

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



**EL ESQUIZOFRENICO PARANOIDE, INIMPUTABLE, COMO AUSENCIA DE
RESPONSABILIDAD**

EDGAR FERNANDO PEREZ AGUIRRE 0300616

PEDRO EMILIO VALHORI SANTINO 0301750

MONOGRAFIA DE GRADO

DIRECTOR

DR. JOSE RAFAEL PARADA PEREZ

DOCENTE UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

FACULTAD DE DERECHO

BOGOTA, D.C.

JUNIO DE 2014

Nota de aceptación:

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá, D.C., Junio de 2014

Tabla de contenido

	Pág.
Introducción	11
Problema de investigación	13
Hipótesis	13
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
Metodología	14
Metodología Propuesta	14
Fuentes de recolección de información.....	14
Método de Investigación.....	14
Capitulo 1:Aspectos Médicos de la Esquizofrenia Paranoide	16
1.1 Etimología de la palabra Esquizofrenia	16
1.2 Definición de Esquizofrenia.....	16
1.3 Antecedentes Históricos	16
1.3.1 En la actualidad.	18
1.4 Epidemiología	20
1.4.1 Esquizofrenia según grupos Etnicos.....	21
1.4.2 Epidemiología a Nivel Mundial.	22
1.4.3 Antecedentes Familiares de la Esquizofrenia.....	23
1.4.4 Esquizofrenia asociada a trastornos relacionados con sustancias.	24
1.4.5 Esquizofrenia en Colombia.	25
1.5 Clasificación de la Esquizofrenia.....	27

1.5.1 Esquizofrenia Paranoide.....	27
1.5.2 Esquizofrenia Hebefrénica o Desorganizada.....	27
1.5.3 Esquizofrenia Catatónica.....	28
1.5.4 Esquizofrenia Indiferenciada.....	28
1.5.5 Esquizofrenia Residual.....	29
1.6 Etiología.....	30
1.6.1 Factores Desencadenantes.....	31
1.6.1.1 Estresores psicosociales.....	31
1.6.1.2 Abuso de sustancias.....	32
1.6.2 Factores predisponentes.....	32
1.6.2.1 Genéticos.....	32
1.6.2.2 Alteraciones cerebrales.....	32
1.6.2.3 Disfunciones a nivel de neurotransmisores.....	33
1.6.2.4 Factores perinatales.....	34
1.7 Cuadro Clínico.....	35
1.8 Signos y Síntomas.....	36
1.8.1 Signos.....	36
1.8.2 Síntomas.....	37
1.8.2.1 Síntomas positivos.....	37
1.8.2.1.1 Síntomas positivos mentales: (psicóticos).....	37
1.8.2.2 Síntomas negativos.....	38
1.8.2.2.1 Pobreza afectiva.....	40
1.8.2.2.2 Alógia.....	40

1.8.2.2.3 Pobreza del contenido del lenguaje.....	41
1.8.2.2.4 Abulia –Apatía.....	41
1.8.2.2.5 Anhedonia – insociabilidad.....	41
1.8.2.2.6 Problemas cognitivos de la atención.....	42
1.9 Evolución Natural de la Enfermedad.....	42
1.9.1 Fase premórbida y prodrómica.....	42
1.9.2 Fase de progresión.....	43
1.9.3 Fase de recidivas estables.....	45
1.10 Diagnóstico.....	45
1.11 Pronóstico.....	46
1.12 Tratamiento.....	47
1.12.1 Los antipsicóticos atípicos (nuevos).....	48
1.12.2 Los antipsicóticos típicos (convencionales).....	49
1.13 Esquizofrenia Paranoide Propiamente Dicha.....	49
1.13.1 Definición.....	49
1.13.2 Características.....	50
1.13.3 Epidemiología.....	50
1.13.4 Causas.....	52
1.13.5 Etapas de la enfermedad.....	52
1.13.5.1 Etapa prepsicótica.....	52
1.13.5.2 Etapa psicótica florida.....	52
1.13.5.3 Etapa residual.....	52
1.13.6 Signos y Síntomas de la Esquizofrenia Paranoide.....	53

1.13.6.1 Temas autorreferenciales.	53
1.13.6.2 Temas de influencia.	53
1.13.6.3 Temas de persecución.	53
1.13.6.4 Temas de grandeza.	53
1.13.6.5 Temas religiosos.	53
1.13.6.6 Temas de celos.	53
1.13.7 Diagnóstico.	54
1.13.7.1 Interrogatorio.	54
1.13.7.2 Examen físico.	54
1.13.7.3 Pruebas diagnosticas	55
1.13.8 Tratamiento de la Esquizofrenia Paranoide.	55
1.13.9 Pronóstico.	56
1.13.10 Complicaciones.	57
1.14 Conclusiones Capitulo 1	57
Capitulo 2: La ausencia de responsabilidad penal del inimputable	60
2.1 La imputabilidad del procesado. El inimputable en derecho comparado	65
2.2 Consecuencias Jurídicas que genera el que una persona sea considerada inimputable	72
2.3 Responsabilidad de la defensa de acreditar la existencia del trastorno mental.	73
2.4 El trastorno mental no es sinónimo de inimputabilidad.	73
2.5 Trastorno mental permanente, transitorio o pre ordenado	74
2.6 Presencia permanente del perito en la audiencia.	75
2.7 Preparación con el perito de los interrogatorios y conainterrogatorios	75
2.8 Reglas específicas para interrogar a los peritos	76

2.9 Reglas para el contrainterrogatorio de perito psiquiatra	79
2.10 Sentencia C 370 del 14 de mayo de 2.002	80
2.10.1 Análisis sentencia C 370.....	81
2.10.2 Conclusiones sentencia C 370.....	83
2.10.3 Resuelve sentencia C 370.....	85
2.11 De la preclusión de la investigación.....	85
2.12 Conclusiones Capítulo 2	86
Capítulo 3: La defensa del inimputable enfermo mental, sus derechos según CIDH.....	88
3.1 Estrategias defensivas y el Sistema Penal Acusatorio	88
3.2 Procesado	89
3.3 Estadísticas funcionamiento Sistema Penal Acusatorio.....	90
3.4 Preacuerdos entre Fiscalía y Defensa.....	92
3.5 Población carcelaria actual.....	92
3.6 Delitos cometidos a marzo de 2013	93
3.7 Actuación del Juez. Sentencia T 1103 Discapacitado mental.....	95
3.8 Estrategias defensivas. Comisión Interamericana de Derechos Humanos.....	97
3.8.1 La Defensa.....	98
3.8.1.1 Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de atención de la salud mental.....	101
3.9 Estrategias defensivas del inimputable enfermo mental	102
3.9.1 Teoría del Caso.....	102
3.9.1 Empleo de los servicios de investigación.....	105

3.10 Conclusiones Capitulo 3	106
Capitulo 4 El Derecho a la libertad del inimputable.....	107
4.1 Medida de Seguridad.....	107
4.2 Concepto de Fuerza Mayor y Caso Fortuito en la Jurisprudencia	109
4.3 Cómputo de términos y Duración de los procedimientos	112
4.4 Suspensión excepcional de la audiencia de juicio oral	113
4.5 El plazo razonable y su relación con el proceso penal colombiano	116
4.6 Visita realizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos a Colombia(03 al 07 de Diciembre de 2012).....	118
4.7 Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas. Resolución 01/08 CIDH.....	120
4.8 Principio de interpretación pro libertatis y/o principio pro homine	124
4.9 Principio de favorabilidad de la ley penal. Principio de igualdad.....	125
4.10 Conclusiones Derecho a la libertad.....	1277
4.11 Marco Legal Enfermos Mentales en Colombia.....	128
Referencia Bibliográfica	1299
Anexos	1366
Glosario de Términos Médicos.....	1366

Tabla de Contenido - Gráficas

	Pág.
Gráfica 1 Afectación Mundial y Trastornos Mentales.....	21
Gráfica 2 Esquizofrenia según grupos Etnicos	22
Gráfica 3 Epidemiología de la Esquizofrenia a Nivel Mundial	23
Gráfica 4 Prevalencia y Riesgo de padecer Esquizofrenia en grupos Familiares.....	24
Gráfica 5 Esquizofrenia asociada a trastornos relacionada a sustancias.....	25
Gráfica 6 Población en Colombia	26
Gráfica 7 Personas que padecen Esquizofrenia en Colombia.....	26
Gráfica 8 Porcentajes de los Diferentes tipos de Esquizofrenia en Colombia.....	30
Gráfica 9 Causas de la Esquizofrenia.	31
Gráfica 10 Distribución de Pacientes con Esquizofrenia.....	51
Gráfica 11 Sentencias al Año 2009 Sistema Penal Acusatorio.....	90
Gráfica 12 Sentencias condenatorias al año 2009 Sistema Penal Acusatorio.	91
Gráfica 13 Población carcelaria actual.	92
Gráfica 14 Delitos cometidos a marzo 2013.....	94
Gráfica 15 Población reclusa en condiciones excepcionales	94
Gráfica 16 Hacinamiento carcelario 2013	119
Gráfica 17 Hacinamiento carcelario 2009-2013	122
Gráfica 18 Internos en domiciliaria Abril de 2014.	123

Tabla de Contenido - Tablas

	Pág.
Tabla 1 Distribución de Pacientes con Esquizofrenia en Colombia.	51
Tabla 2 Población de Internos en Domiciliaria, Abril 30 de 2104	123

Introducción

En Colombia actualmente, el enfermo mental procesado y condenado por la justicia en razón a su presunta participación en un hecho punible, adolece de una causal de ausencia de responsabilidad penal que por su condición médico patológica lo proteja y respalde en un proceso penal. Es así como un diagnóstico previo médico-legal de la enfermedad mental conocida como esquizofrenia paranoide, constituye un aspecto fundamental en la defensa del acusado dentro del actual proceso penal, para alegar así la ausencia de responsabilidad penal, y en su lugar plantear medidas cautelares de carácter administrativo.

Se pretende mediante esta investigación el planteamiento de una causal de ausencia de responsabilidad penal para aquellas personas quienes al cometer un hecho punible, se encuentren padeciendo de forma activa la sintomatología propia de la esquizofrenia paranoide la cual se caracteriza por la pérdida del contacto con la realidad, intensos delirios y alucinaciones, entre otros síntomas, y que constituiría un cambio sustancial dentro del proceso penal; lo anterior con base en un dictamen previo médico legal sobre esta enfermedad mental.

En el desarrollo del presente trabajo se tratara inicialmente el tema medico científico de esta enfermedad y en los capítulos siguientes se abordara el marco legal, la defensa afirmativa en el juicio, las estrategias de defensa en el actual sistema penal acusatorio, el derecho a la libertad de enfermos mentales, realizando las conclusiones al final de cada capítulo.

Asimismo se tendrán en cuenta estadísticas del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC, consulta bibliográfica con la Defensoría del Pueblo, Constitución Política de 1991, Leyes pertinentes, Jurisprudencia de las Altas Cortes, y búsqueda en internet, todo bajo la correspondiente asesoría y dirección del Señor Director.

Es importante resaltar la aproximación al tema de salud mental que hace la reciente Ley 1616 de 2013, en cuanto a garantizar el derecho a la salud mental, siendo el ámbito de aplicación el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la protección social, la Superintendencia Nacional de Salud, las Instituciones prestadoras de salud y las Empresas sociales del Estado. Esta ley contempla:

“El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento”. (Ley 1616, 2013, artículo 4, inciso 2)

Así, el Congreso de la República, mediante fuerza de ley busca proteger esta población cumpliendo y desarrollando Constitución Política: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección, y recuperación de la salud”. (CP, 1991, artículo 49).

Problema de investigación

Actualmente en Colombia existen enfermos mentales judicializados, siendo estos enfermos procesados y condenados sin que los proteja una *causal de ausencia de responsabilidad* tipificada en el Código Penal, por su condición de enfermo mental inimputable. No existe una política estatal preventiva en materia de salud mental pública con fuerza de ley que detecte e impida a tiempo la consumación de un hecho punible por este tipo de enfermos.

Las cárceles de Colombia se han convertido en sitios de reclusión de enfermos mentales con esquizofrenia paranoide condenados por un juez de conocimiento dentro de un proceso penal, sin mediar previo dictamen médico legal sobre esta enfermedad. El diagnóstico médico-legal previo de esquizofrenia paranoide como enfermedad mental constituye un aspecto fundamental en la defensa del acusado para eximir su responsabilidad penal y en su lugar plantear medidas de carácter administrativo.

Hipótesis

El Código Penal colombiano en su artículo 32, debe contemplar al *declarado inimputable enfermo mental con esquizofrenia paranoide*, como una causal de ausencia de responsabilidad penal y en su lugar plantear medidas de carácter administrativas, previo concepto médico legal por parte de autoridad competente.

Objetivo General

Plantear como causal de ausencia de responsabilidad penal para aquellas personas con esquizofrenia paranoide, cuando al cometer un hecho punible, se encuentran en status alucinatorio secundario a su enfermedad, dentro del proceso penal, previo dictamen médico legal sobre su enfermedad.

Objetivos Específicos

Describir la enfermedad conocida como esquizofrenia paranoide, su etiología, historia natural, manifestaciones, diagnostico y tratamiento, analizando desde el punto de vista médico, y las implicaciones del padecimiento de esta enfermedad en la conducta y actos voluntarios del paciente.

Analizar el marco legal vigente y el proceso penal en contra del acusado enfermo mental con diagnostico médico legal de esquizofrenia paranoide, su defensa enfocada a la ausencia de responsabilidad penal, y en su lugar la aplicación de medidas cautelares administrativas.

Metodología

Metodología Propuesta

Fuentes de recolección de información.

