

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
FUNDACION H.A BARCELO**



**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**CARRERA DE POSGRADO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA LEGAL**

**DIRECTOR: DR. ROBERTO FOYO**

**La esquizofrenia en el derecho penal. ¿Cómo afecta la  
inimputabilidad en personas que padecen dicha  
patología?**

Autora: Díaz Mariángeles

DNI: 34466131

Especialidad: Psiquiatría

Año: 2023

# Índice

|   |    |
|---|----|
| Resumen.....  | 3  |
| Abstract.....   | 3  |
| Introducción.....   | 5  |
| Materiales y métodos .....  | 5  |
| En el mundo de las psicosis: La esquizofrenia.....                | 6  |
| Reseña historia.....  | 6  |
| La esquizofrenia .....  | 7  |
| Subtipos de esquizofrenia .....                                   | 11 |
| Tratamiento.....  | 12 |
| Violencia y hechos delictivos en personas con esquizofrenia ..... | 13 |
| El Derecho Penal .....  | 14 |
| La inimputabilidad en el Derecho Penal argentino .....            | 17 |
| Aplicación de la inimputabilidad .....                            | 21 |
| Estadísticas .....  | 21 |
| Las medidas de seguridad.....                                     | 21 |
| Modificaciones pretendidas al art. 34 del Código Penal .....      | 25 |
| Los derechos de las personas con discapacidad. ....               | 28 |
| Conclusión .....  | 29 |
| Bibliografía .....  | 31 |

## **Resumen**

El presente trabajo trata sobre las personas que padecen el trastorno psicótico de esquizofrenia y cometen actos delictivos, sean estos o no, productos de sus alteraciones, y la consideración que tiene el Código penal argentino al respecto.

El objetivo general del presente es analizar la esquizofrenia como causa de la inimputabilidad y su responsabilidad penal. Este aspecto nos lleva a pensar en la relación existente entre dos disciplinas como son el derecho y la psiquiatría y sus dos grandes núcleos definitorios por excelencia: el delito y el trastorno mental. Se expondrá sobre la esquizofrenia, sus características, subtipos, su curso evolutivo y su importancia a la hora de determinar la afectación mental para poder valorar la imputabilidad y culpabilidad.

Finalmente, se han abordado las medidas de seguridad dado que son las alternativas que se establecen cuando no se hace posible la imposición de una pena en base a la limitación o supresión de las facultades intelectivas y volitivas de los individuos que cometen determinados hechos delictivos.

**Palabras clave:** INIMPUTABILIDAD - ESQUIZOFRENIA - TRASTORNO MENTAL - DERECHO PENAL - PSIQUIATRÍA FORENSE

## **Abstract**

This work deals with people who suffer from the psychotic disorder of schizophrenia and commit criminal acts, whether or not they are the product of their alterations, and the consideration that the Argentine Penal Code has in this regard.

The general objective of this article is to analyze schizophrenia as a cause of non-culpability and its criminal responsibility. This aspect leads us to think about the relationship between the disciplines of law and psychiatry and their two great defining cores: crime and mental disorder. It will discuss schizophrenia, its characteristics, subtypes, its evolutionary course and its importance when determining mental impairment in order to assess culpability and guilt.

Finally, security measures have been addressed since they are the alternatives that are established when the imposition of a sentence is not possible based on the limitation or suppression of the intellectual and volitional faculties of individuals who commit certain criminal acts.

**Key words:** NON-CULPABILITY - SCHIZOPHRENIA - MENTAL DISORDER - CRIMINAL LAW - FORENSIC PSYCHIATRY

## **Introducción**

La psicopatología, como ciencia descriptiva, utiliza la descripción y la observación para examinar la vida psíquica y la conducta de un sujeto y su adecuación al contexto y la comunidad en la que éste se desenvuelve. Así, define alteraciones agrupables en trastornos, categorías más o menos estables en el tiempo y cuya estabilidad y solidez epistemológica permite, en última instancia, guiar diagnósticos y procesos terapéuticos (Aprea, 2010; Restrepo, 2007).

El trabajo que se presenta a continuación trata sobre las personas que padecen el trastorno psicótico de esquizofrenia y cometen actos delictivos, debido a las ideas delirantes y/o alucinaciones que son propias de la enfermedad.

Intentaremos, mediante una revisión bibliográfica, dar cuenta de una visión moderna del trastorno de la esquizofrenia desde el ámbito de la Psiquiatría y cómo esta perspectiva contemporánea entra en colisión con el Derecho Penal de nuestro país. Serán dos circunstancias las que nos interesan en particular: por un lado, señalaremos la atención desmedida prestada a los trastornos psicóticos y la esquizofrenia por la dogmática penal, y el uso de estos diagnósticos como ejemplos psicopatológicos por antonomasia (cuando no verdaderos sinónimos) de los vocablos utilizados en el Código Penal de la Nación Argentina para definir la inimputabilidad, generando un paralelismo espurio entre capacidad jurídica y capacidad psíquica. Por otro lado, evaluaremos la respuesta del sistema penal a la condición de inimputable (consustanciada en las medidas de seguridad), a la luz de la concepción contemporánea de la esquizofrenia y su tratamiento.

## **Materiales y métodos**

Se realizó una búsqueda bibliográfica para recabar la información más atinente a nuestro tema de interés. Con el fin de obtener información relevante y actualizada sobre la patología analizada, se utilizaron motores de búsqueda relevantes y de uso generalizado. Para obtener además información proveniente del ámbito de la medicina legal, y del derecho propiamente dicho, así como para obtener información más relevante para nuestro medio, se consultaron asimismo diversos portales

oficiales de organismos gubernamentales y los motores de búsqueda correspondientes. Se utilizó el sistema PubMed (disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), de particular interés para la información sobre la patología en estudio. Se consultó asimismo el Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ) del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (disponible en <http://www.saij.gob.ar/home>) y, para obtener el texto de la legislación argentina de relevante, se utilizó el buscador InfoLEG (disponible en [www.infoleg.gob.ar](http://www.infoleg.gob.ar)) dependiente del mismo SAIJ. Se realizaron búsquedas en el Sistema Nacional de Repositorios Digitales dependiente del Ministerio de Ciencia, Técnica e Innovación de Argentina (disponible en <https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/>) y el Banco de Recursos del Ministerio de Salud de la República Argentina (disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/>). Por último, se realizó una búsqueda en una revista especializada en Derecho Penal (Revista Pensamiento Penal, disponible en <https://www.pensamientopenal.com.ar/>). Para las búsquedas se utilizaron los siguientes términos: esquizofrenia, psicosis, juicio desviado, enajenación, salud mental, violencia, inimputabilidad, derecho penal, responsabilidad penal, así como sus traducciones al inglés en el caso de los portales donde hay predominio de fuentes en dicho idioma (PubMed). Los artículos, fallos e informes así obtenidos fueron en muchos casos fuente de nueva bibliografía sobre la materia.

## **En el mundo de las psicosis: La esquizofrenia**

### **Reseña historia**

Recién en el siglo XIX, con el surgimiento y la solidificación de la Psiquiatría, la locura pasa a ser considerada más propiamente como una enfermedad mental y los pacientes pasan a ser tratados como alienados, es decir, como personas que han perdido el juicio, desequilibradas psíquicamente (Porter, 2003).

