

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**  
**COLEGIO DE JURISPRUDENCIA**

**Imputabilidad penal del esquizofrénico bajo tratamiento**

**María José Álvarez Aguirre**

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de abogada

Director: Xavier Andrade

Quito, 15 de noviembre de 2011

© Derechos de autor  
María José Álvarez  
2011

## **Resumen**

La esquizofrenia es una enfermedad con varios subtipos que se diagnostican de acuerdo a los síntomas que sufre el paciente. Cuando esta enfermedad no es tratada, los síntomas de quien la padece irán empeorando exponencialmente. Los pacientes con síntomas positivos podrán cometer asesinatos a causa de sus alucinaciones, y aquellos que tienen síntomas negativos podrán cometer delitos de omisión como consecuencia de su apatía. En casos como estos, el derecho encuentra a los enfermos mentales inimputables de sus actos ya que no los realizan con voluntad y desconocen las consecuencias negativas que éstos conllevan para si mismos y para terceros. Para determinar la inimputabilidad de un sujeto, el Ecuador se basa en el método psicológico el cual se enfoca en las consecuencias jurídicamente relevantes del hecho cometido por el enfermo mental. Para que un sujeto sea imputado primero deberá ser encontrado culpable de lo que hizo. La culpabilidad de un sujeto puede ser estudiada a través de distintas tesis, sin embargo, predomina la visión normativa, la cual analiza las normas que debe respetar un sujeto y la razón que le motivó a transgredir dichas normas con sus acciones. Es importante señalar que a pesar de que no se le declare a un sujeto culpable, es decir que sea encontrado inimputable por sus actos, si será responsable por ellos y deberá cumplir con la medida de seguridad correspondiente. En vista de que el esquizofrénico bajo tratamiento realiza sus actos con conciencia y voluntad, sí es culpable de lo que hace y por lo mismo deberá ser sancionado con la misma pena que una persona común.

## **Abstract**

Schizophrenia is classified in different subtypes that are diagnosed according to the symptoms suffered by the patient. When left untreated, the symptoms of this disease will worsen and increase exponentially. Patients with positive symptoms are likely to commit homicide as a consequence of their hallucinations while those who have negative symptoms may commit crimes of omission due to their increasing apathy. In cases like these, the law finds mentally ill people irreproachable of their actions due to the fact that these were realized without will or knowledge of the negative consequences that they imply on themselves or others. To determine a person's criminal responsibility, Ecuador uses the psychological method, which focuses on the legally relevant consequences of the action committed by the mentally ill person. In order to find a person guilty of a crime, he or she must first be declared culpable. An individual's culpability can be studied through different theories, however, the predominant notion used is the normative principle which analyses the laws that a citizen must abide by and the reasons that motivated him or her to infringe said laws with their actions. It's important to mention that even when a person isn't found culpable of their actions they're still held accountable for them which is why they must abide by the corresponding security measures determined by a judge. Since a schizophrenic subject under medication is able to realize voluntary actions with consciousness and free will he or she must be found guilty of the crime committed and penalized with the same punishment as a sane person.

|   |     |
|---|-----|
| Resumen .....   | iii |
| Abstract .....  | iv  |
| Introducción .....  | 1   |
| 1. Qué es la esquizofrenia .....  | 4   |
| 1.1. Antecedente histórico y surgimiento .....  | 5   |
| 1.2. Características de la esquizofrenia .....  | 9   |
| 1.2.1. Síntomas positivos.....  | 10  |
| 1.2.2. Síntomas negativos.....  | 11  |
| 1.3. Subtipos de esquizofrenia de acuerdo al DSM IV .....                                 | 12  |
| 1.3.1. Esquizofrenia catatónica .....   | 12  |
| 1.3.2. Esquizofrenia hebefrénica (desorganizada) .....                                    | 13  |
| 1.3.3. Esquizofrenia paranoide.....   | 13  |
| 1.3.4. Esquizofrenia indiferenciada.....  | 14  |
| 1.3.5. Esquizofrenia residual .....   | 14  |
| 1.4. Qué se hace para controlar la esquizofrenia.....                                     | 15  |
| 1.5. Esquizofrenia y conducta delictiva.....  | 18  |
| 2. La inimputabilidad: concepto y alcance legal .....                                     | 22  |
| 2.1. Métodos conceptuales de la inimputabilidad .....                                     | 26  |
| 2.1.1. Método psiquiátrico-biológico .....  | 27  |
| 2.1.2. Método psicológico .....   | 27  |
| 2.1.3. Método psiquiátrico-psicológico-jurídico .....                                     | 28  |
| 2.2. La perturbación mental como causa de inimputabilidad.....                            | 30  |
| 3. El esquizofrénico como inimputable.....  | 33  |
| 3.1. Esquizofrénicos sin tratamiento (dentro de los elementos de la inimputabilidad)..... | 33  |
| 3.2. Esquizofrénicos bajo tratamiento (en remisión sintomática) .....                     | 35  |
| 3.3. Análisis de la culpabilidad del esquizofrénico en tratamiento .....                  | 36  |
| 3.3.1. Visión psicológica de la culpabilidad.....   | 39  |

|  |    |
|--|----|
| 3.3.2. Visión normativa .....                                      | 40 |
| 3.4. ¿Es responsable el inimputable frente al derecho penal? ..... | 45 |
| 3.5. Conclusión.....   | 48 |
| 4. Análisis de jurisprudencia nacional e internacional .....       | 49 |
| 4.1. Países que utilizan el método biológico: Chile .....          | 49 |
| 4.2. Países que utilizan el método psicológico.....                | 53 |
| 4.2.1. Panamá .....  | 53 |
| 4.2.2. Ecuador .....   | 55 |
| 4.3. Países que utilizan el método mixto .....                     | 59 |
| 4.3.1. España .....  | 59 |
| 4.3.2. Colombia.....   | 62 |
| 4.4. Conclusión.....   | 63 |
| 5. Conclusiones finales.....                                       | 65 |
| Bibliografía .....   | 69 |

## Introducción

Los trastornos mentales y su repercusión penal en los sujetos afectados por aquellos han tenido una valoración distinta en las diversas escuelas penales. Los pensadores clásicos consideran que la imputabilidad radica en el libre albedrío mientras otros doctrinarios sostienen que un sujeto debe cumplir con ciertos requisitos psicológicos necesarios para poder ser imputable. El Código de Hammurabi en 1800 a.C. ya contenía disposiciones al respecto que analizaban la intencionalidad del acto. En el siglo XIX se expidieron en Inglaterra las reglas de *Mc Naughten* que establecían que si un sujeto a causa de una enfermedad mental estaba imposibilitado de conocer la naturaleza o consecuencias de su acto, éste no podía ser imputado por el mismo. Como podemos ver, el concepto de imputabilidad se ha ido desarrollando a través de la historia.

La sociedad está en constante evolución y el derecho debe adaptarse a esos cambios para continuar siendo relevante en la actualidad. Esta investigación está destinada a proponer para la legislación ecuatoriana una visión a favor de la doctrina moderna, relativamente nueva, en cuanto a la imputabilidad de los esquizofrénicos en tratamiento. Países como España y Chile ya han imputado a esquizofrénicos que estando bajo medicación, han cometido un delito no relacionado con los síntomas de su enfermedad. Los defensores de esta doctrina tales como Donna, Zaffaroni y Agudelo establecen que si tomamos en cuenta los avances médicos en la actualidad, un esquizofrénico bajo medicación puede ser una persona normal, capaz de comprender y auto determinarse y como tal culpable de los delitos que comete. Donna sostiene que:

La doctrina ha estudiado la capacidad de culpabilidad o imputabilidad del autor del hecho penal y es el legislador quien, valorando puntos de vista de dogmática penal, de la naturaleza de las cosas y desde la política criminal, decide cual es el método que se sigue en la ley, aunque es nuestra opinión que no debe separarse de los conocimientos científicos alcanzados<sup>1</sup>.

Por otro lado, los pensadores de la doctrina clásica, (que por cierto es la mayoritaria) y dentro de la cual se encuentra Ernesto Albán Gómez, opinan lo contrario, ven al esquizofrénico como inimputable en cualquier caso. Pienso importante reconocer las opiniones de varios autores sobre el tema en cuestión para así llegar a la conclusión más acertada. Para este caso en específico, creo que el trabajo en conjunto de la

---

<sup>1</sup> Donna, Edgardo A. "Capacidad de culpabilidad o imputabilidad." *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo* Abr. 1998: 45-57.

medicina y el derecho es imprescindible para determinar la culpabilidad del paciente y que el dictamen del perito forense apoye la sentencia del juez que quiera imputar a un esquizofrénico. Fue Vicente Cabello quien dijo que “el avance de la psiquiatría sobre el campo sociológico y cultural ha superado la antítesis entre la medicina y el derecho”<sup>2</sup>. Por esta razón el primer capítulo de este trabajo está destinado a introducirles a los abogados a la parte psicológica que va detrás de lo que hace a un esquizofrénico inimputable, y el tratamiento médico que se le otorga que podría eventualmente hacerlo imputable de sus actos.

El segundo capítulo en cambio, deja de lado el enfoque médico de la esquizofrenia y realiza un estudio acerca del concepto y alcance legal de la inimputabilidad como tal. La enfermedad mental como causa de inimputabilidad, necesita para su aplicación e interpretación la ayuda de la psicología y la psiquiatría, “que se convierten así, a tales efectos, en disciplinas auxiliares del Derecho Penal, las cuales cobran también singular importancia en el sentido de la teoría de las ciencias jurídicas, de cara al tratamiento de los inimputables”<sup>3</sup>. Para la aplicación de la inimputabilidad el Ecuador utiliza el método psicológico de interpretación. Opino que este método es criticable ya que el art.34 del Código Penal no es lo suficientemente específico en su definición de enfermedad mental. Es por esto que Jiménez de Asúa dice que “una buena fórmula de inimputabilidad ahorraría infinitos conflictos entre jueces y expertos, y en cambio, una mala redacción de las causas de irresponsabilidad, no solo provoca confusiones entre el perito y el magistrado, sino que, a menudo, encierra en las prisiones enfermos de la mente”<sup>4</sup>. Al proponer la imputabilidad del esquizofrénico bajo tratamiento, se establecen ciertas pautas que no deben ser interpretadas como regla general para todo esquizofrénico que delinque, sino solamente para aquél que comete un crimen no relacionado a su enfermedad ni sintomatología y que lo hizo con plena conciencia y voluntad de su resultado.

Dentro del capítulo 3 se analiza la esquizofrenia y cómo ésta podrá resultar en inimputabilidad dependiendo del delito cometido y las circunstancias bajo las cuales éste se cometió. Es decir, ¿estaba el sujeto bajo tratamiento, o no? ¿el crimen es fruto no

---

<sup>2</sup> Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Buenos Aires: Editorial Hammurabi, 2000.p. 106.

<sup>3</sup> Blanco Lozano, Carlos. *Tratado de derecho penal español. Tomo 1: El sistema de la parte general*. Vol. 2. Barcelona: J.M. Bosch Editor, 2005. p. 219.

<sup>4</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *Principios de derecho penal. La ley y el delito*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2005. p. 327.



los síntomas de la enfermedad? Los esquizofrénicos a raíz de su enfermedad son propensos a cometer cierto tipo de crímenes. “La incidencia de conductas delictivas en pacientes con esquizofrenia es superior a la media en la población general.<sup>5</sup>” Esto no significa que ser esquizofrénico es equivalente a ser delincuente, es simplemente un hecho que ciertos síntomas de la enfermedad pueden hacer que estos pacientes cometan actos ilícitos. Por esta razón, cuando un esquizofrénico sin diagnosticar o sin medicar delinque como consecuencia de sus síntomas, no será encontrado culpable de su acto sino que se le impondrá una medida de seguridad dependiendo de su peligrosidad. Sin embargo, hay casos en los que un sujeto esquizofrénico delinque luego de recibir el tratamiento necesario que le permitió rescindir de sus síntomas y recuperar sus capacidades físicas y mentales. Es esta última situación la que presenta un problema jurídico que esta tesis intentará resolver mediante una investigación completa al respecto. En vista de que la esquizofrenia es una enfermedad controlable, quién bajo medicación comete un delito, deberá ser imputado penalmente. Finalmente, el capítulo 4 revisa jurisprudencia nacional e internacional acerca de esquizofrénicos que han realizado conductas típicas y antijurídicas y analiza las decisiones de las distintas cortes y cómo éstas refuerzan o no la hipótesis aquí presentada.

---

<sup>5</sup> Fernández, J., JA García de Gregorio, R. Elises Prados, C. Gallardo Mayo, y A. Reoyo Jiménez. "Esquizofrenia y conducta violenta." *Revista Medicina General* No. 94. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Abr. 2007. p 157-164. Web. Sept. 2010. <[http://www.medicinageneral.org/revista\\_94/pdf/157-165.pdf](http://www.medicinageneral.org/revista_94/pdf/157-165.pdf)>.

## Capítulo 1

### 1. Qué es la esquizofrenia

La esquizofrenia se define como una “enfermedad crónica, mas o menos incapacitante que se caracteriza por alteraciones cognitivas, afectivas y del comportamiento, todas ellas con un aspecto extravagante”<sup>6</sup>. Es una enfermedad cerebral difícil de diagnosticar debido a que afecta a individuos que no comparten características similares como historial familiar, síntomas, respuesta al tratamiento o su habilidad de vivir fuera de un centro especializado<sup>7</sup>. Además, las variantes de cada paciente cuando la enfermedad está en su etapa inicial pueden presentarse de manera inespecífica o atípica, brusca o insidiosa o típica<sup>8</sup>. Por otro lado, el curso de la enfermedad también depende del paciente por lo que puede desarrollarse de manera progresiva, en brotes o en fases. Este tipo de manifestaciones heterogéneas obstaculizan la posibilidad de predecir cómo la enfermedad va a afectar a cada individuo a través de su vida y si es que su condición va a mejorar, estabilizarse o empeorar. Lo que si se puede decir es que “de los pacientes con esquizofrenia, el 95% la tiene toda su vida”<sup>9</sup>.

R. Walter Heinrichs y Lisa Kadish establecen que “la esquizofrenia es dos veces más común que el Alzheimer y cinco veces más común que la esclerosis múltiple”<sup>10</sup> y sin embargo, mucho más difícil de diagnosticar, por lo que quienes la padecen están en mayor riesgo de desarrollar problemas adicionales como la depresión y la dependencia al alcohol y las drogas. El uso de estas sustancias pueden hacer que empeore el estado actual de la enfermedad y que sus pacientes tengan que ser ingresados a hospitales psiquiátricos de manera más frecuente, tengan más problemas integrándose a la sociedad y presenten más síntomas psicóticos. “La aparición de la enfermedad habitualmente tiene lugar al final de la adolescencia y principio de la adultez, siendo los hombres propensos a mostrar síntomas antes que las mujeres”<sup>11</sup>. En los hombres la

---

<sup>6</sup> Moore, David P., y James W. Jefferson. *Manual de Psiquiatría Médica*. Madrid: Elsevier, 2005. p. 115.

<sup>7</sup> Firestone, Philip y David JA Dozois. *Abnormal psychology perspectives*. Toronto: Prentice Hall, 2005. p.196.

<sup>8</sup> Chinchilla, Moreno A. *Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2007. p. 9.

<sup>9</sup> Stuart, Gail Wiscarz, y Michele Laraira. *Enfermería psiquiátrica: principios y práctica*. Madrid: Elsevier, 2006.

<sup>10</sup> Firestone, Philip y David JA Dozois. *Abnormal psychology perspectives*. Toronto: Prentice Hall, 2005. p. 196.

<sup>11</sup> "Esquizofrenia" *Enciclopedia libre universal en español. Artículo de la enciclopedia*. Web. 10 Mar. 2011. <<http://enciclopedia.us.es/index.php/Esquizofrenia>>

enfermedad aparece entre los 15 y 25 años mientras que en las mujeres se manifiesta entre los 25 y 35 años de edad.<sup>12</sup> Sin embargo, la esquizofrenia paranoide puede aparecer por primera vez cuando una persona está en sus cincuentas o sesentas.

### 1.1. Antecedente histórico y surgimiento

Las manifestaciones de “locura” de alguna manera han existido desde el nacimiento de la civilización, pero se desconoce cuando exactamente surge la esquizofrenia. Las primeras descripciones precisas de la enfermedad aparecieron a finales del siglo XVIII y a comienzos del XIX<sup>13</sup>. “La historia de la esquizofrenia puede describirse mejor como la historia de un conjunto de programas de investigación que avanzan en paralelo más que en serie, y cada uno de los cuales se basa en un concepto distinto de enfermedad”<sup>14</sup>. La falta de información acerca de esta enfermedad hasta antes del siglo XIX ha llevado a los expertos a concluir que los casos de esquizofrenia eran poco comunes e incluso inexistentes antes de esta época<sup>15</sup>. Se cree que ciertos factores socioeconómicos, la creciente industrialización, la migración a las grandes ciudades y los cambios culturales pueden ser algunas de las causas que han contribuido a los crecientes casos de esquizofrenia en la actualidad<sup>16</sup>.

Emil Kraepelin en su *Compendium der Psychiatrie* fue el primero en identificar el trastorno y diferenciarlo de la psicosis maníaco-depresiva en 1896 y lo bautizó de *Dementia praecox*, un tipo de “demencia específica de los jóvenes” que los convertía en enajenados mentales a causa del deterioro en sus funciones cognoscitivas<sup>17</sup>. Además, él fue el primero en establecer una relación entre el comportamiento antisocial y sicopático y la esquizofrenia<sup>18</sup>. Antes de Kraepelin, los subtipos de esquizofrenia se trataban como trastornos independientes, él encontró tres manifestaciones de la misma enfermedad: la heberfrenia, la paranoia y la catatonia además resaltó dos síntomas de

---

<sup>12</sup> Gómez-Restrepo, Carlos. *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2008. p. 382.

<sup>13</sup> Obiols, Jordi E., y Joan Obiols. *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca, 1989. p. 14.

<sup>14</sup> Chinchilla, Moreno A. *Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2007. p. 1.

<sup>15</sup> Firestone, Philip y David JA Dozois. *Abnormal psychology perspectives*. Toronto: Prentice Hall, 2005. p. 197.

<sup>16</sup> Freedman, Alfred M., y Harold I. Kaplan. "Psychotic Disorders. I: Schizophrenic Reactions." *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967. p. 600.

<sup>17</sup> Fresquet, José L. "Emil Kraepelin." *Historiadelamedicina.org, Biografías Médicas*. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación, Sept. 2004. Web. 10 Mar. 2011 <<http://www.historiadelamedicina.org/kraepelin.html>>

<sup>18</sup> Raine, Adrian. *Crime and schizophrenia: causes and cures*. New York: Nova Science, 2006. p. 4.

esta enfermedad: la alteración de la voluntad y de las emociones<sup>19</sup>. Para Kraepelin, los síntomas eran causados por fallas en las cortezas pre frontal, motora y temporal<sup>20</sup>.

Basado en los estudios y conclusiones de Kraepelin, el suizo Eugen Bleuler en 1911 le cambió de nombre a la enfermedad, llamándola esquizofrenia (*Schizo*: división, *Phrenos*: mente)<sup>21</sup> aludiendo a una división entre los aspectos cognitivos y emocionales de la personalidad<sup>22</sup>. Asimismo, estableció cuatro síntomas de esta afección: el autismo, la perturbación de las asociaciones, la perturbación afectiva y la perturbación de la actividad<sup>23</sup>. Para Bleuler estos síntomas negativos que se conocen como “las cuatro A de Bleuler”<sup>24</sup> eran los principales, al resto como los delirios y las alucinaciones los clasificó de accesorios. Durante la mayor parte del siglo XX la perspectiva de Bleuler fue la predominante, por lo que los médicos a través del mundo utilizaban sus teorías para definir y diagnosticar la esquizofrenia<sup>25</sup>. A pesar de que tanto Bleuler como Kraepelin estaban de acuerdo en que la esquizofrenia es un desorden biológico con episodios recurrentes, sus opiniones en cuanto al inicio de la enfermedad y su pronóstico eran diferentes. Kraepelin creía que la enfermedad comenzaba en la adolescencia, era incurable y avanzaba de manera deteriorada. En contraste, Bleuler creía que sí existía la posibilidad de que el paciente se recupere de dicha enfermedad<sup>26</sup>.

Años más tarde, surge el psiquiatra alemán Kurt Schneider quién se enfocó en la pérdida de autonomía y dominio en los pensamientos, percepciones y emociones: síntomas que denominó de primer rango<sup>27</sup>. Schneider introdujo la idea de que estos pacientes sufrían de delirios bajo los cuales creían estar controlados por fuerzas externas. En los años 50 y 60 Bleuler y sus ideas quedaron atrás, siendo reemplazadas

---

<sup>19</sup> Ortuño, Sánchez-Pedreño Felipe, y Lanás Raquel Martín. *Lecciones de psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 2009. p. 86.

<sup>20</sup> Weinberger, Daniel R., y P. J. Harrison. *Schizophrenia*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2011. p. 6.

<sup>21</sup> Rivas Calderón, Francisco Eduardo. "El Origen De La Esquizofrenia." *Revista Médica de Nuestros Hospitales*. Junta de Beneficencia de Guayaquil, Oct. 2009. Web. 24 May 2011. <[http://revistamedica.org.ec/docs/rmh/2009/vol15/rmh\\_vol15\\_no4.pdf](http://revistamedica.org.ec/docs/rmh/2009/vol15/rmh_vol15_no4.pdf)>.

<sup>22</sup> Stuart, Gail Wiscarz, y Michele Laraira. *Enfermería psiquiátrica: principios y práctica*. Madrid: Elsevier, 2006.

<sup>23</sup> Freedman, Alfred M., y Harold I. Kaplan. "Psychotic Disorders. I: Schizophrenic Reactions." *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967. p. 621.

<sup>24</sup> Gómez-Restrepo, Carlos. *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2008. p. 382.

<sup>25</sup> Weinberger, Daniel R., and P. J. Harrison. *Schizophrenia*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2011. p. 16.

<sup>26</sup> Birchwood, M. J., y Chris Jackson. *Schizophrenia*. Hove, East Sussex: Psychology, 2001. p. 14.

<sup>27</sup> Ortuño, Sánchez-Pedreño Felipe, y Lanás Raquel Martín. *Lecciones de psiquiatría*. Buenos Aires, Madrid: Panamericana, 2009. p. 87.

por las de Schneider ya que los delirios y las alucinaciones que él mencionaba pasaron a ser el enfoque principal al definir la esquizofrenia<sup>28</sup>. Todos estos personajes tuvieron un rol importante en la creación de los sistemas de diagnóstico actuales de esta enfermedad tales como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, el *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*, el *Research Diagnostic Criteria* y el *Diagnostic and Statistical Manual DSM IV*<sup>29</sup>.

Larach establece que “el 1% de la población mundial padece de esquizofrenia, tomando en cuenta que se va a hospitalizar por lo menos el 62% de ellos y que su riesgo de muerte es de 1,6 a 1,9% más que la población general, constituyen un problema de salud pública absolutamente agobiante”<sup>30</sup>. Un estudio conducido por la OMS mostró que la esquizofrenia es la octava causa de minusvalía en el mundo. “El número de casos nuevos de esquizofrenia, en un periodo determinado, presenta muy escasas variaciones entre los países en función de las diferentes culturas, sistemas y niveles económicos desarrollados o en vías de desarrollo”<sup>31</sup>. La prevalencia varía entre el 0,6% al 1% y el suicidio se da entre el 5% al 10% de los pacientes, tiene una comorbilidad con alta incidencia de problemas físicos y abuso de sustancias, sobrepeso, y graves problemas como la encarcelación o la vida en la calle<sup>32</sup>.

Existen varias teorías acerca de las posibles causas de la esquizofrenia, entre las más mencionadas se encuentra la teoría fisiopatológica la cual incluye dos hipótesis: la hipótesis del neurodesarrollo y la hipótesis de la neurodegeneración<sup>33</sup>. Autores como David P. Moore apoyan la hipótesis derivada del neurodesarrollo, donde atribuyen la esquizofrenia como un defecto en la estructura del cerebro causado por traumatismos obstétricos o infecciones víricas fetales<sup>34</sup>. “Alteraciones genéticas conducen a anomalías en el desarrollo temprano del cerebro, resultando en la expresión de síntomas de

---

<sup>28</sup> Weinberger, Daniel R., y P. J. Harrison. *Schizophrenia*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2011. p. 6.

<sup>29</sup> *Ibidem*. p. 6.

<sup>30</sup> Larach Walters, Verónica. "La esquizofrenia en la actualidad." *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Ed. Dr. Néstor Marchant, Dr. Ttito Rosan y Dr. Roberto Yunes. Buenos Aires: ALMACEON, 1998.

<sup>31</sup> Ortuño, Sánchez-Pedreño Felipe, y Lanás Raquel Martín. *Lecciones de psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 2009. p. 104.