Como fuentes de obtención de información se encuentran los medios de comunicación, estadísticas, jurisprudencia, leyes, asesoría legal, derecho comparado, fuentes bibliográficas, INPEC, Revistas Defensoria Publica, Internet.

Método de Investigación

Para el desarrollo de la presente monografía se utilizara el método cuantitativo en el cual se recolectan hechos concretos para evaluar el procedimiento penal vigente cuando el acusado es

un inimputable con esquizofrenia paranoide. La investigación se hará de manera retrospectiva basada en hechos ocurridos y concretos.

- Demostrar la existencia de la situación
- Ver aspectos específicos de la enfermedad, conducta, pensamiento.
- Demostrar el vacío jurídico ante la situación
- Plantear posible estrategia de defensa

Capítulo 1: Aspectos Médicos de la Esquizofrenia Paranoide

1.1 Etimología de la palabra Esquizofrenia

Proviene del griego clásico σχίζεις schizein dividir, escindir, hendir, romper y φρήν phrēn, entendimiento, razón, mente. (Rathus Spencer, 1991).

1.2 Definición de Esquizofrenia

La Esquizofrenia está caracterizada por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delusiones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de conciencia clara y (generalmente) capacidad intelectual conservada. (OMS, 2008).

La esquizofrenia pertenece al grupo principal de los trastornos mentales, en los cuales se modifica de forma característica la experiencia interna y la percepción del entorno. Los pacientes presentan anomalías en casi todas las esferas de la personalidad. La esquizofrenia causa además una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social. (Hales R., 2009).

1.3 Antecedentes Históricos

Los criterios y teorías sobre la fisiopatología de la Enfermedad han variado a lo largo de los siglos. Las más tempranas referencias de esta enfermedad mental mayor halladas hasta ahora corresponden al papiro de Eber (cerca de 4000 a. C.). En el siglo XIV a. C. aparecen descripciones de cuadros parecidos a los que hoy llamamos Esquizofrenia en los textos hindúes del Ayur-Veda. En el siglo I d. C. hallamos menciones en los escritos de Areteo de Capadocia. Durante los siglos venideros el origen de la enfermedad es atribuido a un desbalance de los

fluidos corporales (basado en la visión Hipocrática que clasificaba a las enfermedades mentales en Manía, Melancolía, Histeria y Frenitis) o a manifestaciones diabólicas o de hechicería.(Buela-Casal & J.A., 1995).

El concepto de esquizofrenia comenzó históricamente con el término “demencia precoz” de Bénédict Morel a mediados del siglo XIX. En 1898 Emil Kraepelin delimitó dentro de la “demencia precoz” varios trastornos como la hebefrenia y la catatonía. Precisamente, debido a las múltiples combinaciones sintomáticas posibles, se ha sugerido que la esquizofrenia se trataría de varios trastornos y no de uno solo; por esta razón, Eugen Bleuler prefirió utilizar el plural *schizophrenias* para referirse a esta patología cuando acuñó el nombre en 1908. A pesar de su etimología, la esquizofrenia no es lo mismo que el trastorno de identidad disociativo (o trastorno de personalidad múltiple, o de doble personalidad), con el que ha sido frecuentemente confundida.(Vallejo Ruiloba J. , 2006).

Años más tarde se puso de manifiesto que el trastorno descrito como “demencia precoz” no conduce necesariamente a un deterioro mental, ni sólo afecta a personas jóvenes,(Martínez Pérez, 2008) y en 1908 el psicólogo suizo Eugen Bleuler sugirió que el nombre era inadecuado, porque el trastorno no era una “demencia”, es decir, no llevaba necesariamente a un deterioro de funciones mentales como en la demencia senil tipo enfermedad de Alzheimer; muchos pacientes sí mejoraban y además, ocasionalmente debutaba en personas maduras.(Benjamin-Sadock & Virginia-Sadock, 2008). Bleuler sugirió la palabra “esquizofrenia” para referirse a una división de los procesos psíquicos consistente en la pérdida de correspondencia entre el proceso de formación de ideas y la expresión de emociones y para diferenciarlo de la enfermedad maníaco-depresiva, en donde la expresión de las emociones de los pacientes refleja con precisión sus pensamientos mórbidos. Hizo hincapié en que el trastorno fundamental era el deterioro

cognoscitivo y lo conceptualizó como una división o “escisión” en la capacidad mental y propuso entonces el nombre con el que se conoce el trastorno hasta hoy.

Sugirió también dos divisiones con respecto a la sintomatología de la esquizofrenia: la primera constituida por síntomas fundamentales, básicos, específicos o permanentes que estaban presentes en todos los pacientes y durante toda la evolución del trastorno y la segunda agrupaba los síntomas accesorios.(Ropper, 2001).Los síntomas fundamentales de Bleuler constituyen las cuatro aes:

- Asociaciones laxas del pensamiento
- Afectividad aplanada
- Ambivalencia y
- Autismo

Los síntomas accesorios incluían las ideas delirantes o delirios, alucinaciones, alteraciones del lenguaje y la escritura y los síntomas catatónicos, entre otros. Destaca que aquellos síntomas que llaman más la atención como los delirios y las alucinaciones Bleuler los considera “accesorios”. Esa diferencia es adecuada, porque la gravedad del trastorno está vinculada justamente a las características de laxitud asociativa y aplanamiento afectivo y autismo, los síntomas fundamentales de Bleuler.(Ropper, 2001).

Bleuler también agrupó a los síntomas de la esquizofrenia en primarios —producidos directamente por la esquizofrenia— y síntomas secundarios, que se deben al intento del organismo para adaptarse a los síntomas primarios. (Hales Y. , 2004)

1.3.1 En la actualidad.

El término “esquizofrenia” es comúnmente mal interpretado, dándole el sentido de que las personas afectadas tienen una “doble personalidad”. Aunque algunas personas con

diagnóstico de esquizofrenia pueden escuchar voces y pueden vivir las voces como personalidades distintas, la esquizofrenia no se trata de una persona que va cambiando entre distintas personalidades múltiples. La confusión surge en parte debido a los efectos del significado que le dio Bleuler a la esquizofrenia, literalmente “escisión” o “ruptura de la mente”. El primer uso indebido del término, dándole la interpretación de “doble personalidad”, fue en un artículo del poeta T. S. Eliot en 1933.(McNally, 2007)

Durante la primera mitad del siglo XX, la esquizofrenia se consideró un defecto hereditario, y en muchos países los pacientes fueron sometidos a eugenesia. Cientos de miles fueron esterilizados, con o sin consentimiento (la mayoría en la Alemania nazi, los Estados Unidos y los países nórdicos). Muchos con diagnóstico de esquizofrenia fueron asesinados en el régimen nazi junto a otras personas etiquetadas como “mentalmente ineptas” como parte del programa Aktion T4.(Allen, 1997)

“Un gran aporte desde la semiología provino de Klaus Conrad, quien publicara en 1954 La esquizofrenia incipiente, donde distingue, y aún hoy mantiene en vigencia, ciertas fases del curso de la patología bajo el concepto de esquizofrenia incipiente. Sin embargo, en los años 1950 y 1960, la literatura psiquiátrica estaba llena de artículos que sugerían que las causas de la psicosis se relacionaban con, interacciones complicadas entre el id-superyó-ego, la debilidad del yo, la regresión, y perturbadas relaciones madre-hijo”. (esquizofrenia. (2014, 10 abril). [Web log post]. Recuperado <http://psicologiaesquisofrenia.weebly.com/esquizofrenia.html>).

En la Unión Soviética, el diagnóstico de esquizofrenia también fue utilizado con fines políticos. El prominente psiquiatra soviético Andrei Snezhnevsky creó y promovió una nueva sub-clasificación de la esquizofrenia de progresión lenta. Este diagnóstico se utilizó para desacreditar y rápidamente encarcelar a los disidentes políticos, con el fin de prescindir de un

juicio potencialmente embarazoso. La práctica fue expuesta a los occidentales por una serie de disidentes soviéticos y, en 1977, la Asociación Mundial de Psiquiatría condenó la práctica Soviética en el Sexto Congreso Mundial de Psiquiatría.(Wilkinson, 1986)

Actualmente, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales distingue cinco variables o subtipos dentro de la esquizofrenia, mientras que la Organización Mundial de la Salud distingue siete subtipos. (Hales R. , 2009). Por otro lado, existe una amplia variedad de modelos categoriales y dimensionales que tratan de abordar y explorar los síntomas de la esquizofrenia y su diagnóstico.(López-Ibor Aliño & Valdés Miyar, 2002).

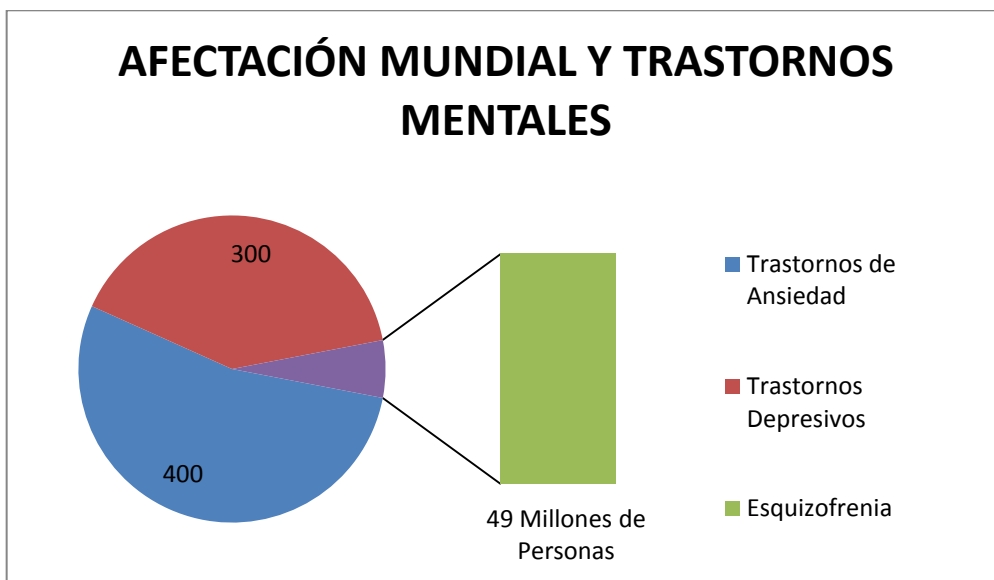
1.4 Epidemiología

La esquizofrenia es una forma grave de enfermedad mental que afecta a alrededor del 7 por mil de la población adulta, la mayoría en el grupo de edad 15-35 años. Aunque la incidencia es baja (3-10,000), la prevalencia es alta debido a la cronicidad.

“La esquizofrenia no es una "enfermedad social" y, sin embargo, los factores sociales y culturales influyen poderosamente en su evolución y en las probabilidades de recuperación. Las pérdidas significativas, los traumas sufridos en la niñez” y aquellos vividos por personas relativamente indefensas, juegan un papel predominante en el desencadenamiento de la psicopatología.(Manuel Desviat, 2011, p.4616).

Estamos hablando de 400 millones de personas en el mundo aquejados de trastornos de ansiedad, de los 300 millones que sufren trastornos depresivos, de 45 millones que padecen esquizofrenia; de los cientos de millones de personas atrapados en el alcoholismo, se calcula que las enfermedades relacionadas con el alcohol afectan del 5 % al 10% de la población mundial- o por las otras adicciones, que implican una fuente principal de morbilidad y uno de los mayores

negocios criminales del mundo; o estamos hablando de la importancia mundial del suicidio (que representa el 1,5% del conjunto de la mortalidad mundial).(García Sabogal, 2011)

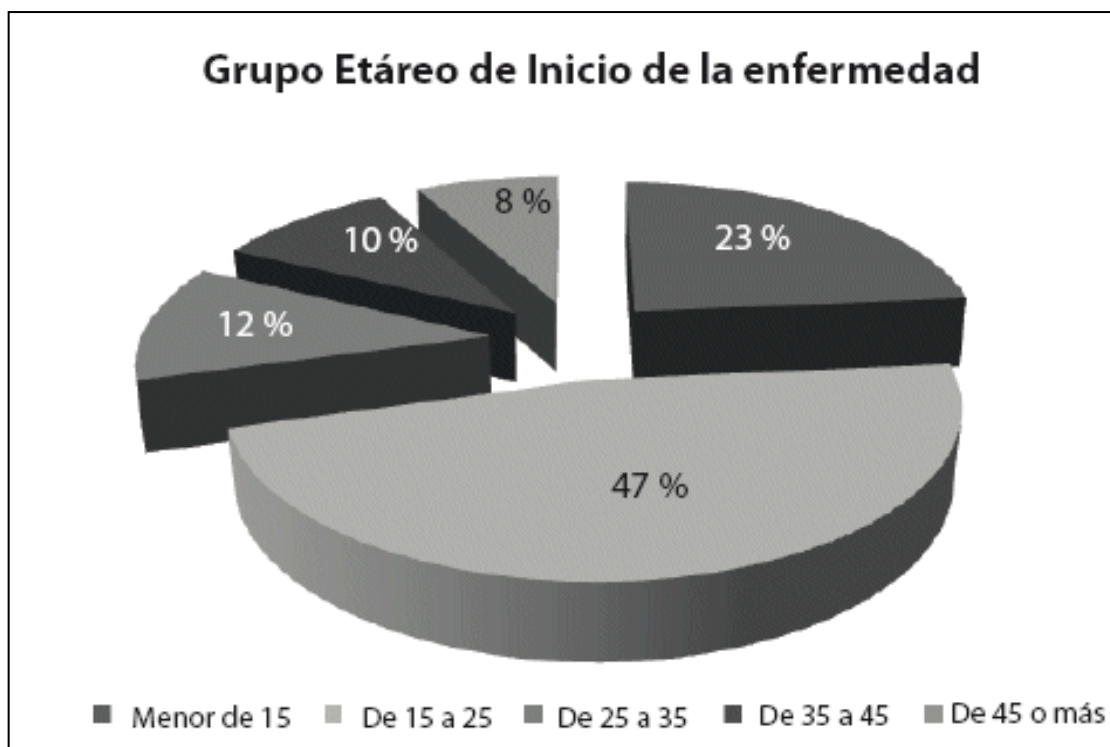


Gráfica 1 Afectación Mundial y Trastornos Mentales

Fuente: Asociación Colombiana para la Salud Mental

1.4.1 Esquizofrenia según grupos Etáreos.

Los niños mayores de cinco años pueden desarrollar esquizofrenia, pero es muy raro que esta enfermedad se presente antes de la adolescencia, como lo es también su inicio en la tercera edad. Algunos niños que desarrollan esquizofrenia tienen peculiaridades de la personalidad o del comportamiento que preceden a la enfermedad. Los síntomas comunes en los adultos, las alucinaciones y los delirios, son extremadamente raros antes de la pubertad.(Gerstein, 2013)

