

LOS EFECTOS DEL TRASTORNO ESQUIZOFRENICO DE LA PERSONALIDAD EN EL ESTUDIO DE LA IMPUTABILIDAD DEL SUJETO AGENTE DE UNA CONDUCTA PUNIBLE

MARGARITA ESCOBAR HERNANDEZ
ASTRID CARVAJAL ALVARADO

Resumen

Como es ampliamente sabido, en el derecho penal colombiano se realiza un estudio de sendas variables en cada caso delictivo concreto, siendo la posible inimputabilidad del sujeto agente uno de los principales supuestos a analizar -de acuerdo con la estructura del delito usada en la doctrina colombiana-, encontrándose a su vez el trastorno mental como una de las posibles causales de inimputabilidad, siempre y cuando ésta le impida a dicho sujeto (en el momento que realizó el hecho punible) comprender la ilicitud o determinarse de acuerdo con esta comprensión.

Siendo el trastorno mental definido como “una alteración psíquica cualquiera que sea su causa y sin importar la magnitud, sin que se indique una forma específica de enfermedad mental (...)”¹⁴² es claro que se tienen cuantiosos desórdenes que pueden incluirse dentro de dicho presupuesto; sin embargo en este artículo nos centraremos en el estudio de la esquizofrenia desde su condición de trastorno mental, con el fin de encontrar cuándo una persona que sufra dicha perturbación es considerada inimputable de acuerdo con la doctrina y la jurisprudencia nacional.

Palabras clave

Inimputabilidad, Esquizofrenia, DSM-V, Dogmática penal, Criterio de análisis.

Abstract

As it is widely known, Colombia’s criminal law makes a vast study of all the possible variables in each criminal case, one of them being the examination of the possible blamelessness of the perpetrator one of the main subjects to be analyzed –according to the crime structure used in this country’s legal doctrine–, being mental illness one of the possible causes for it to be determined, as long as it prevents that perpetrator (at the time of the crime) from knowing that what he’s doing is illegal of to act accordingly to that acknowledgement.

Being mental illness defined as “a psychic alteration no matter it’s cause or magnitude, without being determine done specific form of mental illness” it’s clear that there are one-too-many mental disorders that can be included within that definition; however, this article will focus on the study of schizophrenia and it’s condition of mental illness, with the purpose

¹⁴² MANTILLA JACOME, Rodolfo. LA IMPUTABILIDAD Y LA INIMPUTABILIDAD PENAL. Bogotá: Leyer editorial. 2009. 202P. pg. 91

of finding when a person suffered from this condition is considered blameless according to national's doctrine and jurisprudence.

INTRODUCCIÓN

Debido a nuestro modelo de Estado, dentro de la legislación colombiana se incluyen diversas garantías y estamentos tendientes a proteger a las personas que se encuentran en desventaja respecto a la mayoría, siendo este el caso de las personas que padecen un trastorno mental, quienes en ciertos casos no tienen las mismas capacidades que una persona que se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales; por tanto, el Código Penal Colombiano incluye dentro de sus lineamientos un tratamiento diferenciado para estas personas –denominadas inimputables-, en el sentido que, si bien son juzgadas y condenadas en caso que hayan cometido una conducta punible, las consecuencias jurídicas que esta acarrea –llamadas medidas de seguridad en el ordenamiento jurídico– tienen un fin distinto a las que se le imponen a las personas que no tienen dichas enajenaciones mentales –denominadas imputables-.

Estas personas inimputables por razón de su enajenación mental tienen tal tratamiento diferenciado pues no pueden comprender el reproche social y jurídico que recae sobre la conducta que realizan, y/o no son capaces de determinar su actuar acorde a dicho conocimiento; siendo esto ocasionado por distintas afectaciones mentales y psicológicas. En este artículo, buscaremos tratar una de ellas, la esquizofrenia, con el fin de analizar si dicha enfermedad se adecúa a los requisitos necesarios para que se considere la inimputabilidad del sujeto que la padece.

Con el fin de alcanzar este objetivo se realizará una descripción del Instituto jurídico de la inimputabilidad en la doctrina penal Colombiana, y de igual forma se estudiará la esquizofrenia como trastorno mental, con el fin de lograr un concepto sólido de ambos términos; para finalmente analizar qué elementos de la inimputabilidad penal se ven afectados por efecto de los elementos encontrados dentro de la esquizofrenia.

Se busca con el siguiente estudio identificar en qué momento un juez podría endilgar la calidad de inimputable a una persona que sufra dicha enfermedad en respuesta a su incapacidad de comprender la ilicitud de su conducta y/o manejarse de acuerdo con dicha consciencia de la ilicitud. E igualmente se busca proveer una herramienta de dogmática jurídica para mejorar juicios de inimputabilidad.

INTRODUCTION

Inside Colombian's legislation, there are varied estates that tend to protect people who are in disadvantage, for example people who suffer from mental illnesses, who in certain cases don't have the same capacities as someone who has full use of their mental abilities; therefore, the Colombian criminal law code includes a different treatment for those people –inimputables- in a way that, if they are judged and condemned because they committed a

crime, their consequences are different than people who don't have those illnesses – imputables-.

The ones called inimputables because of their mental illnesses have this special treatment because they can't comprehend the social and legal reproach that their actions have, or they can't determine their acts accordingly because of their different mental and psychological affectations. In this article, we will look at one of them, schizophrenia, in order to analyze whether this disease adapts to the necessary requisites in order to consider the inimputabilidad of the perpetrator.

In order to meet this objective, we will make a description of the legal figure known as inimputabilidad in the criminal law doctrine; similarly, we will study schizophrenia with the means of looking a solid concept of both terms, and finally analyze which elements of the inimputabilidad are affected with the elements found in schizophrenia.

With this study we are looking to identify in which momento a judge can declare someone who suffers from that disease inimputable according to their inability to comprehend the wrongfulness of their actions and/or to handle them in accordance with this consciousness of wrongfulness.

El Derecho Penal es considerado un instrumento de control social que regula la conducta de una persona, entendiéndose ésta como todo comportamiento que se manifiesta externamente, y que normalmente produce un efecto o resultado. Si se hace una remisión al Art 29 de la constitución Política, al derecho penal no le interesan las conductas simples, sólo le interesan las conductas que son punibles por el hecho de ser contrarias a derecho, y por tanto castiga a quienes infrinjan la norma con una sanción o consecuencia jurídica; que puede ser denominada *pena*, la cual se impone a personas consideradas *imputables*, o *medida de seguridad*, que se impone a las personas consideradas *inimputables*.

La normatividad colombiana establece que para que una conducta sea punible en el caso de las personas denominadas imputables debe reunir unas características que están contenidas en el Artículo 9° del Código Penal, esto es que sea típica, antijurídica y culpable; más sin embargo esta última condición no se les exige a los inimputables, cuya conducta se requiere sea típica, antijurídica y se constate la inexistencia de causales de ausencia de responsabilidad.

Debido a esto, se considera necesario realizar una somera conceptualización de la culpabilidad.

El doctor Luis Mesa Velásquez define este concepto como “El aspecto subjetivo interno que acompaña y dirige la acción física u omisión productora del delito; el nexos moral o psicológico que debe mediar entre sujeto y acto; el alma del delito, su contenido espiritual.”¹⁴³

¹⁴³ MESA VELASQUEZ, Luis Eduardo. Lecciones de Derecho Penal. Publicaciones Universidad Externado de Colombia, 1974. Pg 233

El doctor Bernardo Gaitán Mahecha considera la culpabilidad como un juicio de reproche, explicándola así: “Por Culpabilidad entendemos el juicio de reproche respecto de una conducta humana. Este juicio consiste esencialmente, en valorar las condiciones subjetivas del autor en el momento de obrar, supuesta su capacidad de entender y querer (...)”¹⁴⁴

En términos más actuales, el doctor Miguel Córdoba Agudelo define este término a la luz del nuevo código penal, indicando que es “(...) un juicio de valor, como un juicio de reproche, que se le hace a un individuo que ha realizado una conducta típica y antijurídica, pese a haber podido actuar de otra manera y conforme a sentido.”¹⁴⁵ Este indica de igual forma que el sujeto debe tener la posibilidad de actuar de otra manera para que se pueda realizar esta valoración.