<sup>32</sup> Rivas Calderón, Francisco Eduardo. "El origen de la esquizofrenia." *Revista Médica de Nuestros Hospitales*. Junta de Beneficencia de Guayaquil, Oct. 2009. Web. 24 May 2011. <[http://revistamedica.org.ec/docs/rmnh/2009/vol15/rmnh\\_vol15\\_no4.pdf](http://revistamedica.org.ec/docs/rmnh/2009/vol15/rmnh_vol15_no4.pdf)>.

<sup>33</sup> Chinchilla, Moreno A. *Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2007. p. 15.

<sup>34</sup> Moore, David P., y James W. Jefferson. *Manual de psiquiatría médica*. Madrid: Elsevier, 2005. p. 121.

esquizofrenia en el adolescente o en el adulto”<sup>35</sup>. Por otro lado, la hipótesis de la neurodegeneración establece que la estructura del cerebro no es el problema, sino la actividad funcional del mismo. Esta hipótesis menciona que la existencia de sustancias y proteínas bioquímicas anormales en el cerebro tienen un efecto tóxico en los neurotransmisores que evitan que las neuronas se comuniquen correctamente entre sí, causando así la esquizofrenia.

Otras teorías han nacido en base al estudio de la tendencia hereditaria de la enfermedad. Experimentos realizados en los familiares de pacientes esquizofrénicos y otros enfocados exclusivamente al estudio de gemelos han comprobado que sí existe una influencia de la genética en la esquizofrenia pero que no se transmite de manera directa. “El riesgo familiar empírico para padecer esquizofrenia entre los parientes de primer grado de enfermos esquizofrénicos varía entre el 4,2% y el 13,9%”<sup>36</sup>. También se han realizado estudios en los hijos de pacientes esquizofrénicos que han sido adoptados por familias sanas al nacer, para analizar el riesgo que tienen de sufrir la enfermedad, los resultados fueron entre 4% y 29%. Los estudios familiares, los estudios con gemelos y los estudios de adopción han llegado a la misma conclusión: “las personas relacionadas desde el punto de vista genético con alguien que ha tenido esquizofrenia, tienen mayores posibilidades de verse afectadas, que quienes no lo están”<sup>37</sup>.

Finalmente, es importante mencionar la teoría dopaminérgica la cual nace en los años 60 con el surgimiento del primer antipsicótico, la clorpromazina. “Las principales vías de dopamina en el cerebro se centran alrededor del sistema límbico, la glándula pituitaria y la corteza frontal”<sup>38</sup>. Los médicos notaron que la clorpromazina bloqueaba la transmisión dopaminérgica en pacientes con esquizofrenia haciendo que sus síntomas positivos disminuyan, por lo cual concluyeron que el exceso de dopamina en el cerebro era la causa de esta enfermedad<sup>39</sup>. Sin embargo, “existe poca evidencia que sugiere que la producción y liberación de la dopamina en los cerebros de los pacientes

---

<sup>35</sup> Chinchilla, Moreno A. *Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2007. p. 15.

<sup>36</sup> Gisbert, Calabuig Juan Antonio, y Cañadas, Enrique Villanueva. *Medicina legal y toxicología*. Ámsterdam: Elsevier-Masson, 2008. p. 1141.

<sup>37</sup> Gerrig, Richard J., y Philip G. Zimbardo. *Psicología y vida*. México: Pearson Educación, 2005. p. 500.

<sup>38</sup> Greenfield, Susan, Gregory Bacon, y Joan Lluís Riera. *El poder del cerebro: cómo funciona y qué puede hacer la mente humana*. Barcelona: Crítica, 2007. p. 127.

<sup>39</sup> Vallejo, Ruiloba Julio., y Pascual Carlos. Ballús. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Ámsterdam: Elsevier, 2009. p. 450.

esquizofrénicos sea anormal”<sup>40</sup> por lo cual los científicos se han enfocado en investigar esta teoría desde dos puntos distintos: estudios post-mortem que han demostrado un aumento en la concentración de receptores dopaminérgicos y estudios de tomografías por emisión de positrones (PET) que han encontrado hipo actividad de los lóbulos frontales e hiperactividad de los ganglios basales<sup>41</sup>.

Como podemos ver existen diversas teorías en cuanto a qué produce la esquizofrenia, sin embargo no hay una sola respuesta ya que a pesar de la gran variedad de estudios y experimentos científicos los resultados siempre son distintos por lo que en vez de tener una solución a dicha interrogante, surgen constantemente más preguntas. Esta divergencia en los resultados obtenidos es consecuencia de la heterogeneidad de los métodos de diagnóstico que se utilizan a través del mundo y además, los científicos no se basan en un sistema uniforme para cuantificar los índices de incidencia y prevalencia de la enfermedad<sup>42</sup>. Seguramente pasarán muchos años hasta que se establezca un procedimiento estandarizado de estudio de la enfermedad que permita llegar a averiguar su verdadera causa, la cual probablemente resulte ser una mezcla de todas las teorías que han surgido hasta el momento.

## 1.2. Características de la esquizofrenia

Los síntomas de la esquizofrenia se dividen en positivos o conductas exageradas y negativos o pérdida de conductas<sup>43</sup>. El neurólogo inglés Hughlins Jackson propuso que en el cerebro existen estructuras evolucionadas y estructuras primitivas, los síntomas negativos afectan a las primeras por lo cual se ven afectadas ciertas funciones como la voluntad. “Frente a ellos, los síntomas llamados positivos proceden de la actividad liberada de estructuras cerebrales inferiores”<sup>44</sup>. Estos síntomas llamados positivos incrementan la producción mental de paciente por lo cual éste experimenta percepciones

---

<sup>40</sup> Carlson, Neil R. *Fundamentos de psicología fisiológica*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1996. p. 475.

<sup>41</sup> Gómez-Restrepo, Carlos. *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2008. p. 383.

<sup>42</sup> Chinchilla, Moreno A. *Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2007. p. 8.

<sup>43</sup> Stuart, Gail Wiscarz, y Michele Laraira. *Enfermería psiquiátrica: principios y práctica*. Madrid: Elsevier, 2006.

<sup>44</sup> Ortuño, Sánchez-Pedreño Felipe, y Lanás Raquel Martín. *Lecciones de psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 2009. p. 89.

exageradas o alteradas de la realidad como los delirios y las alucinaciones, los trastornos del pensamiento, síntomas sicóticos y conductas absurdas o apragmáticas<sup>45</sup>.

Por otro lado, los síntomas negativos se refieren a las aptitudes que ha perdido la persona e incluyen ciertos trastornos psicomotores, el comportamiento catatónico, la pobreza del habla, la falta de motivación e interés, la carencia de expresión emocional y el deterioro cognitivo como por ejemplo el déficit de atención y concentración<sup>46</sup>. “En la mayoría de personas con esquizofrenia los síntomas positivos y negativos se manifiestan en grado diferente en distintas etapas del proceso”<sup>47</sup>. Algunos individuos podrán recuperarse más fácilmente ya que tendrán una o dos fases agudas durante toda su existencia, lo cual les permite llevar una vida normal. Otros en cambio son descritos como pacientes crónicos ya que sufren en un intervalo corto, repetidas fases agudas con síntomas negativos<sup>48</sup>.

### 1.2.1. Síntomas positivos

Los síntomas positivos se producen a través de ciertas estructuras límbicas como la amígdala, el hipocampo, el tálamo, el córtex auditivo primario, y la corteza de asociación temporal<sup>49</sup>. Las alucinaciones son malinterpretaciones de percepciones sensoriales que ocurren mientras una persona está despierta y consciente. El paciente escucha, mira, huele y siente cosas que realmente no están presentes<sup>50</sup>. Las alucinaciones auditivas son las más comunes en los esquizofrénicos. Dichas voces son percibidas de manera independiente a los propios pensamientos del paciente, y pueden incluir órdenes de infligirse daño a sí mismos como el suicidio, o a otros como el asesinato<sup>51</sup>. De acuerdo a Heinz E. Lehmann, es muy difícil prevenir que un esquizofrénico cometa asesinato u homicidio ya que muchas veces no hay señales

---

<sup>45</sup> Obiols, Jordi E., y Joan Obiols. *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca, 1989. p. 23.

<sup>46</sup> Firestone, Philip y David JA Dozois. *Abnormal psychology perspectives*. Toronto: Prentice Hall, 2005. p. 198.

<sup>47</sup> Asociación Mundial de la Psiquiatría. "Qué es y cómo se trata la esquizofrenia." *Revista de Toxicomanías y Salud Mental* (2002) p.1-146.

<sup>48</sup> Gerrig, Richard J., y Philip G. Zimbardo. *Psicología y vida*. México: Pearson Educación, 2005. p. 499.

<sup>49</sup> Larach Walters, Verónica. "La esquizofrenia en la actualidad." *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Ed. Dr. Néstor Marchant, Dr. Ttito Rosan y Dr. Roberto Yunes. Buenos Aires: ALMACEON, 1998.

<sup>50</sup> Firestone, Philip y David JA Dozois. *Abnormal psychology perspectives*. Toronto: Prentice Hall, 2005. p. 198.

<sup>51</sup> Obiols, Jordi E., y Joan Obiols. *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca, 1989. p. 25.



previas<sup>52</sup>. Por otro lado, las alucinaciones visuales son menos frecuentes pero no inusuales. Cuando éstas ocurren generalmente el paciente las ve de cerca, son tridimensionales y se pueden mover<sup>53</sup>.

Los delirios pueden ser atribuidos a trastornos en los lóbulos temporales y se definen como ideas erróneas basadas en la malinterpretación de experiencias o percepciones<sup>54</sup>. Estas alteraciones de la realidad pueden ser divididas en delirios de persecución y autorreferencia<sup>55</sup>. El primero y más común entre los pacientes incluye el sentimiento de que alguien los persigue con la finalidad de sabotearlos o engañarlos. Estos delirios causan que la persona malinterprete las situaciones cotidianas de tal forma que cree que todos están en su contra. “El enfermo cree ser el objeto de una conspiración internacional, hablan de él en todo el pueblo o la TV y los periódicos están plagados de referencias o insinuaciones de sus más íntimos actos (...)”<sup>56</sup>. Los delirios de autorreferencia en cambio son aquellos en que el paciente alega tener poderes especiales o divinos que pueden cambiar el mundo o que lo permiten comunicarse con Dios. “A menudo estos pacientes creen ser la reencarnación de Jesucristo o ser un nuevo Mesías”<sup>57</sup>.

### 1.2.2. Síntomas negativos

Los síntomas negativos de la esquizofrenia representan déficits en el normal funcionamiento de la persona, “se correlacionan con las pérdidas de función del lóbulo frontal”<sup>58</sup>. Estos incluyen el aplanamiento afectivo, los trastornos de la volición como la abulia (falta de energía) y la anhedonia (incapacidad para experimentar placer), la asociabilidad, los trastornos psicomotores y la catatonia<sup>59</sup>. En algunos pacientes se nota una inhabilidad por terminar actividades, se distraen fácilmente y pueden tener problemas para mantener en curso una conversación. Otros sufren de aplanamiento afectivo, es decir carecen de la capacidad de expresar con su lenguaje corporal emoción

---

<sup>52</sup> Freedman, Alfred M., y Harold I. Kaplan. "Psychotic Disorders. I: Schizophrenic Reactions." *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams&Wilkins, 1967. p. 638.

<sup>53</sup> Ibid. p. 623.

<sup>54</sup> Firestone, Philip y David JA Dozois. *Abnormal psychology perspectives*. Toronto: Prentice Hall, 2005. p. 198.

<sup>55</sup> Obiols, Jordi E., y Joan Obiols. *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca, 1989. p. 24.

<sup>56</sup> Ibidem. p. 24.

<sup>57</sup> Ibidem. p. 24.

<sup>58</sup> Larach, Walters Verónica. "La esquizofrenia en la actualidad." *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Ed. Dr. Néstor Marchant, Dr. Tito Rosan y Dr. Roberto Yunes. Buenos Aires: ALMACEON, 1998.

<sup>59</sup> Firestone, Philip y David JA Dozois. *Abnormal psychology perspectives*. Toronto: Prentice Hall, 2005. p. 198.

alguna. Quienes sufren de trastornos de la volición pierden la iniciativa y tienden a aislarse del resto cayendo progresivamente en el autismo<sup>60</sup>. El trastorno psicomotor se manifiesta con movimientos impredecibles, la persona puede tener problemas para hacer cosas cotidianas como vestirse o mantener la higiene. Finalmente, dentro del comportamiento catatónico las personas experimentan rigidez muscular y se resisten cuando alguien les trata de cambiar de posición.

Pueden aparecer también las asociaciones laxas, las cuales tienen que ver con la forma en la que el paciente expresa sus pensamientos. Por ejemplo, se salta de un tema al siguiente y habla de manera desordenada por lo que sus comentarios no hacen sentido<sup>61</sup>. Algunos pacientes experimentan pobreza del habla y por lo mismo contestan en monosílabos y conversan muy poco. Otros en cambio, tienden a dialogar bastante, incluyendo en sus discursos detalles irrelevantes o especulaciones vagas<sup>62</sup>. La pobreza del pensamiento refleja una disminución en la cantidad de información que un paciente puede retener y repetir.

### 1.3. Subtipos de esquizofrenia de acuerdo al DSM IV

El criterio DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) es uno de los manuales utilizado para diagnosticar enfermedades mentales. En vista de que la esquizofrenia incluye diferentes cuadros clínicos, los médicos vieron la necesidad de subtipificar esta enfermedad. “Como en un momento dado un paciente puede presentar síntomas que pertenecen a varios subtipos, se agrupan de modo jerárquico de forma que sólo pueda diagnosticarse un subtipo cada vez”<sup>63</sup>. Los subtipos se escogerán dependiendo de qué síntoma predomina al momento de la evaluación.

#### 1.3.1. Esquizofrenia catatónica

La esquizofrenia catatónica se caracteriza por una anomalía en el comportamiento motor de la persona y puede manifestarse de dos maneras<sup>64</sup>. En primer lugar la persona puede encontrarse en completo estupor catatónico, se puede percibir un

---

<sup>60</sup> Obiols, Jordi E., y Joan Obiols. *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca, 1989. p. 27.

<sup>61</sup> Firestone, Philip y David JA Dozois. *Abnormal psychology perspectives*. Toronto: Prentice Hall, 2005. p. 198.

<sup>62</sup> Obiols, Jordi E., y Joan Obiols. *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca, 1989. p. 24.

<sup>63</sup> First, Michael B., Allen Frances, y Harold Alan. Pincus. *DSM-IV-TR : Guía de Uso: Complemento del DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, 2005. p. 189.

<sup>64</sup> Sperling, Abraham Paul. *Psicología Simplificada*. México, D.F.: Compañía General De Ediciones, 1976. p. 190.

decremento en su movilidad, actividad y capacidad para hablar. “El paciente puede permanecer en posiciones estafalarias durante horas o hasta días”<sup>65</sup>. En los casos más graves, se observa catalepsia, que también es conocida como flexibilidad cérica y para poder sacarle de dicho estado al paciente es necesario inyectarle sodio amital<sup>66</sup>. Por otro lado, el catatónico puede encontrarse en un estado de extrema agitación sicomotora, por lo que habla y grita constantemente, tiene una inquietud imparable y reacciones violentas. Estos pacientes deben ser controlados de manera inmediata ya que muchas veces reaccionan de manera violenta hacia otras personas y su agitación puede causar que éstos se lastimen o colapsen del cansancio<sup>67</sup>. Según Paul Sperling “esta forma regresiva de esquizofrenia es la más posible de total recuperación”<sup>68</sup>.

### 1.3.2. Esquizofrenia heberfrénica (desorganizada)

La palabra “heberfrénica” es derivada de dos palabras griegas que significan mente juvenil<sup>69</sup>. Este tipo de esquizofrenia tiende a ser la más incapacitante de todos los tipos ya que quienes la padecen experimentan alteraciones psicomotoras y trastornos conductuales tales como el aplanamiento afectivo y el mutismo lo cual los convierte en disfuncionales sociales y ocupacionales. “El heberfrénico vive casi por completo en un mundo de fantasías propio”<sup>70</sup>. Es común que quienes la padecen se encuentren haciendo muecas y gestos, teniendo actitudes infantiles como reírse sin razón aparente o exhibiendo conductas extrañas y desorganizadas<sup>71</sup>. Generalmente se la diagnostica a los inicios de la adolescencia, por lo que “es una forma de inicio precoz y su pronóstico es malo”<sup>72</sup>. Rara vez se experimentan síntomas positivos como alucinaciones y delirios con este tipo de esquizofrenia.

### 1.3.3. Esquizofrenia paranoide

Este es el subtipo más común de esquizofrenia y también el menos incapacitante ya que estos pacientes presentan un menor desgaste de sus facultades mentales, emociones

---

<sup>65</sup> Coon, Dennis. *Psicología*. México: Thomson, 2005. p. 607.

<sup>66</sup> Freedman, Alfred M., y Harold I. Kaplan. "Psychotic Disorders. I: Schizophrenic Reactions." *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967. p. 632.

<sup>67</sup> *Ibíd.* p. 632.

<sup>68</sup> Sperling, Abraham Paul. *Psicología simplificada*. México, D.F.: Compañía General de Ediciones, 1976. p. 190.

<sup>69</sup> *Ibíd.* p. 190.

<sup>70</sup> *Ibíd.* p. 190.

<sup>71</sup> Gerrig, Richard J., y Philip G. Zimbardo. *Psicología y vida*. México: Pearson Educación, 2005. p. 499.

<sup>72</sup> Obiols, Jordi E., y Joan Obiols. *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca, 1989. p. 31.

y comportamientos lo cual les permite tener una actividad laboral y una vida independiente<sup>73</sup>. “El tipo paranoide se diagnostica sólo cuando el individuo presenta ideas delirantes o alucinaciones destacadas sin que existan los síntomas característicos de los tipos desorganizado y catatónico”<sup>74</sup>. No sufren de síntomas como el aplanamiento afectivo o el lenguaje desorganizado, característico de los heberfrénicos y catatónicos. La esquizofrenia paranoide se caracteriza especialmente por la presencia de delirios de persecución y autorreferencia aunque también pueden experimentar ideas delirantes de celos o religiosas<sup>75</sup>. “Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente”<sup>76</sup>. Un típico esquizofrénico paranoide sospecha del resto por lo que puede actuar de manera hostil, agresiva, o ansiosa; estos son conocidos como síntomas del humor<sup>77</sup>. Por lo general se presentan con complejos de superioridad y actúan de manera condescendiente con el resto lo cual los hace tendientes a discutir con otras personas<sup>78</sup>.

#### 1.3.4. Esquizofrenia indiferenciada

Dentro de este subtipo, el paciente va a experimentar síntomas positivos, sin embargo, dichos síntomas “no cumplen con los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico”<sup>79</sup>. A pesar de que se presenta más de un síntoma, ninguno de ellos predomina sobre el resto.

#### 1.3.5. Esquizofrenia residual

Este subtipo es también conocido como “estado de defecto esquizofrénico” y se le diagnostica al paciente que “ha presentado, al menos, un episodio de la enfermedad pero que en el momento que está siendo examinado no presenta síntomas positivos”<sup>80</sup>. Sin

---

<sup>73</sup> Freedman, Alfred M., y Harold I. Kaplan. "Psychotic Disorders. I: Schizophrenic Reactions." *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967. p. 633.

<sup>74</sup> First, Michael B., Allen Frances, y Harold Alan. Pincus. *DSM-IV-TR : Guía de Uso: Complemento del DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, 2005.

<sup>75</sup> Hikal, Wael. *Glosario de criminología y criminalística*. México D.F: Flores Editor y Distribuidor, 2011. p. 219.

<sup>76</sup> *Ibidem*. p. 219.

<sup>77</sup> Rivas Calderón, Francisco Eduardo. "El origen de la esquizofrenia." *Revista Médica de Nuestros Hospitales*. Junta de Beneficencia de Guayaquil, Oct. 2009. Web. 24 May 2011. <[http://revistamedica.org.ec/docs/rmnh/2009/vol15/rmnh\\_vol15\\_no4.pdf](http://revistamedica.org.ec/docs/rmnh/2009/vol15/rmnh_vol15_no4.pdf)>.

<sup>78</sup> Hikal, Wael. *Glosario de criminología y criminalística*. México D.F: Flores Editor y Distribuidor, 2011. p. 219.

<sup>79</sup> Rodés Lloret, Fernando. *Enfermedad mental: aspectos médico-forenses*. Madrid: Díaz de Santos, 2006.

<sup>80</sup> "Esquizofrenia Residual." *Psiquiatria.com*. Web. 14 Junio 2011. <<http://psychiatry.es/content/view/3434/33/>>.

embargo sí se harán presentes síntomas negativos como aplanamiento afectivo, pobreza del habla, o la abulia<sup>81</sup>. La vida social y laboral del esquizofrénico residual se verá gravemente afectada ya que progresivamente se irán deteriorando la inteligencia y el pensamiento, además existirá una despreocupación de su aseo personal e incurrirá en conductas extravagantes, violentas o impulsivas<sup>82</sup>.

#### 1.4. Qué se hace para controlar la esquizofrenia

De acuerdo a Felicitas Gutiérrez Suela “el tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en dos tipos de actuación: utilización de fármacos antipsicóticos y terapias psicosociales”<sup>83</sup>. Al entrevistar al Doctor Ericson Toscano director del Hospital Psiquiátrico Sagrados Corazones, dijo que en el Ecuador las terapias psicosociales no son comunes y si es que se utilizan no son efectivas ya que los psiquiatras y los psicólogos no trabajan en conjunto, muchas veces hay falta de preparación y los psicólogos no entienden la parte médica<sup>84</sup>. Por esta razón en nuestro país se utilizan los fármacos antipsicóticos como único tratamiento para el esquizofrénico.

Para que pueda haber un tratamiento adecuado de la enfermedad es necesario primero determinar de qué tipo de esquizofrenia se trata. En base a los síntomas se prescribirán antipsicóticos de baja potencia administrados en dosis altas para episodios psicóticos agudos o de alta potencia administrados en dosis bajas por sus efectos sedantes en los enfermos agitados o violentos<sup>85</sup>. “La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa”<sup>86</sup>. El periodo prodrómico, es decir, la etapa anterior al inicio de los síntomas activos de la enfermedad puede durar años. Durante este periodo el enfermo puede adoptar comportamientos extraños, bajar su rendimiento en la escuela e incluso separarse de su familia y amigos<sup>87</sup>.

---

<sup>81</sup> Firestone, Philip y David JA Dozois. *Abnormal psychology perspectives*. Toronto: Prentice Hall, 2005. p. 202.

<sup>82</sup> Checa, Manuel J. *Manual práctico de psiquiatría forense*. Madrid: Elsevier-Masson, 2010. p. 424.

<sup>83</sup> Gutiérrez Suela, Felicitas. "Tratamiento actual con antipsicóticos de la esquizofrenia." *Revista Farmacia Hospitalaria*. Madrid: SEFH, 1998. p. 207-12.

<sup>84</sup> Toscano, Ericson. "Pacientes Esquizofrénicos." Entrevista Personal. 30 Mayo 2011.

<sup>85</sup> Gutiérrez Suela, Felicitas. "Tratamiento actual con antipsicóticos de la esquizofrenia." *Revista Farmacia Hospitalaria*. Madrid: SEFH, 1998. p. 207-12.

<sup>86</sup> Hikal, Wael. *Criminología etiológica-multifactorial*. México, D.F.: Flores Editor y Distribuidor, 2011.

<sup>87</sup> Asociación Mundial de la Psiquiatría. "Qué es y cómo se trata la esquizofrenia." *Revista de Toxicomanías y Salud Mental* (2002) p. 1-146.

El doctor Sebastián Alejandro Alvano ha establecido pautas de tratamiento y manejo clínico de la esquizofrenia que conforman tres fases: la aguda, la de estabilización y la estable<sup>88</sup>. Los objetivos fundamentales en la primera fase son determinar si el paciente debe ser internado analizando si es que éste es un riesgo para sí o para terceros. Se deberán realizar además planes terapéuticos de corto y largo plazo y escoger la medicación en base a las respuestas previas del paciente, sus preferencias, posibles efectos secundarios y la vía de administración. El autor Felipe Ortuño establece que existen varias ventajas de la hospitalización tales como la provisión de un ambiente tranquilo donde el paciente recibirá el apoyo necesario y se le protegerá de situaciones estresantes<sup>89</sup>. Es necesario que durante la hospitalización se analicen las posibles causas que incitaron al surgimiento de la fase aguda y se determine un programa de tratamiento con el paciente y su familia.

