

IMPUTABILIDAD Y TRASTORNO BIPOLAR.
UNA MIRADA NO ALIENISTA DE LOS TRASTORNOS MENTALES.

Autora: María Eugenia Sánchez Álvarez

Fundación H.A. Barceló - Facultad de Medicina

Especialidad en Medicina Legal - Trabajo Final Integrador

Director de la Carrera Dr Foyo Roberto

Tutor Orientador del TFI: Dr. Di Guglielmo Federico

Asesor Metodológico del TFI: Dr. Remesar Sergio

Año 2024

INDICE

RESUMEN – ABSTRACT _____	3
I.INTRODUCCION _____	4 - 15
I.a) El Trastorno Bipolar, una problemática grave en Salud Mental _____	5 – 12
I.b) Una aproximación a la Psiquiatría Forense _____	12 - 15
II.OBJETIVOS _____	16
III. METODOLOGÍA _____	17
III. DESARROLLO _____	18 – 51
IV.a) Psiquiatría Forense y la prueba pericial _____	18 – 23
IV.b) Concepto de inimputabilidad en Argentina, su relación con la teoría del delito y las fórmulas de inimputabilidad . _____	23 – 28
IV.c) El Cuerpo de peritos y consultores técnicos e Investigadores de la Defensoría General de la Nación, un eslabón más dentro del Sistema de Justicia Nacional. _____	36 – 43
IVd) Presentación y análisis de casos _____	41 – 51
IV. CONCLUSIONES _____	52 – 54
VI. BIBLIOGRAFIA _____	55– 60

RESUMEN

El presente trabajo es un proyecto de innovación que busca conocer los aportes de la psiquiatría forense en torno a la imputabilidad del trastorno bipolar (en adelante TB) en Argentina. Diversas investigaciones han demostrado que existe una mayor tendencia a cometer actos delictivos en pacientes con diagnóstico de TB, en comparación con la población general. Desde el trabajo de la autora en el Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos de la Defensoría General de la Nación (en adelante CPyCT) se analizarán dos casos de personas con diagnóstico de Trastorno Bipolar que se encuentran atravesando un proceso penal, en el que la inclusión de la psiquiatría forense con una mirada no alienista de los Trastornos Mentales posibilita una mirada compleja e integradora, aportando a la justicia penal nuevos elementos como la prueba pericial para la interpretación del caso.

Palabras claves: imputabilidad, psiquiatría forense, trastorno bipolar, prueba pericial

ABSTRACT

The present work is an innovation project that aims to understand the contributions of forensic psychiatry regarding the criminal responsibility of individuals with bipolar disorder (hereinafter BD) in Argentina. Various studies have shown that there is a higher tendency to commit criminal acts among patients diagnosed with BD compared to the general population. Through the author's work with the Corps of Experts and Technical Consultants of the National Public Defender's Office (hereinafter CPyCT), two cases of individuals diagnosed with Bipolar Disorder who are undergoing criminal proceedings will be analyzed. In these cases, the inclusion of forensic psychiatry with a non-alienist perspective on Mental Disorders enables a complex and integrative approach, offering criminal justice new elements, such as expert evidence, for case interpretation.

Key words imputability, forensic psychiatry, bipolar disorder, expert evidence

I. INTRODUCCION

Según la Organización mundial de la Salud¹ (OMS) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” el Trastorno Mental se define a su vez, como una alteración clínicamente significativa en el comportamiento, cognición o emociones de un individuo. Para considerarse un trastorno, dicha alteración debe interferir con el adecuado funcionamiento del propio individuo, bien sea en el ámbito personal, laboral, familiar o social y, además, esta alteración debe generar un malestar significativo en el mismo o en otros. La OMS establece que una de cada ocho personas en el mundo padece un trastorno mental, que comportan alteraciones considerables del pensamiento, la regulación de las emociones o el comportamiento. existen diferentes tipos de trastornos mentales, y existen también opciones eficaces de prevención y tratamiento. Sin embargo, la gran mayoría de las personas no tienen garantizado el acceso a una atención eficaz. Por su parte la CIE 11² considera que los trastornos mentales se caracterizan por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de una persona, en general asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. También es posible denominarlos problemas de salud mental, aunque este último término es más amplio y abarca los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y otros estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva.

En 2019, una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos, que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año. Aunque existen opciones eficaces de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas que padecen

¹ disponible en <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

² disponible en <https://icd.who.int/es>

trastornos mentales no tienen acceso a una atención efectiva. Además, muchos sufren estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos.(OMS³)

Los trastornos mentales son altamente perjudiciales debido a su cronicidad, aparición temprana, baja tasa de adherencia a los tratamientos y a su prevalencia en la población general. En el caso de Argentina, a pesar de tener uno de los mayores Índices de Desarrollo Humano (IDH) en América Latina (United National Development Programme, 2013), son escasas las cifras epidemiológicas sobre los trastornos mentales en el país, una posible explicación frente a esta escasez de datos puede relacionarse con el hecho de que los trastornos mentales son muy variados y la concepción de los mismos dependerá del manual diagnóstico que emplee quien realice el diagnóstico.⁴ En líneas generales, son 2 los manuales diagnósticos que se emplean el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su última versión DSM-5. y la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su última versión CIE-11.

1a. El Trastorno Bipolar, una problemática grave en Salud Mental.

Siguiendo al DSM V⁵, el TB es una enfermedad psiquiátrica que cursa por fases, que alternan episodios de depresión con episodios maníacos e hipomaníacos. En ambas fases, pero predominantemente en la fase maníaca pueden aparecer síntomas psicóticos. Es aquí donde, mayoritariamente, las personas pueden actuar de forma insensata o inadecuada y se encuentran más propensas a tener problemas con la ley penal. Este trastorno es una problemática grave, que de no ser diagnosticada y tratada a tiempo puede generar graves problemas, llegando en algunos casos a ser un trastorno grave e incapacitante. En dichos casos se manifiesta con síntomas tales como pensamiento acelerado, la incapacidad de reconocer cuándo se necesita dormir, cambios de humor recurrentes repetitivos, que hacen que el enfermo no pueda distinguir

³ disponible en [Trastornos mentales \(who.int\)](http://www.who.int)

⁴ United National Development Programme (2013). Human Development Report 2013: The rise of the South: Human progress in a diverse world. UNDP. Recuperado de: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/ARG.pdf>.

⁵ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 (2013). AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Ed. Panamericana. Madrid. España.

entre sus procesos cognitivos y conductuales, lo cual puede conducir a comportamientos problemáticos de cualquier índole.

En los episodios depresivos graves la falta de motivación, apatía, y los intentos de suicidio se convierten en una figura constante en los pacientes bipolares, aislándolos, reduciendo su capacidad de trabajo y contacto socio familiar, perdiendo la capacidad de resolver conflictos. La falta de conciencia de enfermedad es uno de los problemas principales de este Trastorno.

En 2019, 40 millones de personas padecían TB. Las personas afectadas experimentan episodios depresivos alternados con períodos de síntomas maníacos. Durante el episodio depresivo, experimentan un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días. Los síntomas maníacos pueden incluir euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía y otros síntomas, como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente. Las personas con trastorno bipolar tienen un mayor riesgo de cometer suicidio. Sin embargo, existen opciones terapéuticas eficaces, como psicoeducación, reducción del estrés y fortalecimiento del funcionamiento social y medicación. (DSM V)

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I es necesario que se cumplan los siguientes criterios para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaniacos o episodios de depresión mayor.

Episodio maníaco:

- A. un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración en que se necesita hospitalización).*
- B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:*
 - 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.*

2. *Disminución de la necesidad de dormir.*
 3. *Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.*
 4. *Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.*
 5. *Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.*
 6. *Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).*
 7. *Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (por ejemplo: dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).*
- C. *La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.*
- D. *El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.*

Nota: los criterios A-D constituyen un episodio maniaco. Se necesita al menos un episodio maniaco a lo largo de la vida para el diagnóstico del trastorno bipolar I.

Episodio hipomaniaco:

- A. *Un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.*
- B. *Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:*
 1. *Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.*
 2. *Disminución de la necesidad de dormir.*

3. *Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.*
 4. *Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.*
 5. *Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.*
 6. *Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.*
 7. *Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (por ejemplo: dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).*
- C. *El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.*
- D. *La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.*
- E. *El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maniaco.*
- F. *El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento, otro tratamiento).*

Nota: Los criterios A-F constituyen un episodio hipomaniaco. Los episodios hipomaniacos son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico del trastorno bipolar I.

Episodio de depresión mayor:

- A. *Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.*

Nota: no incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica.

1. *Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo: se siente triste, vacío*

o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo: se le ve lloroso). (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

- 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).*
 - 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo: modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado).*
 - 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.*
 - 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).*
 - 6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.*
 - 7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).*
 - 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).*
 - 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.*
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.*
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.*

Nota: los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo: duelo, ruina económica, pérdidas debido a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación, acerca de la pérdida,

insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Trastorno bipolar I:

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maniaco (Criterios A-D).*
- B. La aparición del episodio(s) maniaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.*

Trastorno bipolar II:

- A. Se han cumplido los criterios para un episodio hipomaniaco (Criterios A-F) y al menos un episodio de depresión mayor (Criterios A-C).*
- B. Nunca ha habido un episodio maniaco.*
- C. La aparición del episodio(s) hipomaniaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.*
- D. Los síntomas de depresión o la incertidumbre causada por la alternancia frecuente de periodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.*

Tomando en cuenta los criterios del DSM-V, dentro del apartado “Trastorno bipolar y trastornos relacionados” se encuentran resumidas las siguientes categorías: Trastorno bipolar I; Trastorno Bipolar II; Trastorno ciclotímico; Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos; Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica; Otro trastorno bipolar; Trastorno relacionado especificado; Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.

En este mismo orden y dirección, el Trastorno Bipolar (TB) es una afectación crónica y recurrente, en la cual el/la paciente presenta fluctuaciones entre el polo maníaco y el polo depresivo. Esta afectación se encuentra dentro de la clasificación de los trastornos del ánimo y entre sus síntomas principales se destacan los episodios de depresión, hipomanía y manía. Básicamente, en el TB se identifican dos extremos del humor, los cuales se contraponen: manía y depresión. Pueden existir pacientes que sólo presentes episodios de un solo polo, lo que se denominaría, por ejemplo, depresión unipolar (Arrieta y Molero, 2019)⁶.

La hipomanía representa un grado menor de exaltación de los síntomas que en la manía. La ciclotimia, por su parte, representa oscilaciones rápidas entre los dos polos del humor, es decir, sin llegar a un estado depresivo o maníaco. El trastorno ciclotímico se diferencia del TB en su duración e intensidad, en la ciclotimia los síntomas deben perdurar por un estado mayor de 2 años. A continuación en la figura 1 se representan los episodios del T Bipolar.

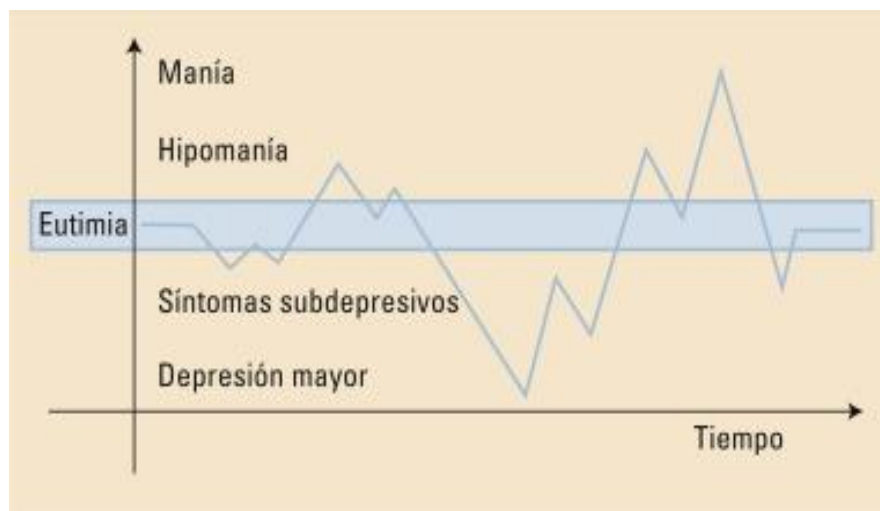


Figura 1. Representación gráfica de los estados del humor a lo largo de la vida por Arrieta y Molero (2019).

Otra de las alteraciones que se presentan en el TB se relacionan directamente con la emocionalidad, el pensamiento, cambios en la conducta y en los niveles de energía para realizar actividades. En el polo maníaco, por ejemplo, se presenta una exacerbación de

⁶ Arrieta, M. y Molero, P. (2019). Trastorno bipolar. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5055–5066. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.013>.

la energía, mientras que en la depresión esta disminuye casi completamente. Este trastorno implica un desgaste cognitivo y funcional del paciente, lo que ocasiona un aumento en la tasa de mortalidad, bien sea por suicidio o por enfermedad cardiovascular, reduciendo de manera considerable la calidad de vida.

Por su parte, Muñoz (2021) describe al TB como una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por extrema manía o extrema depresión ⁷ Aunque los pacientes diagnosticados con TB no sean violentos, este trastorno sí es un factor de riesgo para delinquir cuando se conjugan ciertas variables internas, del contexto y un tratamiento no adecuado⁸. Cabe agregar que, la frecuencia aumenta en pacientes que tengan una comorbilidad de TB y consumo de sustancias, en comparación con aquellos pacientes que no tienen ninguno de los dos trastornos ⁹

En el polo maníaco del TB, los síntomas que se presentan pueden ser vistos como un problema desde el sistema legal, debido a que los pacientes atraviesan periodos de desinhibición conductual y sexual, llevándolos a caer en el exhibicionismo, conducta sexual inapropiada y desinhibición conductual (DSM-5, 2013). En relación al diagnóstico del TB, en el caso de trastorno bipolar tipo 1, es necesario que se mantengan presentes las características de un episodio maníaco, mientras que para el trastorno bipolar tipo 2, se deben evidenciar las características de un episodio hipomaniaco y de un episodio depresivo mayor (DSM-V, 2013).