Por conclusión, se podría definir la culpabilidad como un juicio de reproche que se le hace a una persona que comete un delito, con el cual tiene un nexo moral y/o psicológico, puesto que se valora estas condiciones en el momento que la persona comete el ilícito.

Sin embargo, los autores coinciden en indicar que este juicio puede realizarse únicamente si el autor de la conducta pudo haber actuado de otra manera. En este último requerimiento entra en juego la figura de la imputabilidad, que es la capacidad de comprender la ilicitud del comportamiento y de determinarse de acuerdo con esta comprensión.¹⁴⁶

Nuestra materia de estudio, es decir la inimputabilidad, se encuadra dentro del aspecto *negativo* de la culpabilidad¹⁴⁷, en la medida que debido a esta característica que posee el sujeto activo del ilícito punible, la capacidad de éste de comprender la ilicitud del acto y autodeterminarse según el mismo se ve afectada, por tanto no se puede considerar que actúa con culpa; puesto que no tiene la capacidad de escoger otro camino que no sea el ilícito –no puede exigírsele actuar de otra manera– o de comprender siquiera que lo que hace es ilícito.

Tomando literalmente el artículo 33 del Código Penal Colombiano: “*Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse según esta comprensión; por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad socio cultural o estados similares*”; Se puede concluir de forma clara que la inimputabilidad penal se encuentra delimitada a ciertos casos.¹⁴⁸

¹⁴⁴ GAITAN MAHECHA, Bernardo. Curso de Derecho Penal General. Ediciones Lerner, 1963 pg 155

¹⁴⁵ CÓRDOBA ANGULO, Miguel. Lecciones de derecho penal, parte general. Ediciones universidad Externado de Colombia, 2011. Pg 367

¹⁴⁶ Ibidem. Pg 371

¹⁴⁷ VELASQUEZ VELASQUEZ, Fernando. Manual de Derecho penal, Parte general. Ediciones TEMIS, 2003 pg 397

¹⁴⁸ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 599 de 2000 “Por la cual se expide el Código Penal” Diario oficial Bogorá D.C 2000.

En las palabras del Dr. Rodolfo Mantilla Jácome, en su libro “La imputabilidad penal”, sólo puede hablarse de imputabilidad o inimputabilidad en la medida que la persona a quien se le atribuya este calificativo haya cometido una conducta punible, que se encuentre *“incurso en el ámbito de la aplicación de la ley penal, por haber realizado una conducta ilícita”*¹⁴⁹.

Es inimputable entonces, según la explicación de Mantilla Jácome, toda persona que no contó con la capacidad de comprender si los actos son lícitos o no, ergo, no pudo tener conciencia de la ilicitud de esta conducta, o no pudo determinarse, por tanto no se le puede reprochar penalmente su comportamiento. Según el autor, hay cuatro presupuestos que, al ser cumplidos, conllevan al reconocimiento de la inimputabilidad. Estos deben encontrarse presentes al momento de la comisión de la conducta punible:

La conducta que realiza la persona debe cumplir con los presupuestos de ilicitud; pero además no debe haber otra causal de exclusión de culpabilidad aparte de la inimputabilidad. Es decir, no sólo es necesario que la persona cometa una conducta reprochable penalmente, sino que también este hecho *“sea una razón diversa al caso fortuito, la fuerza mayor, la coacción o el error, (...Que conduzca) a la persona a la realización de comportamiento típicamente antijurídico”*.¹⁵⁰

Que el sujeto padezca alguno de los presupuestos indicados en el artículo 33 del código penal, estos son *“inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares.”*¹⁵¹

Este disturbio mental tiene que tener una gravedad tal que comprometa la capacidad de raciocinio del sujeto activo y por ende sufra este una incapacidad para determinar la conducta según la ley o incluso no comprender la misma.

Se necesita una relación de causalidad entre este disturbio y la conducta punible, es decir que se pueda afirmar que la persona que cometió la conducta lo hizo así por causa del trastorno mental que padece al momento de la misma.

Este último numeral es importante en la medida en que las personas con trastornos mentales de una u otra forma pueden en algún momento realizar una conducta punible y ser juzgados por este, ya que no le cobija la calidad de inimputable, como indica Alfonso Reyes Echandía: *“No existe ningún obstáculo para aceptar que un sujeto que padezca trastorno mental o inmadurez psicológica, pueda actuar justificadamente o que en su acción ha concurrido circunstancia de exclusión de la culpabilidad, sin que sea dable calificarlo por ese padecimiento como inimputable”*¹⁵²

¹⁴⁹ MANTILLA JACOME, Rodolfo. La imputabilidad penal. Bogotá: Leyer editorial. 2004. 164P. pg. 44

¹⁵⁰ *Ibidem*. Pg 46

¹⁵¹ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 599 de 200 “Por la cual se expide el Código Penal” Diario oficial Bogotá D.C 2000..

¹⁵² Mantilla Jacome, Rodolfo; citando a REYES ECHANDÍA, ALFONSO. La imputabilidad penal. Bogotá: Leyer editorial. 2004. 164P. pg. 48

Para la Psicopatología, la inimputabilidad de una manera u otra arguye a la existencia de alguna psicopatología o disfunción del estatus psíquico. Son causas psicobiológica de la inimputabilidad:

La anomalía o alteración psíquica.

El trastorno mental transitorio.

En estado de intoxicación.

El síndrome de abstinencia.

Las alteraciones de la percepción, pensamiento, disociaciones de la memoria etc.

El miedo insuperable.”¹⁵³

Como conclusión, podemos colegir que la imputabilidad es la capacidad psíquica de una persona de comprender la antijuridicidad de su conducta; y tenemos que no se genera término medio, es decir o se es imputable o no se es. Entonces, el polo opuesto a este concepto, la inimputabilidad, se genera en el momento que se encuentra una afectación de la persona que hace imposible considerársele imputable, como por ejemplo el trastorno mental.

En el libro “Imputabilidad e Inimputabilidad penal” del autor Rodolfo Mantilla Jácome, éste define el trastorno mental como “una alteración psíquica cualquiera que sea su causa y sin importar la magnitud, sin que se indique una forma específica de enfermedad mental (...)”
154

El legislador acuña este término dentro del ordenamiento jurídico Colombiano en aras que éste pueda contener la mayor cantidad de alteraciones mentales y condiciones psíquicas posibles en razón a la constante evolución en la investigación médica y la aparición de nuevas patologías psiquiátricas.

Sobre el particular, Alfonso Reyes Echandía se pronuncia de esta forma: “lo que importa es que esa anormalidad (es decir, el trastorno mental) total o parcial, permanente o no, produzca en el agente la incapacidad de comprender la ilicitud o de actuar de acuerdo a esa comprensión”¹⁵⁵

Para Reyes Echandía entonces, este término engloba las anormalidades permanentes, transitorias e incluso las “sugestiones hipnóticas”, haciendo de éste un término muy general, con el fin que pueda abarcar todas las anomalías que puedan llegar a afectar el comportamiento.