Ya para Philippe Pinel (1745-1826), las enfermedades psíquicas tenían un componente hereditario, aunque el entorno también ejerciera influencia en su desarrollo. Abogaba por la creación de un cuerpo médico especializado para atender a los individuos afectados y proponía, así, la implementación de una terapia moral (Porter, *ibid.*). En el siglo XIX, se observaba una dicotomía entre dos perspectivas en torno a las enfermedades mentales. Por un lado, existe una visión biologicista que

sostenía que dichas enfermedades eran resultado principalmente de trastornos genéticos y biológicos, postura respaldada por Emil Kraepelin (1856-1926). Del otro lado, se encontraba una perspectiva psicologista que abordaba las enfermedades mentales como desequilibrios psíquicos, reconociendo su base biológica, pero bregando por enfoques psicoterapéuticos, según la comprensión de Karl Jaspers (1863-1969) (Monchablon y Derito, 2011).

El origen del reconocimiento de la esquizofrenia se enmarca en el nacimiento mismo de la psiquiatría como disciplina por derecho propio. Kraepelin describió pormenorizadamente cuadros psicóticos, dentro de los cuales distinguió a la psicosis maníaco-depresiva (considerada por él endógena) de lo que bautizó como "demencia precoz" (de origen exógeno, por toxinas que atacaban el cerebro), caracterizada por un deterioro o defecto en pacientes relativamente jóvenes. Dentro de la demencia precoz describió cuatro formas con distinto complejo sintomático: la catatonía, la hebefrenia y la paranoide. Fue Eugen Bleuler (1857-1939), psiquiatra suizo, quien acuñaría el término esquizofrenia en 1911, explicable en su etimología por la escisión de los procesos psíquicos, con pérdida de conexión entre la formación de las ideas y la expresión de las emociones. Esta acepción ha perdurado hasta nuestros días (Monchablon y Derito, 2011).

## **La esquizofrenia**

La esquizofrenia es una entidad de etiología multifactorial, en la que interactúan vulnerabilidades genéticas (actualmente mal definidas, sobre todo en contraposición a otras entidades nosológicas) y factores ambientales. Se caracteriza por una disociación de las funciones psíquicas que afecta a algunas funciones del pensamiento, de las emociones, de la percepción y de la conducta (Sadock et. al, 2018; Owen et al., 2016).

En cuanto a su epidemiología, tiene una prevalencia aproximada de 0.7% a nivel mundial. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta a más de 21 millones de personas mundialmente, siendo más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones) (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2023).

Cabe señalar que es frecuente confundir los términos psicosis y esquizofrenia. La esquizofrenia es tan solo uno de los tipos de trastornos psicóticos; no todas las personas que desarrollan un síndrome psicótico evolucionan a la esquizofrenia, por lo que es muy importante diferenciar las características clínicas que presentan las personas con esquizofrenia.

La esquizofrenia se inicia habitualmente en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, aunque también hay casos de aparición en la infancia, enmascarados con problemas escolares o mal comportamiento. Su inicio puede ser repentino, agudo y brusco, o lento y progresivo. En este último caso, los sujetos comienzan a presentar síntomas premórbidos de gran interés en la actualidad, dado que permitirían teóricamente la detección de los casos de manera precoz y así se demoraría su eclosión y se evitarían progresiones más agresivas y resistentes al tratamiento (Sadock et al., *ibid.*).

En cuanto a sus manifestaciones clínicas, se describieron tempranamente síntomas positivos (alteraciones sensorio-perceptivas, los delirios y la desorganización de la conducta), síntomas negativos (pérdida de la voluntad) y síntomas cognitivos. Las alucinaciones más comunes son las auditivas, aunque pueden ser de todas las funciones sensoriales (visuales, olfativas, gustativas, táctiles). Los delirios, un trastorno del pensamiento que consiste en falsas creencias engendradas patológicamente, también pueden estar presentes debido a una interpretación subjetiva y errónea del mundo exterior (Jauhar et. al, 2022).

La alteración en el juicio y raciocinio es uno de los síntomas más importantes (y que más inciden en la imputabilidad). El llamado "pensamiento esquizofrénico" implica que incluso pacientes que mantienen conversaciones aparentemente coherentes, sin delirios, poseen fallos graves del razonamiento, con falta de crítica e imposibilidad para determinar ideas esenciales. Las ideas delirantes descritas afectan aún más el juicio debido a la disgregación intermitente del pensamiento y a la escisión de la personalidad (Capponi, 2016).



La memoria y la atención, por último, pueden presentar un déficit considerable, sin posible activación, dando la sensación de total demenciación, lo cual ilustra la gravedad del trastorno.

Como se señaló, estos pacientes ven afectadas distintas esferas de su vida: junto a aquellos síntomas íntimos al psiquismo del sujeto (o merced a ellos: alucinaciones, delirios, merma en la capacidad volitiva, etc.), se afecta su desenvolvimiento en la vida en sociedad y su calidad de vida: se comprometen su sociabilidad, su vínculo con pares y con su propia familia; en casos extremos, se produce la pérdida de valores preventivos y se pone en peligro su propia existencia (Owen et al., 2016). Se reduce la esperanza de vida del paciente entre 12-15 años, y genera un promedio de 14.5 años de vida potencialmente perdidos (Hjorthøj, 2017). Por demás, el círculo de allegados al paciente también se ve implicado y su calidad de vida desmejorada. A nivel social, ocasiona importantes gastos en salud directos e indirectos (Jin y Mosweu, 2017).

Las manifestaciones clínicas son reunidas en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-V) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría y de la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud. Estas publicaciones guían tanto la práctica psiquiátrica a nivel mundial como la investigación clínica y epidemiológica en la materia; es, además, de referencia en el ámbito médico-legal argentino.

Los criterios para diagnosticar esquizofrenia según el DSM-V son los siguientes (American Psychiatric Association, 2015):

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
  1. Delirios
  2. Alucinaciones
  3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
  4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
  5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

- B. Durante una o parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Es gracias a los criterios señalados, sumados a otros antecedentes clínicos y familiares del paciente, así como los tratamientos indicados y su respuesta a ellos, como se diagnostica habitualmente la esquizofrenia. No suelen, en cambio, utilizarse otras pruebas diagnósticas, como pruebas de laboratorio, test psicométricos o pruebas de neuroimagen, para asistir al diagnóstico (American Psychiatric Association, 2015; Sadock et al., 2018).

## **Subtipos de esquizofrenia**

Carrasco y Maza (2011), en la cuarta edición del Tratado de Psiquiatría Legal y Forense, recogen cinco subtipos de esquizofrenia atendiendo al predominio de una u otra serie de síntomas. Estos subtipos se distinguen porque presentan formas diferentes de evolución, pronóstico y tratamiento:

**Esquizofrenia de tipo paranoide:** Hay predominio de ideas delirantes y alucinaciones de variados temas, pero con una conservación relativa de la inteligencia y sin presencia de deterioro. Los síntomas tienden a ser más psíquicos que motores. Las alucinaciones también están presentes, especialmente las auditivas (voces dentro de su cabeza que amenazan, insultan o dan órdenes). Las alucinaciones suelen ser congruentes con el delirio. A veces las órdenes son ejecutadas y sorprenden por ser conductas ilógicas y agresivas.

**Esquizofrenia de tipo desorganizado:** conocida también como hebefrenia. Presenta lenguaje desorganizado y un discurso incoherente. Su conducta es caótica y no existe una narrativa coherente de las alucinaciones.

**Esquizofrenia de tipo catatónico:** con graves alteraciones psicomotoras que presenta el paciente. Abarcan tanto la actividad motora excesiva hasta la inmovilidad, el mutismo, la ecolalia o la ecopraxia, siendo las principales la inmovilidad y la flexibilidad cérea; pueden permanecer durante horas en una misma posición adoptando posturas extrañas sin responder a ningún estímulo.

