas en distintos archivos o registros, que no garantizan la salvaguarda de los derechos de las personas comprometidas en esos trámites.-

Las disposiciones de la ley N° 25.326, resultan demasiado generales en este aspecto, y además, muchas veces no son aplicadas por desconocimiento o comodidad.-

En base a ello, consideramos necesario también, en un régimen de actualización de las normativas que contemplan la tutela y atención de quienes padecen enfermedades mentales, que a la par de adecuarse las soluciones tuitivas de modo tal que pueda atenderse a la situación real de cada enfermo, se garantice la salvaguarda de su derecho a preservar sus padecimientos del conocimiento público, hoy en día seriamente afectado, por obra y gracia de

[28] Peyrano, Guillermo F. "El acceso a la información pública y las restricciones emergentes del carácter de los datos archivados. Datos especialmente protegidos y datos sensibles. Bancos de documentos y bancos de datos. Los archivos "sensibles" (El Derecho, Boletines del 12 y 13 de mayo de 2.005).-

los progresos de la informática[29].-

IV.- A modo de colofón

Las soluciones de nuestro Código Civil, evidencian una obsolescencia alarmante, que reclama su urgente revisión por los juristas, so pena de que el día de mañana, se nos tache de oscurantistas o insensibles.-

Los destacadps progresos que representó, por la introducción del art.152 bis con la Reforma de 1968, en orden a contemplar situaciones que no encuadraban en el rígido esquema capacidad-incapacidad del Código, como ya se ha dicho, hoy ya no resultan suficientes.-

El respeto a la dignidad de la persona humana, sea cual fuere su estado de salud mental, y especialmente, la debida –pero en su justa y razonable medida- protección, de las personas que padecen enfermedades mentales, exige de los juristas soluciones innovadoras que vayan más allá de la Reforma de 1968 en este aspecto, y respondan a la realidad de los progresos de las ciencias de la salud.-

EL Derecho es una institución humana necesariamente mutable, que debe acompasar su evolución a la de las otras ciencias, y a la de la propia sociedad, que hoy –gracias a Dios- pretende incluir a todos los seres humanos, más allá de sus defectos o deficiencias[30].-

Proponer reformas en el sentido indicado, se enmarca en esa pretensión evolutiva, y adoptarlas constituirá un sensible avance en esa senda.-

Seguramente que estos cambios deberían haber sido adoptados mucho antes, pero lo que ahora importa es que se actúe con premura.-

La preservación de la dignidad de muchos enfermos, y su inserción en la vida social depende de ello, y estos deben ser objetivos irrenunciables.-

Taiana de Brandi, en su excelente trabajo –ya citado-[31] recordaba las palabras de Johan Peter Ekherman: "No basta dar pasos que un día puedan conducir a la meta, sino que cada paso ha de ser una meta sin dejar de ser un paso".-

Que se cuente con instrumentos para la pronta recuperación de la dignidad de estos enfermos sea a la vez, nuestra meta y nuestro próximo paso.-

---

[29] El Tribunal Constitucional español ha expresado que "el derecho a la intimidad personal -consagrado en el art. 18.1 de la Constitución de España- se configura como un derecho fundamental estrictamente vinculado a la propia personalidad, derivado de la dignidad humana que el art. 10.1 de la Constitución española reconoce, e implica la existencia de un ámbito propio v reservado frente a la acción y conocimiento de los demás, necesario para mantener una calidad mínima de vida", agregando que dicho derecho "no sólo comprende la intimidad personal "stricto sensu", integrada -entre otros componentes- por la intimidad corporal y la vida sexual, sino además determinados aspectos de la vida de terceras personas que, por las relaciones existentes, inciden en la propia esfera de desenvolvimiento del individuo", ya que "si bien los hechos referidos a las relaciones sociales y profesionales en que el trabajador desarrolla su actividad, no integran, en principio, la esfera privada de la persona, es factible -ocasionalmente- acceder a informaciones atinentes a la vida íntima personal y familiar, en cuyo ámbito se encuentran las referencias a la salud ". Agregando que "un sistema normativo que, autorizando la recogida de datos incluso con fines legítimos, y de contenido aparentemente neutro, no incluya garantías adecuadas frente a su uso potencialmente invasor de la vida privada del ciudadano a través de su tratamiento técnico, vulnera el derecho a la intimidad como ocurre con las intromisiones directas en el contenido nuclear de ésta".(Sala 1, 08/11/1999 L:E. S. Publicado en Suplemento de Derecho Constitucional, LA LEY 27 de julio de 2001sumario 102.386).-