Ib. Una aproximación a la Psiquiatría Forense

La psiquiatría forense es la rama de la psiquiatría que aplica conocimientos científicos y clínicos en contextos legales, abarcando temas penales, civiles, correccionales, regulatorios y legislativos. Las evaluaciones psiquiátricas forenses son utilizadas por el

⁷ Muñoz, A. (2021). Trastorno Bipolar: repercusiones forenses en el ámbito penal treinta años de revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 21, 93–119.

⁸ Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2011). Violencia y trastornos mentales. En P. García-Medina, J.M. Bethencourt-Pérez, E. Sola-Reche, A.R. Martín-Caballero y E. Armas-Vargas (dirs.), *Violencia y Psicología Comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales*. Comares, 1–22.

⁹ Fovet, T., Geoffroy, P.A., Vaiva, G., Adins, C., Thomas, P. y Amad, A. (2015). Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatric Services*, 66(4), 348–353.

sistema de justicia penal para determinar la inimputabilidad, la capacidad para enfrentar un juicio, el riesgo de violencia futura, entre otros aspectos¹⁰ .

También conocida como psiquiatría médico-legal, es una disciplina científica fundamentada en el estudio de las neurociencias y se ocupa del análisis de personalidades anormales o patológicas desde una perspectiva legal. Las neurociencias abarcan todas las disciplinas dedicadas al estudio del sistema nervioso y su relación con la vida psíquica del individuo, incluyendo psicología, psiquiatría, neurología y neurocirugía. Esta especialidad médica se centra en la evaluación y tratamiento de personas involucradas en el sistema legal, abordando cuestiones de responsabilidad criminal, capacidad para ser juzgado y otros aspectos legales relacionados con la salud mental^{11 12}

Según la American Academy of Psychiatry and the Law (2015), la psiquiatría forense se define como la aplicación de la psiquiatría en el ámbito de asuntos legales y judiciales, con un enfoque particular en la evaluación de la responsabilidad penal y la competencia para ser juzgado, así como otros aspectos vinculados con la ley y la salud mental.

Los protocolos en Psiquiatría Forense establecen que las pericias psiquiátricas tienen como objetivos específicos: obtener información acerca del estado de salud/enfermedad mental antes, durante y después de los hechos que se encuentran bajo investigación y explorar cómo es el funcionamiento global del examinado y si hubo alteración como consecuencia de un trastorno mental.

La justicia realiza multiplicidad de consultas y preguntas a diferentes disciplinas, estas preguntas adquieren la forma de puntos de pericia, la psiquiatría forense responde desde su especialidad y en múltiples oportunidades el punto pericial que se solicita responder se relaciona con la capacidad de dirigir y comprender las acciones de una

¹⁰ American Academy of Psychiatry and the Law, Ethics Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry Adopted May, 2005, disponible <https://www.aapl.org/ethics.htm#:~:text=Psychiatrists%20in%20a%20forensic%20role,%2C%20justice%2C%20and%20social%2>

¹¹ Basile Alejandro Fundamentos de medicina Legal Deontología y Bioética, 6 ta edición Buenos Aires Editorial El Ateneo 2015

¹² American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

persona al momento de los hechos. Esto es en concreto la respuesta al artículo 34 inciso 1 del Código Penal Argentino

Respecto de los puntos de pericia, se citarán ejemplos que han sido copiados de manera textual de expedientes sobre los que la autora del presente escrito, ha trabajado: “se determine, en función de su problemática, si pudo comprender la criminalidad de sus actos pero, fundamental y específicamente, si pudo dirigirse de acuerdo a dicha comprensión e inhibirse de llevar adelante la conducta atribuida”, “evaluación psicológica y psiquiátrica respecto de el/la imputada tendiente a explorar la estructura psíquica, sus antecedentes familiares y personales, y su nivel cognitivo y emocional”, objeto del peritaje: a fin de establecer si: 1) presenta alguna patología psicofísica, en su caso se indique diagnóstico y tratamiento aconsejado; 2) la existencia de alteración o desviación de la normalidad psíquica; 3) fundamentalmente se expidan si, al momento del hecho que diera origen a estos actuados, ocurrido el 30 de septiembre del año en curso, pudo comprender la criminalidad de sus actos y/o dirigir sus acciones (art. 34 C.P.N.); 4) si presenta riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, de provocar un daño de entidad, si requiere asistencia, terapia, medicación y, en su caso, si requiere internación, debiendo informarse institución adecuada; 5) en caso de que sus facultades mentales encuadren dentro de la normalidad jurídica, deberá indicarse si se encuentra en condiciones de afrontar un proceso penal (art. 77 del C.P.P.N.).

El artículo 34 del Código Penal¹³ establece que “No son punibles: 1. *El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás. En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso*”.

¹³ Código Penal de la Nación Argentina. Ley N.º 11.179. Sancionado el 29 de octubre de 1921. Artículo 34

La imputabilidad es la aptitud o capacidad de comprender la antijuridicidad del hecho y de dirigir las acciones conforme a dicha comprensión. Este es un concepto jurídico, que nace para dar respuestas a cuestiones de naturaleza jurídica y no se trata de una verificación de un estado biológico, médico o psicológico únicamente. En este sentido Bacigalupo (1999)¹⁴ señala que: La cuestión de la capacidad de motivación es de naturaleza eminentemente normativa: no debe confundirse, por lo tanto, con una cuestión médica o psiquiátrica, aunque sea necesario determinar algunos aspectos mediante la ayuda de conceptos médicos (p. 447). La imputabilidad entonces es un concepto jurídico que se relaciona con hechos psiquiátricos¹⁵ y en la mayoría de las codificaciones occidentales no existe una definición positiva sobre lo que es ser imputable, se parte de la idea siempre de que las personas adultas son en principio imputables, sin embargo existen situaciones que esta aptitud puede verse limitada, existen estados personales, sociales, psicológicos, biológicos que pueden ser causas de inimputabilidad o bien causas que excluyen la imputabilidad; en estos casos la acción típica y antijurídica, se da en una persona sin capacidad de reproche¹⁶

¹⁴ Bacigalupo, E. (1999) Derecho Penal. Parte General (2o ed.). Editorial Hammurab. Buenos Aires. Argentina.

¹⁵ Fontan Balestra, C. (1998) Derecho Penal. Introducción y parte general. Ed. Abeledo Perrot. Buenos Aires. Argentina.

¹⁶ Frías Caballero, J. (1981). Imputabilidad Penal. Capacidad personal de reprochabilidad ético-social. Ediar.

II. OBJETIVOS DEL TRABAJO

Objetivo general

1. Analizar los elementos que la psiquiatría forense puede aportar a la justicia penal en casos en los que los imputados presentan un diagnóstico de trastorno bipolar, desde una visión no alienista de los trastornos mentales.

Objetivos específicos

1. Estudiar los avances actuales que presenta la psiquiatría forense y su efecto en el proceso penal en el caso de trastornos mentales, específicamente en la evaluación de la imputabilidad de una persona con padecimiento mental grave.
2. Analizar desde la perspectiva de la psiquiatría forense, el artículo 34 inciso 1 del Código Penal de la Nación.
3. Describir las características generales del funcionamiento del Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos de la Defensoría General de la Nación, específicamente del Departamento de Psiquiatría.
4. A través del análisis de dos casos, dar cuenta del modo en que la psiquiatría forense desde una mirada no alienista de los trastornos mentales, puede aportar elementos de utilidad para una lectura compleja e integral del hecho.

III. METODOLOGIA

La modalidad de trabajo final integrador elegido, es un proyecto de innovación. Luego de explicar nociones y conceptos básicos vinculados a la psiquiatría, la psiquiatría forense, la salud mental se llevará a cabo una revisión sistemática sobre el concepto de trastorno bipolar, relacionándolo con el concepto de imputabilidad; en segundo lugar se explicará la modalidad de funcionamiento general del Departamento de Psiquiatría del Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos de la Defensoría General de la Nación, con el objeto de dar cuenta del modo en que la psiquiatría forense puede aportar a la justicia informes periciales con una mirada ampliada e integral de la salud mental, para ello se expondrán y analizaran dos casos específicos en los que, luego de trabajar interdisciplinariamente con psicólogos/as forenses del Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos y habiendo llevado a cabo una lectura no alienista de los trastornos mentales, las pericias psiquiátricas se incluyen en la estrategia de la defensa y resultan de utilidad para la administración de la justicia.

IV. DESARROLLO

IVa) Psiquiatría forense y la prueba pericial

Una vez realizada esta primera aproximación al TB, resulta fundamental desarrollar conceptos relacionados a la Psiquiatría Forense y la Prueba Pericial, para luego abordar el concepto de Imputabilidad, todos estos insertos en el marco del Sistema judicial Argentino.

En este propósito, la Psiquiatría se concibe como la rama de la medicina que se encarga de tratar las enfermedades mentales, la cual tiene como ciencia de base la psicopatología. Se han establecido los inicios de la psiquiatría en el siglo XIX; la psiquiatría estuvo en sus inicios relacionada con los supuestos filosóficos, teológicos y hasta religiosos. Esta rama de la medicina emplea el método científico. en palabras de Rinaldo Pellegrini “es el complejo de nociones medicolegales y psiquiátricas que se refieren a la determinación de la capacidad natural (mental) respecto a particulares circunstancias penales, civiles o canónicas” Es una subespecialidad de la psiquiatría que se define como la aplicación de la psiquiatría clínica al derecho, con el objetivo de establecer el estado de las facultades mentales, con el propósito de delimitar el grado de responsabilidad penal y capacidad civil del individuo. .En pocas palabras, la psiquiatría forense se encarga del estudio de los problemas psiquiátricos o psicológicos en aquellos casos donde la persona que los padece necesita una atención ante la ley.¹⁷

Jean Esquirol (1772-1840) ha sido considerado como el pionero de la Psiquiatría Forense, gracias a su obra que lleva por nombre *Des Maladies Mentales considérées sous les Rapports Médica, Hygiénique et Médico-Legal* (1838). Esquirol fue discípulo de Philippe Pinel, considerado uno de los pilares fundamentales de la psiquiatría francesa y quien reformuló la psiquiatría de la época al humanizar el trato de los pacientes reclusos en hospitales.

El alienismo, que más tarde se consolidará como la psiquiatría, se considera surgido durante la Revolución Francesa bajo la influencia de Philippe Pinel. La publicación de

¹⁷ Pellegrini R, *Medicina Legal*. Benzal, Madrid, 1950.

su obra en 1801, *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale*, marcó un hito fundamental en esta disciplina. Este tratado sentó las bases de una ciencia que combinaba fundamentos de la medicina hipocrática con elementos de la filosofía, particularmente el estoicismo latino y el empirismo inglés. Según el propio Pinel, el pensamiento de un grupo de filósofos influyentes durante la Revolución Francesa, conocidos como los "ideólogos", también desempeñó un papel clave. Entre estos ideólogos destacaron Destutt de Tracy, Condillac y Cabanis.¹⁸

El contexto intelectual de la Ilustración y el enciclopedismo definió esta práctica inicial, conocida como alienismo. Su denominación deriva de la lógica doctrinaria de estos autores, quienes conceptualizaron la alienación (del latín *alius*: otro) como la pérdida del juicio. Esta primera doctrina fue desarrollada por Esquirol, quien añadió una taxonomía nosográfica rigurosa y una fuerte orientación positivista. En 1854, la clínica psiquiátrica experimentó un cambio paradigmático significativo. J.P. Falret cuestionó la doctrina pineliana predominante en su obra *De la non-existence de la monomanie*. En este texto, Falret impugnó las ideas de Pinel, Esquirol y sus seguidores sobre las monomanías, proponiendo un alejamiento del positivismo imperante. Además, introdujo el concepto de la *folie à double forme*, que curiosamente fue propuesto simultáneamente por Baillarger bajo otro nombre. Este planteamiento implicó una transformación profunda en la práctica clínica: se comenzó a observar la enfermedad de manera diacrónica, atendiendo no solo a los síntomas evidentes, sino también a los periodos asintomáticos en su evolución. El término "psicosis maníaco-depresiva" fue introducido por el psiquiatra Emile Kraepelin en 1896 en la sexta edición de su libro *Psiquiatría* y tiene relación con el concepto actual de: Trastorno Bipolar¹⁹

Este enfoque puso en tela de juicio el carácter general de la doctrina alienista, al plantear preguntas sobre la afectación del juicio en las personas alienadas. La relevancia de esta perspectiva se reflejó posteriormente en los trabajos de autores como Falret hijo, Kraepelin y Abraham, quienes continuaron explorando estos temas. Este giro teórico y

¹⁸ Allegro, Fabián.(2008) "Pinel y la libertad ilustrada" en *Psiquiatría*, Revista Latinoamericana de Psiquiatría, Buenos Aires: Scien Editorial, Numero 1, abril 2008. Pág.16

¹⁹ Allegro, Fabián.(2008) "Esquirol y la insinuación del positivismo en la Psiquiatría" en *Psiquiatría*, Revista Latinoamericana de Psiquiatría, Buenos Aires: Scien Editorial, Numero 2, Junio 2008. pág 15

clínico constituye un aspecto central en la historia de la psiquiatría y tiene importancia en función del objeto de análisis en el presente trabajo.²⁰

En América Latina desde mediados de la década del 80 del siglo XX comenzó un proceso de transformación de los sistemas de justicia criminal. Se realizaron reformas profundas en el proceso penal que tenían una fuerte raigambre autoritaria (sistema inquisitivo) y lentamente los países de la región fueron adoptando un sistema de tipo acusatorio. Las principales características de este sistema han sido 1) el establecimiento del juicio oral y público como elemento central del proceso²¹ 2) la separación de funciones y diferenciación de los roles de jueces y fiscales 3) la entrega de ciertas facultades discrecionales limitadas a los fiscales para terminar anticipadamente la persecución penal 4) el reconocimiento de garantías básicas del debido proceso a favor de las personas que son perseguidas penalmente 5) el reconocimiento de los derechos de las víctimas como actores del proceso. Un aspecto fundamental en este sistema es la implementación de juicios orales, con estos se quiebra la columna vertebral del sistema inquisitivo que se vinculaba con su carácter escrito. El juicio oral constituye la etapa final y el centro del proceso acusatorio, aun cuando solo un pequeño porcentaje de los casos se resuelva por esta vía. (Duce 2017)²²

En América Latina el estudio de la prueba pericial suele limitarse a un análisis no contextual de las reglas de los códigos procesales, sin mucha crítica ni análisis sobre cómo dichas regulaciones pueden impactar en el funcionamiento del sistema. Sin embargo, la opinión de los/as peritos/as ha adquirido en los últimos años una importancia creciente en el funcionamiento de los sistemas judiciales, siendo su uso cada vez más frecuente, masivo y diverso. Incluso se establece que en la actualidad la prueba pericial es un tipo de prueba “dominante” es decir que es una prueba que suele resultar decisiva en la resolución de los casos. (Duce 2017)²³

²⁰ Allegro, Fabián.(2009) “Jules Baillarger y la locura a doble forma”, *Psiquiatría, Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, Buenos Aires: Scien Editorial Septiembre 2009 N° 8 ISSN: 1851-8729, Pág: 13

²¹ Merece una mención especial la situación de la provincia de Córdoba en la que se realizan este tipo de procedimientos desde el año 1940.