Durante la primera fase, el médico deberá escoger entre antipsicóticos de primera generación o típicos o fármacos de segunda generación o atípicos. Dentro de los primeros se encuentran la clorpromazina y la tioridazina que tienen efectos sedantes y el haloperidol que se utiliza como antidelirante y antialucinatorio; “la potencia y los efectos colaterales de estos agentes dependen en gran medida de su estructura química”<sup>90</sup>. Como podemos ver los fármacos de primera generación solamente controlan los síntomas positivos pero empeoran la sintomatología negativa y cognitiva<sup>91</sup>.

Por el contrario, los antipsicóticos atípicos que incluyen risperidona, clozapina y olanzapina, están destinados a disminuir tanto los síntomas negativos como los positivos en los pacientes ya que bloquean no solo la producción de dopamina sino también de serotonina<sup>92</sup>. Los especialistas dicen que es recomendable comenzar con los fármacos de segunda generación como olanzapina o risperidona ya que tienen menores efectos secundarios que los de primera generación tales como los trastornos de movimiento. Estas drogas son las que más se prescriben en Europa y Estados Unidos

---

<sup>88</sup> Alvano, Sebastián Alejandro. "Pautas de tratamiento y manejo clínico." *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Ed. Dr. Néstor Marchant, Dr. Tito Rosan y Dr. Roberto Yunes. Buenos Aires: ALMACEON, 2001.

<sup>89</sup> Ortuño, Sánchez-Pedreño Felipe, y Lanás Raquel Martín. *Lecciones de psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 2009. p. 108.

<sup>90</sup> Gennaro, Alfonso R., Joseph P. Remington, y Sebastián Belluci. *Remington farmacia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2003. p. 1700.

<sup>91</sup> Ortuño, Sánchez-Pedreño Felipe, y Lanás Raquel Martín. *Lecciones de psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 2009. p. 106.

<sup>92</sup> Moore, David P., y James W. Jefferson. *Manual de psiquiatría médica*. Madrid: Elsevier, 2005. p. 122.

para el tratamiento de la esquizofrenia<sup>93</sup>. “Aunque los agentes atípicos son mas caros que las drogas típicas, evaluaciones recientes del costo terapéutico total revelan que las drogas atípicas son superiores desde una perspectiva económica global”<sup>94</sup>. Los antipsicóticos típicos son recomendables solamente en pacientes que demuestran una resistencia al tratamiento.

La segunda fase está destinada a disminuir la incidencia de recaídas por lo cual se mantiene la misma medicación y las mismas dosis. Lo fundamental es reducir los síntomas del paciente y minimizar su estrés. “Si se trata de un paciente estabilizándose tras un primer episodio agudo, la medicación debe mantenerse al menos dos años, y si ha habido más de un brote previo, al menos, cinco años”<sup>95</sup>. En ciertos casos esta fase será esquivada si es que la medicación causa efectos adversos muy severos en el paciente.

Finalmente, durante la fase estable se busca reinsertar al paciente social y laboralmente. Se le disminuye gradualmente la dosis de la medicación para evitar que ésta tenga efectos adversos en la calidad de vida del paciente<sup>96</sup>. En ciertos casos se utilizará la terapia electroconvulsiva o TEC si es que se la utilizó en la fase aguda y se observa una resistencia al tratamiento antipsicótico o existen conductas suicidas o síntomas catatónicos<sup>97</sup>. Esta fase puede durar entre meses y años y no se observará un incremento en los síntomas del paciente.

Es importante mencionar que el control de la enfermedad no es una tarea fácil ya que “de los pacientes con esquizofrenia, el 25% no responde de forma adecuada a la medicación antipsicótica tradicional”<sup>98</sup> por lo mismo para los doctores el prescribir fármacos a sus pacientes dificulta su tratamiento porque muchos de ellos no quieren seguir las indicaciones prescritas o sienten que no necesitan medicamentos para

---

<sup>93</sup> Beck, Aaron T., Neil A. Rector, y Neil Stolar. *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. New York: Guilford, 2009.

<sup>94</sup> Gennaro, Alfonso R., Joseph P. Remington, y Sebastián Belluci. *Remington farmacia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2003. p. 1700.

<sup>95</sup> Ortuño, Sánchez-Pedreño Felipe, y Lanás Raquel Martín. *Lecciones de psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 2009. p. 110.

<sup>96</sup> Alvano, Sebastián Alejandro. "Pautas de." *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Ed. Dr. Néstor Marchant, Dr. Ttito Rosan y Dr. Roberto Yunes. Buenos Aires: ALMACEON, 2001.

<sup>97</sup> Ortuño, Sánchez-Pedreño Felipe, y Lanás Raquel Martín. *Lecciones de psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 2009. p. 112.

<sup>98</sup> Stuart, Gail Wiscarz, y Michele Laraira. *Enfermería psiquiátrica: principios y práctica*. Madrid: Elsevier, 2006. p. 388.

controlar su enfermedad<sup>99</sup>. Desde los años 70 varios estudios han demostrado que el tratamiento de antipsicóticos previene recaídas en los pacientes. Pacientes que han discontinuado su tratamiento son 5 veces más propensos a tener recaídas que aquellos que no interrumpen su medicación<sup>100</sup>.

### 1.5. Esquizofrenia y conducta delictiva

A pesar de que la esquizofrenia es la psicosis menos unitaria por su variedad de características heterogéneas, existen algunas pautas que presenta la enfermedad mediante las cuales ciertos delitos se manifiestan de manera más frecuente<sup>101</sup>. Por lo general las acciones delictivas serán inesperadas, carecerán de motivo, y serán realizadas con indiferencia afectiva<sup>102</sup>.

Algunos autores consideran que la esquizofrenia es uno de los principales diagnósticos asociados con la criminalidad, mientras que otros indican que esta asociación se halla limitada a diversos factores de riesgo que se presentan en determinadas etapas del padecimiento de estos pacientes; factores tales como la severidad de los síntomas psicóticos y el abuso de sustancias<sup>103</sup>.

Entre los delitos más comunes podemos encontrar el homicidio, el robo realizado de una manera absurda, y aquellos delitos contra la libertad sexual como el exhibicionismo; todos realizados con indiferencia y sin motivo aparente. Al principio de la enfermedad es común que el paciente se escape del hogar y se convierta en un vagabundo. "Durante su ausencia puede llegar a cometer pequeños hurtos, o participar en enfrentamientos"<sup>104</sup>. Cuando se fugan, los pacientes tienen un cierto grado de conciencia y algunos recuerdos de lo que ha sucedido durante ese tiempo, sin embargo al regresar no demuestran arrepentimiento sino más bien ganas de volver a repetirlo<sup>105</sup>.

---

<sup>99</sup> Larach, Walters Verónica. "La Esquizofrenia En La Actualidad." *Revista Argentina De Clínica Neuropsiquiátrica*. Ed. Dr. Néstor Marchant, Dr. Tito Rosan y Dr. Roberto Yunes. Buenos Aires: ALMACEON, 1998.

<sup>100</sup> Beck, Aaron T., Neil A. Rector, y Neil Stolar. *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. New York: Guilford, 2009. p. 20.

<sup>101</sup> Rodes, Lloret Fernando. *Enfermedad mental: aspectos médico-forenses*. Madrid: Díaz de Santos, 2006. p. 116.

<sup>102</sup> Otín del Castillo, José María. *Psicología criminal: técnicas de investigación e intervención policial*. Valladolid: Lex Nova, 2009. p. 43.

<sup>103</sup> Fresán, Ana, Josue Tejero, Rogelio Apiquian, Cristina Loyzaga, María Gracia Anaya, y Humberto Nicolini. "Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia." *Salud Mental Vol.25, Número 005*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Oct.2002. p 72-78. Web. Sept. 2010. <[Http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252508.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252508.pdf)>.

<sup>104</sup> Chinchilla, Moreno A. *Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2007. p. 562.

<sup>105</sup> Gisbert, Calabuig Juan Antonio, y Cañadas, Enrique Villanueva. *Medicina legal y toxicología*. Ámsterdam: Elsevier-Masson, 2008. p. 1146.



El esquizofrénico desorganizado a causa de sus síntomas negativos como la pérdida de interés y el aplanamiento afectivo, generalmente realizará delitos contra la propiedad, incendios u alteraciones al orden público<sup>106</sup>, pero no cometerá lesiones u homicidio. Por otro lado, el esquizofrénico que sufre de estupor catatónico es más propenso a cometer delitos de omisión. Sin embargo, podrá actuar de manera violenta e inesperada cuando se encuentra en un estado de extrema agitación. Quienes son diagnosticados de esquizofrenia residual se caracterizan por tener una personalidad empobrecida lo cual muchas veces causa que sean manipulados por otras personas a cometer delitos como los de estafa, delitos contra la propiedad e incluso tráfico de drogas<sup>107</sup>.

Lamentablemente es muy difícil prevenir los homicidios causados por esquizofrénicos ya que por lo general ocurren sin advertencia. Sin embargo en los últimos años se ha concluido que la mayor parte de veces el paciente esquizofrénico no va a asesinar a un extraño sino a un familiar o conocido. El esquizofrénico homicida puede aparentar estar tranquilo y relajado y matar a alguien dos días después a causa de la pérdida de control de sus impulsos<sup>108</sup>. Hikal opina que “la combinación de ideas delirantes de persecución y grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle [al paranoide] a la violencia”<sup>109</sup>. Los casos de violencia realizados en grupo son excepcionales ya que por definición es una conducta solitaria<sup>110</sup>. Es común que la policía confunda estos actos de violencia con sadismo o ensañamiento por su carácter cruel y desproporcionado.

El Doctor Ericson Toscano dijo que de estos pacientes, en general los de tipo catatónico o paranoide tienen más riesgo de cometer delitos de homicidio por las características de su enfermedad<sup>111</sup>. Coincide con este criterio Fernando Rodes Lloret quien establece que los esquizofrénicos paranoides “son los que con más frecuencia

---

<sup>106</sup> Rodes, Lloret Fernando. *Enfermedad mental: aspectos médico-forenses*. Madrid: Díaz de Santos, 2006. p. 117.

<sup>107</sup> Finol, María Alejandra, y Eduardo R. Piña. "Intervención del psicólogo forense en la determinación de la enfermedad mental como causa de inimputabilidad." *Revistas Científicas y Humanistas*. Ed. Jesús Enrique Pálaga Melendez y Gazelle Fuenmayor. Maracaibo: Universidad de Zulia, 2008, p. 89-119.

<sup>108</sup> Freedman, Alfred M., and Harold I. Kaplan. "Psychotic Disorders. I: Schizophrenic Reactions." *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967. p. 639.

<sup>109</sup> Hikal, Wael. *Glosario de criminología y criminalística*. México D.F: Flores Editor y Distribuidor, 2011. p. 219.

<sup>110</sup> Otín del Castillo, José María. *Psicología criminal: técnicas de investigación e intervención policial*. Valladolid: Lex Nova, 2009.

<sup>111</sup> Toscano, Ericson. "Pacientes Esquizofrénicos." Entrevista Personal. 30 Mayo 2011.

plantean problemas médico legales”<sup>112</sup>. Según este autor muchas veces los homicidios cometidos por el esquizofrénico paranoide son premeditados y no impulsivos, “estos enfermos antes de pasar a la acción, están un tiempo, que puede ser incluso de años, calculando, pensando cómo hacerlo y buscando el mejor momento para ejecutarlo”<sup>113</sup>. Es importante que este tipo de pacientes sean consistentes en su tratamiento para evitar la reincidencia de conductas violentas ya que como han dicho Fernández y García, “muchos autores encuentran una clara correlación entre la conducta violenta en pacientes con esquizofrenia y la falta de cumplimiento de la medicación”<sup>114</sup>.

Han surgido estudios científicos recientes que evidencian una relación significativa entre el crimen y la esquizofrenia. De acuerdo a Adrian Raine esta relación puede ser analizada desde dos perspectivas: en primer lugar, si es que se estudia un grupo de criminales y delincuentes juveniles se puede encontrar que las tasas de esquizofrenia en este conjunto son más altas que las de la población general. Desde la segunda perspectiva, se estudia a pacientes con esquizofrenia. Esta investigación llega a la misma conclusión, estos pacientes tienden a ser más criminales y violentos que la población general<sup>115</sup>. Sin embargo, existen autores como Peter Shea que refutan la validez de estos estudios ya que el diagnóstico de esquizofrenia entre personas que cometen homicidio varía entre países y en el mismo país varía de año a año. Para Shea, el problema de comparar estudios de distintos países es que cada legislación tiene su propia definición de homicidio y el criterio para diagnosticar la esquizofrenia es distinto en cada país<sup>116</sup>.

Durante un estudio realizado en Finlandia de 93 reclusos con esquizofrenia, se concluyó que el riesgo de cometer homicidio era diez veces mayor en pacientes con esquizofrenia en comparación con la población general. De estos 93 pacientes alrededor del 50% sufría del tipo paranoide<sup>117</sup>. Otro estudio, realizado por la Universidad Complutense de Madrid menciona que “la conducta violenta está claramente ligada a la

---

<sup>112</sup> Rodes, Lloret Fernando. *Enfermedad mental: aspectos médico-forenses*. Madrid: Díaz De Santos, 2006. p. 117.

<sup>113</sup> *Ibíd.* p. 117.

<sup>114</sup> Fernández, J., JA García De Gregorio, R. Elises Prados, C. Gallardo Mayo, y A. Reoyo Jiménez. "Esquizofrenia y conducta violenta." *Revista Medicina General No. 94*. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Abr. 2007. p 157-164. Web. Sept. 2010. <[http://www.medicinageneral.org/revista\\_94/pdf/157-165.pdf](http://www.medicinageneral.org/revista_94/pdf/157-165.pdf)>.

<sup>115</sup> Raine, Adrian. *Crime and schizophrenia: causes and cures*. New York: Nova Science, 2006. p. 4.

<sup>116</sup> Shea, Peter. *Psychiatry in Court: the Use (fullness) of Psychiatric Reports and Psychiatric Evidence in Court Proceedings*. Sydney: Hawkins, 1996. p. 127.

<sup>117</sup> Eronen, Markku, Harl Tillhonen, y Panu Hakola. "Schizophrenia and Homicidal Behavior." *Schizophrenia Bulletin*. Oxford: Oxford University Press, 1996, p. 83-89.

presencia de síntomas positivos, mientras que los negativos se correlacionan con una disminución de la violencia”<sup>118</sup>. Esto hace sentido ya que quienes padecen síntomas negativos van paulatinamente perdiendo ciertas funciones motrices y mentales por lo cual sería menos factible que tengan reacciones violentas.

También se han realizado estudios acerca de la relación entre los síntomas de la esquizofrenia y la posibilidad de cometer delitos sexuales. El *Journal of Forensic Psychiatry* publicó una de las investigaciones más interesantes sobre este tema. Sus autores, Chesterman y Sahota establecieron cuatro pautas para ver si existe una relación entre los delitos sexuales y la esquizofrenia. En primer lugar, dicen que el delito sexual puede ser consecuencia directa de los delirios del enfermo. Segundo, proponen que el delito sexual puede no estar relacionado de forma directa con los síntomas de la enfermedad sino mas bien con sentimientos de incrementada excitación sexual por parte del paciente. En tercer lugar dicen los autores que los síntomas negativos de la enfermedad pueden ser que causen el delito sexual. Finalmente establecen que la transgresión como tal puede no estar relacionada en absoluto con la enfermedad sino con otros problemas de la personalidad<sup>119</sup>.

---

<sup>118</sup> Fernández, J., JA García De Gregorio, R. Elises Prados, C. Gallardo Mayo, y A. Reoyo Jiménez. "Esquizofrenia y Conducta Violenta." *Revista Medicina General No. 94*. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Abr. 2007. p. 157-164. Web. Sept. 2010. <[http://www.medicinageneral.org/revista\\_94/pdf/157-165.pdf](http://www.medicinageneral.org/revista_94/pdf/157-165.pdf)>.

<sup>119</sup> Chesterman, P., y K. Sahota. "Mentally Ill Sex Offenders in a Regional Secure Unit. I: Psychopathology and Motivation." *Journal of Forensic Psychiatry*. Southall: Taylor & Francis, 1998, p. 150-160.

## Capítulo 2

### 2. La inimputabilidad: concepto y alcance legal

Para poder analizar el alcance legal de la inimputabilidad, primero es necesario definir qué es la imputabilidad. Según el Dr. Ernesto Albán Gómez, imputabilidad “en el orden jurídico penal debe entenderse como la posibilidad de atribuir a una persona la culpabilidad penal; o, si se quiere, la capacidad que tiene una persona de realizar actos por los cuales se le puede formular un reproche de carácter penal”<sup>120</sup>. Nuestro Código Penal no define la imputabilidad sin embargo la menciona en los artículos 32, 34, 39 y 40 requiriendo que la persona actúe con conciencia y voluntad para poder ser imputada. De acuerdo a Luis Jiménez de Asúa:

La culpabilidad y la responsabilidad son consecuencias tan directas, tan inmediatas de la imputabilidad, que las tres ideas son a menudo consideradas como equivalentes y las tres palabras como sinónimas. Pero estos tres conceptos pueden distinguirse y precisarse. La imputabilidad afirma la existencia de una relación de causalidad psíquica entre el delito y la persona; la responsabilidad resulta de la imputabilidad, puesto que es responsable el que tiene capacidad para sufrir las consecuencias del delito [...] la culpabilidad es un elemento característico de la infracción y de carácter normativo.<sup>121</sup>

La doctrina ha establecido ciertas condiciones que deben cumplirse para que no se le pueda imponer a un sujeto la pena correspondiente al delito que ha cometido. Éstas se pueden resumir de la siguiente manera: se debe probar que el inimputable padece de una anomalía psíquica, que no comprende la ilicitud de lo que ha hecho, que el sujeto padecía la enfermedad al momento de delinquir y que el delito fue consecuencia o causado por la enfermedad<sup>122</sup>. Cabe analizar si el artículo de nuestro Código Penal cumple con estos requisitos; el Art. 34 de la normativa penal nacional establece que:

No es responsable quien, en el momento en que se realizó la acción u omisión, estaba, por enfermedad, en tal estado mental, que se hallaba imposibilitado de entender o de querer.

Si el acto ha sido cometido por un alienado mental, el juez que conozca de la causa decretará su internamiento en un hospital psiquiátrico; y no podrá ser puesto en libertad sino con audiencia del ministerio público y previo informe satisfactorio de dos médicos designados por el juez y que de preferencia serán psiquiatras, sobre el restablecimiento pleno de las facultades intelectuales del internado.

---

<sup>120</sup> Albán Gómez, Ernesto. *Manual de derecho penal ecuatoriano parte general*. 3era ed. Quito: Ediciones Legales, 2005. p. 186.

<sup>121</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *Principios de derecho penal. La ley y el delito*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2005. p. 327.

<sup>122</sup> Fonseca, Morales Gema María. *La anomalía o alteración psíquica como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal*. Madrid: Dykinson, 2009. p. 36.

En mi opinión, este artículo en su apartado primero no acredita correctamente el padecimiento de una anomalía psíquica por parte del sujeto delincente, ya que utiliza las palabras “enfermedad” y “estado mental” las cuales no son lo suficientemente específicas ni clínicas, lo que causa problemas al momento de interpretarlas. “El obstáculo con el cual se tropieza desde el comienzo, es la imposibilidad de atribuir a la enfermedad mental un valor definitivo, permanente, invariable y universal”<sup>123</sup>. ¿Qué cabe y qué no bajo la fórmula de estado mental? Es necesario que el derecho sea lo más específico posible al dictar una norma de carácter excepcional como esta.

Bajo esta misma idea, el Dr. Ernesto Albán Gómez critica la utilización de la palabra “alienado mental” en el segundo inciso de este artículo, estableciendo que la misma “es más bien una expresión de uso vulgar antes que científico, lo cual anticipa las dificultades que surgen en la práctica cuando se trata de establecer qué personas y con qué características pueden ser inimputables por esta causa”<sup>124</sup>. A diferencia de nuestra norma, el Art.20 del C.P. español en su primer numeral establece que inimputable será “el que, al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”. La concepción española de la eximente aquí tratada abarca toda patología psiquiátrica con las palabras “alteración psíquica” lo cual termina el debate de qué enfermedad mental entra y cual no<sup>125</sup>.

La norma debe ser precisa cuando formula que el “estado mental” fue lo que le incapacitó al sujeto de comprender que lo que ha hecho es ilícito. Dentro del Art.34 se establece que aquél que realizó el hecho estuvo “imposibilitado de entender o de querer” a causa de su “enfermedad” pero aquí surge una nueva interrogante, ¿qué es lo que no entiende o quiere esta persona? Esta caracterización de la inimputabilidad ya no se utiliza en otros ordenamientos ya que “se ha advertido que también los inimputables pueden conocer y querer el hecho. El enajenado puede saber que está matando a otra persona y querer hacerlo”<sup>126</sup>. El esquizofrénico que sufre de delirios de persecución quiere matar a aquella persona de la cual sospecha, y si es que la mata sabe que la mató

---

<sup>123</sup> Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, 2000. p. 154.

<sup>124</sup> Albán Gómez, Ernesto. *Manual de derecho penal ecuatoriano parte general*. 3era ed. Quito: Ediciones Legales, 2005. p. 189.

<sup>125</sup> Fonseca, Morales Gema María. *La anomalía o alteración psíquica como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal*. Madrid: Dykinson, 2009. p. 38.

<sup>126</sup> García, Valdés Carlos. *Jornadas sobre psiquiatría forense*. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1994. p. 39.

porque cree que así salva su propia vida, no considera que el matar es ilegal. Por lo mismo la norma debería exigir de forma clara que es inimputable solamente aquella persona que realiza un acto antijurídico sin la capacidad de entender que lo que ha hecho es un delito.

Para una mejor comprensión acerca de los conceptos de capacidad de entender y de querer me dirijo a Jaime Gaviria quién define a la capacidad de entender como “la posibilidad de conocer, comprender, discernir, discutir y criticar los motivos de la propia conducta y, por lo tanto, de apreciarla en sus relaciones con el mundo externo en su dimensión y en sus consecuencias”<sup>127</sup>. Es por esto que si una persona esquizofrénica no ha sido diagnosticada ni medicada y comete un delito, será evidente que dicho sujeto desconoce las verdaderas consecuencias de su comportamiento y menos aún qué fue lo que realmente lo motivó a actuar de dicha manera. Por lo mismo, el esquizofrénico paranoide pensará que sus delirios son reales y su actuar es motivado por un peligro existente. El mismo autor precisa que “la capacidad de querer, es la posibilidad de determinarse basándose en motivos optativos y seleccionados, la de elegir la conducta más apropiada entre diversas alternativas y, por consiguiente, de refrenar los impulsos internos e inhibir la actuación”<sup>128</sup>. En el caso del esquizofrénico, estos impulsos internos serían sus síntomas positivos que no le permiten frenar dichas conductas y mucho menos optar por la más apropiada, ya que como se dijo en el capítulo 1, la propia definición de esquizofrenia establece que es una enfermedad que se caracteriza por alteraciones en el comportamiento.

Asimismo, Edgardo Alberto Donna sostiene que “solo comprende la persona que puede ir más allá del mundo fenoménico, del mundo real [...] de modo que lo que debe ser captado por el sujeto, es algo más que el sentido de las cosas, sino el valor negativo de su acto, su contrariedad a la norma jurídica que está violando”<sup>129</sup>. Evidentemente solo el esquizofrénico en tratamiento puede comprender las consecuencias de su acción y decidir si la lleva a cabo o no. Por el contrario, el esquizofrénico sin medicar no comprende la criminalidad de su actuar a causa de la alteración de su conciencia psíquica. En el análisis de la capacidad de dirigir las acciones Donna establece que “el

---

<sup>127</sup> Gaviria Trespalcios, Jaime. “La inimputabilidad: concepto y alcance en el Código Penal colombiano”. *Revista Colombiana de Psiquiatría XXXIV*. Bogotá: Asociación colombiana de psiquiatría, 2005, p. 26-48.

<sup>128</sup> *Ibidem*. p. 26-48.

<sup>129</sup> Donna, Edgardo A. “Capacidad de culpabilidad o imputabilidad.” *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*. Buenos Aires: 1998, p. 45-57.

autor debe tener la capacidad para ponderar los impulsos hacia la acción y las representaciones inhibitorias contrarias a ellas y por consiguiente, para formar su libre decisión, es decir para oponer al impulso criminal las necesarias inhibiciones”<sup>130</sup>. Solamente una persona con madurez suficiente y salud mental podrá controlar sus impulsos y no dejarse llevar por los mismos.