¹⁵³ Tiffon, N. B. (2008). Manual de Consultoría en Psicología y Psicopatología clínica, Legal, Jurídica, criminal y forense. España. Ed, Bosch Penal

¹⁵⁴ MANTILLA JACOME, Rodolfo. LA IMPUTABILIDAD Y LA INIMPUTABILIDAD PENAL . Bogotá: Leyer editorial. 2009. 202P. pg. 91

¹⁵⁵ Comisión redactora del anteproyecto del Código Penal, 1974, acta numero 42 edición Ministerio de Justicia, pg 292

Entonces, el trastorno mental se podría definir como una anormalidad, un disturbio o desequilibrio psíquico encontrado en las personas, que hace que quien lo padece se vea afectado en su capacidad de comprensión, y sus funciones intelectivas o volitivas.¹⁵⁶

Estas dos funciones podrían definirse de la siguiente manera:

A) Aspecto intelectual (Cognitivo)

El aspecto intelectual está referido a “la incapacidad para comprender la ilicitud del comportamiento” y se concreta en la incapacidad de valorar o de juzgar, entendiendo este término como “la facultad de apreciar diferenciadamente los valores y sus magnitudes”.¹⁵⁷ Entonces, vemos que la capacidad para juzgar de los inimputables por razón de un trastorno mental está viciada pues existen barreras que generan que la persona no sea capaz de percibir que existen unos valores y sus dimensiones; siendo estas barreras las alteraciones cognitivas que posee la persona y que hace que esta no perciba la trascendencia de sus actos, aunque también puede darse casos en los que la persona puede apreciar dichos valores, pero aun así no le da la misma importancia que otras personas si le darían en diferentes situaciones.

B) Aspecto Volitivo (Autodeterminación)

La Real Academia Española establece que volitivo “*es aquello relacionado con los actos y fenómenos de la voluntad*”¹⁵⁸. La voluntad, entre tanto, “*es la facultad de decidir y ordenar la propia conducta. Por lo tanto, aparece vinculada al libre albedrío y al libre determinación*”¹⁵⁹ Por consiguiente, está relacionada con la libre elección y la inteligencia para apoyar o repudiar una situación o acto.

La voluntad está compuesta por el querer (el apetito) y el desear (la volición). Lo volitivo debe tener un fin, el cual es objeto de conocimiento del sujeto. Puede diferenciarse entre la volición (el deseo que es el objeto de conocimiento), la tendencia (el apetito natural determinado por lo orgánico y lo instintivo; carece un fin racional) y la inclinación (posee un fin determinado, pero no es objeto de conocimiento).¹⁶⁰

El comportamiento voluntario es “deliberativo” pues la persona tiene conciencia de lo que se va a hacer, lo que genera que la persona evalúe las opciones que existen y de acuerdo a su voluntad concreta sus actos.

¹⁵⁶ MANTILLA JACOME, Rodolfo. LA IMPUTABILIDAD Y LA INIMPUTABILIDAD PENAL . Bogotá: Leyer editorial. 2009. 202P. pg. 93

¹⁵⁷ Henríquez. E. C. (1949). “Trastornos mentales transitorios y responsabilidad criminal”. La Habana: Editor Jesús Montero. p. 32.

¹⁵⁸ Real Academia Española (2001). Diccionario de la lengua española. Madrid, Espasa Calpe (22ª ed.). (Tomo 10)

¹⁵⁹ José Carlos Celedon Rivero. Asociación Latinoamericana de psicología Jurídica y forense. “La inimputabilidad, una mirada desde lo psicopatológico”.

¹⁶⁰ *Ibidem*

Ahora bien, en el caso de una persona inimputable, su voluntad no es acorde a la acción toda vez que en la persona existe un obstáculo psicológico. Por esto, la persona no será capaz de autodeterminarse pues no percibe la realidad como todos, y su voluntad va a estar viciada puesto que la persona no es capaz de organizar su conducta, ósea que la capacidad de determinarse va a estar sujeta al trastorno que va a estar superando la racionalidad.

Ahora, según el autor Rodolfo Mantilla Jácome, para que el trastorno mental que aqueja a una persona que comete una conducta delictiva sea causal de inimputabilidad, se necesita: En primer lugar, *“ser padecido por el sujeto en el momento mismo de la realización de la Conducta”*¹⁶¹. Es de vital importancia que en el momento que la persona cometa el delito se encuentre inmerso en esta anormalidad o desequilibrio que le impida determinarse; en la medida que la inimputabilidad exige que el sujeto se encuentre afectado en sus funciones Intelectuales, Afectivas y en la voluntad; factores que efectivamente deben verse comprometidos por el mentado desequilibrio psíquico en el momento de comisión de la conducta punible.

De igual forma se necesita que tenga una intensidad que cause trascendencia en *“la capacidad de comprensión y determinación del sujeto”* que comete la conducta punible¹⁶² Esto debido a que, para que se entre a discutir la inimputabilidad de una persona al momento de la comisión de la conducta, la alteración psíquica del posible inimputable debe tener un impacto real y tangible sobre los factores mencionados anteriormente, en tal medida que ciegue la capacidad del sujeto a la hora de actuar según estos.

Por último, se necesita *“Un nexo de causalidad entre el disturbio sufrido y la conducta realizada”*¹⁶³, es decir, debe haber la certeza que el posible inimputable cometió la conducta cegado por la enajenación que padece, la cual afectó su capacidad de vislumbrar la ilicitud de la misma.

El autor Pedro Alfonso Pabón Parra expone unas características parecidas a las de Mantilla Jácome:

Que ocurra en el momento de la realización de la conducta.

Que el desequilibrio produzca la incapacidad de comprender la tipicidad y antijuridicidad de la conducta y por ende determinarla de acuerdo a estas cuestiones.

Nexo causal entre el trastorno y la conducta.¹⁶⁴

De estos dos autores podemos concluir que un inimputable por razón de trastorno mental necesita tener una enajenación de tipo psíquico o psicológico tal, que en el momento de realizar la conducta no le permita autodeterminarse y/o comprender la actuación delictiva

¹⁶¹ MANTILLA JACOME, Rodolfo. LA IMPUTABILIDAD Y LA INIMPUTABILIDAD PENAL . Bogotá: Leyer editorial. 2009. 202P. pg. 96

¹⁶² Ibidem, pg 97

¹⁶³ Ibidem

¹⁶⁴ PABON PARRA, Pedro Alfonso. Manual de derecho penal, parte general. Ediciones Doctrina y Ley LTDA 2002 pgs 395

que comete, por tanto no actúa con culpabilidad puesto que, como vimos anteriormente, es necesario que la persona tenga consciencia de su ilicitud.

Esto no significa, sin embargo, que la persona no pueda ser juzgada en un proceso penal puesto que un inimputable, por más que no pueda comprender o autodeterminarse, ha cometido una conducta que vulnera un bien jurídico y por tanto debe ser corregido su actuar; en la medida que la persona realizó una conducta ilícita pero no se le puede realizar un reproche de igual forma que un imputable pues la inimputabilidad, como bien lo vimos, excluye la culpabilidad.

En razón a esto, los inimputables tienen medidas de seguridad, que tienen opciones de internamiento y fin distintos a las penas en los imputables; puesto que estos realizan *“injustos inculpables”*¹⁶⁵, osea, exentos de culpabilidad.

Según el doctor Nodier Agudelo Betancour, estas medidas de seguridad se deben imponer según la peligrosidad del sujeto, en aras de proteger a la sociedad del mismo: *“Descartada la finalidad retributiva de las medidas de seguridad, no veo que otro fundamento puedan tener ellas distinto de la necesidad de protección de la sociedad frente a la peligrosidad del sujeto. La peligrosidad es el fundamento, pues, de la medida de seguridad, como también de la clase y duración de esta.”*¹⁶⁶

En el caso de estudio, la medida de seguridad más usada es la internación en un centro psiquiátrico. Según Velasquez Velasquez, este tipo de medida está destinada a los *“inimputables que padezcan trastornos mental de carácter permanente o transitorio”* y puede realizarse tanto en centros oficiales, como en privados, esto último con el compromiso de los familiares y allegados a presentar informes al juez, rendir cuentas y en ciertos casos otorgar cauciones y realizar diligencias de compromiso.

La medida indicada no tiene un término mínimo, pero sí un máximo: No puede ser mayor al máximo de la pena privativa de la libertad del punible cometido, con un máximo de veinte (20) años de prisión; salvo en casos en los que la pena es distinta a la privativa de la libertad, en este caso sólo pueden estar un máximo de dos (2) años.¹⁶⁷

La medida de seguridad puede proceder en dos casos:

Cuando por medio de dictamen médico se encuentra que la persona posee las condiciones mentales para adaptarse al medio social donde vivirá

Cuando por medio de informe pericial previo se considere que el tratamiento necesitado para recuperar un estado mental adecuado sea ambulatorio.