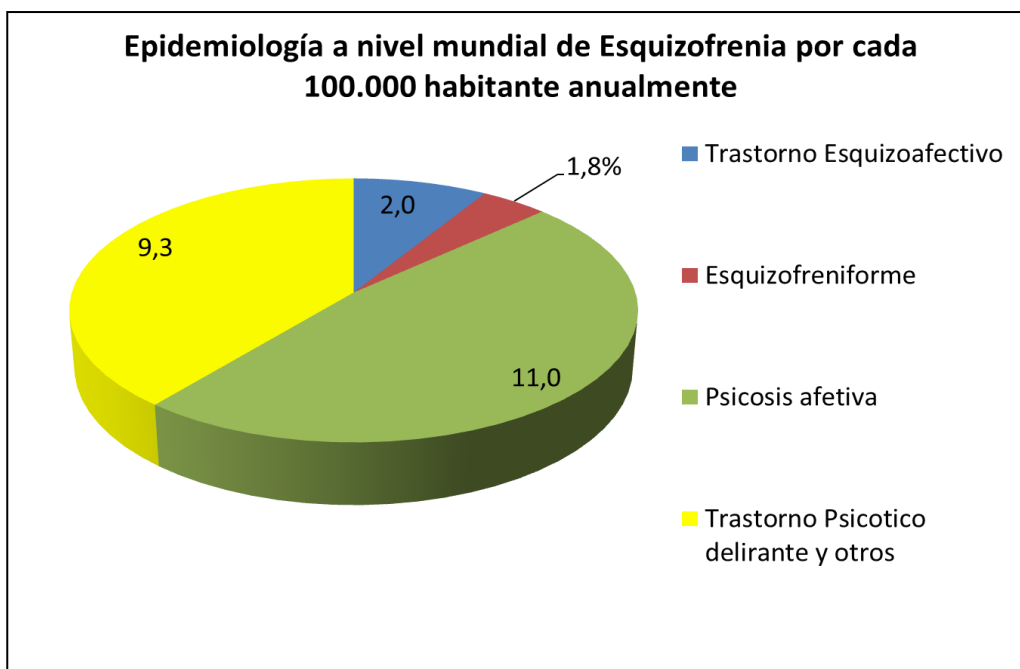


Gráfica 2 Esquizofrenia según grupos Etéreos

Fuente: OMS – Organización Mundial de la Salud.

1.4.2 Epidemiología a Nivel Mundial.

- La esquizofrenia es un trastorno tratable, el tratamiento es más eficaz en sus etapas iniciales.
- La esquizofrenia afecta a unos 49 millones de personas.
- Más del 50% de las personas con esquizofrenia no están recibiendo la atención adecuada.
- 90% de las personas con esquizofrenia no tratada se encuentran en países en desarrollo.
- Cuidado de las personas con esquizofrenia se puede proporcionar a nivel de la comunidad, con la familia y la participación activa de la comunidad.(ACPEF, 2012)



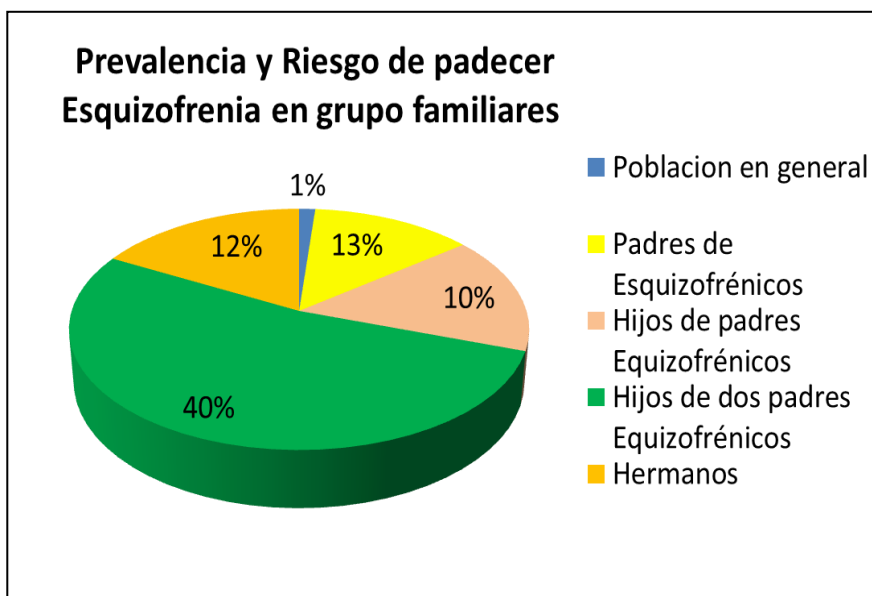
Gráfica 3 Epidemiología de la Esquizofrenia a Nivel Mundial

Fuente: OMS – Organización Mundial de la Salud.

1.4.3 Antecedentes Familiares de la Esquizofrenia.

La prevalencia de la esquizofrenia se incrementa al 10 % en los parientes de primer grado de sujetos con esquizofrenia, índice aún más alto en familias con varios miembros que presentan la enfermedad. La incidencia de la esquizofrenia aumenta cuando la consanguinidad es más estrecha; cuando la similitud genética es del 50 %, la incidencia oscila entre 8 % y 14 %; pero cuando la similitud es mayor, la incidencia se eleva hasta alcanzar entre 39 % y 47 %. Hay evidencia de que la heredabilidad de la esquizofrenia está por aproximadamente el 80 % (Owen, O'Donovan, & Gotesman, 2003). Un equipo del Instituto Salk de Estudios Biológicos (La Jolla, California) ha logrado, gracias a la reprogramación celular, estar un paso más cerca de comprender la biología que se esconde tras esta enfermedad. Y ha constatado que, sin duda, la

esquizofrenia es "un trastorno genético".(Pichot-Pierre, López-Ibor, Juan-J, & Valdés-Miyar, 1995).



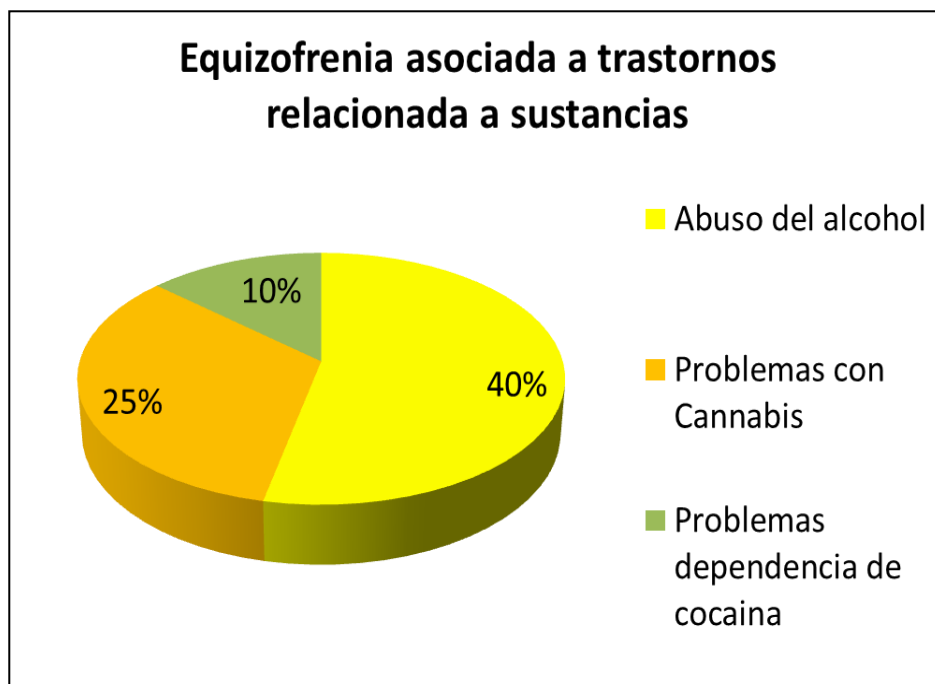
Gráfica 4 Prevalencia y Riesgo de padecer Esquizofrenia en grupos Familiares

Fuente: OMS – Organización Mundial de la Salud.

1.4.4 Esquizofrenia asociada a trastornos relacionados con sustancias.

En la población general, especialmente en los jóvenes, se observa un uso cada vez más extendido de drogas. Casi el 50% de los adultos jóvenes han probado o usado regularmente sustancias de abuso (marihuana, drogas psicodélicas, hipnóticos, sedantes, estimulantes como la cocaína, derivados opiáceos, etc.). Si se incluye el alcohol las tasas de incidencia se incrementan hasta un 90%. Por otro lado el abuso de drogas puede exacerbar los trastornos psiquiátricos, incluso las sustancias psicoactivas han sido implicadas en el comienzo precoz de la psicosis. El uso y abuso de determinados tipos de drogas se considera un factor de riesgo en el desarrollo de la esquizofrenia y podría actuar como factor desencadenante de la misma en pacientes con una

determinada personalidad psicótica.(Fernández-Angosto, Arnillas-J, M, R-Teijeira, & M-Olivares-J., 1996)

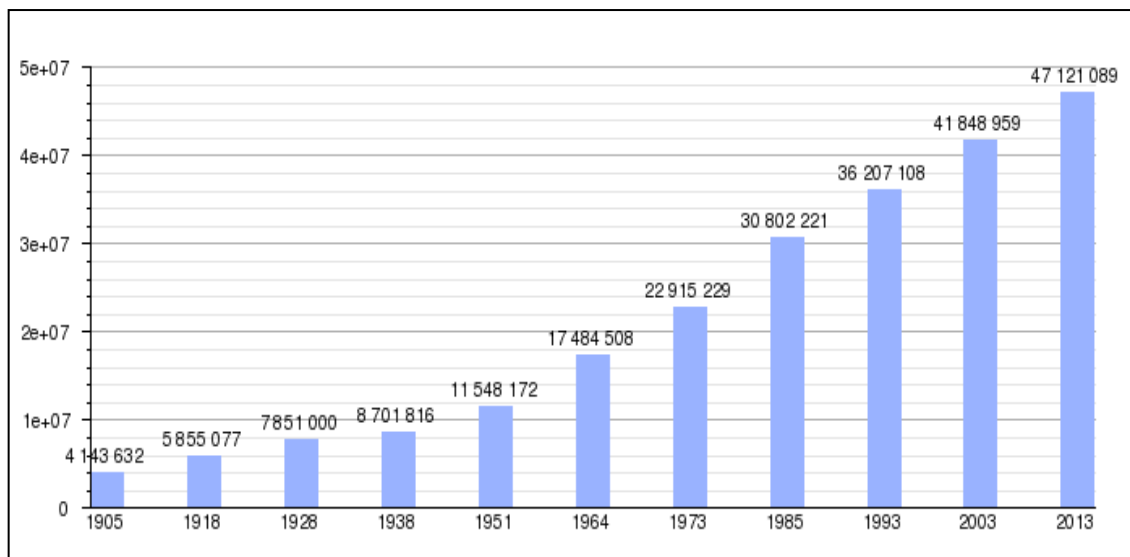


Gráfica 5 Esquizofrenia asociada a trastornos relacionada a sustancias

Fuente: OMS – Organización Mundial de la Salud.

1.4.5 Esquizofrenia en Colombia.

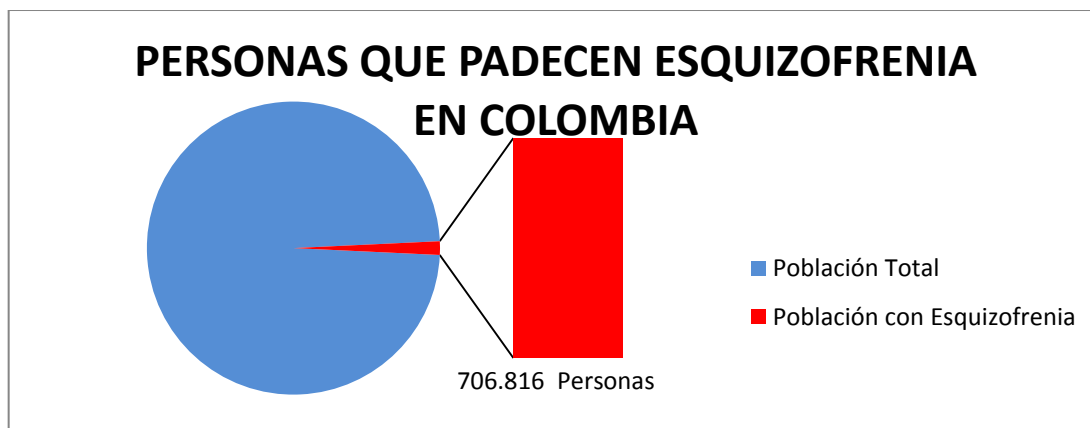
Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE, basándose en el último informe de censo en Colombia, para el año 2013 se proyecta una población estimada de aproximadamente 47'121.089 personas en el territorio nacional.(DANE, 2005).