Finalmente, Eladio José Mateo Ayala se basa en los conceptos de doctrinarios italianos para definir qué es la capacidad de entender y de querer. Acerca de la primera sostiene que es “la aptitud para orientarse en el mundo exterior según una percepción no distorsionada de la realidad y, por lo tanto, como la capacidad de comprender el significado del propio comportamiento y de valorar sus posibles repercusiones positivas o negativas sobre terceros”<sup>131</sup>. El desarrollo intelectual de alguien con una enfermedad mental sin tratar o incurable no le permitirá realizar un juicio de valor acerca de las consecuencias negativas que puedan tener sus actos sobre otras personas. En relación con la capacidad de querer, el mencionado autor cita a Bertolino quien define dicho concepto como “la aptitud de la persona para determinarse de modo autónomo, con posibilidad de optar por la conducta adaptada al motivo que aparece más razonable y, por consiguiente, de resistir a los estímulos de los acontecimientos externos [...]”<sup>132</sup>. Todos los autores citados coinciden en que la capacidad de querer comprende tanto la autonomía de la voluntad como la libertad de elección.

Respecto al requisito temporal, pienso que éste se cumple ya que la enfermedad o el estado mental de la persona impidieron que el sujeto entendiera lo que estaba haciendo “en el momento en que se realizó la acción u omisión”. Sin embargo, Albán Gómez tiene un comentario ulterior al respecto: “podría interpretarse en el sentido de que si el alienado mental actuó en un momento lúcido sí sería imputable” pero, dice el Dr. Albán que dentro del campo psicológico no existen momentos lúcidos para el enfermo mental ya que éste sigue estando enfermo y por lo mismo siempre deberá ser inimputable<sup>133</sup>. Al tratarse de esquizofrénicos, mi pensamiento difiere de aquél del Dr. Albán, ya que si bien al que se le diagnostica esquizofrenia se le considera un enfermo mental, una vez

---

<sup>130</sup> Donna, Edgardo A. "Capacidad de culpabilidad o imputabilidad." *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*. Buenos Aires: 1998, p. 45-57.

<sup>131</sup> Mateo Ayala, Eladio José. *La exigente de anomalía o alteración psíquica en el derecho penal comparado*. Madrid: Dykinson, 2007. p. 66.

<sup>132</sup> *Ibid.* p. 67.

<sup>133</sup> Albán Gómez, Ernesto. *Manual de derecho penal ecuatoriano parte general*. 3era ed. Quito: Ediciones Legales, 2005. p. 190.

que inicia tratamiento, a pesar de seguir “enfermo” puede llevar una vida lúcida y asintomática por lo cual no debería ser inimputable si es que al momento que realizó la acción u omisión tenía plena conciencia de lo que estaba haciendo.

Sin embargo, el mayor problema se encuentra en el último requisito referente a la relación de causalidad entre la enfermedad psíquica y el delito cometido. No existe mención alguna acerca de “qué conductas se incluyen como propias de la enfermedad y cuáles, por su naturaleza y entidad, están al margen”<sup>134</sup> problema resultante de la falencia del cumplimiento del requisito primero que caracteriza de “estado mental” y no de “anomalía psíquica” al padecimiento del sujeto delinciente. Santiago Mir Puig encuentra dos problemas en la actualidad cuando se trata de un enfermo mental que comete un hecho antijurídico:

a) Por una parte, la crisis del propio concepto de enfermedad mental y de sus límites con la normalidad; ello se traduce en un replanteamiento, en principio ampliatorio, del ámbito de la exención por anomalías psíquicas; b) por otra parte, la necesidad de reducir las medidas de internamiento a los casos imprescindibles y a una duración en principio muy limitada que evite encierros a perpetuidad, al mismo tiempo que conviene acudir a otras medidas que no impliquen internamiento<sup>135</sup>.

Es decir, enfermedad mental no es un concepto lo suficientemente específico al hablar de “locura” por lo cual se necesita expresar con exactitud quienes caben bajo dicha eximente. Por otro lado, las medidas de seguridad deben ser excepcionales ya que muchas veces terminan siendo más estrictas que la misma pena. En el Ecuador no tenemos cadena perpetua, por lo que un procesado que es declarado culpable eventualmente saldrá en libertad. Sin embargo, el esquizofrénico enviado a un hospital psiquiátrico podrá mantenerse ahí el resto de su vida. Este es un problema que la ley nacional no ha contemplado por lo que se deberían establecer plazos o condiciones de internamiento bajo los cuales un enfermo rehabilitado podría salir nuevamente a la sociedad.

## 2.1. Métodos conceptuales de la inimputabilidad

Se puede desprender del anterior análisis la necesidad de que los conceptos de imputabilidad e inimputabilidad se rijan por ciertos métodos de interpretación para poder ser aplicables dentro del mundo jurídico. Las legislaciones en la actualidad se

---

<sup>134</sup> Fonseca, Morales Gema María. *La anomalía o alteración psíquica como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal*. Madrid: Dykinson, 2009. p. 55.

<sup>135</sup> Mir Puig, Santiago. *Derecho penal: parte general*. 8va ed. Buenos Aires: Euros Editores SRL, 2008. p. 568.



rigen por uno de tres sistemas existentes, los cuales son: el biológico, el normativo, o el psiquiátrico-psicológico-jurídico o mixto<sup>136</sup>.

#### 2.1.1. Método psiquiátrico-biológico

El primer sistema “consiste en enunciar, de la manera mas simple, los efectos psicológicos y jurídicos que pueden producir la enfermedad mental, sin establecer los límites de orden jurídico ni psicológico”<sup>137</sup>. En otras palabras, dicho método se enfoca exclusivamente en la salud mental del individuo, alude a la causa patológica o transitoria por la cual el sujeto es inimputable. Enrique Cury sostiene que “las fórmulas psiquiátricas, se limitan a atribuir a ciertos estados patológicos, de alteración o inmadurez, taxativamente enumerados, la consecuencia de excluir la imputabilidad”<sup>138</sup>. Es decir que no se le imputa a quién sufre de un trastorno mental, pero nada dice acerca de porqué ser un enfermo mental constituye en inimputabilidad. Este sistema se utiliza en Chile, Puerto Rico y Bolivia.

#### 2.1.2. Método psicológico

El Ecuador aplica este segundo sistema el cual no se sustenta en bases biológicas sino mas bien “se limita única y exclusivamente, a indicar las consecuencias psicológicas que jurídicamente son relevantes para calificar a un sujeto como inimputable, con independencia de las causas o factores que las provocan”<sup>139</sup>. En otras palabras, ya no se enfoca en la causa de la inimputabilidad sino en su efecto. Otros países que se rigen por este sistema son Venezuela, Panamá y Paraguay.

Al leer el Art. 34 del C.P. vemos que el concepto de inimputabilidad dentro de la legislación ecuatoriana se rige bajo el sistema exclusivamente psicológico ya que no se enfoca en analizar qué causó el hecho sino solamente las consecuencias del mismo para determinar si un sujeto es inimputable o no. “Las fórmulas psicológicas se caracterizan porque describen la situación psíquica que fundamenta la inimputabilidad del sujeto, o sea, la capacidad para comprender la significación antijurídica del acto o dejarse

---

<sup>136</sup> Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, 2000.

<sup>137</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *Principios de derecho penal. La ley y el delito*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2005. p. 340.

<sup>138</sup> Cury Urzúa, Enrique. *Derecho penal: parte general*. Vol. II. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1992. p. 35.

<sup>139</sup> Fonseca, Morales Gema María. *La anomalía o alteración psíquica como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal*. Madrid: Dykinson, 2009. p. 22.

determinar por ella”<sup>140</sup>. Vicente Cabello critica este sistema ya que no se puede llegar a un análisis completo de las circunstancias si es que se consideran mente y cuerpo como entes distintos de un mismo individuo. Donna concuerda al expresar que “el problema se plantea en creer que el cuerpo es una cosa diferente al yo, de modo que solamente existiría enfermedad en tanto y en cuanto aparezca una causa corpórea de enfermedad”<sup>141</sup>. Son reprochables además, las discrepancias conceptuales que los distintos países utilizan dentro de este sistema para hablar del inimputable, (privado de voluntad, incapacitado de entender, carente de facultades intelectuales) lo cual abre el camino para varias interpretaciones.

Dice Cabello que cuando se analiza el delito desde el punto de vista meramente psicológico, los factores sociales, psico-patológicos y biográficos del individuo quedan eludidos, lo cual va en contra de las directivas criminológicas<sup>142</sup>. El uso de la psiquiatría es imprescindible especialmente en delitos causados por esquizofrénicos ya que serán psiquiatras y no psicólogos quienes diagnostiquen a un sujeto como esquizofrénico y determinen si sus acciones son causadas por su enfermedad o independientes de la misma.

### 2.1.3. Método psiquiátrico-psicológico-jurídico

El sistema mixto exige un presupuesto psicopatológico o causalidad psiquiátrica como la esquizofrenia y además un elemento normativo, es decir la ausencia de comprensión y voluntad del individuo de comprender que lo que hizo es ilícito. “Cuando la psiquiatría duda es la valoración psicológica la que decide y en definitiva es determinante para el juicio jurídico”<sup>143</sup>. Cabello critica los primeros dos sistemas y opina que este último sistema es el más completo ya que no acepta como causa de inimputabilidad la enfermedad mental por si sola y se apoya tanto de la psiquiatría como de la psicología por lo que hay una “doble valoración psicológica y espiritual”<sup>144</sup>.

---

<sup>140</sup> Cury Urzúa, Enrique. *Derecho penal: parte general*. Vol. II. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1992. p. 35.

<sup>141</sup> Donna, Edgardo A. "Capacidad de culpabilidad o imputabilidad." *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*. Buenos Aires: 1998, p. 45-57.

<sup>142</sup> Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, 2000. p.121.

<sup>143</sup> Zaffaroni, Eugenio Raúl., Alejandro Alagia, y Alejandro Slokar. *Derecho Penal: Parte General*. Buenos Aires: Ediar, 2002. p. 697.

<sup>144</sup> Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, 2000. p. 125.

Conforme a este sistema, “debe hacerse constar que la enfermedad de la mente o el estado de inconciencia, para tener eficacia eximente, han de privar de la conciencia de delinquir o de la posibilidad de obrar conforme a derecho”<sup>145</sup>. El sistema mixto estudia los fenómenos que convierten al sujeto en inimputable, y explica porqué ocurrieron. “Por una parte describe los estados que dan origen a la inimputabilidad, pero por la otra exige del juez una investigación ulterior sobre la existencia efectiva de la incapacidad para comprender y autodeterminarse”<sup>146</sup>. Cuando se toman en consideración factores socioculturales como la situación económica del individuo, su entorno familiar y la facilidad de acceso a centros médicos se puede llegar a una conclusión más motivada de qué impulsó al sujeto a delinquir. “La imputabilidad significa un proceso y no una mera manifestación de causas; implica, así, un contenido psicológico-jurídico valorativo que afirma que la imputabilidad es capacidad de comprensión del injusto, como también la capacidad de actuar en consecuencia con esa comprensión”<sup>147</sup>. Países como Argentina, España, Perú y Colombia utilizan este sistema. A modo de comparación cabe analizar el Artículo 33 del C.P. Colombiano:

Artículo 33. *Inimputabilidad*. Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares.

No será inimputable el agente que hubiere preordenado su trastorno mental.

Es claro que este artículo es más específico que el que se encuentra en nuestro C.P. En primer lugar precisa que el hecho cometido por un inimputable sigue siendo un delito ya que se trata de una conducta típica y antijurídica aunque no culpable. Contempla además las causas o trastornos: “inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural” y los efectos que acarrear: “no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión” Por lo mismo concuerdo con Cabello quién prefiere este sistema por ser el más exacto ya que

---

<sup>145</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *Principios de derecho penal. La ley y el delito*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2005. p. 341.

<sup>146</sup> Cury Urzúa, Enrique. *Derecho penal: parte general*. Vol. II. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1992. p. 35.

<sup>147</sup> Malo Camacho, Gustavo. *Derecho penal mexicano: teoría general de la ley penal, teoría general del delito, teoría de la culpabilidad y el sujeto responsable, teoría de la pena*. México, D.F.: Editorial Porrúa, 2003. p. 552.

según él en este sistema no caben las contradicciones, es una fórmula con estructura unitaria, y tiene una función calificadora y condicionante del apéndice psicológico<sup>148</sup>.

## 2.2. La perturbación mental como causa de inimputabilidad

Dentro de nuestra legislación se reputan como actos conscientes y voluntarios todas las infracciones, mientras no se pruebe lo contrario. Sin embargo, bajo esta regla general caben ciertos casos excepcionales, siendo la perturbación mental como causa de inimputabilidad uno de ellos. Esta excepción a la imputabilidad tiene una clara fundamentación antropológica ya que la enfermedad mental “es, por su propia naturaleza, una circunstancia de orden personal, humano, esto es, que se cierne no sobre unos hechos, sino sobre el propio sujeto activo del comportamiento tipificado como delito”<sup>149</sup>. El Código Penal ecuatoriano al hablar de la inimputabilidad, emplea el término “enfermedad mental” el cual es un concepto jurídico indeterminado y por lo mismo, el juez necesita la ayuda de un psiquiatra o médico forense que realice una valoración del estado de salud mental del procesado y así decidir si es que se le puede imputar o no.

José Ordoñez sostiene que “la psicología jurídica es un área que se encarga de estudiar el ajuste del comportamiento humano al cumplimiento de la ley y la interacción del hombre con las instancias legales en el proceso de la administración de justicia”<sup>150</sup>. Es por eso que la prueba pericial médica es tan importante, ya que claramente liga a la medicina y el derecho para poder llegar a una decisión correcta en cuanto al estado del sujeto y su capacidad de ser imputado o no por sus actos. Carlos Blanco enumera los pasos que el perito debería alcanzar para lograr una conclusión satisfactoria de sus hallazgos. Dentro de los objetivos del perito se encuentran el diagnóstico del proceso morboso, los medios utilizados para dicho diagnóstico, la determinación del carácter del proceso morboso (crónico, agudo, reversible, irreversible) en referencia al momento del hecho que se enjuicia, la fase orgánica o constitucional que pudiese tener el proceso

---

<sup>148</sup> Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, 2000. p.123.

<sup>149</sup> Blanco Lozano, Carlos. *Tratado de derecho penal español. Tomo 1: El sistema de la parte general*. Vol. 2. Barcelona: J.M. Bosch Editor, 2005. p. 218.

<sup>150</sup> Ordoñez, José. "Aspectos psicológicos de la responsabilidad penal." CENIPEC(2007). SABER ULA. Web. 25 Ago. 2011. <<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/23599/1/articulo7.pdf>>.

morboso, el modo en el que el proceso morboso influye sobre los elementos de imputabilidad, y la relación causal entre el proceso morboso y la conducta del sujeto<sup>151</sup>.

Vicente Cabello en su obra “Psiquiatría Forense en el Derecho Penal” establece que la inimputabilidad puede resultar por dos causas diferentes. La primera se produce cuando es imposible que la persona comprenda la naturaleza criminal de su conducta, y la segunda cuando existe una “reducción de su autodeterminación en una medida muy considerable”<sup>152</sup>. En otras palabras, el sujeto carece de capacidad para comprender lo injusto del hecho y de gobernar su actuación de acuerdo a dicha comprensión. En términos psiquiátricos la capacidad cognitiva se ve afectada por la atención, percepción, memoria, pensamiento y lenguaje de la persona; mientras que la capacidad volitiva es un proceso de tres etapas que son la concepción, la deliberación y la ejecución<sup>153</sup>.

Si es que se analizan los elementos de la capacidad cognitiva y volitiva dentro de la naturaleza de la esquizofrenia, dependiendo del subtipo que se trate (paranoide, hebefrénica o indiferenciada) por los síntomas que caracteriza a cada uno, se verán afectados uno o varios de los factores de la conciencia y voluntad. Esta enfermedad cuando no es tratada, “hace que el esquizofrénico deba ser considerado a los efectos penales como afecto de una anomalía o alteración psíquica que le impide comprender la ilicitud del hecho delictivo”<sup>154</sup>. Si es que el sujeto no puede controlar sus acciones y menos aun comprender lo que hizo, no se le puede sancionar por las mismas. Gisbert Calabuig<sup>155</sup> señala cuatro condiciones mínimas necesarias que se deben cumplir para que una persona pueda responder por sus actos:

1. Un estado de madurez mínimo, fisiológico y psíquico.
2. Plena conciencia de los actos que realizan.
3. Capacidad de voluntariedad.
4. Capacidad de libertad.

Para que la alteración psíquica sea considerada una causa de inimputabilidad se deberán tener en cuenta las cuatro condiciones establecidas por Calabuig pero además

---

<sup>151</sup> Blanco Lozano, Carlos. *Tratado de derecho penal español. Tomo 1: El sistema de la parte general*. Vol. 2. Barcelona: J.M. Bosch Editor, 2005. p. 221.

<sup>152</sup> Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, 2000.

<sup>153</sup> Burón, Javier. *Psicología médico-forense: la investigación del delito*. 2a ed. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2009. p. 171.

<sup>154</sup> Rodes, Lloret Fernando. *Enfermedad mental: aspectos médico-forenses*. Madrid: Díaz de Santos, 2006. p.118.

<sup>155</sup> Gisbert, Calabuig Juan Antonio. *Medicina legal y toxicología*. Barcelona: Masson, 1998.

deberá existir una relación de causalidad entre la enfermedad y el hecho cometido<sup>156</sup>. “A efectos penales, el sujeto que padece una esquizofrenia no va a ser considerado automáticamente como inimputable, puesto que aún hay que demostrar que en relación con el hecho delictivo concreto existió una anulación de las facultades intelectivas y volitivas, y esto no ocurre siempre”<sup>157</sup>. Es decir, el hecho deberá ser resultado de un síntoma de la enfermedad, como por ejemplo el esquizofrénico paranoide sin tratamiento que mata por haber alucinado que lo estaban atacando, será considerado inimputable. Los esquizofrénicos paranoides “son enfermos peligrosos, pues a su agresividad, hostilidad y convicción delirante, se une, que conservan la capacidad intelectual. Son conductas inmotivadas”<sup>158</sup>. A pesar de que conservan el menor desgaste en sus facultades mentales, no tienen plena conciencia de los actos que realizan por que aquellos son resultado de sus alucinaciones o delirios.

---

<sup>156</sup> Fonseca, Morales Gema María. *La anomalía o alteración psíquica como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal*. Madrid: Dykinson, 2009.

<sup>157</sup> Burón, Javier. *Psicología médico-forense: la investigación del delito*. 2a ed. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2009. p. 201.

<sup>158</sup> Finol, María Alejandra, y Eduardo R. Piña. "Intervención del psicólogo forense en la determinación de la enfermedad mental como causa de inimputabilidad." *Revistas Científicas y Humanistas*. Ed. Jesús Enrique y Gazelle Fuenmayor. Maracaibo: Universidad de Zulia, 2008, p. 89-119.

## Capítulo 3

### 3. El esquizofrénico como inimputable

Finol y Piña establecen que la enfermedad mental debe cumplir dos criterios para que sea causa de inimputabilidad. Primero debe haber un criterio cualitativo bajo el cual la enfermedad mental afecta la capacidad de conocer y autodeterminarse; y un criterio cuantitativo donde dicha afectación es absoluta<sup>159</sup>. En vista de que no considero a todo esquizofrénico como inimputable, opino que para determinar la imputabilidad o no del mismo es necesario realizar un análisis de la enfermedad, dentro de qué etapa de la misma se encuentra el sujeto y la naturaleza del hecho delictivo.

Javier Burón dice que no todos los actos realizados por un individuo que sufre una alteración o anomalía psíquica van a estar condicionados por su padecimiento; puede que el hecho delictivo se haya producido en un momento situado fuera de la zona propia de una crisis aguda o el mismo no pertenezca a la clase de comportamientos afectados por la perturbación<sup>160</sup>.

Es por esta razón que es necesario además, el estudio de cómo estaban las facultades de la persona al momento de la acción y cuáles eran sus síntomas. “Por ello siempre habrá que informar no solo de la existencia de esta enfermedad mental, sino también de en qué medida se afecta la conciencia, la voluntad, la inteligencia y la afectividad”<sup>161</sup>. Para poder estudiar estos factores de la conciencia y la voluntad es importante primero saber si es que el sujeto está en remisión sintomática, es decir, siendo tratado para su enfermedad o si es que no ha recibido tratamiento alguno.

#### 3.1. Esquizofrénicos sin tratamiento (dentro de los elementos de la inimputabilidad)

Fernando Rodes Lloret en su obra “Enfermedad mental aspectos médico-forenses” considera que en los brotes y periodos de actividad de la enfermedad, el esquizofrénico es inimputable ya que “presenta un fallo total en la esfera volitiva” por lo que no tiene control sobre sus actos<sup>162</sup>. Rodes Lloret tiene la misma opinión en cuanto a los esquizofrénicos en estados demenciales ya que viven en su propio mundo, en un estado

---

<sup>159</sup> Finol, María Alejandra, y Eduardo R. Piña. "Intervención del psicólogo forense en la determinación de la enfermedad mental como causa de inimputabilidad." *Revistas Científicas y Humanistas*. Ed. Jesús Enrique y Gazelle Fuenmayor. Maracaibo: Universidad de Zulia, 2008, p. 89-119.

<sup>160</sup> Burón, Javier. *Psicología médico-forense: la investigación del delito*. 2a ed. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2009, p. 92.

<sup>161</sup> Rodes, Lloret Fernando. *Enfermedad mental: aspectos médico-forenses*. Madrid: Díaz De Santos, 2006. p.118.

<sup>162</sup> *Ibidem*. p. 118.

de autismo que afecta su capacidad de decidir conscientemente o de conocer el valor de sus acciones.

Por el contrario, en el caso de las esquizofrenias residuales el mismo autor establece que se deberá analizar cada caso en concreto ya que “la imputabilidad estará en razón inversa al grado de deterioro producido, oscilando entre una anulación total o parcial de la capacidad volitiva del sujeto”<sup>163</sup>. Es decir que se deberán estudiar tanto los síntomas residuales como el nivel de deterioro y la personalidad previa del sujeto y relacionarlos con el acto delictivo. Si es que el sujeto todavía retiene capacidad volitiva, podría considerársele imputable de sus actos. “En general el conocimiento, la voluntad y la conciencia están disminuidas, pero pueden ser normales si el cuadro es leve y no está directamente relacionado con el delito”<sup>164</sup>. Esto significa que el sujeto puede ser capaz de dirigir su propio curso de pensamiento pero todavía pueden observarse trastornos de afectividad o psicomotores.

Al hablar de delitos de sangre dentro de los cuales existe un alto grado de violencia, se deben tomar en cuenta factores como la personalidad del autor y su adaptación social al medio ya que la violencia no siempre va a originarse de un núcleo psicopatológico<sup>165</sup>. “Se da una inimputabilidad clara cuando el acto delictivo se realiza en un contexto psicopatológico, de forma súbita, sin planificación, fruto de una inspiración delirante o de una alucinación”<sup>166</sup>. Este es un tipo de violencia directo ya que es producto de los síntomas positivos del esquizofrénico dentro de un episodio agudo. Avilés Gómez opina que no toda conducta violenta es psiquiátrica y por lo mismo se debe estudiar la autonomía del sujeto y valorar si es que se trata de un paciente que no controla sus impulsos, si es que la violencia se manifiesta de forma puntual o si es que es un estilo de ser violento. El mismo autor, además, cree que se puede reducir la violencia psiquiátrica siempre y cuando el paciente esté bajo tratamiento médico ya que en aquellos casos en los cuales fracasa la terapéutica, siempre existirá un riesgo continuo.

---

<sup>163</sup> Rodes, Lloret Fernando. *Enfermedad mental: aspectos médico-forenses*. Madrid: Díaz de Santos, 2006. p. 118.

<sup>164</sup> Cabrera, Foneiro J., Rocañin J. C. Fuertes, and Moreno C. Plumed. *Enfermería Legal*. Madrid: UPCO, 1994. p. 207.

<sup>165</sup> Avilés Gómez, Manuel. *Delitos y delincuentes: cómo son, cómo actúan*. San Vicente: Club Universitario, 2010. p. 186.

<sup>166</sup> *Ibidem*.p. 186.



### 3.2. Esquizofrénicos bajo tratamiento (en remisión sintomática)

Cuando un sujeto con esquizofrenia inicia tratamiento, como se mencionó en el capítulo anterior, por lo general formará parte de un proceso de tres etapas donde gradualmente con antipsicóticos y terapia irá recuperando su conciencia y voluntad. “Conviene no olvidar que las esquizofrenias son hoy día procesos tratables, lo que suele permitir la restitución de una conducta social responsable”<sup>167</sup>. Habrán casos en los que la voluntad seguirá viéndose parcialmente afectada mientras en otros se la recupera por completo. Por lo mismo, el esquizofrénico en remisión sintomática es capaz de poseer el suficiente juicio crítico como para poder comprender qué conductas son ilícitas y cuales no. Dicho sujeto además tiene el autocontrol necesario para dirigir voluntariamente sus conductas y ejecutar las acciones que realmente quiere realizar. “En presencia de síntomas defectuales los pacientes esquizofrénicos pueden considerarse imputables o con imputabilidad disminuida, dependiendo del grado de compromiso de las facultades mentales. Estando clínicamente compensados son por cierto imputables”<sup>168</sup>. Son imputables al estar compensados clínicamente porque la medicina ha dado tales avances que permite que un esquizofrénico en tratamiento elimine sus síntomas y tenga capacidad de accionar de manera consiente y voluntaria con completo control de sus impulsos.