En ambos casos se necesita de un informe pericial previo que determine la suspensión, la cual puede revocarse por medio de informe pericial previo que considere necesario

¹⁶⁵ VELASQUEZ VELASQUEZ, Fernando. Manual de Derecho penal, Parte general. Ediciones TEMIS, 2003

¹⁶⁶ AGUDELO BETANCOUR Nodier. Inimputabilidad y responsabilidad penal. Temis; 1984. p. 40.

¹⁶⁷ Ibidem, pg 527

continuar con la medida original; o en el momento que se considere que hay incumplimiento en las obligaciones fijadas en la diligencia de compromiso.¹⁶⁸

Segundo: Esquizofrenia.

Para iniciar este segundo aparte del artículo, consideramos pertinente realizar una introducción sobre la esquizofrenia. Fue definida por la Organización mundial de la salud como un trastorno mental que interfiere con la capacidad de reconocer la realidad, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios de raciocinio y comunicarse.¹⁶⁹ Esta enfermedad tiene unos síntomas positivos, unos negativos y unos cognitivos; siendo los principales cinco:

Ideas delirantes

Alucinaciones

Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)

Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia¹⁷⁰

Según el manual DSM-IV-TR, *“Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.”*¹⁷¹

Se explicará brevemente los síntomas positivos, negativos y cognitivos de la enfermedad, a fin de tener una mayor claridad sobre los efectos que tiene esta enfermedad en el cerebro:

SÍNTOMAS POSITIVOS

El Centre D' Assistència Terapèutica CAT Barcelona da una ilustración de lo que se puede presentar en casa uno de los síntomas de la enfermedad, el respecto entonces se tiene:

Ideas delirantes: son creencias falsas y persistentes, que son constantes, no fluctuantes o simples deseos que no son compartidos por otros que el paciente cree reales incluso aunque haya pruebas de lo contrario.

Alucinaciones: las alucinaciones son experiencias sensoriales que se originan dentro del cerebro en vez de tener su origen en el exterior. Las alucinaciones son causadas por la enfermedad. Los esquizofrénicos algunas veces oyen voces (alucinaciones auditivas) que una persona sana en la misma situación no escucha, o ven cosas (alucinaciones visuales) que otras personas no perciben. El paciente habitualmente tiene dificultades para diferenciar lo que son alucinaciones y lo que son percepciones reales.

Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia): debido al deterioro de la función cerebral, el pensamiento lógico de muchos pacientes está

¹⁶⁸ DE LA ESPRIELLA CARREÑO, Carlos Osvaldo. El trastorno mental transitorio con o sin base patológica: una revisión desde la medicina legal y el derecho. Revista de Derecho Público N°32, Enero-Junio 2014. ISSN 1909-7778 Universidad de los Andes. Pg 11

¹⁶⁹ Organización Mundial de la Salud. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, 1990.

¹⁷⁰ American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), 2000.

¹⁷¹ Ibidem.

deteriorado si se compara con el que tenían antes de su enfermedad. Sus pensamientos y su lenguaje están alterados.

Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado: A menudo, el paciente tiene una percepción distorsionada de sí mismo. La distinción entre él mismo y lo que le rodea puede ser borrosa.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

Falta de energía y motivación (abulia): es un síntoma negativo frecuente. Debido a la enfermedad, muchos pacientes pierden su entusiasmo normal, su energía y su interés por lo que les rodea. Esto implica, que las personas con esta enfermedad son incapaces de cumplir con sus obligaciones o de llevar una vida social normal.

Trastornos emocionales: el paciente pierde la capacidad de experimentar placer y no puede sentir emociones normales como lo hacía con anterioridad. Depresión, falta de autoconfianza o mal humor son alguno de los síntomas más frecuentes.

Retraimiento social (elogia): la ausencia de espontaneidad y en la disminución del flujo de la conversación se observa a menudo en estos pacientes. El paciente puede reducir sus contactos con otras personas, con sus amigos y familiares.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA?

No se conocen las causas específicas de la esquizofrenia, pero existen diversos factores que influyen en el desarrollo de este trastorno.¹⁷² Se dice que ciertos factores genéticos y complicaciones en el embarazo y el parto pueden predisponer al ser humano a padecer la enfermedad; pero la etapa en la que se inicia depende del grado de vulnerabilidad de la persona y los factores externos que tenga.¹⁷³

Es cierto que las personas que tienen familiares con esquizofrenia tienen mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad; siendo más frecuente en hijos, Hermanos con padre esquizofrénico o en Gemelos monocigóticos –idénticos-, o incluso en caso de hijos de padres biológicos con esta enfermedad, así se hayan criado por sus padres adoptivos.¹⁷⁴ Sin embargo no se trata únicamente de una enfermedad hereditaria, sino de una enfermedad genética compleja; no obstante no se ha encontrado el gen que desencadena dicha enfermedad.

Existe también una teoría en la que se considera que los neurotransmisores, -las sustancias que permiten la comunicación entre las células nerviosas- son las implicadas en el desarrollo de la esquizofrenia; pudiendo esta considerarse como una consecuencia de un desequilibrio en los sistemas químicos complejos e interrelacionados del cerebro; más sin embargo esta teoría se encuentra actualmente en estudio.¹⁷⁵

¹⁷² Strauss JS, Carpenter WT. Schizophrenia. Nueva York, Plenum, 1981.

¹⁷³ ¹⁷³ Centro de Asistencia Terapéutica de Barcelona (2008) Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del programa, Volumen II, Centro de Asistencia Terapéutica de Barcelona, Barcelona. Pg 23

¹⁷⁴ Ibidem pg 24

¹⁷⁵ Spearing, Melissa. Esquizofrenia. Instituto Nacional de la Salud Mental (2003), pg 5

La esquizofrenia al ser una enfermedad crónica y no tener inicio o fin, tiene distintas fases en las cuales sus síntomas típicos pueden encontrarse o modificarse. Se pueden encontrar tres fases típicas:

Fase Prepsicótica

Esta fase encuentra su inicio en el primer síntoma positivo de la esquizofrenia, hasta el momento que ocurre el brote psicótico; normalmente sienta este primer síntoma una alucinación, delirio o depresión.

Regularmente en esta etapa las relaciones interpersonales se ven afectadas debido a las peleas frecuentes y el aislamiento que ocasiona dicha etapa. El paciente esquizofrénico durante este período experimenta los primeros brotes de las percepciones delirantes, empieza a volverse paranoico al considerar que corre peligro.¹⁷⁶

Brote Psicótico:

Marca el final de la etapa prepsicótica; en esta etapa el paciente pierde el contacto definitivo con la realidad y emergen las alucinaciones con más frecuencia. Ocurren en forma de crisis temporales que pueden ser más o menos frecuentes en cada caso concreto, y que se componen de algunos síntomas tales como:

Alucinaciones: Percepciones que no se encuentran en la realidad pero que el paciente vive como completamente real; y que puede afectar uno o más sentidos.

Delirios: Son convicciones que tiene el paciente pero no tienen base en la realidad. Puede ser una idea simple o un fenómeno más complejo compuesto de varias ideas que pueden formar una historia. Estos pueden ser:

☺*Pasionales: como por ejemplo el delirio celotípico (tener celos de la pareja sin razones evidentes.*

☺*Delirios sensitivos que se refiere a conflictos con una o más personas.*

☺*Delirios de interpretación como por ejemplo el pensar que existe una conspiración en contra de la persona o que alguien quiere envenenarle.*

☺*Delirios de imaginación (parafrenias) expansivos como por ejemplo los de grandeza, creerse una persona importante sin serlo. (Tomado literalmente de la página)¹⁷⁷*

Post Brote:

También llamado esquizofrenia residual; y se manifiesta luego del tratamiento. En esta etapa suelen desaparecer los síntomas positivos para darle paso a los negativos. No suele ser sufrida en todos los casos; y el deterioro que causa laboral o socialmente es de alta intensidad.¹⁷⁸

¹⁷⁶ Tomado de la página web “Persum, clínica de psicoterapia y personalidad”. <http://psicologosoviedo.com/problemas-que-tratamos/psicotico/etapas-esquizofrenia> el día 18 de septiembre de 2016.