**Esquizofrenia de tipo indiferenciado:** casos en los que no se cumplen los criterios diagnósticos para ser catalogados con del resto de tipos de esquizofrenia.

**Esquizofrenia de tipo residual:** Tiene lugar cuando en el pasado ha habido un episodio o brote de la enfermedad y no es patente que existan síntomas psicóticos positivos. Sí son evidentes los síntomas negativos: aplanamiento afectivo, empobrecimiento del lenguaje, falta de interés y de actividad social y laboral y pobreza del lenguaje.

**Esquizofrenia de tipo simple:** También aquí estarán más presentes los síntomas negativos; hay ausencia de procesos psicológicos básicos y falta de voluntad y motivación, con inhibición, aplanamiento afectivo, poca comunicación verbal y no verbal, aislamiento, soledad y apatía.

## Tratamiento

Si se lleva a cabo un tratamiento adecuado, pueden mejorar o pueden tener un carácter crónico y en diferentes grados. Los pacientes, igualmente, suelen experimentar periodos de mejoría donde los síntomas son menores y periodos donde los mismos se agravan. Variaría según el subtipo de esquizofrenia, el tratamiento recibido y circunstancias particulares a cada paciente el acento o importancia relativa de cada uno de estos aspectos. El tratamiento de los pacientes con esquizofrenia es multimodal y comprende intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales (Sadock et al., 2018; Jauhar, 2022).

Dentro del tratamiento farmacológico, es el grupo de los medicamentos conocidos como antipsicóticos el que ha tenido mayor preponderancia y desarrollo por parte de la industria farmacológica. Incluyen algunos de los primeros psicofármacos desarrollados (llamados habitualmente de primera generación) así como otros elaborados posteriormente (de segunda y tercera generación) con el fin de producir una remisión sintomática perdurable a la vez que se intenta reducir la incidencia de efectos adversos graves (Jauhar, 2022).

El ámbito en el que dicho tratamiento debe ocurrir se determina para cada paciente y se da —al menos idealmente— en acuerdo con él: puede ocurrir de forma ambulatorio, en consultorios externos de centros de salud u hospitales públicos o privados, pasando por dispositivos a los que el paciente debe asistir con mayor frecuencia (comúnmente llamados hospitales de día) hasta la internación en un establecimiento, que se suele considerar último recurso cuando fracasan los demás, dado que se busca priorizar, incluso de manera terapéutica, el contacto de la persona con su entorno habitual, el vínculo con amistades y familiares, la continuidad de su trabajo y/o educación (Irigoyen Testa, 2022). Más prudentemente aún se dará la decisión de solicitar la internación involuntaria de un paciente cuya conducta, determinada por su estado psíquico, ponga en riesgo su integridad o la de terceros. Las internaciones se darán de manera acotada en el tiempo y se buscará la restitución del individuo a su entorno con la mayor premura (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013).

## **Violencia y hechos delictivos en personas con esquizofrenia**

La preocupación social sobre la vinculación entre las enfermedades mentales y el comportamiento violento tuvo un impulso en las últimas décadas a la par de estudios epidemiológicos en la población general y en internaciones por salud mental, que mostraban una mayor prevalencia de conductas violentas en personas afectadas por enfermedades mentales graves (Wesseley, 1997).

También se realizaron investigaciones en prisiones, evaluando el riesgo en esta población de padecer trastornos mentales, en particular enfermedades psicóticas (Gómez-Escolar, 2018). En la población penitenciaria todos los trastornos mentales son más prevalentes que en la población general (Volavka, 2002), y las personas con esquizofrenia están igualmente sobrerrepresentadas en esta población (Esbec y Echeburúa, 2016).

La relación entre psicopatología y delito difiere, de todos modos, entre las diferentes categorías diagnósticas, y las conductas violentas parecen ser mucho más frecuentes en pacientes con uso de sustancias y trastornos de la personalidad que esquizofrénicos (Brennan, Medrick y Hodgings, 2000), conclusión que parece ir a contramano de cierto temor social respecto a la esquizofrenia.

Aunque la hostilidad y la agresión pueden asociarse con la esquizofrenia, las conductas antisociales punibles y como consecuencia directa del padecimiento son poco comunes (Esbec y Echeburúa, 2016). Si se dejan de lado aquellos factores que aumentan el riesgo de violencia, queda evidente que las personas con esquizofrenia no son *per se* más violentas que la población general (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007). Esto es reafirmado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de EE. UU. (National Institute of Mental Health, conocido por las siglas NIH), quien además señala que es más probable que las personas con esquizofrenia se hagan daño a ellas mismas antes que a otras. Los pacientes con esquizofrenia, al igual que los pacientes con

padecimientos mentales en general, tienen más riesgo de verse implicadas como víctimas que como agresores (Loinaz, Echeburúa e Irureta, 2011).

Los hechos de violencia cometidos por personas con esquizofrenia se dan de manera más frecuente en varones jóvenes y en personas con antecedentes de violencia, falta de adherencia al tratamiento, abuso de sustancias e impulsividad (Palma, Cañete, Farriols, Soler y Julià, 2005).

En estos casos en los que la persona se vuelve violenta, esta conducta es generalmente endonuclear, esto es, dirigida hacia miembros de la familia y tiende a ocurrir en el hogar, particularmente en casos de esquizofrenias paranoides y hebefrénicas (Checa, 2010). El riesgo de que exista violencia aumenta cuando la psicosis no se trata o se abandona el tratamiento y disminuye cuando la persona adhiere al mismo. El crimen suele darse de forma impulsiva, ansiosa, sin planificación previa y dejando indicios en el lugar de los hechos (Esbec y Echeburúa, 2016).

## **El Derecho Penal**

El Derecho Penal es la serie de leyes que articulan o expresan aquellas normas que delimitan conductas que atentan contra un bien tutelado jurídicamente y que una sociedad determinada considera particularmente dignas de oprobio; al delimitar estas conductas, se definen *delitos*, esto es, contravenciones de carácter *típico*, *antijurídico* y *culpable* (fórmula conocida como sistema Liszt-Beling), reunidas comúnmente en un *código penal* y a las que les corresponde una reacción coactiva estatal: la *pena pública* (Bustos Ramírez y Hormazábal Malarée, 1999). No obstante, es importante aclarar que el Derecho Penal, formalmente, no se instrumenta únicamente mediante la pena; también cuenta con herramientas administrativas que no tienen (o no deberían tener) el carácter de sanción y que, en definitiva, actuarían para otorgar garantías a la aplicación del código penal, justamente por las extensas consecuencias que puede tener (Zaffaroni, 2006).

La misión última del Derecho Penal es, para Jescheck, "proteger la convivencia humana en la comunidad", y lo hace mediante una doble función de la pena pública

citada: como agente represivo y en su carácter preventivo. Esto es, no solo intenta garantizar la reparación de un perjuicio, sino además impedir que se produzcan nuevas violaciones, tanto por parte del agente ofensor (llamada "prevención especial") como de la sociedad en su conjunto (comúnmente denominado "prevención general") (Jescheck, Hans Heinrich & Weigend, Thomas, 2014).