Gráfica 6 Población en Colombia

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE

Es importante tener en cuenta que en Colombia la prevalencia de esquizofrenia es de 1.5% (León, 1986; citado por Aponte, Torres y Quijano, 2008), lo que permite estimar una población de 706.816 personas en Colombia, que padecen esta enfermedad. (Ruíz Gómez, 2013).



Gráfica 7 Personas que padecen Esquizofrenia en Colombia

Fuente: Congreso de esquizofrenia - 2013

1.5 Clasificación de la Esquizofrenia

1.5.1 Esquizofrenia Paranoide.

Es la más frecuente de todos los tipos de esquizofrenia, se caracteriza por la presencia de alucinaciones auditivas y delirios. “Los delirios más comunes son los de la persecución. Con frecuencia hacen interpretaciones erróneas sobre lo que sucede a su alrededor, así por ejemplo, si un grupo de personas están hablando, pueden pensar que están hablando sobre ellos o si están riendo que están riéndose de ellos. Las personas que sufren este tipo de esquizofrenia tienden a enfadarse con gran facilidad, debido a la visión distorsionada que tienen de la realidad. Creen que son el objeto de muchas miradas, que sus actuaciones son controladas por los demás o que constantemente están siendo perseguidos. Piensan que son el centro de atención y que todo lo que sucede se vuelve contra ellos”. (Aparicio Pérez. (2010, 21 de enero). pulevasalud [web log post]. Recuperado de http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=59297&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=2212&ABRIR_SECCION=747&RUTA=1-747-1159-2212).

1.5.2 Esquizofrenia Hebefrénica o Desorganizada.

Se caracteriza por un habla desorganizada, es decir su forma de hablar es incoherente. Presentan respuestas emocionales fuera de lugar y suelen tener reacciones inapropiadas ante determinadas circunstancias o cuando se les comunica determinadas noticias. Así por ejemplo, frente a una mala noticia pueden reaccionar riéndose o bien esbozar una sonrisa bobalicona en un momento inadecuado o bien una risa tonta o un llanto pueden aparecer en los momentos más inoportunos. Otra característica de las personas con esquizofrenia hebefrénica o desorganizada es el cambio continuo de pensamientos, pasan de un tema a otro sin ninguna relación o conexión entre ellos. Es muy difícil mantener una conversación con estas personas, ya que en vez de seguir

una conversación tienden a cambiar de tema. También es frecuente, en algunos de ellos, la presencia de conductas infantiles y comportamientos extraños.(Vallejo Ruiloba J. , 2006).

1.5.3 Esquizofrenia Catatónica.

Se caracteriza por la perturbación en la actividad motora, puede presentar una actividad motora excesiva o bien inmovilidad (catalepsia). Los catatónicos con una actividad motora excesiva están excitados, duermen poco y están en continua actividad hasta que caen agotados. Cuando entran en una etapa de retraimiento de su actividad motora, permanecen rígidos, no se mueven y se resisten a que otros los muevan. Presentan largos periodos de mutismo y mantienen una actitud extremadamente negativa. En esta etapa y en los casos más graves pueden dejar de hablar, de comer o de controlar sus esfínteres durante largo tiempo. Sin embargo, en su interior puede haber grandes sufrimientos o una gran variedad de sentimientos que tan sólo se manifiestan en un pulso acelerado. Es frecuente observar en ellos posturas extrañas. Con frecuencia, mantienen la misma posición durante mucho tiempo, realizan movimientos peculiares y estereotipados. En ocasiones, presentan gran rigidez y, otras veces, una gran flexibilidad. Pueden alternar etapas de excitación y retraimiento de su actividad motora.(Vallejo Ruiloba J. , 2006).

1.5.4 Esquizofrenia Indiferenciada.

“Los síntomas de esta esquizofrenia son mixtos o indiferenciados, no predomina ningún síntoma concreto para su diagnóstico o sus síntomas no pueden ser encuadrados en ningún tipo mencionado anteriormente. Es decir, pueden incluir delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, incoherencia. En algunas ocasiones, suele ser una etapa previa a otro subtipo”. (Aparicio Pérez. (2010, 21 de enero). pulevasalud [web log post]. Recuperado de <http://pulevasalud.com>)

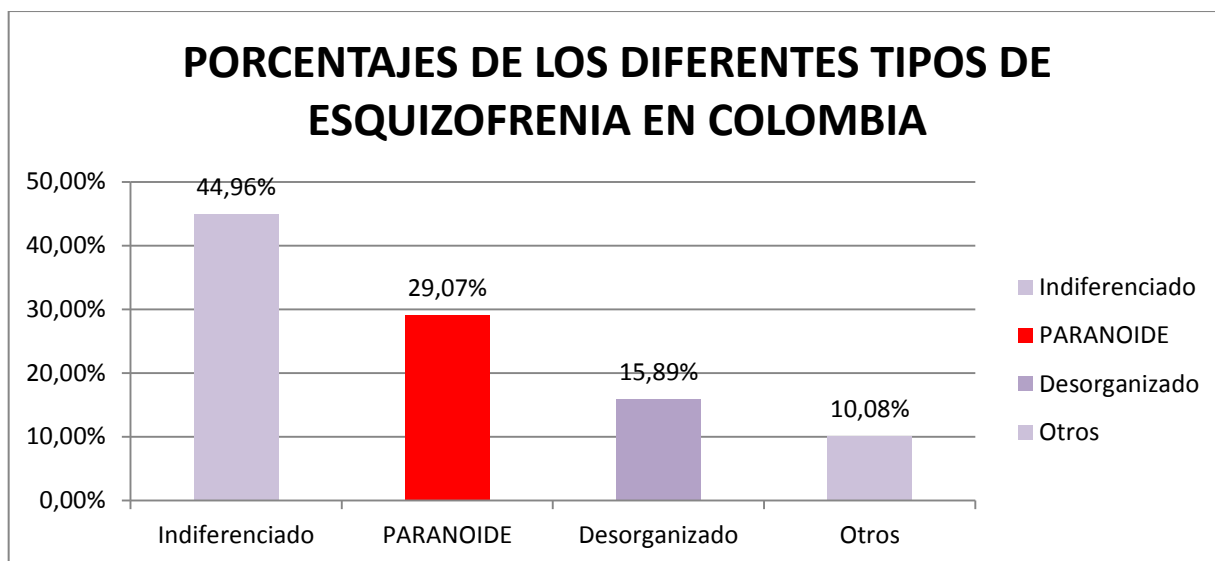
http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=59297&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=2212&ABRIR_SECCION=747&RUTA=1-747-1159-2212).

1.5.5 Esquizofrenia Residual.

“Se refiere a personas que han sufrido al menos un episodio de esquizofrenia en el pasado, pero que en la actualidad no presentan indicios de ningún tipo de esquizofrenia o síntomas psicóticos relevantes. Este tipo de referencia también incluye la situación final en la que se encuentran personas con diversos tipos de esquizofrenia como consecuencia del paso del tiempo y de una degeneración de la enfermedad. Se caracteriza por la presencia de síntomas negativos y por un considerable deterioro de la inteligencia y del pensamiento, así como de un menoscabo en las capacidades de auto-cuidados o en el desarrollo de su vida cotidiana”. (González F. (2014, 26 de mayo). Esquizofrenia [web log post]. Recuperado de http://gestiondelainformacionleidygonzalezfd.blogspot.com/2014_05_01_archive.html).

La Organización Mundial de la Salud reconoce además los tipos:

- Depresión post-esquizofrénica: trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico.
- Esquizofrenia simple: su desarrollo es insidioso, no manifiesta alucinaciones ni delirios, es menos psicótica y muestra fundamentalmente síntomas negativos.(OMS, 2008)

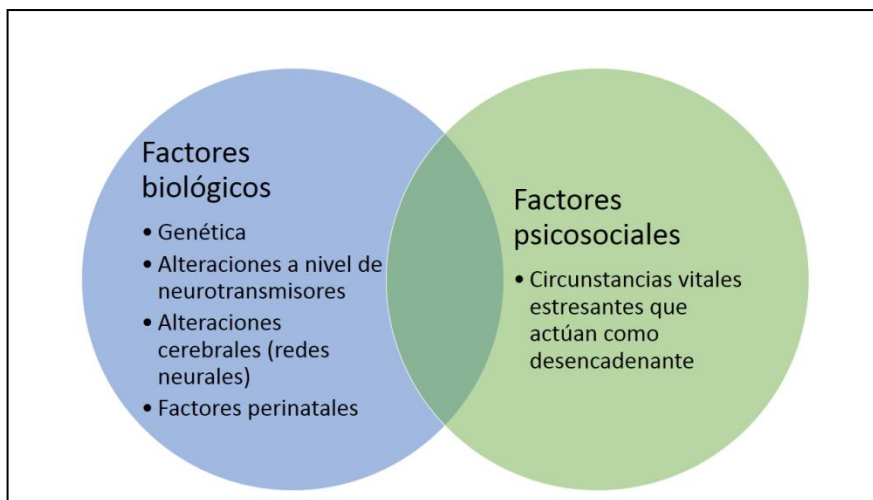


Gráfica 8 Porcentajes de los Diferentes tipos de Esquizofrenia en Colombia

Fuente: Congreso de Esquizofrenia – Ministerio de Protección Social

1.6 Etiología

“Hasta el momento, las causas de la esquizofrenia no han sido completamente aclaradas. Los hallazgos científicos actuales sugieren que la esquizofrenia es una enfermedad multifactorial, es decir que un gran número de variables entran en juego para que la enfermedad se produzca”. (Pizza (2014 27 de junio). Hipótesis sobre el origen de la esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/231510307/Hipotesis-Sobre-El-Origen-de-La-Esquizofrenia>).



Gráfica 9 Causas de la Esquizofrenia.

Fuente: Dr. Flavio Guzmán, Salud Mental Hoy - <http://saludmentalhoy.com/>

Podemos dividir a las posibles causas en factores desencadenantes y factores pre-disponentes.

1.6.1 Factores Desencadenantes.

Los factores desencadenantes no deben ser interpretados como causa en sí misma, sino como eventos que pueden facilitar la aparición de sintomatología en una persona con predisposición a desarrollar la enfermedad. (Buela-Casal & J.A., 1995).

1.6.1.1 Estresores psicosociales.

Circunstancias como el fallecimiento de un ser querido, violaciones, problemas de pareja, o cualquier situación que ponga a una persona bajo intenso estrés, pueden desencadenar la aparición de síntomas psicóticos. Es importante destacar que estos hechos no son de por sí

suficientes para que a una persona sin antecedentes ni predisposición genética desarrolle esquizofrenia.

1.6.1.2 Abuso de sustancias.

El consumo de sustancias como cocaína, marihuana y LSD puede gatillar un episodio psicótico en algunas personas (Buela-Casal & J.A., 1995).

1.6.2 Factores predisponentes.

Son aquellos que se han asociado a que una persona tenga mayor riesgo de padecer esquizofrenia.

1.6.2.1 Genéticos.

“Se ha descrito que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta para aquellas personas que tienen familiares afectados por la enfermedad”. “Existirían alteraciones en más de un gen (herencia poligénica) que favorecen la aparición de anomalías a nivel de neurotransmisores y de circuitos neuronales. Es importante esta distinción ya que no existe “el gen de la esquizofrenia”, lo que se reporta en los medios son diferentes descubrimientos acerca de nuevos genes que podrían estar involucrados en parte de la enfermedad”.(Guzman F. (2014, 8 de agosto). Causas de la Esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <http://saludmentalhoy.com/esquizofrenia/causas-esquizofrenia/>).

1.6.2.2 Alteraciones cerebrales.

“Estudios con distintos tipos de técnicas de neuroimágenes han demostrado que existen anomalías a nivel cerebral en personas que padecen esquizofrenia. A diferencia de las enfermedades neurológicas como por ejemplo la esclerosis múltiple, en los estudios por imágenes disponibles no es posible observar alteraciones propias de la esquizofrenia (signos patognomónicos). A pesar de no existir alteraciones únicas y distintivas, se ha observado que el

volumen de ciertas regiones (ventrículos cerebrales) se encuentra reducido en la esquizofrenia. También es un área de intensa investigación posibles alteraciones a nivel de conexiones cerebrales (redes neurales). Se están logrando avances en la comprensión de ciertos aspectos clínicos a través de neuroimágenes funcionales. Esta tecnología permite a los investigadores observar la actividad del cerebro en vivo, a medida que se le solicita al paciente que realice tareas”.(Guzmán, 2011, Causas de la Esquizofrenia.[web log post]. Recuperado de <http://saludmentalhoy.com/esquizofrenia/causas-esquizofrenia/>).

“Actualmente las neuroimágenes funcionales no tienen aplicación clínica en esquizofrenia. Sí se utilizan en determinados casos estudios estáticos como la tomografía computada (TC) o la resonancia magnética nuclear (RMN) para descartar que la sintomatología no sea por otra enfermedad médica o neurológica distinta a la esquizofrenia”. (Guzmán, 2011, Causas de la Esquizofrenia.[web log post]. Recuperado de <http://saludmentalhoy.com/esquizofrenia/causas-esquizofrenia/>).

1.6.2.3 Disfunciones a nivel de neurotransmisores.

“Actualmente se cree que una disfunción de un grupo de neurotransmisores (moléculas encargadas de conducir señales en el cerebro) condiciona buena parte de los síntomas de la esquizofrenia. Algunos de los neurotransmisores incluyen: dopamina, serotonina y glutamato. Las medicaciones disponibles en el mercado (antipsicóticos) actúan principalmente sobre la acción de dopamina y serotonina. En este momento se están realizando ensayos clínicos sobre la efectividad de fármacos que actúan sobre el glutamato.” (Guzmán, 2011, Causas de la Esquizofrenia.[web log post]. Recuperado de <http://saludmentalhoy.com/esquizofrenia/causas-esquizofrenia/>).