¹⁷⁷ Tomado de la página web “Persum, clínica de psicoterapia y personalidad”. <http://psicologosoviedo.com/problemas-que-tratamos/psicotico/etapas-esquizofrenia> el día 18 de septiembre de 2016.

¹⁷⁸ Ibidem.

Algunos síntomas negativos pueden ser:

Pobreza afectiva: En esta etapa los pacientes sufren de una falta de intensidad en sus emociones, tanto positivas como negativas, con falta de espontaneidad física y emocional, incluso en cuanto a la comunicación con otras personas; lo cual afecta sus relaciones interpersonales pues les cuesta empatizarse con los demás o experimentar y exteriorizar los sentimientos de forma adecuada.

Apatía: Falta de interés en las cuestiones cotidianas, desde trabajo y ocupaciones hasta cosas tan básicas como la higiene.

Anhedonia: Los pacientes en esta etapa no suelen disfrutar de las cosas que normalmente son causa de placer.¹⁷⁹

Tanto el ICD-10 como el DSM-IV-TR incluyen cinco tipos de esquizofrenia, que se explicarán brevemente a continuación:

Tipo Paranoide de esquizofrenia

Este tipo de esquizofrenia es el más común en el mundo; se caracteriza por ideas delirantes que a menudo son paranoides y que suelen acompañarse de alucinaciones y demás trastornos de la percepción; pero las más comunes son los delirios de persecución, en los que este tipo de personas hacen interpretaciones erróneas de lo que sucede a su alrededor y normalmente reaccionan a las mismas.

Las personas que sufren este tipo de trastorno no suelen tener otras características de la enfermedad como los trastornos afectivos de la voluntad o del lenguaje.

Las alucinaciones e ideas delirantes normalmente consisten en imágenes y delirios de persecución, más sin embargo este subtipo de la enfermedad tiene más de una clase de delirio, siendo los más comunes:

Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.

Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.

Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.¹⁸⁰

Este tipo de esquizofrenia puede tener distintos tipos de intensidad, llegando a ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico (en el cual los síntomas pueden persistir por años y los episodios paranoides son más recurrentes y habituales en el tiempo).

¹⁷⁹ Ibidem.

¹⁸⁰ Organización Mundial de la Salud. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, 1990.

Tipo desorganizado (o hebefrénico) de esquizofrenia

En este subtipo de esquizofrenia las alucinaciones son transitorias y poco predominantes, pero es mucho más frecuente e intenso el comportamiento imprevisible e irresponsable, además de tener una mayor intensidad en cuanto a trastornos afectivos se refiere.¹⁸¹

Esta anomalía mental se caracteriza por un pensamiento desorganizado y lenguaje incoherente y vago; además de exteriorizaciones como muecas, burlas, quejas hipocondriacas.

Tipo catatónico de esquizofrenia

En este subtipo de esquizofrenia predominan las deficiencias motoras y un retraimiento social extremo. Además sufren de falta de motivación para realizar desde tareas simples hasta cuestiones de vital importancia.¹⁸²

De igual modo, este subtipo y sus principales síntomas pueden aparecer en otro tipo de esquizofrenia de forma aislada y transitoria. Algunos de los síntomas principales:

Mutismo o estupor

Excitación (actividad motriz sin sentido e insensible a estímulos externos)

Catalepsia (adoptar de forma voluntaria posturas exorbitantes e inadecuadas)

Negativismo (resistencia sin motivo a cualquier intento de desplazamiento)

Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado)

Flexibilidad cérea (mantenimiento de miembros y del cuerpo en posturas impuestas externamente)¹⁸³

Tipo indiferenciado de esquizofrenia

Se le dice de esta manera a los trastornos que cumplen con los síntomas generales del diagnóstico de la esquizofrenia, pero que no se ajusta a ningún subtipo de esquizofrenia específico o tiene rasgos de más de uno de éstos sin que haya uno que predomine sobre los otros.

Pautas para el diagnóstico

Satisfacen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.

No satisfacen las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide.

No reúnen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.¹⁸⁴

Tipo residual de esquizofrenia.

En este subtipo la persona tiene unas características o síntomas de la esquizofrenia, pero ha tenido una clara evolución desde el momento de su descubrimiento, el cual debe haber

¹⁸¹ Ibidem

¹⁸² Centro de Asistencia Terapéutica de Barcelona (2008) Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del programa, Volumen II, Centro de Asistencia Terapéutica de Barcelona, Barcelona.

¹⁸³ Organización Mundial de la Salud. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, 1990.

¹⁸⁴ Ibidem.

cumplido con las pautas generales de este trastorno; hasta los estados finales normalmente predominando síntomas negativos de deterioro constante.

Pautas del diagnóstico:

Predominancia de síntomas esquizofrénicos negativos; como la inhibición psicomotriz, el deterioro del aseo personal o empobrecimiento del comportamiento social

Haber existido un episodio esquizofrénico que cumpla con las características de diagnóstico de la esquizofrenia

Un período de mínimo un año en el que las sintomatologías floridas como las ideas delirantes y las alucinaciones hayan sido mínimas o apagadas, pero que no haya pasado lo mismo con los síntomas negativos

Ausencia de demencia o de otra enfermedad cerebral que explique el deterioro.

Esquizofrenia simple¹⁸⁵

Este es un subtipo poco frecuente de la esquizofrenia, en el que se presenta un desarrollo progresivo de un comportamiento extravagante, empobrecimiento de la vida social y del rendimiento de una persona, propios de la esquizofrenia; pero no se encuentra evidencia de alucinaciones ni delirios, ni tampoco tiene el nivel de psicotismo de los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico de la esquizofrenia.

Comparte con la esquizofrenia residual la aparición de síntomas negativos propios de la esquizofrenia, pero no poseen antecedentes de síntomas psicóticos.

Pautas para el diagnóstico: Existe un progreso durante un período de mínimo un año de los síntomas negativos de la esquizofrenia residual, pero no hay antecedentes de ideas delirantes o alucinaciones en el pasado. Existen asimismo cambios palpables en la conducta del sujeto, como una pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

Como puede colegirse, todos los subtipos de esquizofrenia tienen sintomatologías variadas y no en todos los casos concuerdan las mismas entre estas vertientes; pero todos tienen como característica común la pérdida de contacto con el mundo real por medio de los delirios, sintomatología de carácter positivo que puede llegar a acompañar todos los subtipos, aunque es menos latente en la esquizofrenia simple y la residual.

Esquizofrenia y conducta violenta.

Si bien la violencia es un problema sociológico predominante no sólo en el país sino en la sociedad mundial actual, hay una sensibilización especial hacia la violencia realizada por los enfermos mentales; debido esto a que se considera que estas personas son impredecibles debido a su enfermedad.

Es calculado que en las sociedades occidentales, la violencia criminal es generada en un 5-10% por enfermos mentales¹⁸⁶, y aunque la mayoría de los pacientes esquizofrénicos no

¹⁸⁵ Organización Mundial de la Salud. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, 1990.

¹⁸⁶ PARRA GONZALEZ, Silvia; MOLINA, Juan; HUERTAS, David; BLASCO-FONTECILLA, Hilario; MORA-MÍNGUEZ, Fernando; PASCUAL-PINAZO, Fernando. Violencia Asociada con los trastornos esquizofrénicos, Archivos de Psiquiatría (2008), Vol. 71, Pgs 109-127.

son violentos, se considera que esta variable tiene una “asociación pequeña pero significativa”¹⁸⁷ en la medida que, como vimos anteriormente, estas personas suelen tener sintomatologías asociadas con la agresividad.