Para atender a los fines mencionados, se debe igualmente limitar la potestad punitiva del Estado (llamada "ius puniendi"), lo cual dota al Derecho Penal de ciertos principios rectores (Jescheck, Hans Heinrich & Weigend, Thomas, 2014):

- A. Legalidad ("Nulla poena sine lege"). Determina que no se puede castigar a un individuo penalmente sin ley previa, escrita y textual, fuente única de conocimiento del Derecho Penal. En Argentina, este principio se ve consagrado en la Constitución Nacional en su artículo 18: "Ningún habitante de la Nación puede ser penado sin juicio previo fundado en ley anterior al hecho del proceso."
- B. Última ratio: el Derecho Penal solo entra en acción cuando las demás sanciones del ordenamiento jurídico resultan insuficientes para restablecer el derecho quebrantado.
- C. Protección de bienes jurídicos ("Nullum crimen sine injuria"): debe haber un bien jurídico protegido por considerarse vital, dañado o amenazado por determinada conducta de un sujeto
- D. Culpabilidad: el sujeto que haya dañado o amenazado el bien tutelado debe ser *capaz de ser culpable*, que incluirá comprender y poder guiar sus propias acciones.
- E. Proporcionalidad: la pena proporcionada debe, en su origen y en su aplicación, ajustarse al reproche que se le formule a la conducta del sujeto.
- F. Humanidad: debe prestarse atención a las consecuencias de la aplicación de la pena para no incurrir en un trato deshumanizante o indigno.
- G. Resocialización: se busca que el culpable pueda, una vez cumplida su condena, reinsertarse en la sociedad y participar de ella.

En este trabajo prestaremos singular atención al principio de culpabilidad y su manifestación en la letra de la ley, por cuanto mantiene un vínculo especial con los discursos sobre Salud Mental, el conocimiento psiquiátrico, y la labor del psiquiatra y

su vínculo con funcionamiento jurídico argentino. En palabras de Zaffaroni (2006), "la circunstancia de que el objeto de nuestra ciencia [el Derecho Penal] sea la legislación penal, no significa que el intérprete se halle frente a la ley en una celda que le mantiene aislado del resto del mundo y de todos los otros órdenes del ser, en desconexión con el universo restante." Veremos, pues, un fragmento de la conexión entre la legislación penal y su estudio con el saber y quehacer psiquiátricos.

La importancia de esa conexión no es menor, ya que los hechos delictuales realizados por personas con padecimientos mentales son un tema de interés público. La posibilidad o racionalidad de atribuir tal o cual hecho a tal patología mental es un tema que ocupa no pocos recursos jurídicos y médico-legales. Por otro lado, hechos delictuales (en particular cuando se trata de delitos violentos) perpetrados por personas con diagnósticos psiquiátricos terminan captando la conciencia del público como quizás ningún otro, y sus detalles y las elucubraciones que estos generan en los comentaristas y generadores de opinión pública se multiplican apenas salen a la luz. Son hechos temidos cuya predictibilidad es sistemáticamente planteada y cuyas consecuencias para el sujeto-paciente autor del ilícito son motivo de debate. Finalmente, las consecuencias de estos debates indefectiblemente abonan la estigmatización de los padecientes, que son tenidos por irracionales, impulsivos y peligrosos en virtud de su diagnóstico.

Como señala además Liste (2019):

"El papel del psiquiatra dentro del ámbito legal es motivo de controversia y prejuicio en la sociedad, especialmente por la mitificación de su figura en los medios masivos de comunicación o por los casos específicos de inadecuada actuación profesional. Por lo anterior, existe la creencia de que muchos criminales recurren a "la enfermedad mental" para evitar ser castigados, y es común que la sociedad imagine que la defensa permite que los psiquiatras liberen a los criminales del castigo, "disculpándolos" por sus acciones. Sin embargo, la defensa por enfermedad mental sólo se utiliza en situaciones muy específicas."



## **La inimputabilidad en el Derecho Penal argentino**

La idea de inimputabilidad surge dentro del discurso del derecho penal como contracara de la capacidad de culpabilidad. Normalmente serán la psicología y la psiquiatría las ciencias que, de modo auxiliar, darían respuesta a la necesidad del Derecho Penal de definir, para un caso dado, la capacidad para estar en juicio, dar un testimonio creíble, testar, etc. Y dado que el concepto se origina en el Derecho, la capacidad de ser culpable de un delito se trata de un juicio valorativo que es potestad exclusiva del juez de un caso. El perito deberá limitarse –y no es menor esta labor– a determinar la presencia de un cuadro psicopatológico, sin hacer interpretación normativa al respecto (Mercurio y Schweizer, 2013).

Hay tres escuelas interpretativas del término de inimputabilidad: la biológico-psiquiátrica, la psicológica y la mixta. Según la primera, la inimputabilidad sería una consecuencia directa de la enfermedad. Según la interpretación psicológica, se trataría de factores psicológicos de una patología dada los que alterarían la capacidad de comprensión de un sujeto. La interpretación mixta, por su parte, considera tanto las condiciones biológicas como sus efectos específicos sobre el psiquismo del individuo (Mercurio y Schweizer, *ibid*).

El Código Penal de la Nación Argentina define la inimputabilidad en la comisión de un delito como parte de su art. 31 inc. 1. Así, consigna que no es punible:

"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 imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones."

De este modo, hace uso de una fórmula mixta de inimputabilidad, integrado por tres elementos: las causas biológicas o psiquiátricas (ya sea por insuficiencia de las facultades mentales, su alteración morbosa o un estado de inconciencia), las consecuencias psicológicas (incapacidad de comprensión de criminalidad o de dirección de las acciones) y el análisis del juez a la luz de estos hechos. Si uno de estos elementos desaparece, se elimina asimismo la inimputabilidad. El juez debería

entonces asumir una postura activa al justipreciar si un acto se encuadra o no dentro de las previsiones del Código Penal.

Las pericias psicológicas-psiQUIÁTRICAS en el momento posterior a la comisión del delito, por su parte, serán fundamentales para poder conocer la situación en la que se encontraba la persona en el momento del hecho, pudiendo establecer si el sujeto presenta alguna anomalía, alteración o trastorno psÍquico y si esa enfermedad puede estar relacionada con el delito cometido. La psiquiatría forense avanza en tres etapas para analizar un trastorno mental para que sea causa de inimputabilidad: (1) determina la presencia de un trastorno mental; (2) analiza si dicho trastorno altera la capacidad de comprensión (consistente en la capacidad cognitiva y la capacidad volitiva del sujeto); y (3) establece la relación de causalidad entre el trastorno y la conducta antijurídica (Guaña-Bravo y Gende-Ruperti, 2022). Como señala Esbec y Echeburúa (2016), establecer esta causalidad en ciertas ocasiones "no es posible, porque las cadenas causales son largas, confusas y distorsionadas por el ruido de factores externos u otras concausas. Es decir, con cierta frecuencia no existe la posibilidad de determinar exactamente el grado de perturbación de las facultades cognitivas y volitivas de un paciente en un momento determinado."

Como señala Díaz Vázquez (2019), imputable significa que la persona es capaz de entender que su modo de proceder afecta a los intereses de los demás y que, además, puede, por sus especiales características, adaptar su comportamiento a dicho entendimiento. En los casos graves de esquizofrenia, es innegable que tanto la capacidad de entendimiento como la de la voluntad están afectadas. Pero la determinación deberá responder no estrictamente a criterios diagnósticos desde el punto de vista clínico, sino a criterios jurídico-penales de ausencia de comprensión de la ilicitud o de determinación de la conducta (Gaviria-Trespalacios, Escobar-Córdoba, 2015).