1.6.2.4 Factores perinatales.

“Las investigaciones han vinculado ciertas complicaciones relacionadas al embarazo y el parto con el riesgo de padecer esquizofrenia. Éstas incluyen: Bajo peso al nacer, Trastornos del desarrollo del bebé, Hemorragias durante el embarazo, Hipoxia perinatal (problemas con falta de oxígeno al recién nacido en el momento del parto)”. (Guzmán, 2011, Causas de la Esquizofrenia.[web log post]. Recuperado de <http://saludmentalhoy.com/esquizofrenia/causas-esquizofrenia/>).

“Aunque la causa específica de la esquizofrenia es desconocida, el trastorno tiene claramente una base biológica. Muchas autoridades en la materia aceptan un modelo de "vulnerabilidad al estrés", en el cual se considera la esquizofrenia como un fenómeno que se produce en personas biológicamente vulnerables. Se desconoce lo que hace a una persona vulnerable a la esquizofrenia, pero puede estar incluidas la predisposición genética, los problemas que ocurrieron antes, durante o después del nacimiento o una infección vírica del cerebro. En general pueden indicar vulnerabilidad, dificultad para procesar la información, incapacidad para prestar atención, dificultad para comportarse de modo socialmente aceptable e imposibilidad de enfrentarse a los problemas. En este modelo, el estrés ambiental, como acontecimientos estresantes de la vida o problemas de abusos de sustancias tóxicas, desencadenan el inicio y la reaparición de la esquizofrenia en los individuos vulnerables”.(Merck Sharp & Dohme Corp, 2012.Esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <http://consumidores.msd.com.mx/manual-merck/007-trastornos-mentales/091-esquizofrenia-delirio/esquizofrenia.xhtml>).

1.7 Cuadro Clínico

“No existe un signo o síntoma que sea patognomónico de la esquizofrenia. Es una enfermedad que se presenta con una variedad de síntomas a tal punto que se manejan diferentes formas de agruparlos basados en el elemento clínico esencial de cada categoría. La definición actual de las psicosis obliga a que los síntomas de la esquizofrenia estén presentes durante al menos un mes en un período de al menos seis meses. Una psicosis de tipo esquizofrénica de menor duración se suele denominar trastorno esquizofreniforme. La esquizofrenia suele presentarse por primera vez en la adolescencia o juventud temprana; es más precoz en los hombres que en las mujeres, y tiene en ellos un curso más deteriorante. Muchas veces es una condición que persiste toda la vida de una persona, pero también hay quienes se recuperan de ella. Los prejuicios cognitivos identificados en personas esquizofrénicas, o con riesgo de esquizofrenia (especialmente cuando están bajo estrés o en situaciones confusas), incluyen: demasiada atención a posibles amenazas, el saltar a conclusiones, hacer atribuciones externas, problemas de razonamiento acerca de situaciones sociales y estados mentales, la dificultad para distinguir el discurso interior del de una fuente externa, y dificultades con los principios de procesamiento visual y de mantener la concentración. Algunas características cognitivas reflejan un déficit neurocognitivo global en la memoria, la atención, la capacidad para resolver problemas o la cognición social, mientras que otros pueden estar relacionados con situaciones y experiencias particulares”. (Ramos. 2013, 9 noviembre. La esquizofrenía [web log post]. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/174795687/Cuadro-clinico-docx>).

Muchos modelos que caracterizan los síntomas de la esquizofrenia incluyen dos cuadros sindrómicos constantes, los síntomas positivos y los síntomas negativos. Otros modelos añaden

otros tipos de trastornos como los cognitivos, afectivos y los déficits de integración social. (Pichot, López-Ibor, & Miyar, 1995).

1.8 Signos y Síntomas

1.8.1 Signos.(López-Ibor Aliño & Valdés Miyar, 2002).

- Cambios bruscos y repentinos en el humor.
- Cambios sociales que los hace presentarse como personas solitarias, aisladas o extrañas a los demás.
- Cambios en el comportamiento escolar o laboral, con tendencias al ausentismo, deserción o cambios abruptos de carrera u actividad.
- Cambios en la autopercepción, que se define como “signo de espejo”, en donde la persona se nota cambiada y no puede reconocerse a sí misma al mirarse en un espejo.
- Excitación extrema, delirios y alucinaciones conocidas como “brote”, cuando se presentan de forma brusca y sorpresiva.
- Lo más llamativo y característico, es sin duda la alteración del pensamiento, especialmente en los cambios dentro de una conversación, ocasionados por la percepción de una alucinación, para de inmediato cambiar a otro tema totalmente distinto sin darse cuenta de ello.
- Otra característica, se relaciona con el contenido de lo que piensan, al asignar significados propios a las palabras al mismo tiempo que se presenta una invasión de ideas, que no es comprensible por ninguna persona.
- Ciertos trastornos orgánicos del cerebro, el retraso mental, la depresión grave o los trastornos paranoicos pueden producir algunos síntomas de la esquizofrenia. Los tumores cerebrales, determinados medicamentos y el abuso del alcohol o de estupefacientes

también pueden provocar una conducta psicótica, por lo que antes de establecer un diagnóstico se deben descartar estos y otros problemas.

1.8.2 Síntomas.

“Se llaman síntomas a aquellas manifestaciones del sujeto que anuncian una anomalía o enfermedad. Serían síntomas los dolores, las inflamaciones, los cambios de ritmos biológicos. El problema de la esquizofrenia es que la mayoría de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera” (Juarez,E. 2014 8 de noviembre). Que es la esquizofrenía [web log post]. Recuperado de <http://enlapsicologia.blogspot.com/>).

Hay dos tipos de síntomas en la esquizofrenia:

1.8.2.1 Síntomas positivos.

Son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar.

1.8.2.1.1 Síntomas positivos mentales: (psicóticos).

Alucinaciones: “son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. No está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presente en el mundo externo. , Pueden ser de tipo auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas” (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico. [web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

Delirio: “se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. El alcance con la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las

leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Cuando se advierte de este estado, a veces no hay que pensar el inicio de un tratamiento o la hospitalización, ya que la desesperanza que puede llegar a producir en el paciente hace que haya intentos de suicidio. Tipos: persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia”. (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico. [web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

“Trastornos del pensamiento: la manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado. Relatan a menudo que han perdido control sobre sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigido por extraños poderes o fuerzas relacionados con el lenguaje tenemos: descarrilamiento, tangencialidad, ilogicalidad, presión del habla, distraibilidad. En las crisis psicóticas, estos síntomas anteriores descritos pueden ir acompañados de” (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico. [web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>):

- a) Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos: angustia, excitabilidad
- b) Síntomas positivos vegetativos: insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios
- c) Síntomas positivos de la motricidad: comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.(Berrios, 1985).

1.8.2.2 Síntomas negativos

“Son aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente, como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia

otras personas, tener voluntad para levantarse cada día”. (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico.[web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

“En la esquizofrenia también hay otra serie de síntomas, menos alarmantes pero que se suelen confundir como signos de pereza o de mal comportamiento, son los llamados síntomas negativos como por ejemplo, la apatía, la falta de energía, la falta de placer, insociabilidad, etc., los cuales deben ser tratados en la misma medida que los síntomas activos o positivos”. (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico.[web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

“Todos estos síntomas afectan a todos los ámbitos: social, laboral, familiar. En algunos aspectos el enfermo esquizofrénico tiene menos capacidad de acción que una persona sana. Estas deficiencias las llamamos síntomas negativos”(Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico.[web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

“Se pueden ver estos síntomas antes de que aparezcan las alucinaciones y los delirios, pero en su forma más clara se manifiestan sólo después de la desaparición de los síntomas positivos. Hablaríamos de la fase residual de la enfermedad”. (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico.[web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

“Hay que subrayar que no todas las personas que sufren de esquizofrenia tienen los siguientes impedimentos o síntomas. Alrededor de una tercera parte de los enfermos no lo tienen en absoluto o de manera tan poco acentuada que apenas le molestan en la vida cotidiana”.

(Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico.[web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

1.8.2.2.1 Pobreza afectiva.

“Se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; se manifiesta en aspectos del comportamiento como: Expresión facial inmutable: la cara parece helada, de madera, mecánica., Movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos: no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado..., Escaso contacto visual: puede rehuir mirar a los demás, permanece con la mirada extraviada, Incongruencia afectiva: el afecto expresado es inapropiado. Sonríe cuando se habla de temas serios. Risa tonta, Ausencia de inflexiones vocales: el habla tiene una calidad monótona y las palabras importantes no están enfatizadas por medio de cambios de tono de voz o volumen”. (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico.[web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

1.8.2.2.2 Alógi.

“Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Se manifiesta a través de: Pobreza del lenguaje: restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional”. (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico.[web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

1.8.2.2.3 Pobreza del contenido del lenguaje.

“Aunque las respuestas son largas, el contenido es pobre. El lenguaje es vago repetitivo y estereotipado, bloqueo: interrupción del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado. Después de un periodo de silencio que puede durar unos segundos no puede recordar lo que estaba diciendo o lo que quería decir, Latencia de respuesta incrementada: el paciente tarda más tiempo de lo normal en responder a la pregunta”. (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico.[web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

1.8.2.2.4 Abulia –Apatía.

“La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso. La apatía es la falta de interés. A diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañado de una afectividad triste. se manifiesta en: Problemas con el aseo y la higiene, Falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea, Sentimiento de cansancio, lentitud, Propensión al agotamiento físico y mental”. (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico.[web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

1.8.2.2.5 Anhedonia – insociabilidad.

“ La Anhedonia es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras: tiene pocos o ningún hobbies, tienden a mostrar un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría ser normal según la edad y estado del mismo, puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar, Relaciones con amigos y semejantes restringidas. Hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollar dichas

relaciones”. (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico.[web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

1.8.2.2.6 Problemas cognitivos de la atención.

“Problemas en la concentración y en la atención, Sólo es capaz de concentrarse esporádicamente, Se distrae en medio de una actividad o conversación: se manifiesta en situaciones sociales; se le va la mirada, no sigue el argumento de una conversación, le interesa poco el tema; Acaba bruscamente una discusión o tarea aparente”. (Moreno E. (2014). Curso online sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico.[web log post]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquizofrenia1/>).

1.9 Evolución Natural de la Enfermedad

“La esquizofrenia se presenta en diferentes fases o episodios críticos agudos con tiempos de evolución variables desde algunas semanas hasta varios meses, dependiendo del tratamiento y diferentes modos de resolución y síntomas residuales, que constituyen la esquizofrenia crónica”.(Jerry & Dulcan, 2006 p. 31).

1.9.1 Fase premórbida y prodrómica

“Lieberman considera una evolución más o menos típica, que se inicia con una fase premórbida entre el nacimiento y los 10 años. Luego existe un período prodrómico, entre los 10 y los 20 años que puede durar unos 30 meses”. (Anónimo.(2013, 25 de diciembre). La esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <http://losmuertevideanos.blogspot.com/2013/12/la-esquizofrenia.html>). En este período y antes de la aparición de la psicosis propiamente dicha

suele aparecer alguna sintomatología negativa y se interrumpe el funcionamiento normal del individuo. Por ejemplo, abandona la escuela o no logra iniciar un noviazgo, descuido en el vestir e higiene personal. Los pacientes con marcadas anormalidades estructurales en el cerebro suelen tener un comienzo temprano, anterior al de los síntomas psicóticos.(Tornese, Albanese, & Albanese, 1991).

1.9.2 Fase de progresión.

Después de la primera fase prodrómica comienza el período de 1 a 6 meses, caracterizado por progresión del trastorno, donde aparecen los primeros episodios agudos con los síntomas más llamativos, mayormente síntomas positivos como delirios y alucinaciones,(Mingote, 2007), aunque no son éstos los más importantes para realizar el diagnóstico. Los síntomas aparecen en brotes con exacerbaciones y remisiones parciales, y frecuentemente acompañados de un deterioro progresivo. Con frecuencia, al salir de los síntomas psicóticos, aparece la depresión, que puede conllevar a ideas e intentos suicidas.(Toro Greiffenstein & Yepes Roldan, 2004).

“Un episodio que se inicia con gran intensidad de síntomas positivos (por ejemplo, intenso delirio, alucinaciones, agitación psicomotora, lo que se conoce como un episodio florido y en forma más o menos brusca), tiene mejor pronóstico que una presentación insidiosa y con síntomas negativos como la desorganización más que el delirio”.(Anónimo (2009, 27 de noviembre. Esquizofrenia evolución natural [web log post]. Recuperado de <http://enfermedadesnerviosas.blogspot.com/2009/11/esquizofreniaevolucion-natural.html>).

“Sea que se presente de manera florida o insidiosa, los pacientes muy raramente van a solicitar ayuda. Con frecuencia serán las personas con las que viven o trabajan las que van a solicitarla, motivados por la observación de una serie de conductas extrañas o que perciben como amenazadoras”. (Jguzman (2008, 3 de diciembre). Esquizofrenia [web log post]. Recuperado de

<http://xxxxhttp://jguzman-jpsicologia.blogspot.com/>).(Anónimo.(2013, 25 de diciembre). La esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <http://losmuertevidianos.blogspot.com/2013/12/la-esquizofrenia.html>). A pesar de que las intervenciones familiares han demostrado su eficacia en la disminución de recaídas psicóticas, mejorar el clima familiar y el funcionamiento social, siguen sin tener una implantación suficiente en la atención habitual del paciente esquizofrénico. La realidad es que sólo una minoría de las familias que tienen contacto con pacientes esquizofrénicos ha recibido apoyo e información sobre la enfermedad.(Domínguez, González, Ruiz, & Fernández, 2004).