²² Duce, M. (2017) la prueba pericial. Ediciones Didot. CABA. Argentina.

²³ Duce, M. (2017) la prueba pericial. Ediciones Didot. CABA. Argentina.

El Código Procesal Penal de la Nación²⁴ en su Libro II Instrucción, Título III: Medios de prueba, Capítulo V peritos establece las generalidades de la labor pericial. En el art. 253 establece que se podrán ordenar pericias siempre que para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia pertinente a la causa, sean necesarios o convenientes conocimientos especiales en alguna ciencia, arte o técnica. y en el art. 263 establece en relación al dictamen pericial que el mismo podrá expedirse por escrito y en lo posible constar de 1) la descripción de las personas, lugares, cosas, o hechos examinados en las condiciones en que hubieren sido hallados. 2) una relación detallada de todas las operaciones practicadas y sus resultados 3) las conclusiones que formulen los peritos conforme a los peritos de su ciencia, arte o técnica 4) lugar y fecha en que se practicaron las operaciones. El juez valorar la pericia de acuerdo con las reglas de la sana crítica.

Los/as peritos/as son personas que cuentan con una experticia especial en un área de conocimiento derivada de sus estudios o especialización profesional, del desempeño de ciertas artes o del ejercicio de un determinado oficio. A diferencia de un testigo, los/as peritos/as aportan en el juicio conocimiento experto que va más allá del conocimiento del que juzga y que se considera necesario para tomar decisiones. Lo que caracteriza a los/as peritos/as es su conocimiento especializado y la necesidad del mismo para apreciar correctamente un hecho o circunstancia de un caso. La especialización los/as peritos/as no proviene solo de un área de la ciencia o de la técnica, sino que otras disciplinas que generen conocimiento especializado (oficios o artes). Es importante diferenciar a los/as peritos/as de los/as testigos/as expertos/as o los/as testigos/as peritos/as que es un testigo del hecho que por su conocimiento particular ofrece a la causa información de características diferenciales a las que presenta un testigo lego. Son testigos del hecho que además están dotados de un cierto conocimiento o experiencia que les posibilita dar opiniones o conclusiones que son relevantes para el caso (Duce, M 2017)²⁵

La prueba pericial en psiquiatría forense consiste en un informe técnico elaborado por un psiquiatra especializado, cuyo objetivo es ofrecer al tribunal un análisis científico

²⁴ Código Procesal Penal de la Nación, modificación de los arts. 250 bis y ter, Ley N° 25.852, sancionada en diciembre de 2003, promulgada en 2004.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/383/texact.htm#6>

²⁵ Duce, M. (2017) la prueba pericial. Ediciones Didot. CABA. Argentina.

sobre aspectos mentales relevantes en un caso judicial, como la imputabilidad, la capacidad para ser juzgado o el estado mental del acusado en el momento del delito.²⁶

Al investigar sobre la prueba pericial, esta se ha conceptualizado como una actividad procesal. La prueba pericial se utiliza como una herramienta para lograr convencer al juez sobre el litigio, y forma parte de un conjunto de medios expuestos en la ley y los Códigos de procedimientos. Este último punto se relaciona con la necesidad de procurar igualdad entre las herramientas utilizadas por los litigantes. En líneas generales, la prueba pericial resulta fundamental dentro del proceso y es un aspecto vital de la función jurisdiccional (Martorelli, 2017).

En palabras de Zaffaroni, "La prueba pericial psiquiátrica es el medio a través del cual se introduce en el proceso penal el conocimiento especializado de un psiquiatra, con el objetivo de aportar elementos científicos que permitan determinar el estado mental del imputado en relación con su responsabilidad penal"²⁷

En este mismo sentido, de acuerdo con Martorelli (2017), el perito es el personal calificado y entrenado técnica y científicamente, al cual recurren para conocer su opinión sobre todo el proceso. A su vez, al perito se le consulta su opinión en la comprobación de los hechos, y para poder realizar dicho aporte, es necesario que cuente con una serie de conocimientos técnicos y científicos, que debe ser en todo momento ajeno al juez.²⁸

Siguiendo a Areco Y Luna, e la peritación consiste en la realización de un examen psiquiátrico completo, la evaluación psiquiátrica clínica, psicosemiológica, descriptiva y fenomenológica del causante con énfasis en los aspectos forenses y psicopatológicos relevantes, a criterio del perito psiquiatra forense. De esta forma se alcanzarán a elaborar las hipótesis diagnósticas y las respuestas a los puntos de pericia formulados por el organismo jurisdiccional solicitante. Se debe tener en cuenta que el método de

²⁶ Garrido Genovés, V. (2013). *Manual de psiquiatría forense: Aspectos jurídicos y prácticos*. Madrid, España: Editorial Síntesis.

²⁷ Zaffaroni, E. R. (2002). *Manual de derecho penal: Parte general* (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Ediar.

²⁸ Martorelli, J. (2017). La Prueba Pericial: Consideraciones sobre la prueba pericial y su valoración en la decisión judicial. *REDEA*, 2(4). 130-139. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37709.pdf>.

evaluación a utilizar en las entrevistas psiquiátricas periciales es el método de la clínica psiquiátrica, que consiste, esencialmente, en la realización de una entrevista psiquiátrica con la consecuente toma de decisiones periciales concretas de tipo diagnóstico y terapéuticas, razonables y prudentes.²⁹

Si nos adentramos en la especialidad, El peritaje psiquiátrico deberá dar respuesta, a través del informe pericial (un documento escrito) a los puntos de pericia formulados por la autoridad jurisdiccional y no debe ser utilizado para otros fines ajenos al ámbito médico legal, ni tampoco es posible responder a preguntas legales que estén fuera del ámbito de la psiquiatría. El quehacer profesional del psiquiatra forense requiere regirse por los lineamientos éticos y metodológicos de la profesión médica y de la especialidad psiquiátrica en particular, acorde a los estándares nacionales e internacionales del ejercicio de la profesión.³⁰

IV.b) Concepto de inimputabilidad en Argentina, su relación con la teoría del delito y las formulas de inimputabilidad.

Siguiendo al Dr. Zaffaroni (2006),³¹ la imputabilidad puede ser analizada desde múltiples perspectivas: la medicina, la psicología, la sociología o estrictamente desde el punto de vista jurídico penal. En este último sentido el autor, define a la imputabilidad como el *conjunto de facultades mínimas que debe reunir un sujeto para ser considerado culpable por la comisión de un hecho típico y antijurídico*, es decir que para poder reprocharle una conducta típica y antijurídica (un injusto o ilícito penal) a un autor es fundamental que éste haya tenido cierto grado de capacidad psíquica, que le hubiera permitido disponer de un ámbito de autodeterminación³².

Basile (2015) define el delito como una acción humana, típica y antijurídica, imputable, culpable y punible (concepto jurídico), revelada en su singularidad por los factores formadores del mundo circundante (aspecto sociológico) producto de una personalidad

²⁹ Areco Luna CACF 2023 “La pericia Psiquiatrica Forense Consideraciones Clinicas, Legales y Eticas. Recuperado de (www.csjn.gov.ar)”

³⁰ Idem

³¹ Basile Alejandro Fundamentos de medicina Legal Deontologia y Bioetica, 6 ta edición Buenos Aires Editorial El Ateneo 2015

³² Zaffaroni, E , Alagia A y Slokar, A Manual (2006); de derecho penal. Parte general, 2da. edición, Ediar, Buenos Aires.

condicionada biológicamente por la disposición (aspecto biológico) y que aparece en un momento histórico y cultural dado (aspecto ontológico) ³³

Para que una conducta se configure técnicamente como un delito se debe cumplir con 4 variables, debe existir una acción, típica, antijurídica y culpable

La teoría del delito puede concebirse como un filtro por el cual debe atravesar una conducta humana para ser considerada un delito; el punto de inicio es la necesidad de la existencia y corroboración de una acción o conducta humana como principio básico (*'nullum crimen, nulla poena sine conducta'*)., nuestro sistema penal se erige entonces sobre los principios de un derecho penal de acto y no de autor. Esto significa que a los sujetos se los condena por lo que han hecho (derecho penal de acto) y no lo por sus características personales, o lo que son (derecho penal de actor)³⁴

Se analizaran las las 4 variables antes descriptas : La *acción* se refiere a un comportamiento humano que se refleja en el mundo externo (objetivo), y que surge como consecuencia de un acto de voluntad (subjetiva). y es por ello que no puede considerarse un delito las características de personalidad o un estado personal del individuo. Tampoco puede configurarse como delito un movimiento automático o mecánico ajeno a la participación de la voluntad³⁵.

La *tipicidad* “ son las formas que utiliza la ley para identificar comportamientos conflictivos que pueden ser sancionados. En este contexto, el ‘tipo’ se refiere a un conjunto de conductas que el Estado considera relevantes para su poder punitivo. Para que una conducta se considere delito, debe ajustarse a la descripción legal correspondiente, lo que define el tipo penal. Solo aquellas acciones u omisiones que cumplen con esta descripción legal pueden ser clasificadas como delitos.³⁶

³³ Basile Alejandro Fundamentos de medicina Legal Deontología y Bioética, 6 ta edición Buenos Aires Editorial El Ateneo 2015

³⁴ Mercurio, E. (2023). Aspectos psicopatológicos forenses de los sujetos feminicidas: análisis sobre la imputabilidad. En Cortez Perez, O. Victimología forense y Feminicidio. Una visión transdisciplinaria sobre la evidencia y sus contextos. Ciudad de Mexico, Ubijus (pp. 591-649)

³⁵ Zaffaroni, E , Alagia A y Slokar, A Manual (2006); de derecho penal. Parte general, 2da. edición, Ediar, Buenos Aires.Z

³⁶ Garrido Mont, M. (2003). Derecho Penal. Parte General. Tomo II. Nociones Fundamentales de la Teoría del Delito. Editorial Jurídica de Chile.

Una acción es *antijurídica* cuando es contraria a la ley. Sin embargo, el análisis de esta cuestión resulta complejo, ya que se requiere de un análisis valorativo que debe realizar el juez. Por ejemplo, un homicidio puede ser una conducta típica pero no antijurídica cuando mediere por ejemplo una legítima defensa. de este modo existen situaciones en la cual un sujeto puede actuar bajo una justificación jurídicamente reconocida como tal, se trata de la legítima defensa y el estado de necesidad. será antijurídico cuando realmente haya lesionado el bien jurídico objeto de la protección penal, o lo haya puesto en peligro y, aun en este caso, siempre que el derecho no haya permitido excepcionalmente al sujeto realizar ese acto típico³⁷

El Código Penal Argentino³⁸, en su art. 34 Ins 1 establece en que situaciones una conducta no es punible:

No son punibles:

1.º El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieran peligroso.

Luego de la lectura de este artículo podría sugerirse algunas preguntas: que significa comprender? ¿Qué debe valorar un perito psiquiatra al momento de responder si una

³⁷ Garrido Mont, M. (2003). Derecho Penal. Parte General. Tomo II. Nociones Fundamentales de la Teoría del Delito. Editorial Jurídica de Chile.

³⁸ Código Penal de la Nación Argentina. Ley N.º 11.179. Sancionado el 29 de octubre de 1921. Artículo 34

persona pudo o no al momento de los hechos comprender los actos? Es una cuestión meramente semántica?

la Real Academia Española define como comprender: *Percibir (algo) por medio de la inteligencia, Encontrar justificado o razonable (algo).*

Comprender entonces significa introyectar, internalizar, entender de forma global *algo*.

Teniendo en cuenta lo anterior, para poder valorar la comprensión de la criminalidad de un acto se debe tener en cuenta que comprender implica mucho mas que solo entender, comprender implica introyectar, internalizar, entender algo de modo global.