En estudios recientes, se indica que los esquizofrénicos tienen multiplicadas por cuatro las posibilidades de cometer actos violentos no homicidas (comparados con la población general)¹⁸⁸; debido a que estos tienen otros factores desencadenantes de la violencia como lo son los delirios¹⁸⁹, comunes en la gran mayoría de los trastornos esquizofrénicos como se vio anteriormente.

Hay dos tipos principales de violencia en pacientes con esquizofrenia: Una transitoria, de mayor gravedad y que se asocia con la psicopatología de la enfermedad; y otra crónica de menor gravedad pero más repetitiva, que provoca la mayoría de los incidentes violentos¹⁹⁰. La violencia transitoria se asocia normalmente con la esquizofrenia paranoide y es considerada de mayor gravedad pues es menos previsible y comprensible. Esta violencia es la responsable de la mayor parte de los actos violentos considerados más trágicos y que atraen más atención mediática. En este caso de violencia se encuentra una mayor respuesta a los antipsicóticos, así como a factores externos como estrés y exceso de estimulación¹⁹¹¹⁹².

La violencia crónica o repetitiva se encuentra más relacionada con las alteraciones neurológicas de la enfermedad, y se relaciona más con los pacientes con esquizofrenia desorganizada.¹⁹³

Existen estudios que sugieren que este trastorno mental y la violencia se encuentra limitado a los períodos en los que los síntomas propios de la enfermedad son más agudos¹⁹⁴; y también que se relaciona un aumento de violencia con la presencia de síntomas positivos

¹⁸⁷ Ibidem.

¹⁸⁸ Taylor PJ. Schizophrenia and the risk of violence. Oxford Blackwell Science 1995

¹⁸⁹ PARRA GONZALEZ, Silvia; MOLINA, Juan; HUERTAS, David; BLASCO-FONTECILLA, Hilario; MORA-MÍNGUEZ, Fernando; PASCUAL-PINAZO, Fernando. Violencia Asociada con los trastornos esquizofrénicos, Archivos de Psiquiatría (2008), Vol. 71, Pgs 109-127

¹⁹⁰ PARRA GONZALEZ, Silvia; MOLINA, Juan; HUERTAS, David; BLASCO-FONTECILLA, Hilario; MORA-MÍNGUEZ, Fernando; PASCUAL-PINAZO, Fernando. Violencia Asociada con los trastornos esquizofrénicos, Archivos de Psiquiatría (2008), Vol. 71, Pgs 109-127. Pg 114

¹⁹¹ Volavka J, Krakowsky M. Schizophrenia and violence. Psychol Med 1989.

¹⁹² PARRA GONZALEZ, Silvia; MOLINA, Juan; HUERTAS, David; BLASCO-FONTECILLA, Hilario; MORA-MÍNGUEZ, Fernando; PASCUAL-PINAZO, Fernando. Violencia Asociada con los trastornos esquizofrénicos, Archivos de Psiquiatría (2008), Vol. 71, Pgs 109-127

¹⁹³ Conviy A, Cobor P, Volavka J. Lateralized abnormality in the EEG of persistently violent psychiatric inpatients. Biol Psychiatry 1991.

¹⁹⁴ Humphreys et al. Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. British Journal of Psychiatry 1992;161:501-505,1992

de la esquizofrenia, mientras que en el caso de los síntomas negativos, se correlaciona con una disminución de la violencia.¹⁹⁵¹⁹⁶

Otros estudiosos del tema indican que la mayoría de las personas que sufren de esquizofrenia no son violentas; salvo en casos que éstos posean impulsos de violencia criminal desde antes de enfermarse y/o tengan problemas de drogas o alcohol; pero en su gran mayoría las personas esquizofrénicas que son tratadas no cometen crímenes violentos.¹⁹⁷

¿ES CURABLE LA ESQUIZOFRENIA?

Anteriormente los psiquiatras no contaban con otra posibilidad de provocar “comas insulínicos, aplicar shocks medicamentosos o eléctricos (este último tratamiento fue ideado por los italianos Cerletti y Bini basados en la idea que la epilepsia protegía de padecer una esquizofrenia) en largas internaciones que muchas veces eran de por vida” . Con posterioridad se empezaron a reflejar los efectos que estos tratamientos generaban lo que dio paso a la posibilidad de contar con medicamentos para contrarrestar la enfermedad y poder dejar a un lado el uso de la insulina y el electroshock. Entonces, aparece una droga llamada clorpromazina (descubierta a partir de la anestesia), luego el muy conocido haloperidol y así comienza a tejerse posibles tratamientos para combatir la esquizofrenia.

Años después nacen los llamados antipsicóticos de última generación o atípicos, como el Risperidone, que produce “mejoras notables tanto en los delirios, alucinaciones, excitación psicomotriz y agresividad como en la retracción emocional, abulia, pobre relacionamiento social y el encierro en sí mismo”.

“No se debería pensar que las psicosis (popularmente llamadas "locuras") se curan como un resfrío, el paciente deberá continuar bajo tratamiento, con los controles y con la medicación ya que esto le permitirá integrarse mejor al medio social y laboral evitando las recaídas y los rebotes, teniendo ahora un nuevo horizonte terapéutico que años atrás no se podía ofrecer.

Ahora bien, si se entiende la curación de la enfermedad mediante alguna técnica, fármaco o intervención, se debe decir que actualmente se considera la esquizofrenia como una enfermedad incurable; sin embargo, una persona que padezca de esta enfermedad, con un tratamiento psicológico adecuado –Esto es, un tratamiento psicológico adecuado, un seguimiento por parte de un profesional de la salud y medicación– puede anular los

¹⁹⁵ DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Esquizofrenia y conducta violenta, revista REVISIONES, abril 2007.

¹⁹⁶ DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Esquizofrenia y conducta violenta, revista REVISIONES, abril 2007. Pg 160

¹⁹⁷ Spearing, Melissa. Esquizofrenia. Instituto Nacional de la Salud Mental (2003), pg 4

síntomas de la enfermedad, siendo el paciente capaz de vivir como si ésta hubiese sido curada.¹⁹⁸

La medicación que se le da a los enfermos con esquizofrenia es llamada medicina antipsicótica, y ayuda a que los pacientes que padecen esta enfermedad pueden reducir los desequilibrios químicos que causa la esquizofrenia y por tanto reducen la posibilidad de brotes psicóticos. Hay dos tipos de antipsicóticos:

Antipsicóticos convencionales: efectivamente controlan los síntomas "positivos" de la esquizofrenia, tales como las alucinaciones, ilusiones y la confusión.

Antipsicóticos de la nueva generación (también llamados atípicos): tratan tanto los síntomas positivos como los negativos de la esquizofrenia, frecuentemente con menos efectos secundarios. *(Tomado literalmente de la página.)*¹⁹⁹

Sin embargo, resulta palmario recalcar que no se ha encontrado una cura que resulte 100% efectiva, es decir, que remedie en forma definitiva los síntomas de la esquizofrenia, pudiendo éstos entonces reaparecer luego de un tiempo.

Así las cosas, y teniendo ya unas básicas nociones sobre la figura de la inimputabilidad en el ordenamiento jurídico colombiano y la esquizofrenia, se realizará un cotejo entre ambos conceptos, para finalizar con la conclusión general del artículo y anexar una sentencia emanada por la Corte Suprema de Justicia que confirmará tal postura.

A continuación, nos permitiremos reproducir las características dictadas por la doctrina colombiana para que las personas que sufran de una enajenación mental sean consideradas inimputables, con el fin de realizar un breve análisis:

Para que el trastorno mental que aqueja a una persona que comete una conducta delictiva sea causal de inimputabilidad, se necesita:

En primer lugar, *“ser padecido por el sujeto en el momento mismo de la realización de la Conducta”*²⁰⁰.