“Las conductas del paciente que parecen más extrañas (como hablar solo, por ejemplo) en realidad responden a vivencias psicóticas actuales, como contestarle a voces que está escuchando. También pueden gritarle a las personas de manera incomprensible o gritar obscenidades en público, que podría estar en realidad respondiendo a un delirio de persecución o daño. A la larga, el deterioro social del paciente parece estar más relacionado con el compromiso de funciones cognitivas, tales como el abandono, descuido y desaseo personal, y no tanto con los síntomas propiamente psicóticos positivos, como las alucinaciones y delirios”.(Anónimo.(2013, 25 de diciembre). La esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <http://losmuertevidianos.blogspot.com/2013/12/la-esquizofrenia.html>).

“Si el paciente no se recupera por completo, con o sin tratamiento, aparece la enfermedad recidiva, es decir, de forma repetida con o sin recuperación completa cada vez. A los 5 años en tratamiento continuo, solo el 20 % de los pacientes no presentan recidiva”. (Anónimo.(2013, 25 de diciembre). La esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <http://losmuertevidianos.blogspot.com/2013/12/la-esquizofrenia.html>).

1.9.3 Fase de recaídas estables.

“Por último viene el período de estabilización, residual y/o agotamiento, aproximadamente sobre los 40 años de edad, en el que predomina la sintomatología negativa y los déficits cognitivos (aunque estos ya están presentes desde el inicio del trastorno), es decir, con el paso del tiempo la esquizofrenia puede comprometer más o menos profundamente a la persona, lo que se conoce como esquizofrenia crónica. Sobre ésta pueden aparecer nuevos episodios de reagudización, con síntomas característicos de los episodios agudos, pero al salir normalmente se retorna a niveles de recuperación previos a las recaídas”. (Arona, J. (2011, 30 de junio). Esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <http://psicocalidad.blogspot.com/2011/06/esquizofrenia.html>).

1.10 Diagnóstico

“El diagnóstico de la esquizofrenia realiza a través de la historia clínica del paciente, donde se reflejan tanto los antecedentes familiares como los acontecimientos sufridos por el paciente y los tratamientos prescritos, así como una entrevista a las personas que forman parte del entorno del paciente. El diagnóstico de la esquizofrenia se basa en criterios clínicos reforzados por pruebas psicométricas, neuropsicologías y, en determinados casos y como complemento al diagnóstico, se emplean pruebas de neuroimagen” (González H. (2014). Esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <http://www.webconsultas.com/esquizofrenia/diagnostico-de-la-esquizofrenia-531>).

“La esquizofrenia no suele ser de aparición súbita, sino que suele desencadenarse con un primer periodo cuya duración oscila entre varios días y años, en los cuales el paciente, progresivamente, presenta cambios mínimos de carácter, disminución en el rendimiento escolar/laboral, aumento de la ansiedad y, finalmente, aislamiento social”. (González H. (2014).

Esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <http://www.webconsultas.com/esquizofrenia/diagnostico-de-la-esquizofrenia-531>).

“En la aparición del primer episodio psicótico suelen predominar de forma clara los síntomas de tipo positivo, aunque en determinados tipos de esquizofrenia estos síntomas están disminuidos o ausentes. Tras este primer episodio, el paciente suele precisar hospitalización, donde se realiza un primer diagnóstico y se establece el tratamiento, que el paciente deberá seguir de forma rigurosa durante al menos dos años”. (González H. (2014). Esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <http://www.webconsultas.com/esquizofrenia/diagnostico-de-la-esquizofrenia-531>).

1.11 Pronóstico

Los factores que pueden considerarse favorables al pronóstico de la enfermedad son((González H. (2014). Esquizofrenia [web log post]. Recuperado de <http://www.webconsultas.com/esquizofrenia/diagnostico-de-la-esquizofrenia-531>):

- Aparición tardía de la enfermedad.
- Buena adaptación y seguimiento del tratamiento.
- Ritmo de vida estable, con horarios de trabajo y descanso fijos, y evitando el consumo de cualquier tipo de droga (alcohol, tabaco,...).
- Ausencia de antecedentes familiares de trastornos afectivos y de alteraciones neuroestructurales en el propio paciente.
- Buenos resultados en las pruebas neuropsicológicas.

Se consideran con mejor pronóstico las esquizofrenias paranoides, y en las pacientes femeninas mejor que en los varones. Por el contrario, son signos que alertan del riesgo de recaída:

- Alteraciones del comportamiento.
- Insomnio.
- Sensación de abatimiento y decaimiento (depresión).
- Dificultad de concentración.
- Irritabilidad y/o agresividad.
- Bloqueo.

1.12 Tratamiento

Actualmente sabemos que siguiendo un tratamiento farmacológico eficaz se pueden controlar los síntomas de la enfermedad y conseguir la estabilidad.

Los antipsicóticos son medicamentos que protegen al cerebro frente al desequilibrio químico que en él se producen, normalizan las funciones cerebrales alteradas y previenen las recaídas al regular el sistema nervioso central. Actualmente, existe una amplia variedad de antipsicóticos y el objetivo es conseguir la dosis óptima de un medicamento que produzca una mayor mejoría clínica con los menores efectos secundarios. Dentro de los antipsicóticos disponemos de dos grandes grupos: I. antipsicóticos típicos (viejos) y antipsicóticos atípicos (nuevos). II. antipsicóticos atípicos (nuevos) y antipsicóticos convencionales.(Fernandez Egea, Bernardo Arrollo, & Herz, 2001).

Se ha encontrado que, en las personas con esquizofrenia están alterados algunos neurotransmisores. Es frecuente que haya un exceso de dopamina. La dopamina está relacionada con el movimiento, las emociones y los sentimientos de placer. Forma parte de un sistema cerebral que juega un papel fundamental en la regulación de la vida emocional. Además la

dopamina pertenece a la familia de la adrenalina, por lo que también está muy relacionada con el estrés y la alerta.(Mingote, 2007).

Sabemos que el exceso de dopamina está relacionado con los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento). Los antipsicóticos actúan sobre los neurotransmisores. Uno de sus efectos es disminuir el nivel de dopamina en el cerebro. El déficit de dopamina aparece en la enfermedad de Parkinson; por eso a veces los fármacos que se usan para disminuir la dopamina en la esquizofrenia provocan como efecto secundario la aparición de temblores. Estos temblores se corrigen con los mismos fármacos que se usan en el Parkinson; por ese motivo se llaman antiparkinsonianos o correctores.(Mingote, 2007).

1.12.1 Los antipsicóticos atípicos (nuevos).

Se utilizan actualmente como primera línea en el tratamiento de la esquizofrenia los antipsicóticos denominados atípicos debido a las grandes ventajas que muestran. Actúan no solo sobre los síntomas positivos (alucinaciones, delirios,...) de la enfermedad, sino que también han demostrado eficacia sobre los síntomas negativos (apatía, falta de motivación, falta de interés por relacionarse...) y síntomas cognitivos (atención, comprensión, reflexión...) y producen muchos menos efectos secundarios. Estos medicamentos comenzaron con una administración de toma diaria. Pero, en los últimos años los nuevos enfoques se han centrado en el desarrollo de formas de acción y administración más prolongada en el tiempo con el objetivo de mejorar el tratamiento y hacerlo más cómodo para las personas que padecen un trastorno psicótico y familiares (Vallejo, 2011). Existen dos tipos de antipsicóticos atípicos:

- a) Antipsicóticos atípicos de larga duración
- b) Antipsicóticos atípicos de toma diaria

La aparición de estos medicamentos ha supuesto para las personas que padecen la enfermedad y sus familias una mejoría en cuanto a su calidad de vida, con un mejor funcionamiento social, laboral y vital. Ejemplos de serotonina, así como los receptores dopaminérgicos.

1.12.2 Los antipsicóticos típicos (convencionales)

Los primeros antipsicóticos que se comenzaron a utilizar aparecieron en los años 50 y fueron los denominados convencionales o típicos, cuya principal ventaja era el control sobre los síntomas positivos de la enfermedad, aunque tenían importantes inconvenientes como sus efectos secundarios (rigidez, inquietud, temblores...) y que no eran efectivos sobre los síntomas negativos (apatía, falta de motivación, falta de interés por relacionarse...), o incluso los empeoraban, ni tampoco mostraban eficacia en el control de los síntomas cognitivos (atención, comprensión, reflexión...)(Vallejo, 2011). Ejemplos de medicamentos que actualmente pertenecen a este grupo son Haloperidol, Clorpromozina, Zuclopentixol, Flufenazina y Perfenazina.

1.13 Esquizofrenia Paranoide Propiamente Dicha

1.13.1 Definición

La esquizofrenia paranoide es aquella enfermedad que se caracteriza por los siguientes síntomas: predominio de ideas delirantes y alucinaciones, lesiones graves a uno mismo y a los demás, alteraciones de la personalidad. Es la más frecuente y suele iniciarse entre los 15 y 30 años. (Luis, 1992).

La esquizofrenia paranoide es una enfermedad mental que no conlleva alteración anatómica observable, y cuya principal característica es que afecta a la personalidad del

individuo, así como a áreas de su psicología. Este trastorno suele ir unido a otros en la afectividad y en el pensamiento.(Fernandez Egea, Bernardo Arrollo, & Herz, 2001).

1.13.2 Características

El estado consciente del enfermo es normal. Su actitud psíquica se caracteriza por el egocentrismo y el aislamiento, y expresa una pérdida de contacto con la realidad. Manifiesta ideas delirantes (persecución, intentos de envenenamiento, influencias extrañas, brujas, etc.) y trastornos de la percepción (en algunos casos alucinaciones de tipo auditivo, en las que oye voces amenazadoras o críticas). (Smith, 2001).

1.13.3 Epidemiología

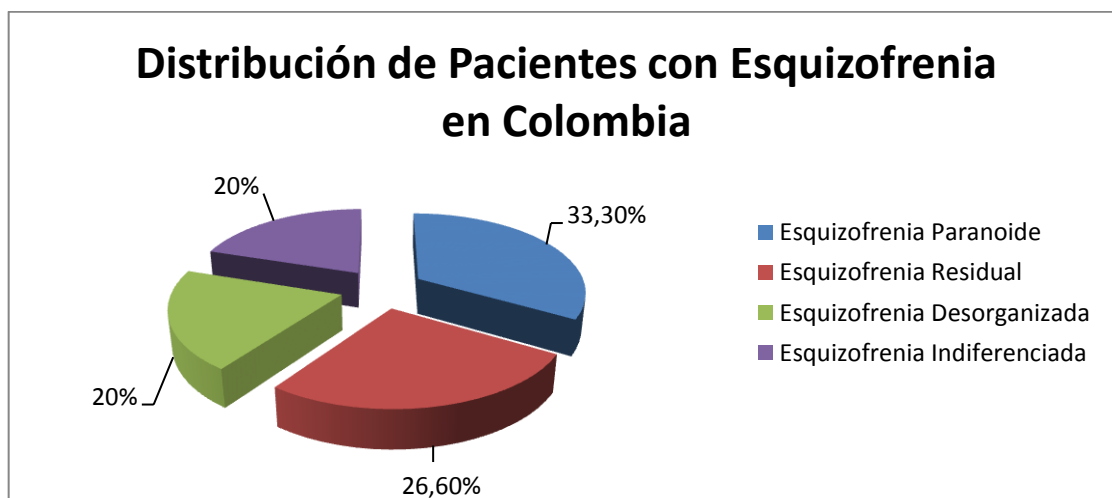
La esquizofrenia paranoide es la forma más frecuente de esquizofrenia en casi todo el mundo (OMS, 2008). En Estados Unidos, informes emitidos por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para 2004 revelaron 121 000 diagnósticos de esquizofrenia paranoide en hospitales no federales de estancia breve (73 000 varones y 47 000 mujeres). La mayoría de los sujetos (62 000) estuvo entre los 15 y los 44 años de edad, ninguno tuvo menos de 15 años de edad; 37.000 estuvo entre los 45 y los 64 años, y 21 000 tuvieron 65 años de edad o más. La distribución geográfica mostró que la prevalencia más alta que ocurren en las regiones sur y noreste de Estados Unidos, y la más baja, en el oeste y la región central norte (casi igual).(CDC, 2004).

En Colombia la distribución de los pacientes con esquizofrenia según su diagnóstico es:

Tabla 1 *Distribución de Pacientes con Esquizofrenia en Colombia.*

Diagnostico	%
Esquizofrenia Paranoide	33.3
Esquizofrenia Residual	26.6
Esquizofrenia Desorganizada	20
Esquizofrenia Indiferenciada	20

Fuente: Revista Colombiana de Psiquiatría (RCP)– 2012



Gráfica 10 Distribución de Pacientes con Esquizofrenia

Fuente: Revista Colombiana de Psiquiatría (RCP) - 2012

1.13.4 Causas

Las causas pueden ser varias y no se conocen con exactitud. Al parecer, intervienen factores generales, psicológicos y socioculturales. La personalidad se altera de forma gradual o repentina; el contacto con el paciente resulta cada día más difícil y éste se retrae cada vez más en su propio mundo. (Pichot-Pierre, López-Ibor, Juan-J, & Valdés-Miyar, 1995).