En este sentido, una persona con una discapacidad intelectual leve, podría comprender cabalmente que matar a una persona es algo que es un delito, sin embargo esa misma persona puede no comprender que firmar una cantidad de papeles determinados, para ayudar a una persona que considera su amiga, puede involucrarse en un delito de orden comercial.

La imputabilidad es entonces la aptitud o capacidad de comprender la antijuricidad de un hecho y de dirigir las acciones conforme a dicha comprensión. Es un concepto jurídico que se nutre de hechos psiquiátricos”³⁹

Existen tres tipos de fórmulas en las que se estructura la Imputabilidad. La denominada Biológica o Psiquiátrica Pura, la fórmula Psicológica pura y la Fórmula Mixta.

La fórmula biológica, hace mención a la imputabilidad limitada únicamente a una causa psicopatológica demostrable, es así que la presencia de una patología determinada es suficiente para alcanzar la inimputabilidad. En este caso, solo se requeriría de la verificación de un médico, el cual aportaría cual es la condición mental del sujeto. Es así que en este caso, es la enfermedad la que hace al sujeto inimputable y no el juicio normativo valorativo de un juez. La fórmula psicológica se centra exclusivamente en verificar si comprendió o no la criminalidad del acto. No se toma en

³⁹ Fontan Balestra, C. (1998) Derecho Penal. Introducción y parte general. Abeledo Perrot.

cuenta la alteración mental sino el resultado que se produce en el autor de un delito, lo que impide que valore la antijuricidad de la acción⁴⁰

En Argentina los legisladores adoptaron la fórmula Mixta de inimputabilidad. Siguiendo al Mercurio (2023)⁴¹ el método mixto de análisis tripartito de la inimputabilidad se encuentra integrado por cuatro variables, 1) la temporal, 2) Causas Psiquiátricas, 3) Consecuencias Psicológicas 4) Análisis normativo valorativo realizado por el juez

En este punto, cabe destacar que no es menor la complejidad de discernir que se entiende por alteración del estado mental y que se entiende por comprensión de la criminalidad de un acto. Se ponen en juego aquí la conexión entre el concepto “psiquiátrico” y el concepto “jurídico” .

Al respecto, Frías Caballero (1981)⁴² señala que : La inimputabilidad no se agota con la verificación de las causales psiquiátricas, médicas o biológicas, y sus consecuencias psicológicas, se trata de un concepto de índole cultural, jurídico valorativo, que no se constriñe sólo a lo psiquiátrico y psicológico . Se trata de una interrelación indivisible entre las causas psiquiátricas, las consecuencias psicológicas, y el componente normativo valorativo. Así, si alguno de estos tres elementos se encuentra ausente, desaparece la inimputabilidad, ya que no basta con señalar que un sujeto no comprende o no dirige, que presenta tal enfermedad mental o tal condición o trastorno, sino que se debe dar la interrelación entre la causa (enfermedad) y el efecto (incapacidad para comprender o dirigir)

Entonces, si la inimputabilidad se redujera únicamente a evaluar el estado psicológico o psiquiátrico de una persona, el juez dependería del informe médico para establecer su imputabilidad. La determinación de este aspecto complejo exige una actitud activa

⁴⁰ Silva Silva, H. (1995) Medicina Legal y Psiquiatría Forense. Editorial Jurídica de Chile.

⁴¹ Mercurio, E. (2023). Aspectos psicopatológicos forenses de los sujetos feminicidas: análisis sobre la imputabilidad. En Cortez Perez, O. Victimología forense y Femicidio. Una visión transdisciplinaria sobre la evidencia y sus contextos. Ciudad de Mexico, Ubijus (pp. 591-649)

⁴² Frías Caballero, J. (1981). Imputabilidad Penal. Capacidad personal de reprochabilidad ético-social. Ediar.

por parte del juez o jurado valorando el aspecto biológico, psicológico en relación al hecho delictivo.

En lo que respecta a la imputabilidad, es importante recordar que es un concepto originado en el derecho penal, diseñado para atender sus propias necesidades. En este contexto, la psiquiatría y la psicología actúan como apoyo para el derecho penal, interactuando con él. Sin embargo, no corresponde a la psiquiatría forense ni a la psicología determinar el nivel de culpabilidad de una persona. La imputabilidad es un concepto estrictamente jurídico que necesita la colaboración de otras disciplinas.

Otra cuestión a considerar al analizar la imputabilidad es el momento del hecho, ya que en muchas ocasiones esto puede generar debates complejos sobre cuándo inicia una acción. Un ejemplo de ello es cuando una persona se coloca voluntariamente en un estado de inimputabilidad para cometer un delito (*Actio libera in causa*).

La escuela alienista en psicopatología forense ha tenido influencia directa en la imputabilidad, el reconocido psiquiatra forense Nerio Rojas mediante su doctrina ha impuesto una visión naturalista-intelectualista sobre esta. Es decir que para determinar la imputabilidad de un sujeto solo bastaba con verificar si este era o no un alienado mental. En palabras de Nerio Rojas, los alienados mentales presentaban alteraciones que circunscribían a la razón, motivo por el cual se convertían en sujetos no imputables. Así el concepto de alienación mental dejaba de lado las alteraciones en otras esferas importantísimas del psiquismo como la esfera afectiva y volitiva.

En la práctica, si bien gran parte de los códigos penales han optado por fórmulas de inimputabilidad de tipo mixta, es frecuente que la interpretación sea estrictamente psiquiatría (biológica), esto sería si hay enfermedad mental, no hay imputabilidad.⁴³

IV c) El Cuerpo de peritos y consultores técnicos de la Defensoría General de la Nación

La Defensoría General de la Nación (DGN), es el órgano de gobierno y administración del Ministerio Público de la Defensa. Es la sede de actuación del/a

⁴³Mercurio, E. (2023). Aspectos psicopatológicos forenses de los sujetos feminicidas: análisis sobre la imputabilidad. En Cortez Perez, O. *Victimología forense y Femicidio. Una visión transdisciplinaria sobre la evidencia y sus contextos*. Ciudad de Mexico, Ubijus (pp. 591-649)

Defensor/a General de la Nación y de los/as Defensores/as; y de ella dependen todas las Defensorías Públicas Nacionales y Federales del país, organizadas por fueros e instancias (flagrancia, instrucción, juicio, etc.), y los/as Defensores/as Públicos/as Tutores/as y los/as Defensores/as Públicos/as Curadores/as

La Ley Orgánica del Ministerio Público de la Defensa de la Nación 27149⁴⁴ establece que este Ministerio es una institución de defensa y protección de derechos humanos que tiene por objeto garantizar el acceso a la justicia y la asistencia jurídica integral, en casos individuales y colectivos, promoviendo toda medida tendiente a la protección y defensa de los derechos fundamentales de las personas, en especial de quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad. En su Artículo 10 establece que la Defensoría General es dirigida por el/la Defensor/a General de la Nación e integrada por magistrados/as, funcionarios/as y empleos/as según sus diversos deberes funcionales y que se estructura del siguiente modo: a) una oficina de administración general y financiera, b) secretarías generales de superintendencias y recursos humanos, capacitación y jurisprudencia, política institucional, y coordinación c) una asesoría jurídica d) una auditoría de control de gestión e) unidad de defensores públicos tutores y defensores públicos curadores, f) área de comunicación institucional g) área de prensa y difusión h) área de informática, i) áreas de colaboración: 1) *Cuerpo de peritos y consultores técnicos e investigadores*, 2) interpretes lingüísticos 3) laboratorio 4) Programa de atención de problemáticas sociales y relaciones con la comunidad 5) Programa para la aplicación de instrumentos de derechos humanos 6) otros programas y comisiones relacionadas con temáticas vinculadas con sectores vulnerables, en especial detenidos; víctimas de violencia institucional; niños, niñas y adolescentes; migrantes; refugiados y solicitantes de refugio; género; derechos económicos, sociales y culturales; diversidad cultural; personas con discapacidad; adultos mayores; mecanismos alternativos de resolución de conflictos; trata de personas. 7) Grupos de abordaje territorial para sectores sociales desaventajados 8.) Bancos de datos sobre materias de incumbencia. El/la Defensor/a General de la Nación puede crear todo otro órgano que resulte necesario para el cumplimiento de los fines institucionales.

⁴⁴ Ley 27.149 Ley Organica del Ministerio Publico de la Nacion. Funciones. Organización y Estructura. (2015) disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/248189/texact.htm>

Considerando entonces la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran algunos grupos y la dificultad en el acceso a la justicia de aquellos en clara desventaja social, se fueron creando distintos programas y comisiones, todas ellas dependientes de la Defensoría General de la Nación. Estos programas están a cargo de Defensores/as Públicos/as y funcionan como apoyo para brindar una protección integral de los derechos de las personas; algunas de estas comisiones y programas son: Comisión de Cárceles; Comisión de Seguimiento del Tratamiento Institucional de Niñas, Niños y Adolescentes; Comisión para la Asistencia Integral y Protección al Refugiado y Peticionante de Refugio; Comisión sobre Temáticas de Género; Comisión del Migrante; Programa de Asistencia y Patrocinio Jurídico a Víctimas de Delitos; Programa para la Asistencia Jurídica a Personas Privadas de Libertad; Programa para la Asistencia Jurídica a Mujeres Privadas de Libertad; Programa Piloto para la Asistencia Jurídica a Hombres Privados de Libertad; Programa de Resolución Alternativa de Conflictos; Programa de Asesoramiento y Patrocinio para las Víctimas del Delito de Trata de Personas; Programa Sobre Diversidad Cultural; Programa sobre Temáticas de Salud, Discapacidad y Adultos Mayores

Para solicitar patrocinio jurídico y/o asesoramiento en asuntos no penales, se puede acudir a un Defensor/a Público/a Oficial de manera gratuita siempre que pueda justificarse la falta de solvencia económica para afrontar los gastos del proceso, o bien pertenecer a algún grupo vulnerable. En lo que respecta al fuero penal, si una persona se encuentra imputada por la comisión de un delito y no designa a un abogado particular, ni ejerce su autodefensa, le será asignado un/a Defensor/a Público/a provisto por el Ministerio Público de la Defensa para que ejerza su asistencia técnica. Si aun contando con los medios económicos suficientes, optara por la asistencia jurídica de una defensa pública, al momento de la sentencia deberá abonar el servicio de la defensa, sólo si resultara condenado (es decir, que una sentencia a favor, lo eximiría del pago por su defensa). Así es como los/as Defensores/as Públicos/as toman contacto con las personas que asistirán jurídicamente (sus defendidos/as), y al evaluar la situación procesal en la que se encuentran o si el caso lo amerita podrán requerir la asistencia de

especialistas (de cualquier disciplina) para que le brinden desde su experticia, apoyo en la estrategia de la defensa⁴⁵

El Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos e Investigadores de la Defensoría General de la Nación fue creado el 9 de abril de 2013 mediante Res. D.G.N. 349/13, como organismo descentrado dependiente de la Secretaría General de Política Institucional de esa misma institución. Su misión fundamental es intervenir en aquellos casos en que sea requerida su actuación técnica pericial por parte de lxs integrantes del Ministerio Público de la Defensa, realizando también colaboraciones especiales a las Defensorías Provinciales que no cuentan con un equipo propio y requieran asistencia de dicha dependencia⁴⁶

*“...la creación de dicho cuerpo pericial responde a la requirencia creciente de profesionales especializados en diversas disciplinas que coadyuven con la labor de los defensores oficiales. Que este Cuerpo -que en la actualidad cumple su función sin sujeción a una estructura formalizada- cumplirá, asimismo, una misión docente, toda vez que desarrollará una nueva especialidad relativa u_ a la función que conlleva la existencia de un cuerpo pericial de parte, O específicamente de la Defensa Pública. En este contexto, tendrán entre sus) tareas, la capacitación e intercambio de experiencias con los integrantes de este Ministerio Público, en el ámbito de su incumbencia. Que, en una primera etapa, se incorporarán a la planta del servicio de dicho organismo, tres (3) profesionales de las ramas más requeridas por los Magistrados de la Defensa: medicina general, psiquiatría y psicología”.*⁴⁷

La actividad pericial de la dependencia abarca las cuatro áreas disciplinares más requeridas por los Magistrados de la Defensa: medicina legal, psiquiatría, psicología y contabilidad. El equipo se encuentra conformado por cuatro médicos/as generalistas, cuatro médicos/as psiquiatras, seis Licenciados/as en psicología y una Licenciada en contabilidad.

⁴⁵ Maero Suparo, V (2021). Cap. Lineamientos Generales "Perito de Parte Defensoría General de la Nación". en Manual de Psicología Forense Argentino. Ed. Liberarte. Bs. As

⁴⁶ Ministerio Publico de la defensa. Disponible en <https://www.mpd.gov.ar/index.php/politica-institucional/cuerpo-de-peritos-y-consultores-tecnicos>

⁴⁷ Información disponible en <https://www.argentina.gob.ar/justicia/argentina>

La labor que se realiza desde este cuerpo comprende, principalmente, dos tipos de actividades, íntimamente ligadas entre sí:

1. La intervención conjunta con el Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de la Justicia Nacional (CSJN) u otras dependencias como la Asesoría General Tutelar, o bien Cuerpo Médico Forense de otras jurisdicciones: en estos casos los/as profesionales actúan en calidad de peritos/as en representación de la Defensa y en ocasiones puntuales como peritos/as de parte de la Querrela. En estos casos los/as peritos/as de la defensa actúan para garantizar que el proceso pericial se lleve adelante de manera adecuada, controlando la de este modo la prueba que se realiza. En estos casos puede suceder que los/as peritos/as estén en un todo de acuerdo con el informe pericial final, en ese caso se firma en conformidad, o bien que se planteen diferencias en el cuerpo del informe o bien en las conclusiones, en ese caso los/as peritos/as determinaran si amplían el informe pericial oficial o si bien disienten e informan por separado, confeccionando un informe independiente.