Esta condición resulta fácilmente colmada en caso de un sujeto agente que padezca de esquizofrenia, en razón de los brotes psicóticos que acarrea tal enfermedad. Si bien como se observó anteriormente el estado psicótico no es un estado permanente de la persona esquizofrénica, durante dicha etapa es muy frecuente la presencia de síntomas positivos como las alucinaciones que conllevan un comportamiento errático y, como se observa en la sentencia, muchas veces resultan ser los móviles de los sujetos agentes.

¹⁹⁸ Tomada de la página web del Centre D' Assistència Terapèutica CAT Barcelona, <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/la-esquizofrenia-se-cura> el día 10 de octubre de 2016.

¹⁹⁹ Tomado de la página <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/esquizofrenia-lo-que-usted-necesita-saber> el día 10 de octubre de 2016

²⁰⁰ MANTILLA JACOME, Rodolfo. LA IMPUTABILIDAD Y LA INIMPUTABILIDAD PENAL . Bogotá: Leyer editorial. 2009. 202P. pg. 96

De igual forma se necesita que tenga una intensidad que cause trascendencia en “*la capacidad de comprensión y determinación del sujeto*” que comete la conducta punible²⁰¹. En el caso de un paciente esquizofrénico, la presencia de sintomatologías como los delirios persecutorios o los pasionales, o las ya mentadas alucinaciones, generan una grave afectación a su capacidad de comprensión; debido a que éstos aquejan la capacidad de vislumbrar la realidad o distinguir entre lo que es real y lo que pertenece a su imaginación, reaccionando de forma acorde con tales alucinaciones a pesar que pueda resultar en tipos penales específicos.

Las personas que sufren de esquizofrenia y no se encuentran dentro de los brotes psicóticos o crisis, pueden determinarse y comprender la licitud o ilicitud de su conducta; sin embargo, cuando se encuentran inmersos en crisis propias de la enfermedad, pierden la capacidad de comprensión de sus acciones, pues están actuando en virtud a los desvaríos mentales en los que se encuentran sumidos, que están alejadas de la realidad pero para ellos resultan corpóreos e inminentes, y por tanto ordenan su conducta de acuerdo con tales situaciones. Si bien no todas las alucinaciones y delirios sufridas por una persona esquizofrénica detonan reacciones punibles, e incluso tales reflejos agresivos responden a aspectos adicionales sean estos internos del sujeto como su personalidad o externos como el uso de alcohol y sustancias alucinógenas, resulta acertado indicar que tales síntomas generan una incapacidad del sujeto agente de comprender la realidad y por tanto le impide ordenar su conducta de acuerdo con esto.

Por último, se necesita “*Un nexo de causalidad entre el disturbio sufrido y la conducta realizada*”²⁰².

Como se explicó en el acápite anterior, las personas esquizofrénicas que sufran de alucinaciones, delirios u otras sintomatologías de carácter positivo pueden verse inmersas en punibles por razón de tal padecimiento; cuestión que puede verse suficientemente probada en juicio por medio de peritos expertos como psiquiatras clínicos; siendo imposible generalizar sobre todos los punibles que podrían tener como germen delirios o alucinaciones, en la medida que en algunos casos los esquizofrénicos cometen acciones cuya ilicitud pueden comprender pues se encontraban en momentos de lucidez mental.

CONCLUSIÓN

El esquizofrénico “tiene alterada la cognición, en especial la percepción, (alucinaciones) no aprecia la realidad como tal, ya que está determinado por el episodio de la alucinación, es decir, distorsiona la realidad. Entendida la realidad como el valor objetivo de la realidad. El esquizofrénico puede ver, sentir, escuchar cosas que los demás no perciben dado a su trastorno orgánico”²⁰³, en este caso entonces, ocurre que la persona no es capaz de

²⁰¹ Ibidem, pg 97

²⁰² Ibidem

²⁰³ José Carlos Celedon Rivero. Asociación Latinoamericana de psicología Jurídica y forense. “La inimputabilidad, una mirada desde lo psicopatológico”.

reconocer la realidad ósea “el valor”, de esta manera, el esquizofrénico si no comprende la realidad es indudable decir que no es capaz de discernir un acto específico por ende la forma de actuar, la ética, la moral y otros aspectos de estas personas no son las mismas que poseen las personas que no padecen de este trastorno. Ahora, “no es lo mismo incapacidad de comprender que inconsciencia del acto que se ejecuta. Es claro que si esta inconsciencia existe, a fortiori tampoco existiría la conciencia del valor del acto, pues es evidente que él no sabe lo que hace, mal puede saber qué obra con ilicitud En efecto: el enajenado (ciertos tipos de enajenación) puede a veces tener conciencia del acto y no por ello puede afirmarse la imputabilidad” ²⁰⁴...puede afirmarse que por el simple hecho de padecer de un trastorno, no se le puede considerar del todo inimputable, pues entre el acto que se va a reprochar y el trastorno debe existir un nexo indiscutible, por ejemplo que el sujeto padezca indudablemente el trastorno en el preciso momento en el que se comete la conducta, así mismo es necesario que la sintomatología haya afectado gravemente la afectación de la capacidad de comprensión ya que debe tenerse en cuenta que muchas personas padecen el trastorno pero no se encuentran en el preciso momento de la comisión del ilícito dentro de la crisis o el brote psicótico por ende son capaces de comprender la ilicitud de la conducta que realizan distinto si de aprecia que la persona innegablemente está en el brote psicótico que le genera distorsión de la realidad y la incapacidad de entender la ilicitud de las acciones que realiza, ya que se encuentra inmerso en su realidad (su entendimiento y voluntad están distorsionados). No es lo mismo un delito cometido en pleno delirio (brote psicótico) que el cometido por un esquizofrénico residual con una discreta afectación de la personalidad. Entonces, no se puede hablar taxativamente de inimputabilidad para todos los esquizofrénicos que cometen conductas punibles ya que “es necesario poner en relación la forma, evolución, número de brotes, tratamientos, etc del trastorno con el hecho delictivo en cuestión” ²⁰⁵

Ahora bien, aunque un perito pueda que no tenga dudas respecto a la inimputabilidad o imputabilidad de la persona con esquizofrenia, una cosa es la convicción clínica y otra la debida argumentación de los informes periciales al juez. Por esto, el informe pericial se deberá basar en una completa y detallada historia clínica y en una prolongada observación a través de la cual se pondrá en relación el delito con la temática delirante, siendo esta relación causa-efecto la condición esencial, como ocurría en el esquizofrénico, para determinar la imputabilidad. “Si el delito está vinculado a su nido delirante, será fruto de esas ideas patológicas. Demostrada la existencia del estado delirante y la adecuación del delito al contenido del delirio, por lo que no se podrá concluir sino la inimputabilidad” ²⁰⁶.

Pero, es posible que el paciente realice acciones al margen de su delirio, en esta situación, si investigado a fondo el delito, tanto en su motivación como en su utilidad inmediata, no

²⁰⁴ Agudelo, N. (2007). Los “Inimputables” frente a las causales de justificación e inculpabilidad. Bogotá. Ed, TEMIS S.A. p. 28-29

²⁰⁵ Cabrera, J. y Fuertes, J.C. (1997). Psiquiatría y Derecho: dos ciencias obligadas a entenderse. Madrid: Cauces Editorial

²⁰⁶ *Ibíd*em

se encuentra ninguna relación con el contenido delirante que el esquizofrénico posee se concluiría entonces una imputabilidad por la no existencia de nexo causal.

ANEXO SENTENCIA

En este punto del artículo, se realizará un corto resumen sobre una sentencia emanada por la Sala Penal de la Corte Suprema de Justicia en el año 2013, que si bien no estudia el caso de una persona esquizofrénica si deja entrever claramente su posición sobre la inimputabilidad de las personas con enajenaciones mentales –sean estas transitorias o permanentes- incluyendo un análisis en el que se menciona la esquizofrenia como ejemplo.