1.13.5 Etapas de la enfermedad

1.13.5.1 Etapa prepsicótica

Se caracteriza por rasgos semejantes a los que más tarde, pasada la etapa de psicosis activa, se instalan definitivamente y con mayor intensidad: son los llamados síntomas negativos (anhedonia, embotamiento afectivo, etc.). También pueden aparecer dificultades de relación interpersonal, alteraciones cognitivas, dificultades de adaptación escolar, etc. Sin embargo, no es raro encontrar enfermos en los que no hay ninguna alteración durante su etapa premórbida. (Calcedo Barba, 1992)

1.13.5.2 Etapa psicótica florida

Que es nueva o se superpone a la anterior. Suelen presentarse síntomas positivos (delirios y alucinaciones). El estrés suele ser un factor importante en su aparición. (Calcedo Barba, 1992)

1.13.5.3 Etapa residual

Es una etapa prolongada en la que predominan los síntomas negativos y de la que puede haber reactivaciones similares a la etapa psicótica florida. Estos síntomas negativos se caracterizan por pobreza del lenguaje y pensamiento, aplanamiento afectivo, enlucimiento y bajo nivel de actividad. (Calcedo Barba, 1992)

1.13.6 Signos y Síntomas de la Esquizofrenia Paranoide

Predominan las ideas delirantes y las alucinaciones unida a una conservación relativa de las funciones cognoscitivas y de la afectividad. Los temas de delirio y de alucinación pueden ser muy variados, entre ellos se pueden observar los siguientes(Hales R. , 2009):

1.13.6.1 Temas autorreferenciales

Creen que la gente murmura, cuchichea y habla de ellos, lo que les puede llevar a agresiones en respuesta a esas amenazas.

1.13.6.2 Temas de influencia

Siente que su pensamiento, sentimientos y sensaciones están siendo manipulados por otros que los controlan, lo que les puede llevar a adoptar medidas de aislamiento físico o a dirigir agresiones contra esas supuestas personas.

1.13.6.3 Temas de persecución

Se sienten perseguidos, amenazados y que su vida corre peligro, lo que les puede llevar a adoptar medidas de aislamiento físico o a dirigir agresiones contra esas supuestas personas.

1.13.6.4 Temas de grandeza

1.13.6.5 Temas religiosos

1.13.6.6 Temas de celos

A todas estas ideas delirantes se suman las alucinaciones generalmente auditivas y generalmente en relación con el tema de la idea delirante. En este tipo paranoide el sujeto continúa con buen rendimiento intelectual y no se pierde la lógica para otras actividades sociales

o laborales no relacionadas con el contenido del delirio.(Benjamin-Sadock & Virginia-Sadock, 2008)

1.13.7 Diagnóstico

1.13.7.1 Interrogatorio

No existe una prueba definitiva para esquizofrenia paranoide. El diagnóstico se basa en una evaluación completa de los antecedentes, los síntomas y los signos. Según el DSM-IVTR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision), la esquizofrenia paranoide se diagnostica cuando se satisfacen ciertos criterios. Estos son:

- a) Una preocupación por una o más creencias personales falsas (delirios), o alucinaciones auditivas frecuentes
- b) Ciertas características no son notorias (lenguaje desorganizado o conducta catatónica, por emociones planas o inapropiadas).

El interrogatorio revela ideas delirantes, y un predominio de alucinaciones auditivas que están organizadas alrededor de una historia de persecución por conspiración. El funcionamiento emocional (afectivo) e intelectual (cognoscitivo) permanece relativamente intacto.(Kaplan & Sadock, 2008)

1.13.7.2 Examen físico

Un examen físico general por lo general no es útil en el diagnóstico al igual que en otras formas de esquizofrenia. La observación de la orientación, el atuendo, las peculiaridades, la conducta y el contenido del lenguaje del individuo proporciona signos que pueden facilitar el diagnóstico.

1.13.7.3 Pruebas diagnosticas

En general, las pruebas no establecen un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Además de pruebas psicológicas y una tomografía computarizada de la cabeza (que puede revelar ventrículos grandes en el cerebro característicos de la esquizofrenia), se usan pruebas de laboratorio clínicas para excluir trastornos médicos, neurológicos y endocrinos subyacentes que pueden presentarse como psicosis (p. ej., deficiencias de vitaminas, uremia, tirotoxicosis, o desequilibrio de electrolitos). Las pruebas neuropsicológicas por lo general resultan normales salvo cuando el padecimiento se acompaña de deterioro intelectual. Quizá sea evidente lo concreto del pensamiento. Las pruebas de personalidad, como el Inventario Multifásico de la Personalidad, de Minnesota (MMPI o MMPI-2) pueden revelar creencias paranoides.(Casey & Kelly, 2007).

1.13.8 Tratamiento de la Esquizofrenia Paranoide

Los objetivos generales del tratamiento son reducir la gravedad de los síntomas psicóticos, prevenir recurrencias de episodios sintomáticos y deterioro relacionado del funcionamiento, y ayudar a los individuos a funcionar al más alto nivel posible. Mientras más pronto empieza el tratamiento, más beneficioso resulta. Varios estudios a gran escala han mostrado que la intervención temprana puede prevenir los peores resultados a largo plazo de la esquizofrenia paranoide. La hospitalización, la medicación, la rehabilitación con apoyo comunitario, y la psicoterapia, son los principales componentes del tratamiento. (Medical Disability Advisor, 2014, 12 de junio, [Web log post]. recuperado, <http://es.mdhealthresource.com/disability-guidelines/schizophrenia-paranoid-type/treatment>).

Se necesita hospitalización para tratar delirios o alucinaciones graves, y de acciones suicidas serias, incapacidad del paciente para cuidar de sí mismo, o problemas serios con drogas

o alcohol mientras se permite observación por parte de profesionales de la salud mental capacitados, para determinar si la esquizofrenia paranoide es el diagnóstico apropiado. La hospitalización también permite el inicio de un régimen de medicación con supervisión estrecha.

Una persona con esquizofrenia paranoide tiene una mejor capacidad para pensar y funcionar en la vida diaria que los pacientes con otros tipos de esquizofrenia. Sin embargo, la esquizofrenia paranoide es una enfermedad grave y de por vida que puede llevar a muchas complicaciones, incluyendo el comportamiento suicida.(Neferoff & Schatzberg, 2006).

Con un tratamiento eficaz, el paciente puede controlar los síntomas de la esquizofrenia paranoide y trabajar para llevar una vida más feliz y saludable. Las opciones de tratamiento son similares para todos los tipos de esquizofrenia. Pero el enfoque del tratamiento específico depende de tu situación particular y la gravedad de tus síntomas. El tratamiento de la esquizofrenia paranoide suele estar guiado por un psiquiatra experto en el tratamiento de la condición. Los principales tratamientos para la esquizofrenia paranoide son: Medicamentos, Psicoterapia, Hospitalización, Terapia electroconvulsiva (TEC), Habilidades de formación profesional. (Martindale, 2008).

Los medicamentos son el tratamiento fundamental esquizofrenia paranoide. Entre los medicamentos más comúnmente prescritos para la esquizofrenia paranoide destacan: Antipsicóticos de primera generación, Antipsicóticos de segunda generación y Antidepresivos.(Neferoff & Schatzberg, 2006).

1.13.9 Pronóstico

El pronóstico para la esquizofrenia paranoide es más favorable que para otras formas de esquizofrenia. A pesar de dificultades para el tratamiento, muchos sujetos con esquizofrenia paranoide pueden funcionar bastante bien. Aun cuando sus opiniones paranoides al parecer son

inquebrantables, varios tratamientos parecen eficaces para mejorar la función social, de modo que no requieren hospitalización prolongada. Cuando la esquizofrenia paranoide se maneja de manera exitosa, los afectados pueden disfrutar relaciones personales, sociales y de carrera a largo plazo. El resultado inadecuado se relacionó con personalidad aislada, funcionamiento inadecuado antes del inicio de la enfermedad, inició seis meses o más antes de la hospitalización, inicio gradual, falta de autocrítica, estado marital soltero, y ausencia de sucesos precipitantes.(Kraepelin, 2005).

1.13.10 Complicaciones

La violencia contra otros, o el suicidio, o ambos, son complicaciones posibles en respuesta a ideas de ser perseguido. Los delirios paranoides pueden llevar a pérdida de relaciones y del empleo.(Hales R. , 2009).

1.14 Conclusiones Capitulo 1

A pesar de la aparentemente baja incidencia de la población mundial y nacional de personas que padecen la esquizofrenia (1 a 1.5 %) y dada la altísima prevalencia, así como lo complejamente dramático del cuadro clínico que la acompaña, se amerita prestar especial atención al tema, debido a las importantísimas repercusiones sociales que representa la presencia de la patología.

Siendo la esquizofrenia de tipo paranoide la más común dentro de las esquizofrenias y debido a la peculiaridad de la sintomatología que la caracteriza, reviste especial importancia brindar el mayor cuidado posible a la problemática que a todo nivel (medico, social, familiar, legislativo etc.) se deriva de su alta prevalencia.

Pese a que los autores que se han ocupado del estudio y descripción de la Esquizofrenia Paranoide han sido explícitos en cuanto a sus signos y síntomas así como al efecto de los mismos

(Irascibilidad, agresividad, intento de suicidio), tal vez no han advertido ser lo suficientemente enfáticos en incluir dentro de su descripción, el hecho que un paciente que cursa con una crisis (Ideas delirantes, alucinaciones, delirios, y demás) es muy posible que, así como puede intentar auto eliminarse pueda también fácilmente intentarlo o llegar a realizarlo contra terceros.

Quien tiene el infortunio de padecer de Esquizofrenia Paranoide, es un ser humano que sin la ayuda adecuada está destinado a los más horribles sufrimientos y aterradoras experiencias. Víctima de un mal cuya comprensión y control están muy por encima de su propia capacidad, pues la presentación, desarrollo y curso de su enfermedad son absolutamente impredecibles para él y de forma superlativa fuera del alcance de su propio control y voluntad. Le es imposible auto determinarse para padecer la presencia de imágenes aterradoras así como de voces que le persiguen, hostigan, atacan y confabulan contra si, (según su sentir y entender), efecto de la patología que padece, y asimismo le es imposible preordenarse para experimentar la sintomatología de un episodio psicótico derivado de su enfermedad, para cometer un punible.

No se puede pedir y mucho menos exigir a una persona enferma de Esquizofrenia Paranoide que “se controle” o que “se comporte “, pues esto está fuera de su alcance. La única ayuda posible debe venir de fuera, de quienes le rodean; llámese cuerpo médico, familiares, autoridades, sociedad, legisladores etc.

Lo irónico es que la Esquizofrenia Paranoide es una de las patologías más tratables y de mejores resultados en cuanto a su control dentro del grupo de las esquizofrenias. Todo se resume a la administración de medicamentos antipsicóticos los cuales brindan excelentes resultados para el control de las crisis así como de sus consabidos efectos (agresividad, irascibilidad, agresiones etc.)

Lo importante es que debe quedar estipulado con suficiente claridad que el Esquizofrénico Paranoide es una persona desdichada y víctima, altamente vulnerable que lleva una vida de sufrimiento y debe ser cuidada, tratada y protegida por quienes le rodean, trasmitiéndose a ellos la responsabilidad del adecuado funcionamiento social de estos enfermos, al administrarles sus medicamentos. El enfermo de Esquizofrenia Paranoide está llamado a ser “protegido por excelencia” en atención a su incapacidad, por la cual realizan involuntariamente y fuera de su control, actos social y legalmente reprochables y sancionables.

Capítulo 2: La ausencia de responsabilidad penal del inimputable

En el presente capítulo se analizará el planteamiento de ausencia de responsabilidad penal del inimputable esquizofrénico paranoide, partiendo de un análisis del Derecho sustantivo penal vigente, la propuesta de incorporación al Código Penal de la causal de ausencia de responsabilidad penal para este grupo poblacional, el papel del defensor en el actual proceso penal, el interrogatorio, el conainterrogatorio y el análisis de la Sentencia C 370 de 2002.

La Ley 599 de 2000 (Código Penal), al tenor literal del artículo 32, trata en doce numerales los casos en que no habrá lugar a responsabilidad penal:

Artículo 32. Ausencia de responsabilidad. No habrá lugar a responsabilidad penal cuando:

1. En los eventos de caso fortuito y fuerza mayor.
2. Se actúe con el consentimiento válidamente emitido por parte del titular del bien jurídico, en los casos en que se puede disponer del mismo.
3. Se obre en estricto cumplimiento de un deber legal.
4. Se obre en cumplimiento de orden legítima de autoridad competente emitida con las formalidades legales.

No se podrá reconocer la obediencia debida cuando se trate de delitos de genocidio, desaparición forzada y tortura.

5. Se obre en legítimo ejercicio de un derecho, de una actividad lícita o de un cargo público.
6. Se obre por la necesidad de defender un derecho propio o ajeno contra injusta agresión actual o inminente, siempre que la defensa sea proporcionada a la agresión.

Se presume la legítima defensa en quien rechaza al extraño que, indebidamente, intente penetrar o haya penetrado a su habitación o dependencias inmediatas.

7. Se obre por la necesidad de proteger un derecho propio o ajeno de un peligro actual o inminente, inevitable de otra manera, que el agente no haya causado intencionalmente o por imprudencia y que no tenga el deber jurídico de afrontar.

El que exceda los límites propios de las causales consagradas en los numerales 3, 4, 5, 6 y 7 precedentes, incurrirá en una pena no menor de la sexta parte del mínimo ni mayor de la mitad del máximo de la señalada para la respectiva conducta punible.

8. Se obre bajo insuperable coacción ajena.

9. Se obre impulsado por miedo insuperable.

10. Se obre con error invencible de que no concurre en su conducta un hecho constitutivo de la descripción típica o de que concurren los presupuestos objetivos de una causal que excluya la responsabilidad. Si el error fuere vencible la conducta será punible cuando la ley la hubiere previsto como culposa.

Cuando el agente obre en un error sobre los elementos que posibilitarían un tipo penal más benigno, responderá por la realización del supuesto de hecho privilegiado.