Por otro lado, no solo es la esquizofrenia u otras psicosis las que determinan una afectación en la capacidad volición o intelectual. Como plantean Mercurio y Schweizer (2013), la fórmula elegida por el legislador en el art. 34 es genérica y amplia, y no hace mención alguna de causas específicas de aquella "insuficiencia o alteración morbosa de las facultades". En verdad, habría sido quizá temerario obrar de distinto

modo y ceñir la interpretación a diagnósticos de difícil demarcación y continua evolución. Pero al decir de Ghioldi (2005), existe una "demanda apreciable de elementos objetivos que den una normativización científica a aquellos aspectos de la función psíquica que podrían concluir en una suspensión de la condena por inimputabilidad."

La interpretación psiquiátrico-forense dominante ha restringido, en todo caso, las enfermedades mentales a las psicosis y las insuficiencias a los retrasos mentales moderados y graves. Es una interpretación que surge del alienismo francés del siglo XIX, y que se plasmaba igualmente en el antiguo Código Penal francés de 1810, que determinaba que no existía delito alguno cuando el acusado estaba "en estado de demencia en el momento de la acción o cuando es obligado por una fuerza a la cual no puede resistirse".

Cuando se trata de insuficiencia de las facultades, se ha interpretado generalmente como insuficiencia intelectual o, en una terminología hoy arcaica, oligofrenia, imbecilidad o idiocia. Pero como destaca Cabello (1984), "No existe una magnitud absoluta que defina la frontera entre los diversos grados de oligofrenias." Y añade: "no resulta lícito reducir a priori, el alcance conceptual de 'insuficiencia' sólo a las formas mayores de retraso psíquico (idiocia e imbecilidad), desalojando del espectro biológico del 34 del Cód. Penal a las formas menores (debilidad mental)."

En cuanto a la llamada "alteración morbosa", es notorio que el pensamiento de la psiquiatría forense (en particular aquella de la esfera penal) lo restrinja a los cuadros de psicosis y no suela contemplar los abusos de sustancias o los trastornos de personalidad, que como vimos son aquellos más asociados, dentro de la psicopatología, a los comportamientos violentos. Se opera en consonancia con un concepto de enfermedad mental centrado en lo corporal y condicionado por procesos orgánicos perturbados, propugnado por Kurt Schneider, que sólo considera a las psicosis endógenas como potencialmente exculpatórias, y no así a las personalidades psicopáticas o las neurosis. La jurisprudencia ha sido la encargada de ampliar el concepto y distanciarlo de un dualismo cartesiano irreflexivo (Mercurio y Schweizer, 2013).

La esquizofrenia no tratada o mal tratada bien puede afectar a la sensopercepción y al normal pensamiento, pero que puede ejecutarse una acción constitutiva de delito por parte de una persona psicótica no significa, *per se*, que esa capacidad haya sido generada por la psicosis; deberá ponerse en relación con la psicosis que sufre cada persona y con su forma clínica. Solo en caso de que estas personas estuvieran regidas por la interpretación de delirios y alucinaciones, y/o sus facultades volitivas se encontraran anuladas, se vería la relación planteada (Díaz Vázquez, 2019).

Por otro lado, la distinción misma entre una "insuficiencia de las facultades" y una "alteración morbosa" de dichas facultades puede resultar algo arbitraria. En este sentido, Zaffaroni et al. (2020) apuntan que "no hay razón para hacer de la insuficiencia de las facultades un sinónimo de oligofrenia, porque en realidad las facultades están disminuidas siempre que la conciencia opera en niveles de perturbación". Sin embargo, insistimos, que normalmente se ha interpretado aquella primera concepción ("insuficiencia") como asociado a los desarrollos insuficientes del intelecto, y el segundo ("alteración morbosa") como la pérdida de contacto con la realidad característica de las psicosis, tanto endógenas como exógenas (Mercurio y Schweizer, 2013).

Existe un consenso dentro del discurso psiquiátrico contemporáneo respecto de que los pacientes con patología mental pierden solo de modo circunstancial o eventual todo contacto con la realidad. Esto sucederá incluso en el caso específico de las esquizofrenias, dado su curso fluctuante y las posibilidades de tratamiento actuales. Así, "la misma persona puede ser inimputable en determinados momentos respecto de determinados hechos y, sin embargo, no serlo en otros momentos respecto de otros hechos" (Mercurio y Schweizer, *ibid.*). Esto ha llegado incluso a plasmarse en trabajos publicados en revistas científicas; Cordero-Guevara et al. (2022), por ej., concluyen que una persona con esquizofrenia que realiza un ilícito "no lo hace con voluntad y conciencia de sus acciones, ya que se ha demostrado mediante estudios científicos que las personas que padecen esta psicopatología viven en otra realidad."

Por otro lado, existen algunos argumentos, por cierto, heterodoxos, que abogan por una visión más sutil y gradual de la responsabilidad que le cabría al sujeto. Para Ghioldi (2005), por ejemplo:

(...) podría haber una impulsividad incoercible (...) pero aun así no podríamos hablar de descontrol absoluto en el sentido de un sujeto sometido a una fuerza irresistible que lo obligaría a actuar de modo ajeno y desconocido transformándolo en otra persona. El hecho está inscripto en la constelación psíquica que conforma la personalidad del sujeto: el acto criminal pone en evidencia al sujeto incluso más de lo que él mismo se evidencia y constituye en su vida habitual. (p. 31)

Además, a algunos preocupa la posibilidad de que la inimputabilidad se trate de un "mero paréntesis puesto sobre el delito luego de lo cual la vida sigue en su cotidianeidad, sin huellas de lo acaecido" (ibid, p. 30). Es así que ciertas posturas expresan, palabras más, palabras menos, que, si a un individuo *prima facie* desbordado y "enajenado" no le es en realidad indiferente la ley, por cuanto "su acción se inscribe en un intento de hallar su lugar frente a ella" (ibid, p. 32), este hecho debería ser atendido, si no penalmente, cuando menos terapéuticamente.

## **Aplicación de la inimputabilidad.**

### **Estadísticas**

La Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal, perteneciente al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, elabora la estadística oficial sobre criminalidad y funcionamiento de la justicia penal. Su Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP) otorga información fidedigna y actualizada sobre las personas privadas de la libertad.

Entre las 318 unidades de detención existentes en la Argentina, al 31 de diciembre de 2022, había en la Argentina 275 personas categorizadas como inimputables privadas de la libertad en unidades de detención.

### **Las medidas de seguridad**

El artículo 34 del Código Penal establece, además, medidas de índole administrativa (y solo formal o jurisdiccionalmente penales) para estos casos, determinadas en razón de su gravedad y siguiendo criterios de prevención especial y terapéuticos:

"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 absolviere 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"

Como vemos, en el caso en que se determinara la "enajenación" del causante del injusto, se propone la alternativa de reclusión en un manicomio, facultativa y determinada por el juez. En los demás casos, se determina, ya de manera forzosa, la reclusión un "establecimiento adecuado". Estos serían únicamente los casos de inimputabilidad por inconsciencia (por ej., casos de abuso de sustancias). En ambas situaciones, las medidas serían por tiempo indeterminado, hasta tanto cese la condición de "peligrosidad".

Como vimos anteriormente, las medidas, si bien afectan la libertad individual, al no ser consideradas como "sanciones" con fin retributivo sino instrumentos administrativos, no tienen un límite fijado de antemano, dado que pretenden defender y prevenir a la sociedad contra "estados del autor" de un hecho, con la peligrosidad del autor como única vara. Como ya sentenciaba Stoos, "La duración de una medida privativa de libertad no se determina por la culpabilidad del autor, sino que depende del fin y del éxito de la medida. De allí que su duración sea indeterminada" (Zaffaroni et al., 2006).