En el primer capítulo se estableció también, que el tratamiento de antipsicóticos previene reincidencias en los pacientes, siendo los antipsicóticos de segunda generación los más efectivos para controlar los síntomas positivos y negativos de la enfermedad. Por lo mismo, lo que se propone con esta tesis es la imputabilidad de aquellos esquizofrénicos, que si bien fueron diagnosticados con la enfermedad hace varios años, “han tenido un buen control de la enfermedad, con un esparcimiento entre brotes cada vez mayor, y que llevan años sin presentar ningún síntoma del trastorno y con una perfecta adaptación social, laboral y personal”<sup>169</sup>. El hecho de que puedan mantener un trabajo así como una vida personal funcional comprueba que el esquizofrénico en remisión tiene un nivel de madurez aceptable, y es capaz de realizar sus actos con conciencia, voluntad y libertad. “Teniendo en cuenta lo anterior, la esquizofrenia deberá

---

<sup>167</sup> Cabrera, Forneiro J., Rocañin J. C. Fuertes, and Moreno C. Plumed. *Enfermería Legal*. Madrid: UPCO, 1994. p. 207.

<sup>168</sup> Dresdner, Rodrigo. *Psiquiatría forense en lo penal*. Chile: Editorial Iku, 2010. p. 66.

<sup>169</sup> Rodes, Lloret Fernando. *Enfermedad mental: aspectos médico-forenses*. Madrid: Díaz De Santos, 2006. p. 119.

considerarse como una circunstancia eximente en los casos graves, y en general atenuante en los demás, aunque con los progresos terapéuticos actuales puede darse la situación de plena imputabilidad”<sup>170</sup>.

### 3.3. Análisis de la culpabilidad del esquizofrénico en tratamiento

El concepto de culpabilidad ha ido evolucionando a través de la historia y la doctrina. “Las diversas nociones de culpabilidad han oscilado permanentemente entre un concepto de culpabilidad referido a la voluntad libre, propio de las teorías absolutas y otro que reemplaza la voluntad (libre) por el carácter del autor [...], que corresponde con las teorías preventivo especiales”<sup>171</sup>. Federico Soto define la culpabilidad como “el juicio por el cual se reprocha a un sujeto haber realizado un comportamiento típico y antijurídico, cuando le era exigible la realización de otro comportamiento diferente, adecuado a la norma”<sup>172</sup>. Si el esquizofrénico en tratamiento comprende la criminalidad de su acto y es capaz de dirigir sus acciones, ¿es éste culpable? Para determinar si un individuo es culpable o no, primero es necesario que éste haya sido declarado imputable y que su obrar haya sido antijurídico. “Se está en el ámbito de la capacidad o no del sujeto para poder motivarse de acuerdo a las normas”<sup>173</sup>. El sujeto debe comprender la criminalidad de su actuar y necesita saber que violentó una norma al atentar contra un bien jurídico protegido. La doctrina dependiendo de la tesis y la posición que tenga acerca de la culpabilidad define a este concepto de distintas maneras. Zaffaroni lo puntualiza de la siguiente manera:

La culpabilidad es el juicio necesario para vincular en forma personalizada el injusto a su autor y, en su caso, operar como el indicador del máximo de la magnitud de poder punitivo que puede ejercerse sobre éste. Este juicio resulta de la síntesis de un juicio de reproche basado en el ámbito de autodeterminación de la persona en el momento del hecho (formulado conforme a elementos formales proporcionados por la ética tradicional) con el juicio de reproche por el esfuerzo del agente para alcanzar la situación de vulnerabilidad en que el sistema penal ha concretado su peligrosidad [...]<sup>174</sup>.

---

<sup>170</sup> Cabrera, Forneiro J., Rocañin J. C. Fuertes, and Moreno C. Plumed. *Enfermería Legal*. Madrid: UPCO, 1994. p. 207.

<sup>171</sup> Loor, Franco Eduardo. *Fundamentos de derecho penal moderno*. Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones, 2011. p. 307.

<sup>172</sup> Soto, Federico. "La imputabilidad disminuida como origen del sistema de justicia para menores delincuentes." *Ombudsman Revista Especializada en Derechos Humanos*. Aguascalientes: CEDH, 2006, p. 117-50.

<sup>173</sup> Donna, Edgardo A. "Capacidad de culpabilidad o imputabilidad." *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*. Buenos Aires: 1998, p. 45-57.

<sup>174</sup> Zaffaroni, Eugenio Raúl., Alejandro Alagia, y Alejandro Slokar. *Derecho Penal: Parte General*. Buenos Aires: Ediar, 2002. p. 656.

Cabello afirma que “si la imputabilidad es un estado, la culpabilidad consiste en el ejercicio de dicho estado al cometer un hecho antijurídico en concreto”<sup>175</sup>. Una vez que el sujeto es declarado imputable se analiza si es que el hecho cometido fue realizado sin coacción ni error, ya que éstas son causas de exclusión de culpabilidad. A diferencia de las causas de justificación, cuando se trata de un inimputable, se suprime al inculpado pero no la causa como tal<sup>176</sup>. La motivación del sujeto se debe revisar para responder porqué actuó con dolo o culpa, y cuando se trata del esquizofrénico en tratamiento que comete un delito, es importante comprobar la existencia de alguna de éstas. En el C.P. ecuatoriano podemos encontrar la definición de infracciones dolosas y culposas en el Art.14:

Art. 14.- La infracción es dolosa o culposa.

La infracción dolosa que es aquella en que hay el designio de causar daño, es:

Intencional, cuando el acontecimiento dañoso o peligroso, que es el resultado de la acción o de la omisión de que la ley hace depender la existencia de la infracción, fue previsto y querido por el agente como consecuencia de su propia acción u omisión; y;

Preterintencional, cuando de la acción u omisión se deriva un acontecimiento dañoso o peligroso más grave que aquel que quiso el agente.

La infracción es culposa cuando el acontecimiento, pudiendo ser previsto pero no querido por el agente, se verifica por causa de negligencia, imprudencia, impericia, o inobservancia de Ley, reglamentos u órdenes.

Al aplicar esta norma al caso del esquizofrénico en tratamiento, es pertinente estudiar distintas situaciones potenciales. Si es que el esquizofrénico en remisión comete un delito como por ejemplo de narcotráfico, sabiendo plenamente que si es que lo descubren lo declararán inimputable por su enfermedad, ciertamente existirá dolo. Por lo general, este tipo de pacientes a causa de su enfermedad cometerán asesinatos si es que son de tipo paranoico o robos si es que son de tipo desorganizado, pero el narcotráfico no es un delito que podrían cometer a causa de sus síntomas. “En consecuencia, imputación es, la capacidad de escoger entre la ejecución o no de un acto calificado por el Código como delito y de tomar una determinación en uno u otro

---

<sup>175</sup> Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, 2000. p.125.

<sup>176</sup> Ibid. p.126.

sentido"<sup>177</sup>. Por lo mismo, el esquizofrénico que se convierte en narcotraficante tiene la capacidad de escoger en cometer un acto ilícito o no, y de decidir de manera consciente, quebrantar la ley. “Para que concurra la forma de culpabilidad dolosa no es suficiente con que el autor haya sabido y querido lo que hacía, sino que es preciso también que haya sabido que no debía hacerlo y que, pese a ello, se haya decidido a realizarlo”<sup>178</sup>. Evidentemente a este sujeto le era exigible actuar de acuerdo a derecho, al no hacerlo su conducta es reprochable ante la ley. Es deber del juez, como titular de la reprochabilidad, analizar el contenido de la voluntad del autor y los motivos que lo llevaron a quebrantar la ley.

Podría darse también una situación en la cual el esquizofrénico bajo tratamiento deja de medicarse con el propósito de delinquir y luego alegar que fue un producto de sus síntomas. Esta situación se conoce por la normativa como trastorno mental preordenado. “La figura de preordenación consiste en la comisión de un hecho en estado de alteración del sensorio, que el agente se procura libremente para facilitar la ejecución del delito o para prepararse una excusa”<sup>179</sup>. La existencia de dolo en este caso sería irrefutable por lo que el sujeto tendría que ser declarado culpable. “Esa es la estructura que caracteriza a la *actio libera in causa* dolosa: la existencia de un doble dolo, que acompañe a cada una de las dos acciones, la primera dirigida a generar la situación de inimputabilidad y la segunda dirigida a realizar el delito”<sup>180</sup>. Por otro lado, habrá *actio libera in causa* culposa si es que el paciente se olvidó de tomar su medicación y a causa de dicho descuido comete un delito contra la propiedad, ya que a causa de su conducta imprudente se produjo un resultado no querido pero previsible. “En estos casos el momento de imputabilidad no se refiere al tiempo de la ejecución material del hecho típico, sino a aquel en que el sujeto obró, consiente o

---

<sup>177</sup> Gaviria Trespalcios, Jaime. “La inimputabilidad: concepto y alcance en el Código Penal colombiano”. *Revista Colombiana de Psiquiatría XXXIV*. Bogotá: Asociación colombiana de psiquiatría, 2005, p. 26-48.

<sup>178</sup> Cobo del Rosal, Manuel, y Tomás Vives Antón. *Derecho Penal: Parte General*. 5ta ed. Valencia: Universidad de Valencia, 1999.

<sup>179</sup> Gaviria Trespalcios, Jaime. “La inimputabilidad: concepto y alcance en el Código Penal colombiano”. *Revista Colombiana de Psiquiatría XXXIV*. Bogotá: Asociación colombiana de psiquiatría, 2005, p. 26-48.

<sup>180</sup> Rusconi, Maximiliano. *Teoría del delito*. Santo Domingo, República Dominicana.: Escuela Nacional de la Judicatura, 2007. p. 358.

negligentemente, provocando la situación de imputabilidad”<sup>181</sup>. Es decir, el momento en que el individuo decidió no tomar su medicación o simplemente se olvidó de hacerlo.

### 3.3.1. Visión psicológica de la culpabilidad

Hans Heinrich Jescheck sostiene que “esta concepción tan antigua, aun absolutamente formal de culpabilidad, se detenía en el estado mental del autor del delito, sobre la base de aquellos hechos que fueran reconocibles por medio de la observación y accesibles a una descripción”<sup>182</sup>. La posición psicológica sobre la culpabilidad establece que una vez que una persona delinque, se deberá comprobar cómo el estado psicológico en el que se hallaba se vincula al hecho que cometió<sup>183</sup>. “Este modo de concebir la culpabilidad situó el núcleo de ésta en el dolo y en la culpa, es decir, en la vinculación de índole fundamentalmente psicológica entre el autor y el hecho”<sup>184</sup>. En esta teoría, el dolo y la culpa son las dos especies de culpabilidad mediante las cuales “el delito aparece, pues como el resultado de una doble vinculación causal: la relación de causalidad material, que da lugar a la antijuricidad, y la relación de causalidad psíquica, en que consiste la culpabilidad”<sup>185</sup>.

Según la posición psicológica se puede distinguir entre la culpa consiente dentro de la cual el sujeto sabe que una situación es peligrosa, y sin embargo actúa porque confía que el resultado lesivo no se va a dar; y la culpa inconsciente donde no se advierte el peligro de una situación ni se busca un resultado lesivo. En esta teoría “la culpabilidad consiste en la atribución psicológica del acto a una persona determinada”<sup>186</sup>. El nivel de imputabilidad dependerá de si es que la persona tiene la capacidad suficiente para responder penalmente por sus actos. Si la persona es, efectivamente imputable, entonces el acto será punible siempre y cuando se compruebe la existencia de dolo o culpa.

Bajo el esquema de Soler, representante principal de esta posición tradicional, la imputabilidad queda fuera de la culpabilidad porque el estado mental o madurez que la

---

<sup>181</sup> Cury Urzúa, Enrique. *Derecho penal: parte general*. Vol. II. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1992. p. 37.

<sup>182</sup> Heinrich, Jescheck Hans. “Evolución del concepto jurídico penal de culpabilidad en Alemania y Austria.” *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. Granada: RECPC, 2003, p. 1-19.

<sup>183</sup> Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, 2000. p. 184.

<sup>184</sup> Alvarez Bonilla, Argenis Jesús. “Inimputabilidad, la culpabilidad y el dolo.” *Revista de Opinión Jurídica*. Ed. Horacio Ruiz y Juan Francisco Seguí. Buenos Aires: Urbe et Ius, 2006, p. 1-19.

<sup>185</sup> Mir Puig, Santiago. *Derecho penal: parte general*. 8va ed. Buenos Aires: Euros Editores SRL, 2008. p. 529.

<sup>186</sup> Albán Gómez, Ernesto. *Manual de derecho penal ecuatoriano parte general*. 3era ed. Quito: Ediciones Legales, 2005. p. 184.

ley exige para que se responsabilice a un sujeto por su acto, no representa la vinculación psicológica con el hecho ilícito sino que constituye un presupuesto de la misma<sup>187</sup>. En otras palabras, “la imputabilidad representa un presupuesto (del dolo y la culpa), que se presenta como una calidad personal del sujeto, mientras que aquella es una situación en la que el sujeto imputable puede hallarse”<sup>188</sup>.

Esta teoría ha sido criticada ya que en la práctica resultaba inútil. Jiménez de Asúa afirma que “la imputabilidad si es psicológica; pero la culpabilidad es valorativa, puesto que su contenido es un reproche. No basta en ella, a pesar de lo que supone Radbruch, lo psicológico puro.<sup>189</sup>” No se puede medir la culpabilidad si es que se la considera solamente como un vínculo psicológico entre el autor y su acto. “No podía darse explicación a la culpa inconsciente, que supone precisamente la ausencia de todo vínculo psicológico con el resultado producido”<sup>190</sup>. Es decir, que la imprudencia no podía explicarse como relación psicológica. “Debe concluirse que la culpabilidad no es únicamente dolo o culpa y que a su estructura ha de pertenecer algún otro elemento, susceptible de alteraciones cuantitativas”<sup>191</sup>. Por otro lado, esta teoría no podía explicar la existencia de causas de exculpación que no excluyen el dolo, como por ejemplo el estado de necesidad exculpante. Finalmente, se objeta esta posición porque no toma en consideración factores como la reprochabilidad, la exigibilidad, las motivaciones o la personalidad del autor. Dice Goldschmidt:

En el psicologismo la culpabilidad no exige, en ninguna forma, una comparación estimativa de intereses (bienes o deberes), sino solo la comprobación de si se ha dado o no la situación de hecho de índole psicológica, representativa del dolo o de la culpa. El normativismo sí la exige: el fundamento de la “no exigibilidad” no es de otra naturaleza<sup>192</sup>.

### 3.3.2. Visión normativa

A finales del siglo 19 surge el Neokantismo, que a diferencia del psicologismo que se basaba en observar y describir, se comienza a utilizar el método de comprender y valorar. Esta teoría defendida por Jiménez de Asúa y James Goldschmidt sostiene que no es suficiente el análisis psicológico, sino que es necesario estudiar también las

---

<sup>187</sup> Goldschmidt, James. *La concepción normativa de la culpabilidad*. Trad. Margarethe de Goldschmidt y Ricardo C. Núñez. 2da ed. Montevideo: Editorial B de F, 2007. p. 72.

<sup>188</sup> Ibid. p. 73.

<sup>189</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *Principios de derecho penal. La ley y el delito*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2005. p. 354.

<sup>190</sup> Mir Puig, Santiago. *Derecho penal: parte general*. 8va ed. Buenos Aires: Euros Editores SRL, 2008. p. 287.

<sup>191</sup> Cury Urzúa, Enrique. *Derecho penal: parte general*. Vol. II. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1992. p. 16.

<sup>192</sup> Goldschmidt, James. *La concepción normativa de la culpabilidad*. Trad. Margarethe de Goldschmidt y Ricardo C. Núñez. 2da ed. Montevideo: Editorial B de F, 2007. p. 80.

normas bajo las cuales la persona debió regirse y qué le motivó a transgredir esas normas con sus acciones. “Entonces, se concluye que la culpabilidad no sólo es un problema de conciencia y voluntad sino también de motivación”<sup>193</sup>. A diferencia de la tesis anterior donde el dolo y la culpa pertenecen dentro de la culpabilidad, en esta tesis se sitúan bajo el tipo penal por lo que puede concurrir el dolo y faltar la culpabilidad. “Al efectuar el traslado del dolo y la culpa al tipo, el finalismo tiene que despojarlos de los elementos de valor que se les atribuyen en la concepción tradicional. Ya no puede hablarse de un dolo malo. El dolo y la culpa son conceptos libres de valor”<sup>194</sup>.

Así, se separa de la culpabilidad, el objeto de la valoración, que es el elemento subjetivo, y queda solamente la valoración del objeto que es la reprochabilidad. “El dolo no es ningún criterio que sirva para valorar si el autor pudo hacer algo diferente, sino una forma de hacer lo que hizo”<sup>195</sup>. La nueva concepción de culpabilidad que se propone establece que ésta no es solo el fundamento de la pena, sino también una forma de medirla. “Esta teoría fundamenta la responsabilidad penal en consideraciones normativas, es decir en función de las normas que la persona tiene ante sí y de los motivos que le impulsaron a violar con su conducta tales normas”<sup>196</sup>. Bajo el normativismo se estudia la motivación reprochable al individuo y no solamente el contenido subjetivo del delito. Los elementos de culpabilidad contenidos en esta posición son: la imputabilidad como capacidad de culpabilidad, el dolo o la culpa como voluntad defectuosa y la ausencia de causas de exculpación<sup>197</sup>.

### 3.3.2.1. Teoría compleja de culpabilidad

La doctrina ha propuesto dos teorías que fundamentan la reprochabilidad. La primera, es la llamada teoría compleja de la culpabilidad, que mira a la misma como una expresión de un reproche fundamentado en la idea de poder. Esta idea del poder estudia el libre albedrío y analiza si el sujeto pudo actuar de otro modo, si es que pudo motivarse por la norma y si es que fue capaz de utilizar una racionalidad preventiva, y

---

<sup>193</sup> Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, 2000. p. 185.

<sup>194</sup> Cury Urzúa, Enrique. *Derecho penal: parte general*. Vol. II. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1992. p. 20.

<sup>195</sup> Soto, Federico. "La Imputabilidad disminuida como origen del sistema de justicia para menores delincuentes." *Ombudsman Revista Especializada en Derechos Humanos*. Aguascalientes: CEDH, 2006, p. 117-50.

<sup>196</sup> Albán Gómez, Ernesto. *Manual de derecho penal ecuatoriano parte general*. 3era ed. Quito: Ediciones Legales, 2005. p. 185.

<sup>197</sup> Mir Puig, Santiago. *Derecho penal: parte general*. 8va ed. Buenos Aires: Euros Editores SRL, 2008. p. 532.

“exige para la formulación del juicio de culpabilidad la comparación de la actuación del sujeto enjuiciado con la actuación de un hombre medio o un hombre normal”<sup>198</sup>. Podría decirse que este es un concepto psicológico-normativo de culpabilidad ya que “se caracterizaba, como se ve, por la introducción de una perspectiva valorativa en la explicación de la esencia de culpabilidad, pero también por el mantenimiento del contenido psicológico del hecho como objeto de la valoración”<sup>199</sup>. El representante principal de esta corriente fue Mezger quién “incluye en la culpabilidad, como elemento de ella, a la capacidad de culpabilidad y las causas de exclusión de la culpabilidad, con lo cual se juzga la personalidad del autor”<sup>200</sup>. Se estudia cómo se desarrolló la representación de los hechos para poder determinar la medida del reproche. La posición de Mezger establece que el dolo y la culpa son elementos del juicio del reproche y no una forma de culpabilidad. Por lo mismo, el reproche de culpabilidad se hace como consecuencia del resultado injusto y no como reproche a la personalidad del autor.

Jesús Gómez López cita también a Giovanni Musotto como defensor de esta tesis quien dijo que “la culpabilidad [...] es una reprobación que se hace al sujeto porque se ha determinado a un comportamiento socialmente dañoso, pues cada integrante de la sociedad está obligado a conformar su voluntad de acuerdo con las exigencias legales [...]”<sup>201</sup>. El sujeto, pudiendo actuar de manera legal, adoptó un comportamiento perjudicial para la sociedad que deberá ser sometido a un juicio de reproche. La estructura de la culpabilidad está compuesta por tres elementos: la imputabilidad, el vínculo psicológico de dolo o culpa y la existencia de una situación bajo la cual una persona para actuar conforme a derecho, es decir la ausencia de causas de exculpación.

### 3.3.2.2. Teoría normativa pura de culpabilidad

En segundo lugar, se ha propuesto la teoría normativa pura que mira a la culpabilidad como expresión de un reproche fundamentado en actitudes o vivencias. Los elementos de la culpabilidad según el finalismo son: la imputabilidad, la posibilidad de conocimiento de la antijuricidad del hecho y la ausencia de causas de exculpación. Para Maihofer, defensor de esta posición normativa pura, “culpabilidad tiene igual

---

<sup>198</sup> Cuesta Aguado, Paz M. *Culpabilidad: exigibilidad y razones para la exculpación*. Madrid: Dykinson, 2005. p. 85.

<sup>199</sup> Mir Puig, Santiago. *Derecho penal: parte general*. 8va ed. Buenos Aires: Euros Editores SRL, 2008. p. 532.

<sup>200</sup> Donna, Edgardo Alberto. *Teoría del delito y de la pena*. 2da ed. Buenos Aires: Astrea, 1996. p. 185.

<sup>201</sup> López Gómez, Jesús. *Culpabilidad e inculpabilidad*. Santafé de Bogotá: Librería Doctrina y Ley, 1996. p. 234.



sentido que culpabilidad social. Acá no se puede aceptar el poder individual o general de actuar de forma del hombre común, sino que este poder individual de la persona será visto según su posición social"<sup>202</sup>. Esta teoría puede ser estudiada desde dos puntos de vista: la culpabilidad como expresión de un reproche fundamentado en una actitud interna jurídicamente desaprobada, o considerar la culpabilidad como expresión de un reproche fundamentado en la responsabilidad de la persona por su propio carácter.

Paz Cuesta critica esta última teoría ya que no establece criterio alguno para reprender jurídicamente la actitud interna de la persona, y “por otro lado, una concepción de la culpabilidad basada en el propio carácter solo es admisible si se renuncia totalmente a la retribución y al reproche moral [...] y se entiende la culpabilidad como responsabilidad social”<sup>203</sup>. Por otro lado, Alexander Graf ZuDohna defendía esta tesis diciendo que “acciona culpablemente quien acciona antijurídicamente, no obstante que pudo conducirse conforme a derecho. A quien no ha tenido en modo alguno posibilidad de conducirse de otra manera, lo consideramos libre de toda responsabilidad”<sup>204</sup>. En base al concepto de Dohna entonces, el esquizofrénico sin tratamiento no pudo conducirse de otra manera porque su enfermedad no le permitió actuar conforme a derecho y por lo mismo es exento de cualquier responsabilidad.

En vista de que la teoría psicológica de culpabilidad ha sido descartada, es pertinente analizar la situación de un esquizofrénico delincuente en base a la posición psicológica-normativa que es la más acertada con lo propuesto por esta tesis. Si estudiamos la teoría compleja de culpabilidad como expresión de un reproche fundamentado en la idea de poder y la aplicamos a un sujeto con esquizofrenia que delinque, es importante que la libertad, voluntad y conciencia de dicho sujeto al realizar el hecho, sean partes primordiales del análisis. Dresdner establece que “durante una crisis psicótica estos pacientes deben generalmente considerarse inimputables, siempre y cuando el móvil y modus operandi del delito sea concordante con los fenómenos sicopatológicos del cuadro de estado”<sup>205</sup>. Si es que la persona presenta un cuadro de síntomas negativos como alteraciones psicomotoras y trastornos conductuales característicos de la esquizofrenia hebefrénica, claramente su libre albedrío sería nulo

---

<sup>202</sup> Donna, Edgardo Alberto. *Teoría del delito y de la pena*. 2da ed. Buenos Aires: Astrea, 1996. p. 196.

<sup>203</sup> Cuesta Aguado, Paz M. *Culpabilidad: exigibilidad y razones para la exculpación*. Madrid: Dykinson, 2005. p. 87.

<sup>204</sup> López Gómez, Jesús. *Culpabilidad e inculpabilidad*. Santafé de Bogotá: Librería Doctrina y Ley, 1996. p. 240.

<sup>205</sup> Dresdner, Rodrigo. *Psiquiatría forense en lo penal*. Chile: Editorial Iku, 2010. p. 66.

lo cual lo haría inimputable. Sin embargo, un esquizofrénico con un diagnóstico paranoide o residual que está recibiendo el tratamiento adecuado, tendrá su poder de decisión intacto, haciéndole imputable si es que llegaría a cometer un hecho antijurídico con dolo o culpa.