2. Las intervenciones de parte que pueden dividirse en dos:

a) Asesoramiento en base a constancias: haciéndolos en calidad de asesores técnicos/as. En este tipo de asesoramientos, las Defensorías solicitan a los profesionales de las distintas disciplinas que valoren el expediente o alguna documentación específica que aún no se ha sumado al expediente (historias clínicas, resultados de estudios, etc). Luego de esta valoración los/as peritos/as aportan una opinión profesional a la defensa que muchas veces colabora al armado de la estrategia de los/as defensores/as. (ya sea porque se decide incorporar a la causa, o bien porque se decide lo contrario, ya sea porque se le da una lectura diferente desde la disciplina, etc.)

Puede suceder en estos casos que la dependencia solicite el armado de puntos periciales específicos de la defensa, también en muchas oportunidades los/as peritos/as aportan material teórico a las defensorías para incorporar a los escritos que realizan, o bien se puede realizar algún tipo de informe de parte sobre otros informes que ya obran en los expedientes, puede ser realizando observaciones sobre la metodología empleada, aspectos de forma o bien de contenido de los informes.

b) Evaluaciones internas: En este tipo de intervenciones, las defensorías solicitan la evaluación de sus representados/as. Esto incluye personas privadas de libertad que se encuentran en establecimientos carcelarios, evaluaciones en domicilios particulares

o establecimientos de salud y/o evaluaciones en las oficinas del Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos e Investigadores.

En la gran mayoría de los casos, estas evaluaciones concluyen con un informe pericial de parte que es adjuntado al expediente. Puede suceder también que, por las características del caso, la dependencia prefiera que no se realice un informe y la intervención se cierre luego de la entrevista. Esto último va a depender del resultado de dicha evaluación y de la posibilidad de aportar información relevante a la estrategia defensiva.

En algunos casos, es de buena práctica que además de entrevistar a las imputadas, se realicen evaluaciones a terceras personas. para lograr realizar un informe de parte con información integrada.

También puede suceder que los/as distintos/as profesionales del Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos e Investigadores trabajen de manera interdisciplinaria entre departamentos por ejemplo realizando entrevistas conjuntas varias especialidades y confeccionando un informe pericial interdisciplinario (ej: el departamento de psicología con el departamento de psiquiatría) sino también realizando entrevistas e informes periciales con profesionales de otras dependencias, como por ejemplo con trabajadorxs sociales del Programa de Atención a las Problemáticas Sociales y Relaciones con la Comunidad o la Comisión de Género.

Para que los/as integrantes del Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos e Investigadores puedan intervenir en las causas, los/as integrantes del Ministerio Público de la Defensa deben realizar los pedidos de intervención a dicha dependencia mediante un formulario que envían por un Sistema de Gestión (sistema interno del Ministerio Público de la Defensa). Estos formularios se constituyen como la primera aproximación a la intervención, ya que su alcance posterior se va delineando entre los/as profesionales designados y la dependencia solicitante. Es decir que, si bien las Defensorías solicitan la intervención, dependerá de una multiplicidad de variables, el tipo de tratamiento se dará a cada caso. Esto no surge de una decisión arbitraria de ninguna de las partes, sino que surge del trabajo conjunto e interdisciplinario. Asimismo, cada formulario sirve como disparador de nuevas intervenciones, ya sean derivaciones a otras áreas dentro del Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos e Investigadores o a otros programas o dependencias del Ministerio Público de la Defensa.

En este sentido es frecuente que lo que comienza siendo un pedido de intervención en base a constancias, luego de ser valorado por los/as profesionales y en trabajo conjunto con las defensorías, termine siendo una evaluación de parte, alguna de ellas interdisciplinarias (psicológicas y psiquiátricas, psiquiátricas y clínicas, clínicas y psicológicas o de las tres áreas o incluso con otras áreas del MPD como por ejemplo trabajadoras sociales del Programa de Atención a las Problemáticas Sociales y Relaciones con la Comunidad) y finalice con la confección de uno o más informes que luego se incorporan a los expedientes como pericias de parte.

IV e) Revisión del concepto de trastorno bipolar, y su relación con los conflictos con la ley penal

Habiendo trabajado sobre los distintos conceptos teóricos descritos, se describen a continuación diversos estudios específicos acerca de la imputabilidad en el Trastorno Bipolar propiamente dicho. Cabe destacar que existen múltiples reportes de casos que describen la asociación del Trastorno Bipolar con la comisión de delitos, con descripción detallada de comorbilidad, sexo etc., pero no se hace mención específica de la fase en la que se cometen los ilícitos. Este punto será retomado por la autora en la presentación y posterior análisis de dos casos en los que trabajo como perito oficial de la Defensa Pública Oficial

En el año 2021, Muñoz ⁴⁸realizó un estudio en el cual decidió examinar las consideraciones por diagnóstico de TB en el área pericial forense en España, su asociación con otras patologías y con el tipo criminológico, así como el impacto jurídico en términos de imputabilidad. Para ello, realizó una revisión sistemática de 52 sentencias relevantes realizadas en los últimos 30 años. A continuación, la tabla 1 resume algunas conclusiones del estudio realizado⁴⁹:

⁴⁸ Muñoz, A. (2021). Trastorno Bipolar: repercusiones forenses en el ámbito penal treinta años de revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 21, 93–119.

⁴⁹ el estudio de Muñoz al que se refiere la tabla 1 fue abordado en diferentes momentos a lo largo del apartado.

Variable	Valores	N	%
Sexo	Hombre	46	88,5
	Mujer	6	11,5
Antecedentes	Si	6	11,5
	No	29	55,8
	No consta	17	32,78
Comorbilidad	No	34	65,4
	Eje I	13	25
	Eje II	5	9,6
Consumo de tóxicos	Sí	12	23,1
	No	40	76,9
Tipo de Delito	Contra las personas	19	36,5
	Delitos sexuales	6	11,5
	Contra la ordenación legal	27	52
Responsabilidad Penal	Responsabilidad plena	19	36,5
	Eximente completa	10	19,2
	Otros (eximentes incompletas, atenuantes)	23	44,3
Tratamiento	No alusión	44	84,6
	Internamiento psiquiátrico	7	13,5
	Tratamiento externo	1	1,9
Medidas	Si	50	96,2
	No	2	3,8
Delitos cometidos en	Solitario	30	57,7
	Grupo	22	42,3

Tabla 3. Frecuencias en los repartos del total de sentencias entre las diferentes variables y sus valores por Muñoz (2021).

En relación a la imputabilidad, Muñoz (2021) ha establecido que:

“En el trastorno bipolar pueden darse supuestos susceptibles de modificación de la responsabilidad criminal tanto en fase maníaca como depresiva. En este sentido tal vez la sintomatología psicótica, aunque no sea la más frecuente, si es la que puede implicar una mayor merma en la capacidad cognoscitiva y volitiva del sujeto. En este escenario, junto al criterio psicopatológico (diagnóstico de TB) y el psicológico (sintomatología psicótica y anulación de la capacidad de comprender los actos y por lo tanto de ajustar la voluntad [elemento motivacional] a dicha comprensión), habría que valorar la intensidad o elemento normativo” (p. 113).

Resulta interesante la valoración del autor, teniendo en cuenta las fases de la enfermedad con la comisión del hecho delictivo. Atento al análisis del art 34 del CPN previamente realizado y la fórmula mixta de inimputabilidad, Se puede apreciar que considerar exclusivamente el diagnóstico, sin tener en cuenta la fase en la que se encontraba el sujeto, llevaría a una valoración errónea de su estado mental en el momento del hecho.

El estudio da cuenta de la existencia de una gran diferencia entre el sexo de los encausados con TB, un 88,5 % hombres frente a un 11,5 % mujeres. En cuanto a la comorbilidad, se encontró que un 34,6 % de los encausados mostraba comorbilidad con trastornos del EJE I y el EJE II. Aproximadamente un 23,1 % de la muestra forense de este estudio, presentaba comorbilidad relacionada con abuso de sustancias (EJE I).

En este sentido, y siguiendo las ideas expuestas en el artículo de Muñoz (2021), resulta interesante destacar que la posible aplicación de una modificación en la responsabilidad penal no dependerá únicamente del diagnóstico, sino también del impacto psicológico que este conlleva en relación con el delito. Por lo tanto, es fundamental considerar las características del delito en cuestión. La afectación psicológica, ya sea de tipo cognitivo (en casos de sintomatología psicótica o comorbilidad con discapacidad intelectual) o volitivo (que implica una merma en la capacidad del sujeto para ajustar su conducta al conocimiento del hecho ilícito), adquiere especial relevancia, ya que el estrés de la situación puede influir en la impulsividad. Esta variable es particularmente significativa en fases maníacas e hipomaníacas, lo que sugiere que, en casos de asesinato, la impulsividad puede desempeñar un papel más relevante que en delitos como la estafa o la malversación. En definitiva, al estudiar el impacto psicológico del cuadro en el momento de la comisión del delito, el forense deberá considerar tanto la intensidad de

la afectación como las posibles situaciones estresantes, ya sean previas o simultáneas, especialmente en aquellos casos donde la impulsividad sea un factor clave.

En otro artículo Messers, Lammers, Muller-Siecheneder, Schmidt y Latifi (2017) analizan la comorbilidad del TB en este caso, los resultados dan cuenta de que entre el 30 y el 50% de los adultos con TB tienen un trastorno por consumo de sustancias⁵⁰.

Este dato es relevante ya que varios estudios evidencian un mayor riesgo de cometer delitos violentos cuando la persona con TB presenta comorbilidad con un trastorno por uso de sustancias^{51 52}

Gómez-Durán, E., I Carrión, M., Xifró, A. y Martin-Fumadó, C. (2010) en otro estudio, revela que, en materia de imputabilidad, en el trastorno bipolar pueden darse supuestos susceptibles de modificación de la responsabilidad criminal tanto en fase maníaca como depresiva. En este sentido tal vez la sintomatología psicótica, aunque no sea la más frecuente, si es la que puede implicar una mayor merma en la capacidad cognoscitiva y volitiva del sujeto. En este escenario, junto al criterio psicopatológico (diagnóstico de TB) y el psicológico (sintomatología psicótica y anulación de la capacidad de comprender los actos y por lo tanto de ajustar la voluntad [elemento motivacional] a dicha comprensión), habría que valorar la intensidad o elemento normativo. En el análisis de un caso de una mujer afectada por TB, describe que la persona con TB puede tener su capacidad de decisión afectada, pero cuando además cursa con sintomatología psicótica (habitualmente en fases maníacas) y en casos extremos (ideas de perjuicio o inserción del pensamiento) puede darse una respuesta violenta reactiva a una situación percibida como amenazante⁵³.

⁵⁰ Messer T, Lammers G, Müller-Siecheneder F, Schmidt RF, Latifi S. Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2017 Jul;253:338-350. doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.067. Epub 2017 Apr 8. PMID: 28419959.

⁵¹ Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A. Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatr Serv.* 2015 Apr 1;66(4):348-53. doi: 10.1176/appi.ps.201400104. Epub 2015 Jan 2. PMID: 25555137.

⁵² Le Strat, Y. (2010). Bipolar disorder and comorbid addictive disorders. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 168. 584–587.

⁵³ Gómez-Durán, E., I Carrión, M., Xifró, A. y Martin-Fumadó, C. (2010). Características clínicas y consecuencias legales del comportamiento violento: un caso de trastorno bipolar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6). 374-376.

Otro estudio realizado por Quanbeck (2004) en el que se evaluó población carcelaria en Los Ángeles, identificó cuadros maniacos en el momento de la detención hasta en un 74,2% de los presos con trastorno bipolar tipo I y síntomas psicóticos en el 59% de los mismos. La existencia de éstos síntomas en pacientes psiquiátricos ha sido clásicamente considerada un indicador de gran poder predictivo de violencia. Los resultados de este estudio sugieren que los síntomas maníacos ponen a los/as pacientes con trastorno bipolar en un riesgo significativo de cometer delitos y ser arrestados. Puede ser necesaria una intervención de tratamiento intensivo por parte del sistema de salud mental comunitaria y del sistema de justicia penal, particularmente en el período inmediato posterior a la hospitalización por manía, con el fin de prevenir el encarcelamiento de los pacientes con trastorno bipolar⁵⁴.

En un estudio realizado por Fovet, Geoffroy, Vaiva, Adins, Thomas y Amad (2015) ⁵⁵ demostró que los pacientes con TB incrementan las probabilidades de cometer delitos violentos cuando presentan comorbilidad con trastornos de uso de sustancias. Sin embargo, este mismo estudio comprobó que los enjuiciados con diagnóstico de TB, pero sin comorbilidad, evidenciaron mayores índices de delitos violentos que aquellos que presentan la comorbilidad.

Fazel, Lichtenstein, Grann, Goodwin y Långström (2010), analizaron la incidencia de delitos violentos (homicidio, agresión sexual, robo calificado, amenaza e incendio provocado) durante un periodo de 31 años en pacientes con diagnóstico de TB. Para ello utilizaron los registros nacionales de dicho país, identificando 3.743 pacientes con TB que fueron comparados con 37.420 individuos sin diagnóstico alguno (grupo control). Los resultados demostraron que un 8.8% de los pacientes con diagnóstico de TB cometieron un delito violento posterior al diagnóstico, en contraste con un 3.1% de los participantes del grupo control, además, los pacientes que tenían comorbilidad con

⁵⁴ Quanbeck CD, Stone DC, Scott CL, McDermott BE, Altshuler LL, Frye MA. Clinical and legal correlates of inmates with bipolar disorder at time of criminal arrest. *J Clin Psychiatry*. 2004 Feb;65(2):198-203. doi: 10.4088/jcp.v65n0209. PMID: 15003073.