Las medidas de seguridad (nos enfocaremos aquí en aquellas destinadas a incapaces psíquicos de delito, esto es, inimputables) que se consignan en los códigos penales han sido motivo de discusión desde sus orígenes. Por un lado, son frecuentemente

vistas como expresión de un coto, una barrera al alcance de la violencia estatal para con aquellos individuos que se juzgan inalcanzables por la culpa (ya sea de manera transitoria o permanente), y su presencia en la ley penal como garantía de esto mismo. No serían parte del derecho penal material, sino de aquél formal. Sin embargo, en el mismo término se reunirían verdaderas acciones administrativas y de seguridad con otras que constituirían verdaderas penas encubiertas.

En el caso de nuestro Código Penal, entre las muchas preocupaciones que estas medidas han engendrado para legistas y profesionales de la salud por igual, se encuentra la supuesta capacidad de la psiquiatría para determinar la "peligrosidad" de un individuo, más clara para la letra de la ley (sería determinación de los peritos) que en la ciencia psiquiátrica contemporánea, que entiende a la peligrosidad como un concepto de difícil demarcación: existiría una dificultad ontológica de determinar para un individuo particular la posibilidad o probabilidad de que se cometa un determinado acto lesivo. Un hecho no menor es que no se defina en nuestro ordenamiento jurídico el grado de "peligrosidad" que se debería revertir para que cese una reclusión forzada (Irigoyen Testa, 2022).

Otro aspecto que interesa es, una vez determinada la necesidad y el beneficio individual y social de ordenar una reclusión institucional, cuál sería la esfera del Poder Judicial idónea para este cometido. La Cámara Nacional de Casación Penal ha manifestado: "el magistrado del fuero criminal se encuentra plenamente facultado para disponer medidas de seguridad. Lo que debe decidirse es quién controla la medida de seguridad." La misma cámara declara que, en base a la ley 26.657, "es la competencia civil la más apta para controlar las internaciones involuntarias por la exigencia de garantizar que el paciente sea periódicamente examinado por un equipo interdisciplinario con el objetivo de su pronta integración a la comunidad y cuya opinión es fundamental para que el juez a cargo del control de la medida decida sobre su eventual externación."

Mientras tanto, aunque para muchos juristas la reclusión manicomial no se trata de una sanción (o al menos no de una penal), es innegable que en aras de la seguridad jurídica (al igual que sucede en las penas), las medidas privan de bienes jurídicos a sus destinatarios, en ocasiones por un período de tiempo prolongado. De hecho,

puede exceder el máximo de pena previsto en la figura penal de que se trate, e incluso adquirir el carácter de perpetua, al ser declarada por un juez sin fijar plazos (Zaffaroni et. al, 2006; Irigoyen Testa, 2022). En el fallo R., M. J. s/ insania, los magistrados de la Suprema Corte de Justicia de la Nación destacaban:

se muestra como irrazonable que una persona, a la que el Estado no quiere castigar, se vea afectada en sus derechos en una medida mayor de la que le hubiese correspondido de haber sido eventualmente condenada como autor responsable. (p. 16)

Otro factor a considerar es que, como señalara anteriormente, no siempre es una internación el recurso y dispositivo idóneo para llevar adelante un tratamiento, decisión terapéutica de carácter excepcional. Que por decisión penal e inconsulta con cualquier equipo tratante del sujeto inimputable se envíe a éste a un establecimiento (muchas veces monovalente) para su reclusión puede incluso resultar contraproducente; no es diáfano que la peligrosidad supuesta para estos individuos, en caso de existir, no pueda de hecho acrecentarse con el paso del tiempo y tornarse una reclusión perpetua. En cuanto institución cerrada, el manicomio ha sido discutido en sus fundamentos y en sus efectos, dando como resultado, incluso, legislación que va en sentido plenamente opuesto al ofrecido como única medida por el Derecho Penal (Irigoyen Testa, 2022; Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad, 2022). Cabe señalar aquí que a 2019, y según datos del Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, un 53% de los pacientes internados había permanecido en la institución durante 2 años o más, y el 25% estuvo internado en la institución 11 años o más (Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019).

Como señala Irigoyen Testa (2022): "Hoy en psiquiatría ya no se discute que la internación es el último recurso al que debe recurrirse. Sin embargo, en el Derecho Penal argentino es el primero y el único." (p. 49) Incluso a veces los jueces ordenan internaciones aún antes de finalizado el proceso penal, y es difícil comprender cómo puede determinarse por el fuero penal la reclusión por tiempo indefinido de una persona sin necesidad de sentenciarse siquiera si participó efectivamente en el ilícito



del que fuera acusado, como sucede en el caso "Rainieri, Víctor Nelson s/ recurso de casación", resuelto el 30 de mayo de 1995 por la Cámara Nacional de Casación Penal.

Algunos tribunales han considerado este hecho, pero, en vez de restringir aún más su accionar, lo han ampliado, excediendo así las capacidades cedidas por el Código Penal, para imponer tratamientos ambulatorios desde el sistema penal de justicia. Nuevamente en palabras de Irigoyen Testa (2022), "si las circunstancias del hecho y su autor no reúnen los requisitos de peligrosidad suficiente, y gravedad de la lesión al bien jurídico, el Derecho Penal no tiene legitimación para reaccionar. (...) Si el estado del interno admite tratamientos ambulatorios, debe ordenarse el inmediato cese de la medida de seguridad penal de reclusión." (p. 58)

En ocasiones se plantea como guía para el tribunal interviniente, o incluso como modificación posible al ordenamiento legal (véase más adelante), que, en caso de determinar la aplicación de una medida de seguridad, su duración no exceda la pena que se hubiera aplicado, con el fin de mantener el principio de proporcionalidad en el que se basa el Derecho Penal. Otros autores sólo aconsejan extremar los recaudos y la prudencia en la aplicación de estas medidas, así como el seguimiento estricto de los procedimientos y tratamientos necesarios (Coussirat, 2015).

### **Modificaciones pretendidas al art. 34 del Código Penal**

En línea con modificaciones que se han dado en los últimos a los códigos penales de países europeos (España, Francia y Alemania), en Argentina han surgido distintos proyectos de modificación al 34, inc. 1°, con la pretensión de esclarecer la terminología empleada, adecuarla a los cánones psiquiátricos contemporáneos e incluso infundirlo de una perspectiva de derechos humanos más adecuada al resto de la legislación vigente sobre la materia.

La Comisión para la Elaboración del Proyecto de Ley de Reforma y Actualización Integral del Código Penal propuso el reemplazo, en el art. 34, inc.1, de "alteración morbosa, insuficiencia de las facultades o estado de inconsciencia", por "anomalía o alteración psíquica."

"ARTÍCULO 34 - Eximentes. No es punible: h) El que a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica permanente o transitoria no haya podido, al momento del hecho, comprender su criminalidad o dirigir sus acciones conforme a esa comprensión..." (Mercurio y Schweizer, 2013, p. 279)

Mientras tanto, en el año 2009, los legisladores Gorbacz, Gonzalez, Belous, Basteiro, Conti y Raimundi, ofrecieron la siguiente fórmula para el inc. 1 del 34:

El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por padecimiento mental o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones, todo lo cual será evaluado por un equipo interdisciplinario de salud mental. (Mercurio y Schweizer, 2013, p. 280)

Resulta difícil subestimar la importancia de intentar armonizar este apartado del Código Penal con la Ley 26.657 (Ley de Salud Mental), tanto en su terminología descriptiva de las entidades psiquiátricas o psicológicas (usándose "padecimiento mental" en reemplazo de "alteración morbosa") como en su perspectiva de derechos humanos. En este mismo sentido, propone, como modificación de la segunda parte del inciso:

"En todos los casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal podrá ordenar la internación del mismo en un establecimiento de salud mental, clínica o establecimiento adecuado a sus necesidades de salud, u ordenar otra medida terapéutica, previo dictamen del equipo interdisciplinario.