Es por esto que en la concepción normativa “el dolo y la culpa no son ya abstractas construcciones en referencia a elementos naturalísticos, sino que son referidos a la valoración de la norma”<sup>206</sup>. Cabe repetir lo dicho por Mezger, que la conducta antijurídica aparece como una manifestación de la personalidad del que actúa que es desaprobada por el derecho. La personalidad autista del heberfrénico puede manifestarse mediante una conducta omisiva que resulta en un acto antijurídico pero que no puede ser sancionado por el derecho porque este sujeto carece de libre albedrío y no pudo diferenciar entre una conducta buena y mala ya que los síntomas negativos de su enfermedad no se lo permitieron; por lo cual no se le puede exigir que actúe conforme a derecho, vincular concretamente al acto ni imputarlo del mismo.

Sin embargo, el esquizofrénico en tratamiento que decide vender droga o violar, sí tiene el poder de decisión, por lo que su conducta antijurídica es una manifestación no de su personalidad esquizofrénica sino una expresión de su temperamento delictivo que quiso realizar dicha acción de manera voluntaria entendiendo claramente la ilicitud de la misma; por lo cual deberá ser imputado al igual que una persona sana. El nivel de exigibilidad necesario para comprobar la culpabilidad bajo la teoría normativa, requiere que se compruebe que el sujeto “ha obrado en circunstancias normales y por lo tanto le era exigible en el caso concreto la conducta conforme a derecho”<sup>207</sup>. Al analizar la culpabilidad bajo la teoría normativa es evidente la importancia que tiene dicha concepción al estudiar la enfermedad mental como eximente de responsabilidad, ya que como se ha dicho, habrán casos en los que a pesar de que el esquizofrénico está en crisis psicótica, lo que le motivó a delinquir no está relacionado con su enfermedad como tal ni es producto de uno de sus síntomas por lo cual habrá que imputarle por sus actos como a cualquier otro ciudadano.

---

<sup>206</sup> Messina, Salvatore. “Presupuestos metódicos del concepto de culpabilidad. Sobre las concepciones normativas en derecho penal.” *Anuario de Derecho Penal*. Castilla: Publicaciones del Ministerio de Justicia, 1959, p. 541-559.

<sup>207</sup> Albán Gómez, Ernesto. *Manual de derecho penal ecuatoriano parte general*. 3era ed. Quito: Ediciones Legales, 2005. p. 185.

### 3.4. ¿Es responsable el inimputable frente al derecho penal?

Al tratar este tema, es importante estudiar la estructura de la responsabilidad dentro del campo penal. La responsabilidad penal parte de dos presupuestos: uno objetivo y uno subjetivo. Dentro del primero se encuentra una condición material: el acto ilícito como tal, ya que el pensamiento o la voluntad por sí sola no se pueden castigar. El acto que va en contra de derecho por más de que haya sido cometido por un esquizofrénico, sí es antijurídico. “La responsabilidad objetiva o material desatiende la culpabilidad y se conforma con la sola causación del suceso, y la simple acción u omisión hacen ya punible al sujeto”<sup>208</sup>. Es por esto que a la responsabilidad objetiva también se le conoce como responsabilidad penal por el solo resultado.

Bajo el presupuesto subjetivo en cambio, se encuentra la premisa de que “el acto ha de ser querido y consentido, ha de ser representado mentalmente con todas sus consecuencias, es decir, puede considerarse como la realización de la voluntad del actor”<sup>209</sup>. Dentro de este presupuesto subjetivo están la culpabilidad y la imputabilidad: “mientras la culpabilidad es el juicio sobre la conducta, la imputabilidad es el juicio sobre la capacidad del sujeto”<sup>210</sup>. Por lo mismo, los ciudadanos en general, como miembros consientes de la sociedad debemos comportarnos de acuerdo a las leyes y conducirnos conforme a derecho en cualquier situación, de no ser así se nos encontrará responsables por nuestros actos. Este presupuesto bajo el cual hay que ser imputable para poder ser responsable es una visión clásica que ya ha sido superada por la doctrina y la mayoría de legislaciones.

La responsabilidad penal se puede definir como “la consecuencia última del hecho delictivo, en el sentido de ser la respuesta final impuesta por el Estado, a través de la cual se considera al autor legítimo del delito como merecedor definitivo de la sanción[...]”<sup>211</sup>. Aquí el Art.34 del C.P. entra en una contradicción, ya que si es que el enfermo mental es inimputable, entonces la culpabilidad queda excluida y no debería ser merecedor definitivo de una sanción. Sin embargo, el inciso segundo del Art.34 del

---

<sup>208</sup> López Gómez, Jesús. *Culpabilidad e inculpabilidad*. Santafé de Bogotá: Librería Doctrina y Ley, 1996. p. 222.

<sup>209</sup> Gaviria Trespalacios, Jaime. “La inimputabilidad: concepto y alcance en el Código Penal colombiano”. *Revista Colombiana de Psiquiatría XXXIV*. Bogotá: Asociación colombiana de psiquiatría, 2005, p. 26-48.

<sup>210</sup> Gaitán Mahecha, Bernardo. “La imputabilidad.” *Nuevo Foro Penal*. Bogotá: Temis, 1982, p. 518-47.

<sup>211</sup> Ordoñez, José. “Aspectos psicológicos de la responsabilidad penal.” CENIPEC(2007). SABER ULA. Web. 25 Ago. 2011. <<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/23599/1/articulo7.pdf>>.

C.P. exige que el juez que conozca de la causa decreta el internamiento del alienado mental en un hospital psiquiátrico. Esta disposición podría interpretarse como una medida de seguridad aplicable a aquellos inimputables que representan un peligro para sí mismos o para otros.

La normativa nacional es escasa en cuestión a las medidas de seguridad ya que como ha sostenido el Dr. Ernesto Albán “la legislación penal ecuatoriana, no contiene normas expresas sobre esta materia, aunque podríamos decir que si establece, así sea en forma embrionaria, algunas medidas de seguridad”<sup>212</sup>. Jaime Gaviria critica la existencia de este tipo de medidas de seguridad ya que “al ser punible el inimputable, es obligado concluir que las medidas de seguridad constituyen una forma de sanción social y que la distinción entre penas para los imputables y medidas de seguridad para los inimputables no pasa de ser un divertimento lingüístico”<sup>213</sup>. Dicho criterio es discutible ya que no se le está sancionando al sujeto sino protegiendo a la sociedad de su posible peligrosidad.

Por el contrario, el tratadista italiano Enrico Ferri defendía la premisa bajo la cual no se sanciona el delito como tal, sino la conducta antisocial de un sujeto, ya que éste es responsable de preservar el grupo social al que pertenece y no dañarlo con sus actos<sup>214</sup>. Zaffaroni, quién también apoya el concepto de responsabilidad social estableció que “para la doctrina de la responsabilidad social subsiste la responsabilidad de manera independiente de aquella capacidad intelectual y volitiva del juicio valorativo ético”<sup>215</sup>. Es decir que a pesar de que los alienados mentales no pueden ser culpables de las consecuencias que traen sus acciones, si son responsables de las mismas por lo cual según nuestra legislación deberán ser ingresados en el hospital psiquiátrico correspondiente. El Dr. Fabián Mensías establece en su libro “Psicología jurídica y psiquiatría forense” que “si bien los inimputables son penalmente responsables, ésta es una responsabilidad sin culpabilidad, dado que no pueden actuar con dolo, culpa o predeterminación”<sup>216</sup>. Se puede concluir entonces, que el inimputable al igual que el

---

<sup>212</sup> Albán Gómez, Ernesto. *Manual de derecho penal ecuatoriano parte general*. 3era ed. Quito: Ediciones Legales, 2005. p. 297.

<sup>213</sup> Gaviria Trespalcios, Jaime. “La inimputabilidad: concepto y alcance en el Código Penal colombiano”. *Revista Colombiana de Psiquiatría XXXIV*. Bogotá: Asociación colombiana de psiquiatría, 2005, p. 26-48.

<sup>214</sup> Soto, Federico. “La Imputabilidad disminuida como origen del sistema de justicia para menores delincuentes.” *Ombudsman Revista Especializada en Derechos Humanos*. Aguascalientes: CEDH, 2006, p. 117-50.

<sup>215</sup> Zaffaroni, Eugenio Raúl. *Teoría del delito*. Buenos Aires: Editorial LOSADA, 1973.

<sup>216</sup> Mensías Pavón, Fabián. *Psicología jurídica y psiquiatría forense*. Quito: FACSQ, 2006. p. 240.

imputable, es responsable ante la sociedad que se vio afectada por su actuar y merece ser protegida. Enrique Cury al hablar de los efectos jurídicos de la inimputabilidad, establece lo siguiente:

La inimputabilidad trae aparejada la inculpabilidad de la conducta antijurídica. Por consiguiente, en virtud del principio de accesoriedad media, la participación en el hecho de un imputable es, por lo general, punible. Asimismo, cabe defenderse legítimamente en contra de su agresión, aunque con ciertas limitaciones relativas a la subsidiariedad<sup>217</sup>.

Claramente mi posición se encuadra dentro de la escuela positivista que mira al principio de responsabilidad legal como “fundamento de la función punitiva por parte del Estado”<sup>218</sup>. Por lo mismo, no importa que un sujeto sea incapaz de comprender la ilicitud y voluntad de sus actos, igual es responsable por los mismos. “En la escuela positivista todos los que dañen deben estar comprendidos por el derecho penal y de todos los sujetos se predica la imputabilidad, aunque se deba distinguir la cualidad y cantidad de la sanción, según los casos”<sup>219</sup>. Esta es la razón por la cual el enfermo mental no va preso pero sí se lo interna en un hospital psiquiátrico porque se lo distingue de un delincuente común y se le otorga una medida de seguridad de acuerdo a su situación.

Jesús López sostiene que “para el positivismo lo que interesa no son valoraciones sobre la posibilidad de actuar sino que lo importante es evitar el peligro y el daño; si el hombre está determinado a delinquir, la sociedad debe defenderse y por ello la responsabilidad se funda en la disposición interna antisocial”<sup>220</sup>. Es decir, el Estado deberá proteger a los ciudadanos de la amenaza inminente que presenta un delincuente; se imponen penas que se adaptan a la personalidad del autor ya que su finalidad no es retributiva sino mas bien la de defender a la sociedad. La pena se mide dentro de los parámetros de la peligrosidad y no la culpabilidad, ya que los positivistas no consideran que el hombre es libre y por lo tanto no existe la opción de elegir entre un acto ilícito o legal.

La responsabilidad penal, por regla general, deberá exigirse tanto de los imputables como de los inimputables, aunque la forma en que se aplique en uno y otro caso sea

---

<sup>217</sup> Cury Urzúa, Enrique. *Derecho penal: parte general*. Vol. II. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1992. p. 36.

<sup>218</sup> Agudelo Betancur, Nódier. *Grandes corrientes del derecho penal: escuela positivista*. 7ma ed. Bogotá: Temis, 2002. p. 5.

<sup>219</sup> *Ibid.* p. 9.

<sup>220</sup> López Gómez, Jesús. *Culpabilidad e inculpabilidad*. Santafé de Bogotá: Librería Doctrina y Ley, 1996. p. 249.

diferente. “Las condiciones exigidas para ser considerado responsable penalmente, si se es inimputable, varían con relación al imputable: será imprescindible que realicen una conducta típica, antijurídica, no se exige la culpabilidad y, además, que no exista en su favor causales de ausencia de responsabilidad penal”<sup>221</sup>. Por lo mismo, si bien el esquizofrénico sin tratamiento no es culpable de sus actos, deberá responder por los mismos con la medida de seguridad correspondiente.

Es importante resaltar que a pesar de que las medidas de seguridad deben ser utilizadas como una forma de responsabilizar a los inimputables por sus actos, sus derechos y necesidades deben ser respetados en todo momento. La medida de seguridad no puede bajo ninguna circunstancia ser más severa que la pena, debe aplicarse a cada caso concreto en base al tratamiento y terapia que cada paciente esquizofrénico necesite. Si bien esta tesis propone imputar a esquizofrénicos que bajo tratamiento cometen un hecho ilícito sin relación con los síntomas de su enfermedad, no se pueden generalizar las recomendaciones de este caso en particular para todo esquizofrénico que delinque.

### 3.5. Conclusión

El derecho es una ciencia en constante evolución, por lo mismo de cada institución penal existen distintas teorías que van cambiando a través del tiempo. Luego de analizar la inimputabilidad desde la perspectiva de la legislación ecuatoriana, es clara la necesidad de modernizar los dispuesto por el art.34 del C.P. ya que evidentemente la teoría mixta de interpretación de la inimputabilidad otorga una visión más completa que permite a los jueces sentenciar de una forma justa y adecuada cada caso en específico. Por otro lado, luego de analizar la culpabilidad desde la visión normativa opino que el esquizofrénico bajo tratamiento debería ser imputado por sus actos ya que tiene el poder de decidir si realiza un acto ilícito o no, sabe que éste es prohibido por la ley y escoge realizarlo a pesar de eso. Finalmente, queda establecido que un esquizofrénico inimputable a pesar de no ser culpable, si es responsable penalmente de sus actos y será el juez quién determine su peligrosidad y a qué institución psiquiátrica deberá acudir. Obviamente el término de la medida de seguridad aplicada no puede ser más largo que el tiempo de pena que un imputable cumpliría en prisión por el mismo delito.

---

<sup>221</sup> Sandoval Fernández, Jaime. "Causales de ausencia de responsabilidad penal. *“Dogmática y criminología. Dos visiones complementarias del fenómeno delictivo.* Bogotá: Legis, 2008. p. 541-66.

## Capítulo 4

### 4. Análisis de jurisprudencia nacional e internacional

Las jurisprudencias presentadas y analizadas resuelven casos de esquizofrénicos que si bien fueron diagnosticados con la enfermedad, la misma no los hizo inimputables de sus actos. Se presentan sentencias de países que utilizan los distintos métodos de interpretación de la inimputabilidad. Cabe recordar que el método biológico sustenta la inimputabilidad del sujeto con la simple comprobación de la existencia de una enfermedad mental. El método psicológico en cambio, enumera los efectos jurídicos relevantes que hacen a una persona inimputable. Finalmente, el método mixto combina las dos fórmulas anteriores considerando la causa de la enfermedad mental, su efecto jurídico y la relevancia al acto. Finalmente, la última sección de ese capítulo estudia dos casos particulares de esquizofrénicos imputados a los cuales se les violentó sus derechos humanos y se les negó un acceso justo a la justicia.

#### 4.1. Países que utilizan el método biológico: Chile

El art. 10 del Código Penal chileno establece que están exentos de responsabilidad criminal:

1.º El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón.

La resolución número 41052 de la Corte de Apelaciones de Concepción<sup>222</sup> trata el caso de un sujeto quién luego de ser hallado culpable del delito de tráfico de drogas, fue diagnosticado con esquizofrenia. La Corte sostuvo que la esquizofrenia es una enfermedad que cursa períodos en que se pierde el juicio de realidad y otros en que se conserva; que no es curable, pero sí tratable y si mantiene tratamiento farmacológico se mantiene asintomático; que desde la perspectiva psiquiátrica es un enajenado mental que en algunos períodos va a permanecer con uso de razón, sobre todo si se encuentra en tratamiento farmacológico, de lo contrario, puede perder el juicio de realidad; que si el paciente cumple el tratamiento psiquiátrico y sus controles periódicos, no constituye un peligro para la sociedad ni para sí mismo; pero de no hacerlo, sí constituye un peligro para terceros; que el tratamiento farmacológico es permanente y de por vida, y

---

<sup>222</sup> Corte de Apelaciones (Chile). Sentencia no. 41052. Nov 4, 2005. Disponible en: <http://cortes-apelacion.vlex.cl/vid/ismael-taha-victoriano-fierro-montecino-30942628>

que cuando ocurrieron los hechos motivo del sumario, el paciente se encontraba en uso de razón. Concluye la Corte que corresponde poner al sentenciado en libertad, sin embargo, si el enfermo mental recupera la razón, se hará efectiva la sentencia siempre y cuando la pena no haya prescrito.

En mi opinión, la reflexión que realiza la Corte sobre la esquizofrenia es acertada ya que si bien admite que esta es una enfermedad incurable, aclara que al ser tratada con fármacos se puede suprimir los síntomas de la misma. Es importante mencionar que la Corte considera que el tratamiento con fármacos restablece el uso de la razón del paciente esquizofrénico, lo cual lo haría imputable, ya que resuelve poner en libertad al sujeto sentenciado por narcotráfico pero exige que éste cumpla el resto de la pena si es que se recupera. Cabe resaltar además lo imprescindible que es que un sujeto continúe con su tratamiento farmacológico de por vida para poder suprimir los síntomas de la enfermedad y así evitar que el sujeto delinca a causa de los mismos. La Corte sostiene además que el sujeto no presenta un peligro para sí mismo o para la sociedad es por esta razón que no se le envió a un instituto psiquiátrico como medida de seguridad.

Al analizar el artículo 10 numeral 1 del Código Penal chileno, Enrique Cury Urzúa establece que “a causa de la indefinición de esos conceptos (loco o demente), ellos carecen hoy de un significado psiquiátrico aprovechable [...] cuyos efectos sobre la capacidad de conocer y querer tienen que ser valorados, una vez más, caso a caso por el juez”<sup>223</sup>. En el presente caso el juez valoró la capacidad de conocer y querer del imputado, la cual estaba presente al momento de incurrir en el delito pero que luego se vio impedida por la esquizofrenia superviniente del sujeto. Esta valoración fue en gran parte influenciada por los testimonios de los peritos quienes establecieron que la esquizofrenia es una enfermedad mental que implica una pérdida de contacto con la realidad y una desorganización o desintegración temporal o permanente de la personalidad. En esta enfermedad la responsabilidad criminal no radica en una mayor o menor lucidez de la conciencia, pues el enfermo la conserva. Dice más bien relación con el delirio, con las falsas sensopercepciones y con los trastornos de la afectividad.<sup>[LISEP]</sup>

El autor Rodrigo Dresdner tiene una interesante interpretación de este mismo artículo de la normativa chilena. Dresdner sostiene que “en el caso de las enfermedades

---

<sup>223</sup> Cury Urzúa, Enrique. *Derecho penal: parte general*. Vol. II. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1992. p. 35.



psiquiátricas “propiamente tales” inclúyase la esquizofrenia [...] siempre se cumple el segundo requisito legal, es decir, por causa independiente de la voluntad, toda vez que se presupone que un paciente no adquiere la enfermedad por voluntad propia”<sup>224</sup>. Es por esto que en vista de que los delirios y falsas percepciones resultaron luego de cometido el hecho, el sujeto fue encontrado imputable del delito de narcotráfico pero se lo dejó en libertad posteriormente al adquirir un *status* de inimputabilidad al diagnosticársele una enfermedad de origen orgánico que no obtuvo de manera voluntaria.

En una segunda ocasión, la Corte<sup>225</sup> resolvió un recurso de nulidad en contra de la sentencia que condenó al acusado a la medida de seguridad de internación en un instituto psiquiátrico por ser autor del delito de robo con intimidación en grado de consumado. Si bien esta sentencia no trata el tema de imputabilidad o inimputabilidad del acusado, me pareció importante incluirla ya que pone en cuestión la medida de seguridad apropiada que se le debe interponer al inimputable. Surge la pregunta de si el sujeto debería estar a cargo del Estado, de su familia o de sí mismo, una cuestión que vale la pena revisar por lo menos de manera superficial con esta sentencia. La defensa expresa que los médicos y psiquiatras fueron contestes en referir que el acusado padecía de una esquizofrenia descompensada al momento de los hechos, que por cierto compromete su responsabilidad penal en los hechos de la acusación, por enajenación mental. La defensa discutió sobre la naturaleza de la medida de seguridad que se debía aplicar al acusado. El acusado en la actualidad se encuentra con tratamiento médico y debe tomar varios fármacos diarios que le son suministrados por los funcionarios. El tribunal recurrido rechazó una medida de seguridad ambulatoria como lo es la entrega de la custodia del requerido a su familia, sobre la base de que la buena voluntad para cuidar al requerido no es suficiente.

Establece la Corte que para examinar el presente recurso, es menester tener presente que en la sentencia definitiva se tuvo por establecido que el acusado tiene la calidad de inimputable por enajenación mental, conforme lo previene el art. 10 #1 del C.P. por lo que fue absuelto de los cargos formulados en su contra como autor del delito de robo con intimidación en grado de consumado. Solo cabe analizar si la decisión de los sentenciadores de decretar, como medida de seguridad, la internación de éste en lugar

---

<sup>224</sup> Dresdner, Rodrigo. *Psiquiatría forense en lo penal*. Chile: Editorial Iku, 2010. p. 80.

<sup>225</sup> Corte de Apelaciones (Chile). Sentencia no. 19065. Jul 22, 2011. Disponible en: <http://cortes-apelacion.vlex.cl/vid/-308316070>.

de entregárselo a la custodia de un familiar cercano se ajustó a las disposiciones legales que regulan dicho procedimiento. Sostiene la Corte que es un hecho no cuestionado, que al momento de cometerse el hecho punible materia de la acusación, el sentenciado padecía de esquizofrenia descompensada y que su enfermedad requiere supervisión permanente y tratamiento farmacológico periódico de por vida, por lo que la aplicación de una medida de seguridad resulta absolutamente procedente. Que en este estado de cosas, los sentenciadores, dan razonados fundamentos fácticos para optar por la internación del acusado en un hospital psiquiátrico y no entregarlo a la custodia de su hermana, por lo que la decisión adoptada aparece ajustada a la normativa legal, mas aún, cuando en la parte resolutive los jueces del fondo ordenaron dicha internación por un periodo máximo de cinco años y un día y siempre y cuando subsistan las condiciones que la hicieron necesaria, lo que demuestra que en la dictación de la sentencia no se incurrió en una errónea aplicación del derecho. Por lo mismo, la Corte rechaza el recurso de nulidad aducido por la defensa.

Pienso que la defensa está confundiendo el concepto de inimputabilidad con el de responsabilidad al alegar que la responsabilidad del acusado está comprometida por el hecho de que éste sufría una esquizofrenia descompensada al momento de delinquir. Como se discutió en el capítulo anterior, los inimputables sí son responsables de los actos típicos y antijurídicos que cometen a pesar de no ser culpables de los mismos. Si bien es cierto, el acusado no está en capacidad de motivarse de acuerdo a las normas ni comprender la criminalidad de su actuar, su responsabilidad no está comprometida, es por esto que se le sentenció al internamiento en un hospital psiquiátrico. Lo que en este caso se ha comprometido, es la capacidad del sujeto de querer o comprender las consecuencias de lo que ha hecho, razón por lo cual no se le envía a una prisión común y corriente sino a una institución especializada donde recibirá el tratamiento y cuidado necesarios.

Para María Florencia Hegglin “el internamiento debería así imponerse en exclusivo beneficio de la salud del enfermo sin descuidar bajo esa engañosa pretensión el reconocimiento de sus derechos fundamentales”<sup>226</sup>. Justamente la razón por la cual la Corte niega el recurso propuesto, es porque considera que el acusado recibirá un mejor

---

<sup>226</sup> Hegglin, María Florencia. *Los enfermos mentales en el derecho penal. Contradicciones y falencias del sistema de medidas de seguridad*. Buenos Aires: Editores del Puerto, 2006. p. 299.

cuidado en el hospital psiquiátrico que con su hermana. Esta decisión de ninguna manera atenta en contra de la dignidad humana y el derecho al libre desarrollo de la personalidad del recurrente. Cabe mencionar además que el art.436 del C.P. chileno establece que los robos ejecutados con violencia o intimidación en las personas, serán penados con presidio mayor en sus grados mínimo a máximo [5 a 20 años], cualquiera que sea el valor de las especies substraídas. En base a este artículo, encuentro que es justa la orden de la Corte de internar en un hospital psiquiátrico al acusado durante 5 años y 1 día ya que está basándose en la sanción mínima y de ninguna manera haciendo la medida de seguridad más estricta que la pena impuesta por el C.P. En conclusión esta sentencia se ajusta a los derechos y garantías del ciudadano ya que el internamiento del recurrente fue dispuesto en beneficio de su salud, y dicha disposición está bajo el control del juez quién condicionó la estadía del acusado en el hospital siempre y cuando subsistan las condiciones que la hicieron necesaria, por lo cual no será privado de su libertad por un tiempo mayor al requerido.

#### 4.2. Países que utilizan el método psicológico

##### 4.2.1. Panamá

El art.36 del C.P. panameño establece que no es imputable:

Quien, al momento de cometer el hecho punible, no tenga la capacidad de comprender su ilicitud o, en caso de comprenderla, de autodeterminarse de acuerdo con esa comprensión.