⁵⁵ Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A. Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatr Serv*. 2015 Apr 1;66(4):348-53. doi: 10.1176/appi.ps.201400104. Epub 2015 Jan 2. PMID: 25555137.

un trastorno de consumo de sustancias presentaron mayor riesgo de cometer delitos violentos, en comparación con aquellos pacientes sin comorbilidad por consumo de sustancias ⁵⁶.

Los autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de delitos violentos por subgrupos clínicos, es decir, si se encontraban en fase maníaca o depresiva. Estos resultados indicarían mayor índice de probabilidad de cometer delitos violentos en pacientes con diagnóstico de TB en comparación con la población general.

En contraposición a los resultados encontrados por Fazel, et. al. (2010) sobre la inexistencia de diferencias en los subgrupos clínicos un estudio realizado por Ballester J (2012) , establecieron que existen índices mayores de conducta agresiva durante las etapas maníacas (agudas) del trastorno⁵⁷.

Otro estudio realizado por Alan C Swann y col. (2012) abona la hipótesis ya mencionada sobre que la conducta delictiva en el trastorno bipolar puede estar relacionada con trastornos por uso de sustancias, trastornos de la personalidad u otras comorbilidades potencialmente relacionadas con la impulsividad. Aquí se investigó la relación entre la impulsividad, el trastorno de personalidad antisocial (ASPD) o los síntomas del trastorno límite de la personalidad, el trastorno por uso de sustancias, el curso de la enfermedad y los antecedentes de conducta delictiva en el trastorno bipolar. Para dicho estudio se reclutó de la comunidad a un total de 112 sujetos con trastorno bipolar. El diagnóstico se realizó mediante Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-I y SCID-II); evaluación de síntomas psiquiátricos mediante la versión de cambio del Programa para trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS-C); gravedad de los síntomas del Eje II Trastorno Antisocial de la personalidad (TASP) y los síntomas del trastorno límite de la personalidad SCID-II; e impulsividad mediante cuestionario y medidas de inhibición de respuesta. Se obtuvo como resultados que un total de 29 sujetos tenían antecedentes de condena penal. En comparación con otros sujetos,

⁵⁶ Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Sep;67(9):931-8. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.97. PMID: 20819987.

⁵⁷ Ballester, J., Goldstein, T., Goldstein, B., Obreja, M., Axelson, D., Monk, K., Hickey, M., Iyengar, S., Farchione, T., Kupfer, D. J., Brent, D. y Birmaher, B. (2012). Is bipolar disorder specifically associated with aggression?. *Bipolar Disorders*, 14(3), 283-290.

aquellos con condenas tenían más síntomas de la esfera antisocial, menos educación, mayor consumo y abuso de sustancias, más antecedentes de intentos de suicidio y un curso más recurrente de la enfermedad bipolar con propensión a la manía. Tenían una mayor impulsividad reflejada en la inhibición de la respuesta, pero no diferían en la impulsividad medida por el cuestionario. Los sujetos condenados por delitos violentos no eran más impulsivos que los condenados por delitos no violentos. A modo de conclusiones puede decirse que en la muestra analizada el historial de conducta delictiva autoinformado está relacionado con síntomas de Personalidad Antisocial, con un curso de enfermedad recurrente y predominantemente maníaco y una inhibición de la respuesta alterada en el Trastorno Bipolar, independientemente del estado clínico actual del sujeto

En resumen, distintos estudios muestran evidencia de frente al diagnóstico de trastorno bipolar, la comorbilidad con abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad aumentan el riesgo de cometer actos delictivos, a expensas de un aumento en la impulsividad. Existen datos que ubican los hechos delictivos más frecuentemente en los episodios maníacos (con síntomas psicóticos) dentro de las fases del trastorno bipolar. Dichos síntomas suelen aparecer como responsables de la merma de la capacidad intelectual y volitiva en los encausados.

IV.d) Presentación y análisis de los casos

A continuación, se expondrán dos Pericias Psiquiátricas realizadas a dos varones en el marco de causas penales en su contra. Se describirán los antecedentes y el estado actual de cada caso, así como también los antecedentes de relevancia médico forenses obrantes en la causa. Se aportarán datos del hecho por el cual se encuentran imputados, los puntos periciales requeridos por el Juez y por último las conclusiones vertidas por el médico forense que realiza la pericia y las ampliaciones/disidencias realizadas por el Cuerpo Pericial al que pertenece la autora del presente texto.

Se han escrito de manera textual las pericias realizadas por los peritos del Cuerpo Médico Forense, como así también la disidencia presentada por el Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos de la DGN, se han modificado nombres, fechas y otros datos, para proteger la confidencialidad de los/as intervinientes (imputados/as, médicos/as legistas, personal del servicio penitenciario etc.). Las fechas y horarios se modificaron manteniendo las temporalidades, debido a la importancia de estos datos para el cálculo de alcoholemia y otros análisis referidos al caso en cuestión.

CASO A: Sr. G

Caratula: Delito Ley 1179 Art 172 Estafas y Otras defraudaciones, Delito Ley 11179 Art 239 Resistencia o Desobediencia a la autoridad

Hecho: 2/01/2023 a las 02.16 hs el imputado (F) se encontraba junto a un amigo, dentro de un restaurante en aparente estado de ebriedad. Según dichos del dueño del local, habrían consumido numerosas bebidas alcohólicas por una suma determinada de dinero, invitando a consumir a personas que no se encontraban en su mesa para luego negarse a pagar la cuenta de lo consumido. La moza que los atendió refirió que preguntaban insistentemente por la comida, le refirieron comentarios desubicados y quisieron tomarla de la cintura. Agrega que, al momento de pagar la cuenta, el imputado le dio una tarjeta de débito que fue rechazada (no pudo concretarse el pago por problemas en el posnet). El imputado se encontraba agresivo y nervioso y amenazó con retirarse sin pagar la cuenta en estado de

ebriedad. Se encontraba agresivo y propinando insultos hacia el personal policial y el dueño del local. Mostró reticencia frente a la detención propinando golpes al patrullero en el cual fue detenido.

Puntos periciales: 1) El estado de sus facultades mentales 2) Si al momento del Hecho pudo comprender la criminalidad del acto y dirigir su accionar en términos del Art 34 C P

Datos personales que surgen de la entrevista pericial: Masculino de 33 años de edad, soltero, argentino. Escolaridad completa, sin repitencias. Estudios universitarios incompletos (4to año de veterinaria) con abandono producto del inicio de su enfermedad mental. Desempeño laboral como administrativo en una obra social.

Presenta diagnóstico de Trastorno Bipolar, en seguimiento por Psiquiatría desde hace varios años, el plan de medicación actual Litio 1350mg día, quetiapina 400mg día y Lorazepam 5 mg día. A lo largo de la entrevista se evidencia el compromiso del entrevistado en relación a su diagnóstico y tratamiento, puede dar cuenta de momentos de su vida en los que presentó episodios de descompensaciones y desorganización conductual, quedando en evidencia el trabajo en psicoeducación realizado durante estos últimos años así como la adherencia al tratamiento. Respecto a la evolución de su patología de base, curso desde el año 2012 a 2016 diversas internaciones por la especialidad de salud mental, en modalidades voluntarias e involuntarias. Sobre estas internaciones comenta que fueron motivadas por episodios maníacos con síntomas psicóticos que condicionaron no solo su conducta si no el desarrollo de distintas esferas de su vida (académica, laboral y vincular).

En relación al consumo de sustancias, explica que ha probado de manera recreativa y experimental distintas sustancias, no generando problemas de consumo a largo plazo. Antecedentes familiares (madre) de Trastorno Bipolar, (tío) Esquizofrenia

Examen del estado mental: al momento de la evaluación pericial se encontraba orientado en persona, tiempo y espacio, su atención y memoria se encontraban conservadas. Su actitud es tranquila y colabora con el proceso de la entrevista, se encuentra en adecuadas condiciones de arreglo e higiene personal. La atención y la memoria no presentan fallas dignas de mención. Su lenguaje es bien articulado y no presenta alteraciones. El pensamiento presenta un ritmo levemente enlentecido y el curso se encuentra conservado, el contenido es acorde a su nivel de instrucción y no presenta ideación delirante de manera espontánea, niega ideas auto y/o heteroagresivas de suicidio y/o muerte al momento en la entrevista. Niega y no se objetivan alteraciones en la sensopercepción. En el área afectiva presenta timia displacentera relacionada con la situación procesal en la que se encuentra, refiere ansiedad vinculada al proceso. Niega consumo de sustancias de abuso. Sueño conservado a expensas del plan de medicación. Orefia conservada. Juicio conservado.

Antecedentes medico-legales obrantes en la causa

- Informe médico legal 02.01.23 05.40 hs Dr (...) masculino vigil, orientado en tiempo, espacio, persona. Aliento etílico, colaborador (...) refiere encontrarse bajo tratamiento psiquiátrico con quetiapina 300mg a mañana y 600 a la noche, litio 450mg por dos comprimidos a la mañana y dos comprimidos a la noche Lorazepam 2.5 mg dos comprimidos a la noche. Se realiza dosaje de sangre y orina compulsivo frente a testigos. Es todo. (...)
- Informe toxicológico Dra....., "(..)UN (01) tubo de plástico transparente con tapa de color lila, con rótulo ..., sin refrigeración, conteniendo en su interior una muestra de sangre perteneciente a, según cadena de custodia. Atento a la misma, la toma de muestra fue realizada el día 02- 01-2023 a la 06:00 hs. (...) conclusiones: "SOBRE EL ANÁLISIS TOXICOLÓGICO SOLICITADO EN LA MUESTRA CORRESPONDIENTE A, SE OBTUVO UN RESULTADO POSITIVO PARA EL DOSAJE DE ETANOL EN SANGRE EN UNA CONCENTRACION DE 1,48 g/L (...)"

Conclusiones de la pericia en CMF "No se detectaron signos de descompensación ni de trastornos mentales mayores activos. Teniendo en cuenta las constancias en

autos y el examen realizado, los hallazgos no alcanzan el umbral para considerarlos causas de afección de los componentes cognitivo y volitivo de las bases psicobiológicas de la imputabilidad”

El CPyCT de la DGN firmo en disconformidad este informe pericial del CMF y realizo un informe por separado

Conclusiones del informe en disidencia presentado por CPyCG

1) El estado de sus facultades mentales. El Sr F presenta diagnóstico de trastorno bipolar tipo I , realiza tratamiento por especialidad de salud mental. Al momento de la evaluación su patología de base se encuentra estabilizada.

2) Si al momento del hecho pudieron comprender la criminalidad de sus actos y dirigir sus acciones en los términos del artículo 34 (...) De acuerdo a la documentación médico legal obrante en autos puede estimarse que la alcoholemia aproximada a las 0.37 hs del 02-01-2023 era de 2,29 g/l⁵⁸. Teniendo en cuenta lo informado en las consideraciones psicológico y psiquiátrico forenses, y siguiendo los autores pre citados, es posibles señalar que la signo sintomatología esperable para dichos valores de alcohol en sangre sean: alteraciones en la marcha y postura, alteraciones a nivel de la articulación de la palabra, de la visión, de la escritura, alteraciones cognitivas. Sumando a esto los posibles efectos sedativos de la interacción del alcohol con su plan de medicación. Por todo lo anterior es posible afirmar que la capacidad de comprensión y direccionalidad de los actos del Sr. G puede haberse encontrado afectada.

⁵⁸Litter, M.(1980) Farmacología. Experimental y clínica. Buenos Aires: El Ateneo, p. 210

CASO B : Sr. A

Caratula: Averiguación Abuso Sexual

Hecho: Se le imputa el hecho ocurrido el 5/9/2023 aproximadamente a las 13.30 hs, en el interior de la finca sita en Anatole France 4561 de Lanus Este pcia de Bs As, oportunidad en la que habría abusado sexualmente mediante acceso carnal a la Srta. Y, intimidando mediante la exhibición de un cuchillo, para luego trasladarla en un auto de alquiler a la terminal de Ómnibus de la CABA con el fin de llevarla a la Pcia. de Córdoba. En ese contexto es abordado por personal policial, que encuentra con una batería de auto en sus manos, en estado alterado, vociferando que iba a filmar una película de su autoría en la ciudad de Córdoba”

Puntos periciales: Art 77⁵⁹ Art 34

Datos personales que surgen de la entrevista pericial: El entrevistado manifiesta tener 52 años de edad, ser argentino, nacido el 24/09/1971, de estado civil divorciado. Vive con su tía en Bacacay 657 en el departamento de su padre, Previamente vivía solo. Actualmente trabaja como asistente de una artista plástica, dos veces por semana. Refiere haber nacido de parto normal, sin complicaciones. Padeció las enfermedades comunes de la infancia sin secuelas. Refiere un accidente de autos con fractura de tibia izquierda un mes de internación, a los 13 años durante un mes sin secuelas. Niega enfermedades clínicas ni tratamientos activos. Sin tratamientos neurológicos, Refiere que se cayó de un caballo hace 10 años, estuvo inconsciente unas horas, aunque no fue a un hospital, Tiene una amputación de un dedo hallux del pie izquierdo, cortando el pasto hace 10 años. Cirugía de divertículos.

⁵⁹ Si durante el proceso sobreviniere la incapacidad mental del imputado, el tribunal suspenderá la tramitación de la causa y, si su estado lo tornare peligroso para sí o para los terceros, ordenará la internación de aquél en un establecimiento adecuado, cuyo director le informará trimestralmente sobre el estado del enfermo.