Para la finalización de la medida adoptada se requiere una nueva evaluación interdisciplinaria y posterior resolución judicial, con audiencia del ministerio público que declare:

- a) la evolución favorable de su situación de salud, incluyendo la superación de la situación de riesgo cierto e inminente, o
- b) la conveniencia para su recuperación de otra medida de protección alternativa a la internación.

La extensión de la internación o de cualquier otra medida terapéutica obligatoria, no podrá exceder el tiempo previsto para la pena privativa de libertad correspondiente al delito cometido, y a tal efecto el Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

Si concluido el tiempo máximo de la sentencia, la persona continuara en situación de riesgo cierto e inminente a causa de su padecimiento mental, se dará intervención al Juez Civil para que proceda conforme a las leyes aplicables en Salud Mental."

Y propone, finalmente, la siguiente modificación al Código Procesal Penal:

Artículo 2º: Modifíquese el Art. 511 del Código Procesal Penal, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Vigilancia.

‘Art. 511: La ejecución de una medida de seguridad será vigilada por el tribunal de ejecución, y su desarrollo será supervisado anualmente por el Subcomité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels.

Las autoridades del establecimiento o lugar donde se cumpla la medida de seguridad, informará lo que corresponda a dicho Tribunal y al Subcomité, pudiendo requerirse el auxilio del equipo interdisciplinario’.

Artículo 3º: Modifíquese el Art. 512 del Código Procesal Penal, el que quedará redactado de la siguiente manera:

‘Art. 512: El órgano judicial competente al disponer la ejecución de una medida de seguridad, impartirá las instrucciones necesarias al Juez de ejecución, las que podrán ser modificadas según sea necesario’.

Si bien no es difícil vislumbrar el espíritu de esta propuesta, es problemático el alcance propuesto para las medidas de seguridad, así como el hecho de que una persona que se pretende no castigar continúe bajo la órbita del sistema penal. Como explican Mercurio y Schweizer (2013), "una vez que se ha decretado el sobreseimiento en sede penal por motivos de inimputabilidad, el juez penal debe cesar su intervención, quedando la misma bajo supervisión de un juez civil." (p. 281)

## **Los derechos de las personas con discapacidad.**

Una dimensión que frecuentemente se omite de las discusiones sobre esta temática se refiere al aporte de los colectivos de personas con discapacidad, dentro de quienes las personas con padecimientos mentales (incluyendo las personas con esquizofrenia y otros diagnósticos de psicosis) representan una proporción considerable. Estos aportes están vinculados a los estándares internacionales de derechos humanos, consignados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), y plantean en ocasiones una reestructuración fundamental de los institutos de la inimputabilidad y las medidas de seguridad.

Los principios del abordaje con base en la discapacidad son el derecho a la personalidad jurídica, de acceso a la justicia y a la libertad personal. En lo respectivo a la salud mental, atiende a las necesidades de las personas con padecimiento mental, en tanto "presentan un funcionamiento cognitivo, afectivos [sic] y/o del comportamiento que en interacción con el contexto o entorno las ubica en situación de discapacidad" (Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad, 2022). La discapacidad, en esta perspectiva, es vista como una forma de opresión social.

La CDPD busca proteger el igual reconocimiento de las personas con discapacidad ante la ley, así como el ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones y el deber de ofrecerles el apoyo que puedan necesitar para tomar sus decisiones. La capacidad mental y la capacidad jurídica serían vistas como conceptos distintos, y los déficits en la capacidad mental no deberían ser justificativo para negar la capacidad jurídica. Y en este sentido, para el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en sus Directrices sobre el artículo 14, dispone que:

"es contrario al artículo permitir la detención de personas con discapacidad sobre la base del peligro percibido de las personas para sí mismas o para los demás. La detención involuntaria de personas con discapacidad por riesgo o peligrosidad, supuesta necesidad de atención o tratamiento u otras razones vinculadas a la deficiencia o diagnóstico de salud es contraria al derecho a la libertad y constituye privación arbitraria de la libertad. ... Todas las personas,

incluidas las personas con discapacidad, tienen el deber de no hacer daño. Los sistemas jurídicos basados en el estado de derecho cuentan con leyes penales y de otro tipo para hacer frente al incumplimiento de esta obligación. Con frecuencia, a las personas con discapacidad se les niega la igualdad de protección bajo estas leyes al ser desviadas a un camino legal separado, incluso a través de leyes de salud mental. Estas leyes y procedimientos suelen tener un estándar más bajo en lo que respecta a la protección de los derechos humanos, en particular el derecho al debido proceso y a un juicio justo, y son incompatibles con el artículo 13 en conjunto con el artículo 14 de la Convención."

En base a estas consideraciones, se critica al art. 34, inc. 1, dado que la inimputabilidad "es un instituto que afecta desproporcionadamente al colectivo de personas con discapacidad psicosocial e intelectual, negándoles a aquéllos sobre quienes recae la capacidad jurídica, restringiéndoles las garantías del debido proceso y afectando su libertad personal. A su vez, obstaculiza la provisión de apoyos y ajustes razonables o de procedimiento exigidos por ese tratado para asegurar el acceso a la justicia, pues tiene como objetivo sustraer a la persona del proceso penal, en lugar de garantizarle el ejercicio del derecho en igualdad de condiciones con los demás."

## **Conclusión**

Creemos haber esbozado una problemática ateniende al vínculo existente entre trastornos mentales, en particular aquel de la esquizofrenia, con el Derecho Penal argentino, tanto en su ley como en su ciencia.

La esquizofrenia es una entidad nosológica actualmente definida con una claridad mucho mayor a la que gozara en décadas anteriores, y los profesionales de la salud mental cuentan con tratamientos específicos, muchas veces difíciles de alcanzar y sostener, pero no por eso menos complejos, que merecen una considerable asignación de recursos, máxime dado que se trata además de revertir siglos de estigmatización y dar respuesta a una población en condiciones de franca vulnerabilidad. Consideramos que dentro de estos recursos se encuentra el reencuadre del ordenamiento jurídico argentino: el Código Penal argentino ha sufrido más de 900 modificaciones a lo largo de sus 101 años. Sin embargo, con un artículo 34 jamás modificado, vemos cada vez de manera más palmaria la brecha existente

entre la concepción de los padecimientos mentales y la respuesta a ellos propia de comienzos del siglo XX y la que existe actualmente en los círculos científicos y de provisión de servicios de salud.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
2. Apreda, G. A. (2010). *La psicopatología, la psiquiatría y la salud mental*. D - Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
3. Arbach, K., & Pueyo, A. A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 174-186.
4. Argento, Antonella, Salgado, Eduardo, Gabriele, Fortuna, Ortazo, Gisela, Lucini, María, & Malzone, Romina. (2004). *Fuentes del Derecho Penal*. Universidad Argentina John F. Kennedy.
5. Bustos Ramírez, J., & Hormazábal Malarée, H. (1999). *Lecciones de derecho penal. 2: Teoría del delito, teoría del sujeto responsable y circunstancias del delito*. Editorial Trotta.
6. Brennan, P., Mednick, S. A. y Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 57(5), 494-500. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10807490>.
7. Cabello, V., *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal*, Buenos Aires, Hammurabi, 1984.
8. Capponi M., R. (2016). *Psicopatología y semiología psiquiátrica* (5a reimpresión de la décimo segunda edición, noviembre de 2016). Editorial universitaria.
9. Carrasco Gómez, J. J., & Maza Martín, J. M. (2010). *Tratado de psiquiatría legal y forense* (4a. ed). La Ley.