Se apela ante la Corte Suprema de Justicia<sup>227</sup> la sentencia a través de la cual se le condena a un sujeto a once años de prisión por el delito de homicidio doloso simple. La defensa alega que el procesado deberá ser declarado inimputable ya que sufre de esquizofrenia paranoide. Al analizar los alegatos, la Corte establece lo siguiente: que las funciones del cerebro (pensamiento, sensopercepción, estado de vigilia e inteligencia) pueden variar a través del tiempo en un mismo individuo; por ejemplo, [...] encontramos en aquel individuo afecto de una esquizofrenia paranoide que presenta ideas delirantes de daño y referencia con su vecina del lado derecho, (cree que el vecino lo quiere matar) y producto de estas ideas delirantes (trastorno de pensamiento) asesina a tal vecino, es clara que en esta situación le corresponde al perito ubicarlo en el

---

<sup>227</sup> Corte Suprema de Justicia (Panamá). Sentencia no. 12 P.I. Jul 26, 20087 Disponible en: <http://vlex.com.pa/vid/sentencia-condenatoria-apelada-segunda-31691194>

Artículo 24 (actual 36) del Código Penal, sin embargo si este mismo individuo asesinó a su vecino del lado izquierdo, con quien no tiene ideas delirantes, es evidente que ya no se ubicará en el citado artículo del Código Penal, a pesar que continúa siendo esquizofrénico [...].

Las consideraciones médico legales citadas en el fallo llevan a la Corte a señalar que para declararse la inimputabilidad es necesario que el procesado en el momento en que se cometió la conducta punible no haya podido comprender la criminalidad del acto por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de la misma o por un estado de inconciencia, y que por supuesto en el caso de los esquizofrénico paranoide, es necesario que el mismo haya tenido ideas delirantes con su víctima. Luego de lo expuesto, concluye esta Sala que el resultado de las pruebas periciales, [...] evidencia esta Superioridad que éste no presenta ni ha presentado trastorno mental psicótico, por el contrario posee un juicio y raciocinio sin alteración, no existe evidencia que el victimario tuviera ideas delirantes con la víctima, por lo que es penalmente imputable ya que al momento de los hechos estaba lúcido y tenía plena capacidad volitiva y de conciencia, por lo que no cabe considerar su comportamiento dentro de las prerrogativas de los artículos 24 (36) y 25 (38) del Código Penal. La Corte confirma la sentencia apelada y condena al sujeto a once años de prisión.

Considero que esta sentencia representa la importancia que tienen los peritos médico legales al momento de determinar la imputabilidad o inimputabilidad de un sujeto. A pesar de que en este caso existían datos que llevaron a los peritos a concluir que el sujeto presentaba un cuadro de esquizofrenia paranoide, determinaron que en el momento de ocurrir el hecho no presentaba actividad psicótica. El amplio análisis que hacen los peritos en cuanto a la influencia que tiene la sintomatología del esquizofrénico en su actuar es determinante en este caso, ya que se ha establecido claramente que un esquizofrénico paranoide puede muchas veces estar convencido de que tal o cual persona lo quiere matar y por lo mismo, en lo que él cree que es defensa propia, la mata primero. Sin embargo, en este caso, al momento de ocurrir el hecho, el acusado no sufría de delirios ni alucinaciones ya que no se encontraba en un brote esquizofrénico, por lo mismo cuando salió al pasillo de su edificio y se acercó a la víctima para invitarla a su apartamento a tener sexo y ésta ingresó al mismo y fue atacada, el acusado tenía sus capacidades cognoscitivas y volitivas intactas. En el capítulo 1 se explicó que los

delirios son síntomas positivos de esquizofrenia que causan que una persona malinterprete situaciones cotidianas de tal forma que cree que tal o cual persona está en su contra.

Si el acusado hubiera estado imaginando que la víctima lo quería matar, no se lo hubiera acercado en el pasillo del edificio y tampoco lo hubiera invitado a su apartamento, lo cual demuestra intención y premeditación por parte del mismo. En vista de que los peritos recomiendan que el sujeto reciba tratamiento psicológico es lógico asumir que el imputado no estaba bajo tratamiento alguno al cometer el ilícito. A pesar de ser un esquizofrénico sin tratar, la Corte encontró al sujeto imputable en base a las conclusiones de los peritos que determinaron la responsabilidad del mismo por su capacidad de autodeterminarse y carencia de actividad psicótica al momento del hecho. Sin embargo cabe señalar que la Corte no establece nada acerca de la medicación ni terapia que el sujeto debe recibir en prisión, lo cual considero incorrecto ya que a pesar de que el sujeto fue encontrado imputable, el Estado debe garantizar el bienestar y salud del reo los cuales claramente se verán perjudicados si éste no recibe el tratamiento necesario.

#### 4.2.2. Ecuador

El Art. 34 de la normativa penal nacional establece que:

No es responsable quien, en el momento en que se realizó la acción u omisión, estaba, por enfermedad, en tal estado mental, que se hallaba imposibilitado de entender o de querer.

Si el acto ha sido cometido por un alienado mental, el juez que conozca de la causa decretará su internamiento en un hospital psiquiátrico; y no podrá ser puesto en libertad sino con audiencia del ministerio público y previo informe satisfactorio de dos médicos designados por el juez y que de preferencia serán psiquiatras, sobre el restablecimiento pleno de las facultades intelectuales del internado.

Esta sentencia de la Corte Suprema de Justicia<sup>228</sup> trata un caso de narcotráfico en el cual el procesado interpuso un recurso de revisión alegando ser inimputable por padecer de esquizofrenia. Sin embargo, la Corte Suprema confirmó que la forma de proceder por parte del Tribunal inferior se ajusta a las normas de derecho constantes en el C.P. con respecto a la responsabilidad, pues sólo se hubiese producido una errónea apreciación de los hechos si se hubiese demostrado que el recurrente obró en los delitos de los que

---

<sup>228</sup> Corte Suprema de Justicia (Ecuador). Sentencia no. 561-06. Ene 7, 2008. Disponible en: R.O. no.55 de 27 oct 09.

se le acusa, sin conciencia y sin voluntad, o que la enfermedad que padece, hubiese influenciado en la comisión de tales delitos; lo que tampoco se ha probado, pues el trabajo que realizaba el recurrente era rutinario y lo que se constata es que cuando realizaba este trabajo ilícito por cierto, siempre estuvo bajo medicación, y por lo tanto no padecía de delirios, pues la esquizofrenia siendo un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, [...] puede controlarse con la medicación, anulándose el peligro de los delirios y por lo tanto los enfermos no pierden su conciencia y su voluntad. En base a esta valoración, la Corte declara improcedente el recurso de revisión presentado; por lo que cabe la pena interpuesta de veinticinco años de reclusión mayor extraordinaria.

En mi opinión lo expuesto en esta sentencia claramente confirma que el esquizofrénico bajo tratamiento debe ser imputable de sus actos ya que actúa con conciencia y voluntad. A pesar de que nuestro Código se basa en el sistema psicológico de inimputabilidad, en mi opinión, el análisis de la Corte en esta sentencia es realizado utilizando el sistema mixto ya que la Corte exige que para que tenga eficacia la exigente, se haga constar que la esquizofrenia le privó de la conciencia de delinquir o de la posibilidad de obrar conforme a derecho al sujeto acusado. En el presente caso el procesado intentó abusar del derecho al interponer un recurso de revisión con el alegato de que a causa de su esquizofrenia se convirtió en narcotraficante, lo cual claramente fue negado por la Corte quien concluyó que su actuar no tenía relación alguna con la sintomatología de su enfermedad, y que ni su voluntad ni su conciencia estaban afectadas ya que el sujeto estuvo bajo tratamiento durante todo el tiempo que realizó las actividades ilícitas.

El autor no tenía una percepción alterada de la realidad, la distribución de drogas por parte del mismo formó parte de su libre decisión. Por lo mismo, “aunque se dicten normas generales de cómo determinadas patologías psiquiátricas afectan a la inimputabilidad, es necesario señalar que cada situación es distinta a las demás, por lo que requerirá un estudio individualizado”<sup>229</sup>. Si es que el juzgador se hubiera basado exclusivamente en el diagnóstico de esquizofrenia del acusado como único elemento para declarar la inimputabilidad del mismo, sin analizar la situación en su conjunto y si

---

<sup>229</sup> Rodés, Lloret Fernando. *Enfermedad mental: aspectos médico-forenses*. Madrid: Díaz de Santos, 2006. p. 15.

el delito que se cometió fue o no resultado de su enfermedad, éste no hubiera podido ser declarado culpable del delito de narcotráfico.

Otro caso de la Corte Suprema de Justicia<sup>230</sup> que cabe mencionar es aquél donde se juzga un sujeto con trastorno esquizoafectivo. Se presentó un recurso de casación impugnando la sentencia que condenó al recurrente a 16 años de reclusión mayor extraordinaria por considerarle autor responsable del delito de asesinato con alevosía y ensañamiento. Antes de resolver, la Corte señala que la incapacidad de culpabilidad o inculpabilidad del individuo radica en la alteración de las facultades psíquicas: volitivas y cognoscitivas. Al citar el art.34 del C.P. afirma que el perito médico debe referirse únicamente a la alteración mental que afecte dichas funciones psicológicas. Sostiene que la alteración de las facultades psíquicas, volitivas y de actuar libremente, son uno de los factores imprescindibles para la presencia de la "enajenación" que da lugar a la inimputabilidad, según el método "biológico-psicológico". La responsabilidad penal es el juicio por el que se le adjudica al culpable el resultado ilícito, en razón del nexo de causalidad, en las formas reconocidas por la ley. Se presume que todos actúan con consciencia y voluntad, por lo que todos son imputables y se debe probar la existencia de la enfermedad al momento de cometer el delito, que haya disminuido la capacidad de querer y entender del encausado. La voluntad va unida al conocimiento, una conducta voluntaria se dirige hacia algo que se conoce, que se quiere o aspira conseguir.

La defensa establece que el día de los hechos el acusado se encontraba bebiendo con dos sujetos a quienes mató a golpes con una varilla. Luego de los hechos éste se dirigió a su casa en taxi con el afán de guardar su integridad. El casacionista manifiesta que el jamás ha negado lo que ha hecho, pero que fue producto del estado de depresión mental que padece desde varios años atrás y que los especialistas le han clasificado como un trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, aduciendo que habiéndose suministrado medicinas antidepresivas que éstas mezcladas con el poco de licor que ingirió causaron en su persona una depresión incontrolable, por lo que sin planificar, ni pensar en hacer daño a persona alguna, sucedieron los hechos que han motivado el presente juicio. Que tiene su consciencia y voluntad distorsionadas, en virtud de las alucinaciones y delirios que le afectan y por ende con un estado permanente de

---

<sup>230</sup> Corte Suprema de Justicia (Ecuador). Sentencia no. 336-06. Mayo 11, 2006. Disponible en: R.O. Suplemento no. 30 de 14 mar 08.

alienación mental, sin poder precisar ni decidir sobre los actos de su vida, por lo que se encuentra inmerso en lo estipulado en el Art. 32 y 34 del C.P.

La Sala destaca que a lo largo de todas pruebas periciales se relievra que el encausado padece de depresión y más específicamente del trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, que es una forma mixta de psicosis en la que se mezclan síntomas depresivos con manifestaciones esquizofrénicas. Los episodios señalados en la sentencia impugnada como claros signos de lucidez y de demostración de una voluntad organizada, no son sino manifestaciones de su enfermedad que periódicamente tiene un agravamiento de síntomas, los cuales pueden ser entre otros: grandiosidad, un autoestima inflado, distracción o involucramiento en actividades autodestructoras, alucinaciones, incoherencia, falta de expresión emocional o ausencia de síntomas afectivos, estados que son propios de su enfermedad.

La Corte afirma que debido al estado de depresión esquizoafectiva del sujeto se trata de una persona que tiene su capacidad de culpabilidad disminuida y por lo tanto su responsabilidad no es plena, sino limitada por los condicionamientos propios de la enfermedad. Puesto que los delitos fueron cometidos en momentos en que su capacidad de entender y de querer se encontraba distorsionada por su enfermedad pero que no le imposibilitaba totalmente para comprender y actuar, de conformidad con el artículo 35, responderá por la infracción cometida, pero la pena le será disminuida de conformidad a la ley. La Corte, acoge el recurso de casación interpuesto por el acusado y casa parcialmente la misma. Se declara al sujeto como autor del delito de asesinato, pero se le rebaja la pena por haberse comprobado que tenía su capacidad de imputabilidad disminuida. Se le condena a la pena de 12 años de reclusión mayor extraordinaria, y en conocimiento de que su comportamiento reviste peligrosidad, al mismo tiempo que provoca reincidencia, se recomienda el tratamiento psiquiátrico pertinente. Además, por la extrema peligrosidad que representa, se le impone al sometimiento a la vigilancia de la autoridad por toda la vida; y una vez que haya cumplido su condena, se sugiere a la familia hacer el seguimiento de su enfermedad o protegerle en un Hospital Psiquiátrico.

En este caso se encontró que el acusado tenía su capacidad de entender y de querer parcialmente afectada por su enfermedad. Opino, sin embargo, que si este sujeto estaba bajo medicación, él debió saber que el ingerir alcohol iba a interferir con su capacidad de actuar de forma libre y voluntaria. Además, tuvo la suficiente consciencia como para



tomar un taxi hasta su casa luego de cometer el hecho. Me parecen discutibles los alegatos de la defensa en cuanto a que este individuo es incapaz de comprender lo que hizo. Inclusive él admite haber realizado el ilícito lo cual prueba que tiene conocimiento de que lo que ha hecho estuvo mal, él es una persona que puede diferenciar entre el bien y el mal. Por lo mismo yo sí le hubiera condenado a 16 años de reclusión mayor extraordinaria como lo hizo la Corte inferior ya que claramente es culpable de asesinato con alevosía. Las recomendaciones que la Corte Suprema de Justicia realiza en cuanto al tratamiento médico del individuo son adecuadas ya que ésta es una persona que deberá recibir antipsicóticos y terapia de por vida y es responsabilidad del Estado que durante el tiempo que permanezca en reclusión se le administre la medicación necesaria para que su condición no empeore. La Sala sugiere además, que la familia del sujeto le interne en un Hospital Psiquiátrico una vez que éste haya cumplido su condena, sin embargo, creo que el análisis de peligrosidad deberá hacerse nuevamente después de que transcurran los 12 años ya que no puede asumirse que este sujeto será más o menos peligroso en ese tiempo. Internarle en un Hospital Psiquiátrico inmediatamente después significaría privarle nuevamente de su libertad, por lo que me parece un a mejor sugerencia que la familia del recurrente realice un seguimiento de su enfermedad y tome una decisión en base a cómo ésta ha evolucionado ha través del tiempo.

#### 4.3. Países que utilizan el método mixto

##### 4.3.1. España

Sostiene el art. 20 del C.P. español que están exentos de responsabilidad criminal:

1.º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

El Tribunal Supremo<sup>231</sup> español ha establecido que dentro del sistema biológico-psicológico seguido por el C.P. de 1995 se debe constatar la existencia de una enfermedad mental como la esquizofrenia pero también es indispensable determinar la incidencia que la misma ha tenido sobre el sujeto concreto, en el momento de realizar el

---

<sup>231</sup> Corte Suprema de Justicia (España). Sentencia no. 1257/2003. Sep 25, 2003. Disponible en: <http://supremo.vlex.es/vid/presuncion-inocencia-prueba-cargo-16208127>.

delito. En el presente caso el acusado obtuvo seis mil pastillas de MDMA (droga psicotrópica de uso ilegal) del extranjero, las llevó a España y las entregó al presunto comprador; es decir, que hubo una larga meditación sobre la ejecución de unos hechos indudablemente delictivos. Por lo mismo, aunque se hubiera constatado el trastorno esquizofrénico, no tendría relación del delito enjuiciado con su sintomatología, es decir, no cabe mantener la influencia del mismo en la comisión de los hechos enjuiciados, descartándose pues la concurrencia de la circunstancia planteada por la defensa. El fallo de la Corte condena al procesado a nueve años de prisión por el delito contra la salud pública.

Rodes Lloret sostiene que “aplica(r) un criterio mixto para valorar la responsabilidad penal de un sujeto afecto de una esquizofrenia es preciso diagnosticar la variedad clínica y la fase evolutiva en la que se encuentra en el momento de los hechos, así como los efectos que produce en la capacidad del mismo”<sup>232</sup>. En mi opinión, el sujeto que la Corte condenó en este caso claramente estaba en posibilidad de determinarse basándose en motivos optativos y seleccionados; lo que le motivó a viajar a otro país y adquirir grandes cantidades de MDMA no fue un síntoma de su enfermedad sino el hecho de que ganaría una cuantiosa remuneración al vender dicho producto. Teniendo la opción de trabajar en algo lícito, el acusado decidió vender droga, sabiendo que dicho acto es ilegal y acarrearía consecuencias penales.

En otra ocasión, la Segunda Sala del Tribunal Supremo<sup>233</sup> resolvió un recurso de casación propuesto por un sujeto condenado por los delitos de falsedad de un documento mercantil y estafa. El proponente alegaba ser inimputable por padecer de esquizofrenia paranoide. El Tribunal sostiene que para valorar la responsabilidad penal de una persona afectada de una enfermedad mental habrá que tener en cuenta no sólo el diagnóstico psiquiátrico sino, también, la forma en que los síndromes diagnosticados afectan a su personalidad y, sobre todo, [...] hasta qué punto existe una relación causal entre la enfermedad del sujeto y el acto ilícito cometido sin que sea suficiente, para afirmar una inimputabilidad respecto al acto concreto, una coincidencia cronológica anomalía-delito, [...] o, en palabras llanas, que el delito sea producto de su locura.

---

<sup>232</sup> Fonseca, Morales Gema María. *La anomalía o alteración psíquica como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal*. Madrid: Dykinson, 2009. p. 162.

<sup>233</sup> Corte Suprema de Justicia (España). Sentencia no. 3093/1990. Dic 15, 1992. Disponible en: <http://supremo.vlex.es/vid/delitos-falsedad-documento-mercantil-17711641>.

Lo que es más evidente en aquellos supuestos de enfermedades mentales que afectan tan sólo a un sector de la personalidad o psique del individuo, dejando inalterable el resto, como ocurre con ciertos delirios sistematizados cual es la esquizofrenia paranoide diagnosticada al recurrente, máxime cuando se producen remisiones o alteraciones de la enfermedad, a través del tratamiento médico-psiquiátrico, que permiten el retorno del enfermo a la sociedad, por conservar cierta capacidad de percepción del entorno y de su situación, esto es, que aproximan su conducta a la del patrón medio de los componentes del grupo, aunque persista una desviación, mientras ésta no sea tan acusada que impida aquel retorno a la convivencia social.

En el caso de autos se aprecia que el recurrente, si bien sufre un notable condicionamiento en sus facultades intelectivas y volitivas, ello no llega al extremo de no permitirle el convivir en sociedad ni impedirle concebir la ejecución de un delito complejo, como es el relatado en el *factum*, ideando un mecanismo de fraude procediendo a visitar, a espaldas del agente de seguros con el que colaboraba, al suscriptor de una póliza de seguro, obteniendo el pago de la prima y procediendo a alterar la cifra del importe en el cheque con que tal pago se hizo; presentándolo posteriormente al pago, pero abonando a la compañía el importe de aquella prima, para ocultar su fraude aunque lucrándose con la diferencia entre el importe real del cheque y el falsamente por él consignado. Todo lo que revela la no relación de ese complejo hecho defraudatorio con su enfermedad, así como la subsistencia de la suficiente capacidad intelectual y volitiva que le permitía realizar la actividad laboral de "avisador de seguros", y concebir y ejecutar aquel hecho. Por lo mismo, se le acusa de los delitos de falsedad de un documento mercantil y estafa, y se le condena a dos meses de arresto mayor, y por el segundo delito, 40.000 ptas. de multa, debiendo sufrir un día de arresto por cada fracción de 3.000 ptas. que queda en idas, y al pago de las costas.

Pienso que el acusado estaba consiente del valor negativo que su actuación tendría sobre terceros y sin embargo decidió continuar con el fraude. Si bien pudo inhibirse de realizar una conducta ilícita, su impulso criminal lo llevó a idear un esquema de fraude bajo el cual el se beneficiaba en perjuicio de la aseguradora. Un esquizofrénico paranoide sufre de síntomas positivos como alucinaciones y delirios, no presenta síntomas negativos como la apatía o la abulia que afectan su normal funcionamiento,

por lo mismo el acusado tenía pleno conocimiento de lo que estaba haciendo y deseaba su resultado. Cabe concluir que en este caso el acusado no cumple con “la necesidad (que exige el C.P.) de que el esquizofrénico presente frente a la anomalía o alteración psíquica los efectos cifrados en la incapacidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa comprensión”<sup>234</sup>. No hubo en este caso, una relación de causalidad entre el delito y la enfermedad.

#### 4.3.2. Colombia

El art. 33 del C.P. colombiano dice que es inimputable:

Quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares.

Dentro de este caso la Fiscalía impugna la sentencia de segunda instancia que declara al acusado inocente del delito de homicidio agravado. La Corte Suprema de Justicia casó la sentencia impugnada<sup>235</sup>, y sostuvo que frente a la posible inimputabilidad que sugiere el Tribunal de segunda instancia, dicho alegato quedó desvirtuado para la Corte con el dictamen de psiquiatría forense el cual concluyó que al momento de la comisión del hecho el acusado, no vio afectada su capacidad cognitiva y volitiva de acuerdo al estudio de los antecedentes del proceso, teniendo en cuenta también que no siempre que se padece una enfermedad mental como la esquizofrenia paranoide, emerge la condición de inimputable. Por lo mismo se le encuentra al procesado culpable del delito de homicidio agravado y se lo condena a veintisiete años de prisión.

Reyes Echandía establece que “a la psiquiatría forense le corresponde examinar al presunto delincuente para determinar si sufre de alguna enfermedad psicósomática y si ella ha influido o no en la comisión del delito que se le imputa”<sup>236</sup>. En esta sentencia se estableció que el acusado fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide y sin embargo se determinó que la misma no influyó en la comisión del delito ya que el autor intentó borrar los rastros del homicidio limpiando sus huellas digitales del arma para evitar que

---

<sup>234</sup> Fonseca, Morales Gema María. *La anomalía o alteración psíquica como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal*. Madrid: Dykinson, 2009. p. 167.

<sup>235</sup> Corte Suprema de Justicia (Colombia). Sentencia no. 28556. Abr 27, 2011. Disponible en: <http://corte-suprema-justicia.vlex.com.co/vid/-313307314>.

<sup>236</sup> Reyes, Echandía Alfonso. *Inimputabilidad*. Bogotá: Editorial Jurídica Temis, 2004. p. 47.

lo descubran. Esto llevó al perito a señalar que una persona afectada con un trastorno mental, difícilmente puede actuar de manera tan coherente, lo cual revela la plena comprensión de la ilicitud de su comportamiento.

Dice además Reyes Echandía que “al juez compete, por su parte, estudiar la peritación psiquiátrica y decidir si de allí se desprende la conclusión de que el sindicado es inimputable”<sup>237</sup>. La Corte decide responsabilizar al autor por haber asesinado a su madre a pesar de que éste sufre de esquizofrenia paranoide, ya que la Corte considera que el imputado contaba con la capacidad de comprender su conducta, así como de determinarse de acuerdo con esa comprensión. Aquí se puede apreciar de manera clara el método mixto empleado por la Corte ya que constata la existencia de la enfermedad mental y determina que la misma no ha influido en el actuar del sujeto en el momento de realizar el delito.

Testigos declararon que el acusado y su madre tenían una mala relación, además el hecho de que él haya borrado sus huellas digitales del arma homicida demuestra que éste sabía perfectamente lo hacía y quería evitar que la policía descubra que él fue el autor del delito. A un esquizofrénico que alucina nunca se le ocurriría borrar los rastros de su acto, porque no sabe diferenciar un acto legal de uno ilegal. Se estableció en el primer capítulo que las alucinaciones de los esquizofrénicos generalmente son auditivas e incluyen voces que son percibidas de manera independiente a los propios pensamientos de la persona; éstas pueden incluir órdenes de infligir daño a otros. En base al método mixto, este tipo de alucinaciones cumplirían con la exigencia de que haya una causalidad psiquiátrica que influya en la capacidad y voluntad del individuo de comprender la ilicitud de su acto.

Sin embargo, el sujeto en la sentencia aquí presentada es definitivamente culpable de homicidio ya que no escuchó voces que lo ordenaban a matar, él decidió por sí mismo deshacerse de su madre porque no tenía una buena relación con ella. Es por esto que considero correcta la decisión de la Corte ya que analizó la situación de acuerdo al peritaje y el testimonio de los testigos lo cual le permitió poner en contexto la forma en que se dieron los hechos y la intención delictiva del imputado.