Refiere padres vivos y separados. Tiene dos hermanos y tres hijos. Refiere vivir en el departamento de su padre. Actualmente sin pareja. Tiene estudios terciarios incompletos. No repitió grados. Refiere no haber consumido ni consumir sustancias psicoactivas, tabaco o alcohol. En relación con tratamientos en salud mental, refiere haber comenzado tratamiento psicológico desde el año 1998 y tratamiento psiquiátrico desde el año 2015 tras una separación y que le detectaron "bipolaridad" se encontraba insomne, acelerado, irritable. Luego fue cambiando de médico psiquiatra, siempre en forma ambulatoria. Refiere haber sido medicado con Litio, quetiapina y lorazepam y tener certificado de discapacidad desde el año 2022 por trastorno bipolar.

Tras ser evaluado en este Cuerpo Médico Forense en el mes de septiembre del año 2023 fue internado en el Hospital Borda por un cuadro maníaco con síntomas psicóticos y luego derivado a la clínica "El sol colonial" de Beccar. Realizó el tratamiento interdisciplinario estando internado hasta el 24/11/2023. Continúa hasta la fecha realizando un abordaje ambulatorio en Hospital de Día de la Clínica Dharma de la Ciudad de Buenos Aires; concurre de 10 a 15hs tres veces por semana y con acompañamiento terapéutico, Realiza escrituras, Talleres audiovisuales, teatro, literario. Terapia grupal. Musicoterapia. Con controles semanales psicológicos y psiquiátricos, medicado con: 500 mg/día, quetiapina 300mg/día, lorazepam. 2,5mg/día.

Examen del estado mental:

Al examen psíquico, se presenta con su apariencia personal cuidada. La actitud es activa y colabora con la modalidad de examen propuesto dentro de sus posibilidades. Actitud psíquica tranquila. Se encuentra orientado auto y alopsíquicamente. Con conciencia parcial de situación y estado. Con conciencia parcial de padecimiento mental. Sin dificultades en la articulación de la palabra. Su atención es estable. La sensopercepción se encuentra levemente retardada. A la exploración de la memoria se advierte que la misma se encuentra sin fallas groseras actuales. Su pensamiento presenta un curso y ritmo ligeramente enlentecido, su pensamiento no contiene ideación delirante actualmente. En la esfera anímica se encuentra con cierta restricción afectiva. Juicio condicionado a la esfera afectiva.

Antecedentes médico-legales obrantes en la causa

Informe Interdisciplinario del Hospital Borda. Fecha: 5/9/2024 *... taquipsíquico, logorrea, discurso con tendencia a la arborización...”. Medicado con divalproato de sodio 750mg/día y Risperidona 1mg/día más control en 24hs. No se analiza el contenido del pensamiento, el juicio ni la sensopercepción.

Informe de la Dra. X Psiquiatra Tratante “El paciente cursa varios episodios hipomaniacos, con comportamientos cada vez más desajustados. No acepta indicaciones, ni ayuda. Reacciona en forma violenta y querellante. Respecto del tratamiento a mi cargo, es posible con idas y vueltas sostenerlo hasta diciembre de 2022. Durante el verano se desconecta, luego empieza tratamiento psicológico en forma presencial con la Lic. Andrea Urdiales, cercana a su domicilio. Me pongo en contacto con la profesional y se acuerda con el paciente tener entrevistas mensuales. Asimismo, se explicita en reiteradas oportunidades, tanto al paciente como a la familia, que el paciente requiere un dispositivo de atención integral institucional que funcione contenedor para las necesidades clínicas de su problemática, mientras que quedó a disposición para una mayor contención, A comienzos de Junio de 2023 el paciente me comunica que no continuará el tratamiento. ”

Informe Medicolegal del Cuerpo Médico Forense e Historia clínica psiquiátrica.

Institución de salud mental “Solar Colonial”. Fecha: 22/9/2023. Hora: 17hs. “Motivo de ingreso: Paciente que ingresa con orden de internación del Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N° 62 por hecho delictivo en contexto de descompensación de su cuadro de base (Diagnóstico Presuntivo Trastorno Bipolar) con ideación delirante de tipo paranoide y megalómana”. e Historia clínica psiquiátrica. Hospital Borda. Fecha: 13/9/2023. "Trastorno Bipolar en fase maníaca”.

Consideraciones Médico Legales

De la evaluación pericial psiquiátrica realizada al encartado y de la compulsión expediente, se informa que nos encontramos frente a un sujeto con un cuadro compatible con trastorno bipolar actualmente con mejoría y buena evolución de su

padecer psíquico tras el episodio maníaco ocurrido en septiembre del año 2023. Se encuentra medicado y continuando un abordaje ambulatorio focalizado en su reinserción social. El trastorno bipolar es una enfermedad mental caracterizada por alteraciones en el estado de ánimo que incluyen episodios de manía, hipomanía y depresión. En psiquiatría, un "episodio" se refiere a un período delimitado en el tiempo durante el cual un individuo presenta un conjunto específico de síntomas o características clínicas que son suficientemente distintos del funcionamiento habitual del individuo y cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno mental particular. La intensidad, frecuencia y duración de estos episodios son variables dentro de un mismo cuadro.

El Trastorno Bipolar tipo 1 se define por la presencia de episodios maníacos que duran al menos una semana, o menos si se requiere hospitalización. Estos episodios pueden estar precedidos o seguidos de episodios hipomaníacos o depresivos mayores. La Manía es un estado de ánimo anormalmente elevado o irritable, junto con alta energía, actividad, y a menudo, conductas impulsivas y poco seguras.

Los síntomas incluyen grandiosidad, prodigalidad, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, ideas fugaces, distracción, incremento en la actividad dirigida a objetivos o agitación psicomotora, y participación excesiva en actividades placenteras con alto potencial de consecuencias desfavorables para si o terceros. Pueden presentar síntomas psicóticos asociados como ideación delirante y alucinaciones diversas, Después de un episodio afectivo, ya sea maníaco, hipomaníaco o depresivo, la persona puede volver a su nivel de funcionamiento habitual con las intervenciones terapéuticas adecuadas.

Al momento de los hechos, el peritado se encontraba sin tratamiento para su afección bipolar, El despliegue de una conducta desinhibida, apragmática, guiada por el impulso vital exacerbado con el objetivo irrefrenable que había surgido en su psiquismo, da cuenta de una alteración en la capacidad de la adecuada valoración, de la ponderación de las consecuencias y de los frenos inhibitorios conductuales. Según el relato de un testigo se lo observa "alterado", y en la evaluación realizada en el Hospital Borda se lo describe portando un estado de exaltación psíquica que requirió psicofármacos estabilizadores del ánimo en la urgencia. El episodio" maniaco confirmado en evaluaciones posteriores había comenzado al momento del hecho, siendo verosímil que haya sido suficiente para comprometer su comprensión y dirección de la conducta en los términos del artículo 34 inciso 1".

Conclusiones de la pericia en CMF

Tras la evaluación realizada y el análisis de las constancias presentadas, se concluye que X presenta un cuadro de trastorno bipolar, último episodio maníaco. Resulta verosímil que al momento de los sucesos investigados se encontraba iniciado el episodio afectivo, el cual habría tenido la suficiente magnitud para socavar su autonomía psíquica para comprender y dirigir sus acciones conforme al artículo 34 inciso 1 del Código Penal. Actualmente se encuentra estabilizado, continuando en tratamiento por salud mental y presentando la capacidad psíquica necesaria para estar sometido a proceso penal en los términos del artículo 77 CPPN,

Conclusiones del informe del CPyCT de la DGN

Se firmo en conformidad este informe pericial del CMF

Análisis de los casos:

En el caso 1, en las conclusiones el perito oficial de CMF afirma “(...) *No se detectaron signos de descompensación ni de trastornos mentales mayores activos. Teniendo en cuenta las constancias en autos y el examen realizado, los hallazgos no alcanzan el umbral para considerarlos causas de afección de los componentes cognitivo y volitivo de las bases psicobiológicas de la imputabilidad*” (...) se evidencia que el profesional presenta una visión alienista de los trastornos mentales, ubica al Trastorno Bipolar como una entidad que queda por fuera de los “ Trastornos mentales mayores” terminología que remite a las Psicosis como ejemplo de enfermedad grave. En este sentido, el CMF propuso interpretar la problemática que presenta el evaluado desde una tesis alienista, homologando el concepto de alienación mental al de alteración morbosa de las facultades, mirada útil en los comienzos de las disciplinas psicológica-psiquiátrica cuando el desarrollo de las mismas se limitaba a simples y rígidos postulados teóricos. Sin embargo, en la actualidad este es un postulado vetusto: la alienación no puede ser el elemento normativo de las clasificaciones ya que se de ser así, se descartaría injustificadamente una importante cantidad de estados mentales que desde lo nosográfico etiopatogénico, sociológico, terapéutico y pronóstico no

admite diferencias radicales con aquellas entidades morbosas (psicosis) que constituyen el cuerpo central de la patología psiquiátrico- psicológicas. Es por ello que una persona neurótica, con consumo problemático de sustancias, con trastorno depresivo, con un trastorno de la personalidad, o como en el caso de la persona que se evaluó, con diagnóstico de trastorno bipolar puede ser considerada enferma mental como una persona delirante, o con diagnóstico de esquizofrenia y por lo tanto requerir asistencia y tratamiento especializado⁶⁰

Esta visión no toma en consideración que existen patologías mentales que cursan por ciclos, como el TB, en los que el tanto juicio de realidad como el resto de las funciones mentales, puede estar transitoriamente alterado ocasionando una merma tanto en el control inhibitorio de determinadas conductas, en la pérdida de valores preventivos, alternaciones en la direccionalidad de la conducta e incluso incapacidad de comprender los actos que realiza. Ocasionando como en el caso en cuestión, una conducta desajustada y peligrosa tanto como para el imputado como para terceros. tanto del análisis del expediente, como de la valoración interdisciplinaria realizada, surge robusta evidencia para concluir que la persona se encontraba en un periodo de descompensación de su cuadro de base con predominio de síntomas maniacos, agravados por el consumo excesivo de alcohol.

En el Trastorno Bipolar los episodios Maniacos e Hipomaniacos alternan con Episodios depresivos y periodos de Eutimia en los cuales el paciente presenta un examen psiquiátrico normal. Si la persona es evaluada por fuera de alguno de estos episodios y no se indaga correctamente sobre los síntomas que pudiera haber padecido en el momento del hecho no se lograra una lectura compleja e integral del caso. En este punto resulta fundamental remarcar el hecho de que los psiquiatras forenses realicen tanto la lectura de los expedientes, como las entrevistas y evaluaciones desde una perspectiva no alienista de los trastornos mentales. La cual se tenga fundamental consideración en esta Patología por las características únicas y heterogéneas en contraste con otras patologías mentales.

⁶⁰ Mercurio, E. (2023). Aspectos psicopatológicos forenses de los sujetos femicidas: análisis sobre la imputabilidad. En Cortez Perez, O. Victimología forense y Femicidio. Una visión transdisciplinaria sobre la evidencia y sus contextos. Ciudad de Mexico, Ubijus (pp. 591-649)

En el caso 2 el imputado se encuentra cursando una descompensación maniaca de su Trastorno bipolar experimentando síntomas psicóticos (disminución en el deseo de dormir, aumento en la energía y la actividad, sin la capacidad de prever posibles consecuencias de su accionar.

síntomas propios de un Episodio maniaco con síntomas psicóticos que por su presentación afectaron seriamente su conducta. En este caso, en conjunto con el profesional del Cuerpo Médico Forense se concluyó que dicha afectación influyo en la comprensión y direccionalidad de su accionar, decidiendo su inclusión en el Art 34. En este caso y a diferencia del anterior el perito del CMF, realizo una lectura del expediente y una entrevista y valoración general del imputado, en el que pudo identificar la presencia una alteración grave del estado mental del imputado al momento del hecho que se le enrostraba al tiempo que valoro que en el momento que fue entrevistado, esta sintomatología no se encontraba presente y el cuadro de base estaba compensado. esta lectura, claramente más completa que la del primer caso, posibilito que los/as peritos/as que evaluaron al imputado del segundo caso, pudieran afirmar “(...) Resulta verosímil que al momento de los sucesos investigados se encontraba iniciado el episodio afectivo, el cual habría tenido la suficiente magnitud para socavar su autonomía psíquica para comprender y dirigir sus acciones conforme al artículo 34 inciso 1 del Código Penal (...)”

V. CONCLUSIONES

Uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en el mundo es el Trastorno Bipolar, una afectación que tiene un sustrato biológico, caracterizado por oscilaciones marcadas y recurrentes en el estado de ánimo, las mismas varían en dos polos: el polo de la manía y el polo depresivo.

Luego de una revisión sistemática del concepto de Trastorno Bipolar y su relación con la imputabilidad, se han encontrado variaciones en relación a la imputabilidad del Trastorno Bipolar en diferentes países del mundo. No existe un consenso acerca de la Imputación de individuos que padecen este trastorno, los datos disponibles orientan a una afectación de la conducta en episodios maniacos, que podrían generar una merma en la direccionalidad y comprensión del acto delictivo, y por lo tanto influir en la imputabilidad del mismo al momento de cometer una conducta delictiva en diversos estudios han comprobado índices más altos de cometer un acto delictivo en pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar, en comparación con aquellos que sufren otro tipo de trastorno diferente, siendo además más prevalente este tipo de conductas en pacientes hombres que en pacientes mujeres.

En esta línea, resulta imperante rescatar y destacar el papel de la Psiquiatría Forense, disciplina que a través de un análisis exhaustivo de las constancias de los hechos, como así también de la reconstrucción respecto de cómo se encontraba el sujeto al momento de los hechos que se le imputan, aporta a través del dictamen de una la prueba pericial información valiosa a la hora de definir la determinación de la imputabilidad de un acto determinado en un momento determinado. En todo momento, es trabajo de la psiquiatría determinar si la persona se encontraba con la capacidad de comprender la naturaleza y consecuencias de sus actos, y dirigir los mismos.