10. Checa, M. (2010). Manual práctico de psiquiatría forense. Madrid, España: Elsevier Masson.
11. Código Civil y Comercial de la Nación [CCCN]. Ley 26.994 de 2014. 8 de octubre de 2014 (Argentina). Disponible en: [www.infoleg.gob.ar](http://www.infoleg.gob.ar)
12. Código Penal de la Nación Argentina [Cód. Penal]. Ley 11.179 de 1921. 30 de septiembre de 1921 (Argentina). Disponible en: [www.infoleg.gob.ar](http://www.infoleg.gob.ar)
13. Código Procesal Penal Federal [CPPF]. Ley 27.063 de 2014. 4 de diciembre de 2014 (Argentina). Disponible en: [www.infoleg.gob.ar](http://www.infoleg.gob.ar)
14. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Informe Bianual 2016. Anexo de A/72/55: *Directrices sobre el derecho a la libertad y a la seguridad de las personas con discapacidad*. 11 de mayo 2017. Nueva York.
15. Cordero-Guevara, C. E., Córdova-Pozo, A. S., Flores-Riera, T. J., & Veloz-Ponce, E. J. (2022). Esquizofrenia paranoide como causa de la inimputabilidad y su responsabilidad penal. *CIENCIAMATRIA*, 8(4), 1261–1269. <https://doi.org/10.35381/cm.v8i4.971>
16. Coussirat, Jorge Alfredo. (2015). La internación manicomial establecida como medida de seguridad y las salidas transitorias como medio de tratamiento. *Idearium*, 14/17.
17. Díaz Vázquez, Beatriz. (2019). *Repercusiones psiquiátrico-forenses de las psicosis esquizofrénicas* [Universidade de Santiago de Compostela. Facultade de Direito]. <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/23114>
18. Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad. (2022). *“Inimputabilidad y medidas de seguridad a la luz de los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos”*. Secretaría de



Derechos Humanos de la Nación. Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad.

19. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud, Argentina. (2013). Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental.
20. Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: Un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 70–79.  
<https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.12.001>
21. Gaviria-Trespalacios, Jaime, & Escobar-Córdoba, Franklin. (2015). Comentarios de la psiquiatría forense al concepto de inimputabilidad en Colombia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 85-95.
22. Ghioldi, Leonardo. (2005). Acerca del apartado psicológico de la inimputabilidad. *Cuadernos de Medicina Forense*, 4(1), 29–34.
23. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). Seattle, Estados Unidos: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. Disponible en <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
24. Gómez- Escolar, P. (2018). Enfermedad mental y prisión. A propósito de la STC 84/2018 de 16 de julio. Diario *La Ley*, 9285.
25. Guaña-Bravo, P., & Gende-Ruperti, C. (2022). Inimputabilidad de personas con síntomas de trastorno mental y la vulneración del principio de inocencia en contravenciones flagrantes. *593 Digital Publisher CEIT*, 7(1–1), 698–713.  
<https://doi.org/10.33386/593dp.2022.1-1.1030>
26. Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: A systematic review

and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 295–301.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)

27. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 25 de noviembre de 2010. Boletín Oficial, 3 de diciembre de 2010.
28. Irigoyen Testa, Luciana. (2022). Problemas constitucionales a partir de la indeterminación temporal en la medida de seguridad de reclusión manicomial prevista en el art. 34 inc. 1° del Código Penal Argentino. *Pensamiento Penal*.  
<https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/29986-problemas-constitucionales-partirindeterminacion-temporal-medida-reclusión>
29. Jauhar, S., Johnstone, M., & McKenna, P. J. (2022). Schizophrenia. *The Lancet*, 399(10323), 473–486. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01730-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01730-X)
30. Jescheck, Hans Heinrich & Weigend, Thomas. (2014). Tratado de derecho penal. Parte general. Instituto Pacífico.
31. Jin, H., & Mosweu, I. (2017). The Societal Cost of Schizophrenia: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics*, 35(1), 25–42.  
<https://doi.org/10.1007/s40273-016-0444-6>
32. Liste, Omar Alejandro. (2009). *Criminalidad en esquizofrenia. Características clínicas y aspectos médico legales*. [Fundación Barceló].  
[https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/RIBARCELO\\_d7ad24da59832e80a72b8b2a8b621715](https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/RIBARCELO_d7ad24da59832e80a72b8b2a8b621715)
33. Loinaz, I., Echeburúa, E. e Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology*, 19(2), 421-438. Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/230597922\\_Trastornos\\_mentales\\_como\\_factor\\_de\\_riesgo\\_de\\_victimizacion\\_violenta](https://www.researchgate.net/publication/230597922_Trastornos_mentales_como_factor_de_riesgo_de_victimizacion_violenta).

34. Mercurio, Ezequiel N.; Schweizer, Viviana A. (2013). Vientos de cambio. Comentarios en torno al Proyecto de modificación del art. 34, inc. 1º del Código Penal Argentino. *Revista Derecho Penal*, II (5), 259–283.
35. Monchablon Espinoza, A., & Claudía Derito, M. N. (2011). Las psicosis (1a ed). Inter-Médica.
36. Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
37. Organización de las Naciones Unidas: Asamblea General, *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966*, 16 de diciembre de 1966, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 999, p. 171. Disponible en:  
<https://www.refworld.org.es/docid/5c92b8584.html>
38. Organización de las Naciones Unidas, *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [CDPD]*, 13 diciembre 2006. Disponible en:  
<https://www.refworld.org.es/docid/5d7fbf13a.html>
39. Organización de los Estados Americanos (OEA), *Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica"*, 22 de noviembre de 1969. Disponible en:  
<https://www.refworld.org.es/docid/57f767ff14.html>

40. Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)
41. Palma, C., Cañete, J., Farriol, N., Soler, F. y Julià, J. (2005). First episode psychosis: clinical characteristics and substance abuse style in patients at the acute care unit. *Clinical and Health Psychology*, 21(2), 286-293. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/26881>.
42. Porter, R. (2010). *Madness: A brief history* (Nachdr.). Univ. Press.
43. Restrepo, Jorge Emiro. (2007). Psicopatología y epistemología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI(núm. 1), 123–144.
44. Sadock, Virginia A., Ahmad, Samoon, & Sadock, Benjamin J. (2018). *Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. Wolters Kluwer.
45. Shek, E., Stein, A. T., Shansis, F. M., Marshall, M., Crowther, R., & Tyrer, P. (2009). Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(4), CD003240. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003240.pub2>
46. Soto Rodríguez, Laura. (2023). *La esquizofrenia en el derecho penal. Análisis de la doctrina del Tribunal Supremo* [Universidad del País Vasco]. <https://addi.ehu.es/handle/10810/30443>
47. Volavka, J. (2002). *Neurobiology of Violence*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
48. Wessely, S. (1997). The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 32, 8–11.
49. Zaffaroni, E. R., Alagia, A., & Alejandro Slokar. (2006). *Manual de Derecho penal: Parte general* (2a. ed.--). Buenos Aires: Ediar.