[30] La diversidad personal y la necesidad de reconocer la minusvalidez de las personas –por distintas causas- ha sido tratada por Ghersi en "La protección de los minusválidos" (Ghersi, Carlos A., La Ley 2007-A, pag.796.-

[31] Taiana de Brandi, Nelly A., "La discapacidad y sus grados", La Ley-Suplemento de Actualización del 10/07/2007.-

ANEXO

De la publicación de la Organización Mundial de la Salud "CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento, DESCRIPCIONES CLÍNICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO"

µF00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

µF00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

µF01 Demencia vascular.

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.

F01.1 Demencia multi-infarto.

F01.2 Demencia vascular subcortical.

F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.

F01.8 Otras demencias vasculares.

F01.9 Demencia vascular sin especificación.

µF02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.

F02.4 Demencia en la infección por VIH.

F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

µF03 Demencia sin especificación.

µ

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

µF05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.

F05.1 Delirium superpuesto a demencia.

F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.

F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

µF06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.0 Alucinosis orgánica.

F06.1 Trastorno catatónico orgánico.

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.

F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.

F06.5 Trastorno disociativo orgánico.

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

µF07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.

F07.1 Síndrome post-encefalítico.

F07.2 Síndrome post-conmocional.

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

µF10-F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias

psicotropas.

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).

F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

µF19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

F19.0 Intoxicación aguda.

F19.1 Consumo perjudicial.

F19.2 Síndrome de dependencia.

F19.3 Síndrome de abstinencia.

F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F19.5 Trastorno psicótico.

F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

µF20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F20 Esquizofrenia.

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia residual.

F20,6 Esquizofrenia simple.

F20.8 Otras esquizofrenias.

F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

µF21 Trastorno esquizotípico.

µF22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

µF23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

µF24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.

µF25 Trastornos esquizoafectivos.

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

µF28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

µF29 Psicosis no orgánica sin especificación.

µF30-39 Trastornos del humor (afectivos).

F30 Episodio maníaco.

F30.0 Hipomanía.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos.

F30.8 Otros episodios maníacos.

F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

µF31 Trastorno bipolar.

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.

F31.8 Otros trastornos bipolares.

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

µF32 Episodios depresivos.

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.8 Otros episodios depresivos.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

µF33 Trastorno depresivo recurrente.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

µF34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.0 Ciclotimia.

F34.1 Distimia.

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

µF38 Otros trastornos del humor (afectivos)

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

µF40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

µF41 Otros trastornos de ansiedad.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

µF42 Trastorno obsesivo-compulsivo.

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

µF43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

F43.0 Reacción a estrés agudo.

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.

F43.2 Trastornos de adaptación.

F43.8 Otras reacciones a estrés grave.

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.

µF44 Trastornos disociativos (de conversión).

F44.0 Amnesia disociativa.

F44.1 Fuga disociativa.

F44.2 Estupor disociativo.

F44.3 Trastornos de trance y de posesión.

F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.

F44.5 Convulsiones disociativas.

F44.6 Anestesias y pérdidas sensoriales disociativas.

F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.

F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).

F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

µF45 Trastornos somatomorfos.

F45.0 Trastorno de somatización.

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.

F45.2 Trastorno hipocondríaco.