Sentencia de Rad 39565 del diez (10) de diciembre de 2013

M.P Gustavo Enrique Malo Fernández

En esta sentencia, derivada de una solicitud de acción de revisión, se deja sin efecto el preacuerdo realizado por la defensa y la fiscalía sobre la situación jurídica del sujeto agente –El señor José Alexander Mojica Mesa– y por tanto deja en libertad al mismo, quien se encontraba en prisión; en virtud a una prueba allegada posteriormente a la sentencia de segunda instancia en la cual se anexaba un informe pericial, realizado por un médico psiquiatra, en el que se conceptuó que el sujeto agente *“no se encontraba en capacidad de comprender la ilicitud de sus actos y determinarse, debido a una ruptura psicótica secundaria a un diagnóstico según las clasificaciones psiquiátricas actuales de trastorno psicótico breve asociado a un trastorno por estrés postraumático y a un trastorno depresivo mayor, que en términos forenses corresponde a un trastorno mental transitorio con base patológica”*.

Este dictamen fue acogido como cierto por la Corte Suprema de Justicia, quien en base a esto decidió que el sujeto activo es inimputable, en la medida que éste al momento de cometer el delito se encontraba preso de un “trastorno psicótico breve” consecuencia de las enfermedades mentales que poseía, siendo estas estrés postraumático y trastorno depresivo mayor.

Al respecto, esta Colegiatura cita un artículo científico que puntualiza:

*“El psicótico con **ideas delirantes tipo persecutorio** (trastorno delirante, **esquizofrenia tipo paranoide**, psicótico breve con síntomas positivos (**ideas delirante, alucinaciones, lenguaje desorganizados con desencadenante graves o sin desencadenantes graves**), psicótico inducido por sustancias), etc. Todos estos sujetos que puedan tener estos trastornos clínicos pueden cometer una ilicitud (asesinar, abuso sexual, etc.) pero la condición en la comisión del delito está sujeto a sus trastorno de base. (**Esquizofrenia**) por ejemplo: **la idea delirante (alteración del contenido del pensamiento) puede conllevar a un sujeto asesinar a otro porque cree que es el enemigo que lo persigue, sabe que mata a un hombre y quiere matarlo. Ataca a la persona en particular y no al perro que este lleva consigo, ni hurta ningún objeto de valor. El sujeto paranoico direcciona su acto frente al sujeto y no al perro o la intención de hurtar, el impulso es hacia la persona que cree que le va hacer daño (sin evidencia objetiva de ello), es un hecho desorganizado sin previa planeación, Abrupto, del***

momento. A pesar de saber que mata y querer matar, es inimputable (consideración del juez, bajo el razonamiento que deduce en la valoración de las pruebas “dictámenes de expertos en la materia; psicólogos, psiquiatras, etc.”. Entre otras pruebas que le serían concluyentes en las teorías del caso) pues no tiene conciencia de la ilicitud de su comportamiento”. (énfasis fuera de texto original)

Al respecto, y en virtud de las pruebas periciales de tipo psiquiátrico aportadas durante el juicio, la sala coligió que las circunstancias que ocasionaron el reproche jurídico que recae sobre el sujeto agente fueron consecuencia del trastorno mental que efectivamente fue comprobado en juicio.

Esta sentencia resulta importante para el estudio que estamos realizando, en la medida que una persona esquizofrénica en medio de una crisis psicótica sufre de los síntomas positivos descritos en el artículo, el cual fue tomado por la Corte para argumentar su decisión de declarar inimputable al señor Mojica Mesa.

BIBLIOGRAFÍA

HENRÍQUEZ GERALDINE, Aspectos psicológicos asociados a la inimputabilidad, Asociación Interamericana de psicología jurídica y forense. En la web: <http://psicologiajuridica.org/archives/6143>

Casos Policiales, Accidentes y Desastres Naturales, Encuentro Internacional de Criminalística y Ciencia Policial; ¿Por qué es inimputable la esquizofrenia?. Perú, 2007. En la web: <https://tigrepelvar6.wordpress.com/2007/11/24/%C2%BFpor-que-es-inimputable-la-esquizofrenia/>

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V. 2013.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 599 de 200 “Por la cual se expide el Código Penal” Diario oficial Bogotá D.C 2000.

MANTILLA JACOME, Rodolfo. La imputabilidad penal. Bogotá: Leyer editorial. 2004. 164P. pg. 44

Trespalcios Gaviria, Jaime. la inimputabilidad: concepto y alcance en el código penal colombiano, Revista

Colombiana de Psiquiatría, 34 (suppl. 1) publicado en Diciembre de 2015. Encontrada en web el 10 de mayo 2016 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034745020050005005&lng=en&tlng=es.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 599 de 2000 “Por la cual se expide el Código Penal” Diario oficial Bogotá D.C 2000.

REYES ECHANDÍA, Alfonso. Tomado de la comisión redactora del anteproyecto del código penal de 1974.

PABON PARRA, Pedro Alfonso. Manual de derecho penal, parte general. Ediciones Doctrina y Ley LTDA 2002 pgs 395 VELASQUEZ VELASQUEZ, Fernando. Manual de Derecho penal, Parte general. Ediciones TEMIS, 2003

AGUDELO BETANCOUR Nodier. Inimputabilidad y responsabilidad penal. Temis; 1984. p. 40

DE LA ESPRIELLA CARREÑO, Carlos Osvaldo. El trastorno mental transitorio con o sin base patológica: una revisión desde la medicina legal y el derecho. Revista de Derecho Público N°32, Enero-Junio 2014. ISSN 1909-7778 Universidad de los Andes. Pg 11

Organización Mundial de la Salud. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, 1990.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), 2000.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), 2000.

Strauss JS, Carpenter WT. Schizophrenia. Nueva York, Plenum, 1981.

Centro de Asistencia Terapéutica de Barcelona (2008) Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del programa, Volumen II, Centro de Asistencia Terapéutica de Barcelona, Barcelona. Pg 23

Spearing, Melissa. Esquizofrenia. Instituto Nacional de la Salud Mental (2003), pg 5
Tomado de la página web “Persum, clínica de psicoterapia y personalidad”.
<http://psicologosoviedo.com/problemas-que-tratamos/psicotico/etapas-esquizofrenia> el día 18 de septiembre de 2016.

Organización Mundial de la Salud. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, 1990.

Centro de Asistencia Terapéutica de Barcelona (2008) Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del programa, Volumen II, Centro de Asistencia Terapéutica de Barcelona, Barcelona.

PARRA GONZALEZ, Silvia; MOLINA, Juan; HUERTAS, David; BLASCO-FONTECILLA, Hilario;

MORA-MÍNGUEZ, Fernando; PASCUAL-PINAZO, Fernando. Violencia Asociada con los trastornos esquizofrénicos, Archivos de Psiquiatría (2008), Vol. 71, Pgs 109-127.

Taylor PJ. Schizophrenia and the risk of violence. Oxford Blackwell Science 1995

Volavka J, Krakowsky M. Schizophrenia and violence. Psychol Med 1989.

Conviy A, Cobor P, Volavka J. Lateralized abnormality in the EEG of persistently violent psychiatric inpatients. Biol Psychiatry 1991.

Humphreys et al. Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. British Journal of Psychiatry 1992;161:501-505,1992

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Esquizofrenia y conducta violenta, revista REVISIONES, abril 2007.

Tomada de la página web del Centre D' Assistència Terapèutica CAT Barcelona, <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/la-esquizofrenia-se-cura> el día 10 de octubre de 2016.

Tomado de la página <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/esquizofrenia-lo-que-usted-necesita-saber> el día 10 de octubre de 2016

José Carlos Celedon Rivero. Asociación Latinoamericana de psicología Jurídica y forense. "La inimputabilidad, una mirada desde lo psicopatológico".

Agudelo, N. (2007). Los "Inimputables" frente a las causales de justificación e inculpabilidad. Bogotá. Ed, TEMIS S.A. p. 28-29

Cabrera, J. y Fuertes, J.C. (1997). Psiquiatría y Derecho: dos ciencias obligadas a entenderse. Madrid: Cauces Editorial

Sentencia de Rad 39565 del diez (10) de diciembre de 2013. M.P Gustavo Enrique Malo Fernández