#### 4.4. Conclusión

---

<sup>237</sup> *Ibíd.* p. 47.

Este capítulo es importante ya que me permitió estudiar cómo se tratan los casos de esquizofrénicos delincuentes en la práctica. El trabajo de las cortes resulta bastante difícil ya que deben contar con la ayuda de peritos forenses y su propio conocimiento acerca de la esquizofrenia y sus varios tipos antes de tomar una decisión. Es interesante anotar que de los casos discutidos por las distintas cortes, tres de ellos son de narcotráfico (Chile, España, Ecuador), y a pesar de que se utilizó un método de interpretación de inimputabilidad distinto en cada sentencia, las tres llegaron a la misma conclusión. Es decir que la esquizofrenia en los tres casos no tenía relación entre el delito de narcotráfico y la sintomatología de la enfermedad. Igualmente, en los casos de homicidio tratados por Panamá y Colombia, las Cortes concluyeron que no cabía alegar la influencia de la enfermedad en la comisión de los hechos enjuiciados por lo que se descartó la concurrencia de la circunstancia de imputabilidad de los procesados. Luego de estudiar las sentencias y la forma en que fueron motivadas por las cortes es importante señalar que la mayoría de ellas utiliza el método mixto de interpretación de inimputabilidad a pesar de que su normativa utiliza un método diferente. Al realizar este capítulo pude notar que dentro de la jurisprudencia ecuatoriana, son pocos los casos de esquizofrénicos que han sido imputados. Tanto en Chile como España se cubre esta materia mucho más que en el Ecuador lo cual nuevamente resalta la importancia de modernizar nuestra legislación.

## 5. Conclusiones finales

Esta tesis se realizó mediante investigaciones de campo a través de las cuales se llevaron a cabo entrevistas con varios psiquiatras y peritos forenses expertos en la enfermedad además del estudio de amplia literatura sobre la materia. Cada capítulo presentado me ayudó a probar mi hipótesis. En primer lugar, me pareció imprescindible dedicar el capítulo 1 exclusivamente al punto de vista psiquiátrico de la enfermedad como tal ya que como abogada mi conocimiento acerca de la esquizofrenia era nulo, simplemente sabía que los sujetos que la padecen, como enfermos mentales, han sido generalmente considerados por el derecho como inimputables. Por otro lado, el capítulo 2 resalta las falencias de nuestro ordenamiento al tratar el alcance legal de la inimputabilidad del enfermo mental y la necesidad de una reforma al respecto. Ya en el capítulo 3 se profundiza el tema del esquizofrénico como inimputable y se confirma la visión normativa de culpabilidad como la más adecuada para tratar estos casos. El capítulo 4 me ayudó a probar mi hipótesis ya que puso a mi disposición situaciones reales de esquizofrénicos delincuentes y el tratamiento de su imputabilidad en la práctica lo cual hace que las sugerencias propuestas no se queden como simple teoría.

Luego de terminar el capítulo 1 quedó establecido que la esquizofrenia es una enfermedad orgánica e incapacitante que altera el comportamiento afectivo y cognitivo de quienes la padecen. Los síntomas de esta enfermedad pueden clasificarse en positivos o conductas exageradas y negativos o pérdida de conductas; en base a los síntomas que presente el sujeto se prescribirán distintos antipsicóticos. El control adecuado de la esquizofrenia es una tarea bastante difícil ya que ciertos pacientes no responden adecuadamente a la medicación y muchos de ellos no quieren seguir las indicaciones prescritas o sienten que no necesitan antipsicóticos para controlar su enfermedad por lo que pasan toda su vida con síntomas y brotes lo cual a su vez incrementa las posibilidades de que cometan un delito a causa de dicha afección. La regla general en los casos de un esquizofrénico que comete un delito es que no se le hallará culpable de sus actos por razón de inimputabilidad por enfermedad mental.

El problema se presenta cuando comete un delito una persona que ha sido diagnosticada con esquizofrenia pero que ha tomado la medicación adecuada, ha tenido acceso a centros de salud y ha recibido terapia psicosocial constante. Este porcentaje de la población que sí responde bien a un tratamiento continuo logra suprimir los síntomas de la enfermedad y llevar vidas normales. Entonces, me pregunto ¿porqué se les debe considerar a todos los esquizofrénicos como inimputables, cuando aquellos que están bajo tratamiento son plenamente capaces de realizar sus actos con conciencia y voluntad? Para responder esta pregunta el segundo capítulo dejó de lado el enfoque psiquiátrico y estudió la enfermedad mental como causa de inimputabilidad desde la perspectiva jurídico penal.

El capítulo 2 concluyó que en el derecho penal se considera que una persona es imputable cuando tiene la capacidad de ejecutar actos por los cuales se le puede reprochar penalmente. Dentro de la legislación ecuatoriana la materia de inimputabilidad es tratada en el artículo 34 del Código Penal. La razón por la cual encuentro criticable este artículo es por el uso de los términos “enfermedad” y “estado mental” ya que no son palabras utilizadas en la psiquiatría y además presentan un problema al momento de interpretarlas por no ser suficientemente específicas. En el Ecuador se utiliza el sistema exclusivamente psicológico para determinar la inimputabilidad. Considero que dicho sistema es insuficiente y debe ser cambiado ya que estudia únicamente las consecuencias del hecho para determinar si un sujeto es inimputable o no y no determina qué lo causó o porqué ocurrió. Para que un sujeto pueda ser culpable, deberá ser imputable. Cuando un esquizofrénico en tratamiento comete un hecho típico y antijurídico, yo cuestiono que su capacidad de entender y de querer estén comprometidas por dicha enfermedad, por lo que creo que el juez deberá analizar si existe una relación de causalidad entre la enfermedad psíquica y el delito cometido para así determinar si es imputable o no; yo opino que sí lo es.

Luego de revisar en el capítulo 3 los elementos de la culpabilidad (conciencia, voluntad motivación) y sus distintas teorías puedo concluir que el esquizofrénico en tratamiento comprende la criminalidad de su acto y es capaz de dirigir sus acciones por lo cual sí es culpable cuando realiza un hecho típico y antijurídico. Esta clase de delinquentes conocen las normas bajo las cuales debieron regirse y la diferencia entre el bien y el mal. Un esquizofrénico en tratamiento sabe que sus actos siempre traen



consecuencias, algunas veces afectarán a terceros y siempre serán sancionados si es que son prohibidos por el Estado. El derecho penal al ser un derecho garantista, siempre ha tratado a los esquizofrénicos como inimputables y ha evitado que se les imponga una pena igual de estricta que a los ciudadanos sanos. Sin embargo, esta garantía al enfermo mental, la eximente de culpabilidad, ha sido abusada por sujetos que alegan tener esquizofrenia para evitar ser penados por delitos que en nada se relacionan con esta enfermedad.

Los grandes avances médicos y científicos han permitido el desarrollo de nuevos tratamientos antipsicóticos que si bien no curan la esquizofrenia, sí inhiben los síntomas de la misma permitiendo que los pacientes logren tener una vida social, laboral y personal cien por ciento normal. El paciente esquizofrénico bajo tratamiento es capaz de elaborar esquemas delictivos complejos, como el caso discutido en el capítulo 4 del sujeto que estafó a la empresa de seguros donde trabajaba. Este individuo visitaba a los suscriptores de la póliza de seguros de la empresa y alteraba la cifra del valor del cheque con el que se pagó dicha póliza y se quedaba con la diferencia. Claramente esta persona tenía suficiente capacidad como para ganarse la confianza de los suscriptores y engañarlos a ellos y a la empresa. No se puede permitir que pacientes en tratamiento sean exonerados de esta clase de conductas que bajo ningún concepto son consecuencia de la enfermedad que padecen. Un esquizofrénico sin tratamiento no tiene las necesarias aptitudes mentales para realizar estafas así de complejas. Al tratar en el capítulo 1 la clase de delitos que cometen los esquizofrénicos sin medicar se dijo que por lo general son absurdos, inmotivados y espontáneos; el esquizofrénico que no ha recibido tratamiento difícilmente podrá conseguir trabajo, por lo que se convierte en vagabundo, realiza pequeños hurtos o actos de exhibicionismo y de ninguna manera sabe que lo que está haciendo está mal, simplemente lo hace sin control de sus impulsos.

En base a las jurisprudencias presentadas en el capítulo 4 es lógico asumir que lo que motivó a estos esquizofrénicos a transgredir las normas penales con sus acciones fueron decisiones conscientes y deseadas y de ninguna manera provocadas por su enfermedad. Probar que un esquizofrénico realizó un acto con conciencia y voluntad no es una tarea fácil, por lo cual es necesario el aporte de peritos médico forenses especializados en la materia. Este es un tema reciente que no ha sido estudiado a profundidad en el Ecuador. Tanto España como Chile tienen amplia doctrina y

jurisprudencia acerca de cómo manejar los casos en que un esquizofrénico bajo tratamiento delinque. Para que la legislación ecuatoriana pueda adaptarse a estas nuevas realidades donde la medicina permite que inimputables se conviertan en posibles imputables es necesario que se realice una modificación al C.P. actual. Estas reformas deben ser realizadas tomando en cuenta las necesidades especiales de los esquizofrénicos y los derechos que tienen como ciudadanos ya que de ninguna manera se quiere proponer un retroceso en el tratamiento del enfermo mental y mucho menos atentar contra sus garantías.

Por lo mencionado anteriormente, puedo concluir que mi hipótesis ha sido comprobada, efectivamente los esquizofrénicos bajo tratamiento son imputables ya que los avances científicos han permitido crear medicamentos que restauran las funciones volitivas, cognitivas y físicas de quienes padecen esta enfermedad. Al analizar qué motivó a un sujeto esquizofrénico a actuar de tal o cual manera, claramente se debe tener en cuenta si este individuo padecía de síntomas que causaron que infrinja la ley involuntariamente, o si sus síntomas son inexistentes y realizó el hecho con conciencia, libertad y en busca de un resultado concreto.

## Bibliografía

- Agudelo Betancur, Nódier. *Grandes corrientes del derecho penal: escuela positivista*. 7ma ed. Bogotá: Temis, 2002. p. 5, 9.
- Albán Gómez, Ernesto. *Manual de derecho penal ecuatoriano parte general*. 3era ed. Quito: Ediciones Legales, 2005. p. 186, 189.
- Alvano, Sebastián Alejandro. "Pautas de tratamiento y manejo clínico." *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* Mar. 2001.
- Alvarez Bonilla, Argenis Jesús. "Inimputabilidad, la culpabilidad y el dolo." *Revista de Opinión Jurídica*. Urbe et Ius. Web. 30 Ago. 2011.  
<[http://www.urbeetius.org/newsletters/15/news15\\_bonilla.pdf](http://www.urbeetius.org/newsletters/15/news15_bonilla.pdf)>.
- Asociación Mundial de la Psiquiatría. "Qué es y cómo se trata la esquizofrenia." *Revista de Toxicomanías y Salud Mental* (2002): 1-146.
- Avilés Gómez, Manuel. *Delitos y delincuentes: cómo son, cómo actúan*. San Vicente: Club Universitario, 2010. p. 186.
- Beck, Aaron T., Neil A. Rector, y Neil Stolar. *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. New York: Guilford, 2009. p. 20.
- Birchwood, M. J., y Chris Jackson. *Schizophrenia*. Hove, East Sussex: Psychology, 2001. p. 87.
- Blanco Lozano, Carlos. *Tratado de derecho penal español. Tomo 1: El sistema de la parte general*. Vol. 2. Barcelona: J.M. Bosch Editor, 2005. p. 218, 219, 221.
- Burón, Javier. *Psicología médico-forense: La investigación del delito*. 2nda ed. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2009. p. 92, 171, 201.
- Cabrera, Forneiro J., Rocañin J. C. Fuertes, and Moreno C. Plumed. *Enfermería Legal*. Madrid: UPCO, 1994. p. 207.
- Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Ciudad de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Hammurabi, 2000. p. 106, 121, 123, 125, 126, 154, 184, 185.
- Cobo del Rosal, Manuel, y Tomás Vives Antón. *Derecho penal: parte general*. 5ta ed. Valencia: Universidad de Valencia, 1999.
- Carlson, Neil R. *Fundamentos de psicología fisiológica*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1996. p. 475.
- Checa, Manuel J. *Manual práctico de psiquiatría forense*. Madrid: Elsevier-Masson, 2010. p. 424.

- Chesterman, P., y K. Sahota. "Mentally Ill Sex Offenders in a Regional Secure Unit. I: Psychopathology and Motivation." *Journal of Forensic Psychiatry* (1998): 150-60.
- Chinchilla, Moreno A. *Las esquizofrenias: Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2007. p. 1, 8, 9, 15, 562.
- Coon, Dennis. *Psicología*. México: Thomson, 2005. p. 607.
- Cuesta Aguado, Paz M. *Culpabilidad: exigibilidad y razones para la exculpación*. Madrid: Dykinson, 2005. p. 85, 87.
- Cury Urzúa, Enrique. *Derecho penal: parte general*. Vol. II. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1992. p. 16, 20, 35, 37.
- Donna, Edgardo A. "Capacidad de culpabilidad o imputabilidad." *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo* Abr. 1998. p. 45-57.
- Dresdner, Rodrigo. *Psiquiatría forense en lo penal*. Chile: Editorial Iku, 2010. p. 66, 80.
- Eronen, Markku, Harl Tillhonen, and Panu Hakola. "Schizophrenia and Homicidal Behavior." *Schizophrenia Bulletin* 22.1 (1996): 83-89.
- "Esquizofrenia" *Enciclopedia libre universal en español*. Artículo de la *Enciclopedia*. Web. 10 Mar. 2011.  
<<http://enciclopedia.us.es/index.php/Esquizofrenia>>.
- "Esquizofrenia Residual." *Psiquiatria.com*. Web. 14 Junio 2011.  
<<http://psychiatry.es/content/view/3434/33/>>.
- Fernández, J., JA García De Gregorio, R. Elises Prados, C. Gallardo Mayo, y A. Reoyo Jiménez. "Esquizofrenia y Conducta Violenta." *Revista Medicina General* No. 94. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Abr. 2007. p 157-164. Web. Sept. 2010. <[http://www.medicinageneral.org/revista\\_94/pdf/157-165.pdf](http://www.medicinageneral.org/revista_94/pdf/157-165.pdf)>.
- Finol, María Alejandra, y Eduardo R. Piña. "Intervención del psicólogo forense en la determinación de la enfermedad mental como causa de inimputabilidad." *Revistas Científicas y Humanistas* Oct. 2008: 89-119.
- Firestone, Philip y David JA Dozois. *Abnormal psychology perspectives*. Toronto: Prentice Hall, 2005. p. 196, 197, 198, 202.
- First, Michael B., Allen Frances, y Harold Alan. Pincus. *DSM-IV-TR : Guía de Uso: Complemento del DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, 2005. p. 189.
- Fonseca, Morales Gema María. *La anomalía o alteración psíquica como eximente o*

- atenuante de la responsabilidad criminal*. Madrid: Dykinson, 2009. p. 22, 36, 38, 55, 162, 167.
- Freedman, Alfred M., and Harold I. Kaplan. "Psychotic Disorders. I: Schizophrenic Reactions." *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967. p. 600, 621, 623, 632, 633, 638, 639.
- Fresán, Ana, Josue Tejero, Rogelio Apiquian, Cristina Lozaga, María Gracia Anaya, y Humberto Nicolini. "Apectos Penales y Características Clínicas de la Criminalidad en la Esquizofrenia." *Salud Mental Vol.25, Número 005*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Oct.2002. p 72-78. Web. Sept. 2010. <[Http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252508.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252508.pdf)>.
- Fresquet, José L. "Emil Kraepelin." *Historiadelamedicina.org, Biografías Médicas*. Instituto de historia de la ciencia y documentación, Sept. 2004. Web. 10 Mar. 2011 <<http://www.historiadelamedicina.org/kraepelin.html>>.
- Gaitán Mahecha, Bernardo. "La imputabilidad." *Nuevo Foro Penal*. Bogotá: Temis, 1982, p. 518-47.
- García, Valdés Carlos. *Jornadas sobre psiquiatría forense*. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1994. p. 39.
- Gaviria Trespalacios, Jaime. "La inimputabilidad: concepto y alcance en el Código Penal colombiano". *Revista Colombiana de Psiquiatría XXXIV*. Bogotá: Asociación colombiana de psiquiatría, 2005, p. 26-48.
- Gennaro, Alfonso R., Joseph P. Remington, y Sebastián Belluci. *Remington farmacia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2003. p. 1700.
- Gerrig, Richard J., y Philip G. Zimbardo. *Psicología y vida*. México: Pearson Educación, 2005. p. 499, 500.
- Gisbert, Calabuig Juan Antonio, y Cañadas, Enrique Villanueva. *Medicina legal y toxicología*. Ámsterdam: Elsevier Masson, 2008. p. 1141, 1146.
- Goldschmidt, James. *La concepción normativa de la culpabilidad*. Trad. Margarethe de Goldschmidt y Ricardo C. Núñez. 2da ed. Montevideo: Editorial B de F, 2007. p. 72, 73, 80.
- Gómez-Restrepo, Carlos. *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2008. p. 382, 383.
- Greenfield, Susan, Gregory Bacon, y Joan Lluís Riera. *El poder del cerebro: Cómo funciona y qué puede hacer la mente humana*. Barcelona: Crítica, 2007. p. 127.
- Gutiérrez Suela, Felicitas. "Tratamiento actual con antipsicóticos de la esquizofrenia".

*Revista Farmacia Hospitalaria*. 1998: 207-12.

Hegglin, María Florencia. Los enfermos mentales en el derecho penal. Contradicciones y falencias del sistema de medidas de seguridad. Buenos Aires: Editores del Puerto, 2006. p. 299.

Heinrich, Jescheck Hans. "Evolución del concepto jurídico penal de culpabilidad en Alemania y Austria". *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. Granada: RECPC, 2003, p. 1-19.

Hikal, Wael. *Criminología Etiológica-Multifactorial*. México, D.F.: Flores Editor y Distribuidor, 2011. p. 219.

Jiménez de Asúa, Luis. *Principios de derecho penal. La ley y el delito*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2005. p. 327, 340, 341, 354.

Larach Walters, Verónica. "La esquizofrenia en la actualidad." *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* Mar. 1998.

Loor, Franco Eduardo. *Fundamentos de derecho penal moderno*. Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones, 2011. p. 307.

López Gómez, Jesús. *Culpabilidad e inculpabilidad*. Santafé de Bogotá: Librería Doctrina y Ley, 1996. p. 222, 234, 240, 249.

Malo Camacho, Gustavo. *Derecho penal mexicano: teoría general de la ley penal, teoría general del delito, teoría de la culpabilidad y el sujeto responsable, teoría de la pena*. México, D.F.: Editorial Porrúa, 2003. p. 552.

Mateo Ayala, Eladio José. *La eximente de anomalía o alteración psíquica en el derecho penal comparado*. Madrid: Dykinson, 2007. p. 66, 67.

Mensías Pavón, Fabián. *Psicología jurídica y psiquiatría forense*. Quito: FACSO, 2006. p. 240.

Messina, Salvatore. "Presupuestos metódicos del concepto de culpabilidad. Sobre las concepciones normativas en derecho penal." *Anuario de Derecho Penal*. Castilla: Publicaciones del Ministerio de Justicia, 1959, p. 541-559.

Mir Puig, Santiago. *Derecho penal: parte general*. 8va ed. Buenos Aires: Euros Editores SRL, 2008. p. 287, 529, 532, 568, 587.

Moore, David P., y James W. Jefferson. *Manual de Psiquiatría Médica*. Madrid: Elsevier, 2005. p. 115, 121, 122.

Obiols, Jordi E., y Joan Obiols. *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca, 1989. p. 14, 23, 24, 25, 27, 31.

- Ordoñez, José. "Aspectos psicológicos de la responsabilidad Penal." *CENIPEC*(2007). *SABER ULA*. Web. 25 Ago. 2011. <<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/23599/1/articulo7.pdf>>.
- Ortuño, Sánchez-Pedreño Felipe, y Lanás Raquel Martín. *Lecciones de psiquiatría*. Buenos Aires, Madrid: Panamericana, 2009. p. 86, 87, 89, 104, 106, 108, 110, 112.
- Otín del Castillo, José María. *Psicología criminal: técnicas de investigación e intervención policial*. Valladolid: Lex Nova, 2009. p. 43.
- Raine, Adrian. *Crime and Schizophrenia: Causes and Cures*. New York: Nova Science, 2006. p. 4.
- Reyes, Echandía Alfonso. *Imputabilidad*. Bogotá: Editorial Jurídica Temis, 2004. p. 47.
- Rivas Calderón, Francisco Eduardo. "El origen de la esquizofrenia." *Revista Médica de nuestros hospitales*. Junta de beneficencia de Guayaquil, Oct. 2009. Web. 24 May 2011. <[http://revistamedica.org.ec/docs/rmnh/2009/vol15/rmnh\\_vol15\\_no4.pdf](http://revistamedica.org.ec/docs/rmnh/2009/vol15/rmnh_vol15_no4.pdf)>.
- Rodes Lloret, Fernando. *Enfermedad Mental: Aspectos Médico-forenses*. Madrid: Díaz de Santos, 2006. p. 15, 116, 117, 118, 119.
- Rusconi, Maximiliano. *Teoría del delito*. Santo Domingo, República Dominicana: Escuela Nacional de la Judicatura, 2007. p. 358.
- Sandoval Fernández, Jaime. "Causales de ausencia de responsabilidad penal". *Dogmática y criminología. Dos visiones complementarias del fenómeno delictivo*. Bogotá: Legis, 2008. p. 541-66.
- Shea, Peter. *Psychiatry in Court: the Use(fulness) of Psychiatric Reports and Psychiatric Evidence in Court Proceedings*. Sydney: Hawkins, 1996. p. 127.
- Soto, Federico. "La imputabilidad disminuida como origen del sistema de justicia para menores delincuentes." *Ombudsman Revista Especializada en Derechos Humanos*. Aguascalientes: CEDH, 2006, p. 117-50.
- Sperling, Abraham Paul. *Psicología Simplificada*. México, D.F.: Compañía General de Ediciones, 1976. p. 190.
- Stuart, Gail Wiscarz, y Michele Laraira. *Enfermería Psiquiátrica: Principios y Práctica*. Madrid: Elsevier, 2006. p. 388.
- Toscano, Ericson. "Pacientes Esquizofrénicos." Entrevista Personal. 30 May 2011.
- Vallejo, Ruiloba Julio., and Pascual Carlos. Ballús. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Ámsterdam: Elsevier, 2009. p. 450.

Weinberger, Daniel R., y P. J. Harrison. *Schizophrenia*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2011. p. 6, 16.

Zaffaroni, Eugenio Raúl. *Teoría del delito*. Buenos Aires: Editorial LOSADA, 1973. p. 656, 697.

#### Jurisprudencia

Corte de Apelaciones (Chile). Sentencia no. 19065. Jul 22, 2011. Disponible en: <http://cortes-apelacion.vlex.cl/vid/-308316070>.

Corte de Apelaciones (Chile). Sentencia no. 41052. Nov 4, 2005. Disponible en: <http://cortes-apelacion.vlex.cl/vid/ismael-taha-victoriano-fierro-montecino-30942628>.

Corte Suprema de Justicia (Colombia). Sentencia no. 28556. Abr 27, 2011. Disponible en: <http://corte-suprema-justicia.vlex.com.co/vid/-313307314>.

Corte Suprema de Justicia (Ecuador). Sentencia no. 336-06. Mayo 11, 2006. Disponible en: R.O. Suplemento no. 30 de 14 mar 08.

Corte Suprema de Justicia (Ecuador). Sentencia no. 561-06. Ene 7, 2008. Disponible en: R.O. no. 55 de 27 oct 09.

Corte Suprema de Justicia (España). Sentencia no. 1257/2003. Sep 25, 2003. Disponible en: <http://supremo.vlex.es/vid/presuncion-inocencia-prueba-cargo-16208127>.

Corte Suprema de Justicia (España). Sentencia no. 3093/1990. Dic 15, 1992. Disponible en: <http://supremo.vlex.es/vid/delitos-falsedad-documento-mercantil-17711641>.

Corte Suprema de Justicia (Panamá). Sentencia no. 12 P.I. Jul 26, 20087 Disponible en: <http://vlex.com.pa/vid/sentencia-condenatoria-apelada-segunda-31691194>.

#### Plexo normativo

Código Penal de Chile. Diario Oficial de 28 de junio de 2008.

Código Penal de Colombia. Diario Oficial no. 44.097 de 24 de julio del 2000.

Código Penal de Ecuador. Registro Oficial Suplemento no. 147 de 22 de enero de 1971.

Código Penal de España. Boletín Oficial del Estado no. 281 de 24 de noviembre de 1995.

Código Penal de Panamá. Gaceta Oficial no. 26519 de 26 de abril de 2010.