F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.

F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.

F45.8 Otros trastornos somatomorfos.

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

µF48 Otros trastornos neuróticos.

F48.0 Neurastenia.

F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.

F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.

µF50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F50 Trastornos de la conducta alimentaria.

F50.0 Anorexia nerviosa.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica.

F50.2 Bulimia nerviosa.

F50.3 Bulimia nerviosa atípica.

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

µF51 Trastornos no orgánicos del sueño.

F51.0 Insomnio no orgánico.

F51.1 Hipersomnio no orgánico.

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.

F51.3 Sonambulismo.

F51.4 Terrores nocturnos.

F51.5 Pesadillas.

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.

µF52 Disfunción sexual no orgánica.

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.

F52.2 Fracaso de la respuesta genital.

F52.3 Disfunción orgásmica.

F52.4 Eyaculación precoz.

F52.5 Vaginismo no orgánico.

F52.6 Dispareunia no orgánica.

F52.7 Impulso sexual excesivo.

F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.

F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

µF53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.

F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.

µF54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.

µF55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.

µF59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

µF60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F60 Trastornos específicos de la personalidad.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástieo de la personalidad.

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

µF61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.

F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62.

µF62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.

F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.

F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.

µF63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.0 Ludopatía.

F63.1 Piromanía.

F63.2 Cleptomanía.

F63.3 Tricotilomanía.

F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.

µF64 Trastornos de la identidad sexual.

F64.0 Transexualismo.

F64.1 Transvestismo no fetichista.

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.

F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.

F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.

µF65 Trastornos de la inclinación sexual.

F65.0 Fetichismo.

F65.1 Transvestismo fetichista.

F65.2 Exhibicionismo.

F65.3 Escoptofilia (voyeurismo).

F65.4 Paidofilia.

F65.5 Sadomasoquismo.

F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.

F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual.

F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.

µF66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.

F66.0 Trastorno de la maduración sexual.

F66.1 Orientación sexual egodistónica.

F66.2 Trastorno de la relación sexual.

F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.

F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.

µF68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.

F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).

F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.

µF69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.

µF70-79 Retraso mental.

F70 Retraso mental leve.

F71 Retraso mental moderado.

F72 Retraso mental grave.

F73 Retraso mental profundo.

F78 Otros retrasos mentales.

F79 Retraso mental sin especificación.

µF80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

µF81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.0 Trastorno específico de la lectura.

F81.1 Trastorno específico de la ortografía.

F81.2 Trastorno específico del cálculo.

F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

µF82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.

µF83 Trastorno específico del desarrollo mixto.

µF84 Trastornos generalizados del desarrollo.

F84.0 Autismo infantil.

F84.1 Autismo atípico.

F84.2 Síndrome de Rett.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.

F84.4 Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados.

F84.5 Síndrome de phperger.

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

µF88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.

µF89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

µF90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F90 Trastornos hipercinéticos.

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.

F90.1 Trastorno hipercinético disocial.

F90.8 Otros trastornos hipercinéticos.

F90.9 Trastorno hipercinético sin especificación.

µF91 Trastornos disociales.

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.

F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista.

F91.8 Otros trastornos disociales.

F91.9 Trastorno disocial sin especificación.

µF92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.

F92.0 Trastorno disocial depresivo.

F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.

F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

µF93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.

F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.

F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia.

F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

µF94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F94.0 Mutismo selectivo.

F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.

F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.

F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.

F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

µF95 Trastornos de tics.

F95.0 Trastorno de tics transitorios.

F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.

F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).

F95.8 Otros trastornos de tics.

F95.9 Trastorno de tics sin especificación.

µF98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F98.0 Enuresis no orgánica.

F98.1 Encopresis no orgánica.

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.

F98.3 Pica en la infancia.

F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).

F98.6 Farfulleo.

F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.

F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

µF99 Trastorno mental sin especificación.