Es fundamental comprender que la mera existencia de una enfermedad mental no basta para sostener la inimputabilidad de un/a imputado/a, es necesario demostrar que esta afección mental le ha impedido comprender y/o dirigir sus acciones en el momento del hecho. Personas con discapacidades intelectuales leves, diagnóstico de psicosis, consumo problemático de sustancias, trastornos afectivos graves, pueden comprender y/o dirigir ciertas conductas y otras no en diferentes momentos, dependiendo esto de las características del hecho, del tipo de signo sintomatología presente al momento del mismo, entre algunas de las variables que pueden mencionarse; no existe un consenso

amplio sobre cómo interpretar conceptos como alteración morbosa o insuficiencia de las facultades intelectuales/desarrollo intelectual retardado. De esta manera la psiquiatría forense, desde una visión no alienista de los trastornos mentales, tendrá elementos para afirmar que una persona con diagnóstico de psicosis haya podido comprender y dirigir sus actos en un hecho determinado (por ejemplo una persona con diagnóstico de esquizofrenia, en tratamiento y compensado que comete un delito contra la propiedad que no tiene relación con su sintomatología que además, en este caso, se encuentra compensada) y desde esta misma mirada, la psiquiatría forense podrá afirmar, que una persona con un trastorno de personalidad, o con un trastorno por consumo de sustancias, que se encuentra descompensada al momento de los hechos, no podía comprender y/o dirigir sus acciones al momento del hecho. De esta manera, ya no se define la comprensión y/o direccionalidad de las acciones de una persona por el diagnóstico que presente, si no por el estado de sus facultades mentales al momento del hecho que se le imputa.

Como fuera plasmado en el presente trabajo , respecto a los imputados que presentan diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I y asisten a la evaluación pericial por fuera de alguna de las fases de la enfermedad (manía o depresión) ya sea por compensación del cuadro por medio de un tratamiento adecuado, o bien por que la pericia se realiza tiempo después de haber presentado los síntomas, en todos los casos, podría ser posible que en el momento del hecho que se le imputa, las facultades mentales estuvieran alteradas de modo tal que generarán un condicionamiento del juicio e imposibilitando que la capacidad de comprensión y direccionalidad se encuentre conservada. Sin embargo, tiempo después, frente a la estabilización del cuadro psicopatológico, durante las entrevistas periciales, esta sintomatología haya mermado y de la valoración semiológica, surja que no posee dichas alteraciones, y que la afectividad, el pensamiento, la conducta y el juicio no presenten alteraciones psicopatológicas dignas de mención. Encontrándose entonces con capacidad suficiente para afrontar un juicio, y resultando para el lego extraño que una persona “normal” (sic) haya presentado tiempo atrás una condición de peso suficiente como para influir en su capacidad de comprensión y direccionalidad.

La visión alienista de la Salud Mental fue útil en los comienzos de las disciplinas psicológica-psiquiátrica cuando el desarrollo de las mismas se limitaba a simples y rígidos postulados teóricos, la creación de categorías para diferentes trastornos,

como la locura, la melancolía, y la manía, llevó a una mejor comprensión, pero también a una rígida categorización de las personas, en la actualidad este postulado es vetusto: la alienación no puede ser el elemento normativo de las clasificaciones ya que de ser así, se descartaría injustificadamente una importante cantidad de estados mentales que desde lo nosográfico etiopatogénico, sociológico, terapéutico y pronóstico no admite diferencias radicales con aquellas entidades morbosas que constituyen el cuerpo central de la patología psiquiátrico- psicológicas. Es por ello que la neurosis, el consumo problemático de sustancias, los trastornos depresivos, los episodios maníacos, los trastornos de personalidad, son padecimientos mentales al igual que los síntomas como los delirios y alucinaciones propios de los diagnósticos de psicosis, en todos los casos se requieren tratamientos y abordajes interdisciplinarios desde lo asistencial y un análisis integral y compleja cuando se trata del ámbito forense.

A lo largo del trabajo se ha intentado dar cuenta de la importancia de garantizar una mirada y lectura integral, interseccional y compleja, donde la psiquiatría forense realice un aporte diferencial en casos de personas con diagnóstico de trastorno bipolar, implicadas en causas penales.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Allegro, Fabián.(2008) “Pinel y la libertad ilustrada” en *Psiquiatría*, Revista Latinoamericana de Psiquiatría, Buenos Aires: Scien Editorial, Numero 1, abril 2008. Pág.16
- Allegro, Fabián.(2008) “Esquirol y la insinuación del positivismo en la Psiquiatría” en *Psiquiatría*, Revista Latinoamericana de Psiquiatría, Buenos Aires: Scien Editorial, Numero 2, Junio 2008. pág 15
- Allegro, Fabián.(2009) “Jules Baillarger y la locura a doble forma”, *Psiquiatría*, Revista Latinoamericana de Psiquiatría, Buenos Aires: Scien Editorial Septiembre 2009 N° 8 ISSN: 1851-8729, Pág: 13
- American Academy of Psychiatry and the Law. (2015). *Principles and Practice of Forensic Psychiatry* (3rd ed.). CRC Press.
- American Academy of Psychiatry and the Law, Ethics Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry Adopted May, 2005, disponible <https://www.aapl.org/ethics.htm#:~:text=Psychiatrists%20in%20a%20forensic%20role,%20and%20social%20justice%20and%20social%2>
- Almilcar Fleita, B. (s.f.). *Criminología*. Santa Cruz: Tribunal Superior de Justicia de la Pcia. De Santa Cruz. Recuperado de: <https://www.jussantacruz.gob.ar/pdfs/gab-crim/criminologia.pdf>.
- Arrieta, M. y Molero, P. (2019). Trastorno bipolar. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5055–5066. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.013>.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V). Virginia: APA.
- Ballester, J., Goldstein, T., Goldstein, B., Obreja, M., Axelson, D., Monk, K., Hickey, M., Iyengar, S., Farchione, T., Kupfer, D. J., Brent, D. y Birmaher, B. (2012). Is bipolar disorder specifically associated with aggression?. *Bipolar Disorders*, 14(3), 283-290.
- Basile Alejandro Fundamentos de medicina Legal Deontología y Bioética, 6 ta edición Buenos Aires Editorial El Ateneo 2015

-Bacigalupo, E. (1999) Derecho Penal. Parte General (2o ed.). Editorial Hammurab. Buenos Aires. Argentina.

-Bonnecase, J. (1995). *Tratado Elemental de Derecho Civil: traducción y compilación de Enrique Figueroa Alfonzo*. Ciudad de México: Editorial Pedagógica Iberoamericana.

-Cabello, V. (s.f.). *Psiquiatría forense en el derecho penal (Tomo 1)*. Buenos Aires: Editorial Hammurabi. Recuperado de: https://www.derechopenalenlared.com/libros/cabello_vicente_psiquiatria_forense.pdf.

-Castro, D. y Dickerman, A. (s.f.). *Psiquiatría Forense: psicogénesis delictiva*. Tegucigalpa: BVS. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/Honduras/MEDICINA.LEGAL.PSIQUIATRIA.FORENSE/pdf/MEDICINA.LEGAL.PSIQUIATRIA.FORENSE.pdf>

-Código Penal de la Nación Argentina. Ley N.º 11.179. Sancionado el 29 de octubre de 1921. Artículo 34

-Código Procesal Penal de la Nación, modificación de los arts. 250 bis y ter, Ley N.º 25.852, sancionada en diciembre de 2003, promulgada en 2004.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/383/texact.htm#6>

-Duce, M. (2017) *la prueba pericial*. Ediciones Didot. CABA. Argentina.

-Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2011). *Violencia y trastornos mentales*. En P. García-Medina, J.M.

-Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M. y Långström, N. (2010). *Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review*. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 931-938.

-Fovet, T., Geoffroy, P.A., Vaiva, G., Adins, C., Thomas, P. y Amad, A. (2015). *Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review*. *Psychiatric Services*, 66(4), 348–353.

-Fontan Balestra, C. (1998) Derecho Penal. Introducción y parte general. Ed. Abeledo Perrot. Buenos Aires. Argentina.

- Frías Caballero, J. (1981). Imputabilidad Penal. Capacidad personal de reprochabilidad ético-social. Ediar.

-Garrido Genovés, V. (2013). *Manual de psiquiatría forense: Aspectos jurídicos y prácticos*. Madrid, España: Editorial Síntesis.

- Garrido Mont, M. (2003). Derecho Penal. Parte General. Tomo II. Nociones Fundamentales de la Teoría del Delito. Editorial Jurídica de Chile.

-Gómez-Durán, E., I Carrión, M., Xifró, A. y Martín-Fumadó, C. (2010). Características clínicas y consecuencias legales del comportamiento violento: un caso de trastorno bipolar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6). 374-376.

-Hernández, F. (2015). Revisión bibliográfica: la imputabilidad e inimputabilidad desde el punto de vista médico legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(2). Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n2/art10v32n2.pdf>.

-Le Strat, Y. (2010). Bipolar disorder and comorbid addictive disorders. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 168. 584–587.

-Ley 27.149 Ley Organica del Ministerio Publico de la Nacion. Funciones. Organización y Estructura. (2015) disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/248189/texact.htm>

- Maero Suparo, V (2021). Cap. Lineamientos Generales "Perito de Parte Defensoría General de la Nación". en Manual de Psicología Forense Argentino. Ed. Liberarte. Bs. As.

-Martorelli, J. (2017). La Prueba Pericial: Consideraciones sobre la prueba pericial y su valoración en la decisión judicial. *REDEA*, 2(4). 130-139. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37709.pdf>.

-McDermott, Barbara & Quanbeck, Cameron & Frye, Mark. (2007). Comorbid substance use disorder in women with bipolar disorder associated with criminal arrest. *Bipolar disorders*. 9. 536-40. 10.1111/j.1399-5618.2007.00346.x.

-Mercurio, E. (2023). Aspectos psicopatológicos forenses de los sujetos femicidas: análisis sobre la imputabilidad. En Cortez Perez, O. *Victimología forense y Femicidio. Una visión transdisciplinaria sobre la evidencia y sus contextos*. Ciudad de Mexico, Ubijus (pp. 591-649)

-Ministerio Publico de la defensa. Disponible en <https://www.mpd.gov.ar/index.php/politica-institucional/cuerpo-de-peritos-y-consultores-tecnicos>

- Messer T, Lammers G, Müller-Siecheneder F, Schmidt RF, Latifi S. Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2017 Jul;253:338-350. doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.067. Epub 2017 Apr 8. PMID: 28419959.

-Muñoz, A. (2021). Trastorno Bipolar: repercusiones forenses en el ámbito penal treinta años de revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 21, 93–119.

-Nakazaki, C. (s.f.). El trastorno bipolar como causa de inimputabilidad: a propósito de la prueba del dolo y la determinación de la culpabilidad penal. Lima: Universidad de Lima. Recuperado de: <https://www.snakazaki.com/storage/app/uploads/public/595/5c5/60e/5955c560e5cfb366373384.pdf>.

-Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es>

-Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud mental en el mundo*. Ginebra: OMS.

-Organización Mundial de la Salud (2005). *El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. Ginebra: OMS, Editores Médicos, S.A. EDIMSA.

-Organización Mundial de la Salud (2022). *Trastornos Mentales*. Recuperado el 20 de Octubre de 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=Un%20trastorno%20mental%20se%20caracteriza,funcional%20en%20otras%20%C3%A1reas%20importantes>.

-Patitó, J. (2000). *Medicina Legal*. Buenos Aires: Centro Norte.

-Pellegrini R, *Medicina Legal*. Benzal, Madrid, 1950.

-Pérez, A. (s.f.). Criterios de Imputabilidad. Ciudad de Panamá: Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología Recuperado de: <https://repositorio.umecit.edu.pa/bitstream/handle/001/2169/CRITERIOS%20DE%20IMPUTABILIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

-Pérez, R. (s.f). *Psiquiatría forense*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25125w/Psiquiatria_forense.pdf.

-Quanbeck, C. D., Stone, D. C., McDermott, B. E., Boone, K., Scott, C. L. y Frye, M. A. (2005). Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 56(7), 847-852

-Quanbeck, C D MD; David C. Stone, MD; Charles L. Scott, MD; Barbara E. McDermott, PhD;Lori L. Altshuler, MD; and Mark A. Frye, MD . Clinical and Legal Correlates of Inmates With Bipolar Disorder at Time of Criminal Arrest

-Mcdermott Barbara E University of California, Davis Cameron David Quanbeck San Mateo County Health System. Comorbid substance use disorder in women with bipolar disorder associated with criminal arrest September 2007 *Bipolar Disorders* 9(5):536-40

-Rivero, E. (2016). Enfermedad Mental como Causa Excluyente de la Responsabilidad Penal. *Red de Capacitación del Ministerio Público Iberoamericano RECAMPI*, 4. Recuperado de <http://escueladefiscales.mp.gob.ve/userfiles/file/RECAMPI/DEFINITIVO%20RECAMPI%2010-10-2016.pdf>.

-Swann, A.C. (2011). Antisocial personality and bipolar disorder: interactions in impulsivity and course of illness. *Neuropsychiatry*, 1(6), 599.

-United National Development Programme (2013). Human Development Report 2013: The rise of the South: Human progress in a diverse world. UNDP. Recuperado de: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/ARG.pdf>.

-Yu, R., Geddes, J. R. y Fazel, S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 775-792.

-Zaffaroni, E. R. (2002). *Manual de derecho penal: Parte general* (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Ediar.

-Zaffaroni E, ALagia A y Slokar A , Manual (2006); de derecho penal. Parte general, 2da. edición, Ediar, Buenos Aires.