11. Se obre con error invencible de la licitud de su conducta. Si el error fuere vencible la pena se rebajará en la mitad.

Para estimar cumplida la conciencia de la antijuridicidad basta que la persona haya tenido la oportunidad, en términos razonables, de actualizar el conocimiento de lo injusto de su conducta.

12. El error invencible sobre una circunstancia que diere lugar a la atenuación de la punibilidad dará lugar a la aplicación de la diminuyente.

A excepción de los numerales 1 y 12, que tratan respectivamente el evento de fuerza mayor y caso fortuito, y el error invencible, el legislador utilizó los verbos actuar y obrar como comportamientos humanos típicos en las causales taxativas de ausencia de responsabilidad descritas en el artículo 32 del Código Penal, sin embargo no puntualizó en que eventos ese actuar u obrar puede estar condicionado a una eventual, transitoria o permanente enfermedad mental del sujeto activo en la consumación de un delito, se presume que ese actuar u obrar humano está libre de vicios en su formación y que se obra en un estado normal de salud mental por parte del agente. Gracias a los trabajos de investigación del periodismo colombiano, se ha evidenciado que muchos de los procesados y condenados por justicia, son enfermos mentales quienes conviven en condiciones que les impide tener un entorno espacio temporal igual a los demás, sino que por el contrario viven en un mundo diferente y no son conscientes de la realidad que los rodea, siendo condenados por delitos que cometieron sin estar en pleno uso de sus facultades mentales. No existe una política pública, salvo el alcance de la reciente Ley 1616 de 2013: “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”, que proteja, prevea y considere la enfermedad mental denominada esquizofrenia paranoide, como causal de ausencia de responsabilidad penal, como parte integrante del artículo 32 del actual Código Penal; sin embargo esta ley hace una aproximación a los enfermos mentales condenados, ordenando en su artículo 4 al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC, adoptar programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad, y asimismo contempla que los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la reciente ley de salud mental, protege al ya condenado enfermo mental a su tratamiento, pero no busca una causal de ausencia de

responsabilidad en el juicio por su situación patológica, aspecto que puede ser alegado por la defensa técnica en la etapa del juicio oral, previo dictamen médico legal, en el cual se demuestre su condición de esquizofrénico paranoide al momento de cometer el delito, del cual no es consciente.

De manera análoga, el actual Código Penal Militar (Ley 1407 de 2010), en su artículo 33, trata igualmente, en concordancia con el artículo 32 del Código Penal, las doce causales de ausencia de responsabilidad para los miembros de la Fuerza Pública en servicio activo y en relación con el servicio.

Se plantea como respuesta al problema de investigación del presente trabajo la incorporación en el artículo 32 del Código Penal, como causal de ausencia de responsabilidad el numeral 13, que podría ser: “Cuando la persona actué bajo una inimputabilidad donde se demuestre que sufre de la enfermedad esquizofrenia paranoide”.

El artículo 33 del Código Penal, Inimputabilidad, manifiesta que: “Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares”.

Al analizar este artículo y el tema de investigación, el hecho punible consumado por un individuo que al momento de ejecutar el delito padeciere trastorno mental denominado esquizofrenia paranoide, y diagnosticado así por parte de medicina legal, es razón suficiente para que la defensa alegue en el juicio oral su ausencia de responsabilidad, en razón a que no se le puede atribuir un hecho que ocurrió bajo el estado alucinatorio de esta enfermedad, el imputado o acusado no era consciente ni tenía una condición mental apropiada al momento de los hechos.

Esta es precisamente la razón por la cual, el diagnosticado como “esquizofrénico paranoide inimputable” debería estar de manera taxativa considerado en el artículo 32 del Código Penal, como ausencia de responsabilidad.

La Ley 734 de 2002, “Código disciplinario Único”, establece en el Artículo 28: “Causales de exclusión de la responsabilidad disciplinaria”. Está exento de responsabilidad disciplinaria quien realice la conducta:

1. Por fuerza mayor o caso fortuito.
2. En estricto cumplimiento de un deber constitucional o legal de mayor importancia que el sacrificado.
3. En cumplimiento de orden legítima de autoridad competente emitida con las formalidades legales.
4. Por salvar un derecho propio o ajeno al cual deba ceder el cumplimiento del deber, en razón de la necesidad, adecuación, proporcionalidad y razonabilidad.
5. Por insuperable coacción ajena o miedo insuperable.
6. Con la convicción errada e invencible de que su conducta no constituye falta disciplinaria.
7. En situación de inimputabilidad. En tales eventos se dará inmediata aplicación, por el competente, a los mecanismos administrativos que permitan el reconocimiento de las inhabilidades sobrevinientes.

En este caso, al realizar analogía con la Ley Penal, el Código Único Disciplinario establece de manera taxativa en su artículo 28, siete (07) causales de exclusión de responsabilidad disciplinaria que guardan concordancia con las causales de ausencia de responsabilidad penal, estas han sido esbozadas por el legislador de manera precisa, bajo el

termino exclusión, es decir que excluye o rechaza responsabilidad de tipo disciplinaria, mientras que en el Código Penal contempla la ausencia, es decir la inexistencia de responsabilidad penal.

2.1 La imputabilidad del procesado. El inimputable en derecho comparado

Los artículos 1 y 29 de la Carta Política (Constitución Política de Colombia 1991) , según los cuales Colombia es un Estado Social de Derecho fundado en el respeto de la dignidad de la persona y nadie podrá ser juzgado si no es de conformidad con el acto que se le imputa, al igual que del artículo 12 de la Ley 599 de 2000, Código Penal (Ley 599 de 2000), que proscribe toda forma de responsabilidad objetiva, la categoría dogmática de la culpabilidad se manifiesta en el juicio de reproche que los funcionarios efectúan acerca de la capacidad de haber conocido la ilicitud de la acción al momento de ejecutarla, así como de haberse comportado conforme al precepto normativo vulnerado.

En la práctica para que una conducta sea considerada culpable desde el punto de vista jurídico penal, el problema radica en establecer que la persona tenía la capacidad psíquica de acceder al sentido prohibitivo de la norma y entre esta y aquella se pudo establecer una efectiva y adecuada comunicación en lo que a dicho mensaje de mandato se refiere.

Otro aspecto está relacionado con el error de prohibición, este se relaciona con la imputabilidad, o en su sentido negativo la inimputabilidad, que según el artículo 33 del Código Penal, es la ausencia de la capacidad de comprender la ilicitud de la conducta o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, ya sea por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad socio cultural o estados similares.

Los destinatarios de las normas penales son aptos para entenderlas, así como para obrar en función de sus respectivos contenidos. Sin embargo, no solo en especiales circunstancias susceptibles de alterar las facultades del individuo, sino además debido a la preexistencia en este

de ciertas limitaciones de índole mental, es posible derivar desde disminuciones relevantes en la autodeterminación que no la excluyan por completo hasta la pérdida absoluta de la capacidad de comprensión y de control, caso en el cual el autor no será objeto de sanción penal alguna, sino de la medida de seguridad que sea pertinente aplicar, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y siguientes del Código Penal (“Medidas de seguridad”).

El legislador no tuvo en cuenta que la capacidad de entender normas penales es un trabajo de índole mental, que no todos los individuos de una comunidad comprenden y entienden en razón a que pueden estar limitados en su comprensión y entendimiento por múltiples factores, entre ellos por enfermedades mentales que impiden su comprensión, siendo este grupo de población afectada al verse en un proceso penal condenado por un delito que cometió bajo el desarrollo o producto de una enfermedad mental que le impedía tener una ubicación y comprensión espacio temporal igual a los demás individuos de una comunidad. Se plantea entonces una defensa basada en que sería inimputable, es decir que no se le atribuye la conducta puesto que no tiene la capacidad de comprenderla, y por ende al ser inimputable una ausencia de responsabilidad, para el caso concreto de enfermos mentales diagnosticados con esquizofrenia paranoide por medicina legal, al momento de la consumación del hecho punible.

“La capacidad de comprensión y de autodeterminación constituyen aspectos que de ninguna manera deberán valorarse de forma abstracta, sino siempre concreta, dependiendo de las circunstancias de cada asunto en particular, y en relación con la específica realización del tipo, tal como de manera unánime se ha expuesto en la doctrina que la imputabilidad es una característica del acto que proviene de una capacidad del sujeto, es algo que se pone claramente de manifiesto por la circunstancia de que a una persona puede serle imputable un injusto y no otro” (Proceso 26789 Corte Suprema de Justicia).

“Por regla general la inimputabilidad no se puede constatar en abstracto en razón de un determinado estado o diagnóstico, sino solo en atención al hecho concreto. 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. Es decir el juicio acerca de la imputabilidad no se agota con tan solo establecer un estado de patología, deficiencia o impedimento mental en el procesado, sino que siempre deberá apreciarse en directa relación con la prohibición prescrita por la norma” (Proceso 26789 Corte Suprema de Justicia).

De acuerdo a la historia, instrumentos internacionales como la Declaración de los Impedidos (Declaración de los derechos de los impedidos 1975), consagró que la persona con limitaciones físicas cualesquiera sea el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad y por tanto también son sujetos de deberes como el de motivar su comportamiento de acuerdo con los mandatos instituidos en las normas penales.

“Actualmente ningún ordenamiento jurídico prevé la posibilidad de que el limitado auditivo presente en razón de su sola condición física cualquier deficiencia, incapacidad o desventaja de índole mental. Así lo reconoció la Sala plena de la Corte Suprema de Justicia cuando, a la luz de la Constitución Política de 1886, declaró inexecutable (Artículo 16 del Decreto 250 de 1970), que inhabilitaba a los sordos, mudos y ciegos para ser funcionarios de la Rama Judicial. Por el contrario piensa la Corte que si un individuo en tales condiciones ha realizado en forma satisfactoria sus estudios de Derecho, haya o no desarrollado, como por otra parte lo reconoce universalmente la medicina y la psicología, otras facultades intelectivas, puede encontrarse en condiciones para desempeñar las actividades propias de un Juez de la República.

Encuentra la Corte que descartar a priori como se ha dicho a los sordos, mudos o invidentes de la administración de justicia es aceptar una discriminación, que abriría el paso a otras nuevas y más sofisticadas contrarias a la igualdad de todas las personas protegidas por la Constitución” (Proceso 26789 Corte Suprema de Justicia).

“En la Sentencia (Corte Constitucional. Sentencia C983 de 2002) mediante la cual fue retirado del ordenamiento jurídico la expresión “por escrito” contenida en los artículos 62, 432,560 y 1504 del Código Civil, la Corte Constitucional adujo acerca de la facultad de discernimiento y de las formas de comunicación empleadas por las personas con impedimentos auditivos que los sordos y mudos, salvo aquellos que padecen retardo mental, tienen un índice intelectual igual que las oyentes y será diferente de acuerdo con el desarrollo potencial de cada individuo. El hecho de que no puedan escuchar ni expresarse verbalmente no implica que no piensen, ni tengan la facultad de discernir o de adoptar decisiones y comprometerse con el mundo jurídico. El lenguaje utilizado por esa comunidad es diferente al del resto de la población, pero no por ello es ininteligible e indescifrable. Por el simple hecho de que ese lenguaje no sea el oral, utilizado por la mayoría de las personas, no pueden adoptarse medidas que los aparten del mundo jurídico y se les considere absolutamente incapaces” (Proceso 26789 Corte Suprema de Justicia).

“La doctrina penal contemporánea contempla la posibilidad de que el sordomudo desde la infancia sea inimputable, pero solo cuando tal condición suponga una incomunicación con el mundo social que incapacite al sujeto para recibir normalmente la llamada de la norma jurídica de que se trate. En Colombia dicha postura no ha sido la excepción: La sordomudez no presenta un problema específico de inimputabilidad, sino que en cada caso concreto deberá investigarse si

existe una insuficiencia de las facultades que conduzca a la aplicación de la causal genérica de inimputabilidad” (Proceso 26789 Corte Suprema de Justicia).

“En el ámbito del derecho penal la situación del sordomudo puede o no generar inimputabilidad. Cuando se imputa a una de estas personas la realización de hecho punible, ha de practicársele examen médico legal que permita precisar la naturaleza y entidad de sus disturbios biosíquicos, si de tal comprobación pericial resulta que la sordomudez se incrusta en la sintomatología propia de una oligofrenia, o viniendo desde el nacimiento ha sumido al paciente en total aislamiento con el mundo cultural circundante, habrá de ser tenido como un inimputable” (Proceso 26789 Corte Suprema de Justicia).

“Si el examen demuestra en cambio que el sordomudo posee relativa capacidad de discernimiento porque pueda comunicarse así sea precariamente y por eso no se le escapa el contenido de ilicitud de sus acciones, podrá ser considerado como imputable, aunque deba tenerse en cuenta la causal de atenuación señalada en el numeral 9 del artículo 55 de la Ley 599 de 2000” (Proceso 26789 Corte Suprema de Justicia”).

Si el reconocimiento médico legal NO muestra ninguna alteración biosíquica que le impida comunicarse por escrito o por cualquier otra vía, comprender la naturaleza jurídica o antijurídica de su comportamiento y auto determinarse en virtud de motivaciones, su inimputabilidad ha de tenerse como plena y consecuentemente responderá como cualquier persona normal.

“La mayoría de estatutos penales en el mundo ya no consagran la sordomudez, ni otra clase de impedimento como causal de inimputabilidad. En Alemania, el Código Penal que entro en vigor el 1º de Enero de 1975 no incluyo referencia alguna a las personas con limitaciones auditivas (Código Penal alemán. 1975). Si la capacidad de comprender la ilicitud del hecho o de

obrar conforme a esa comprensión se consideraba disminuida en el momento del hecho, la pena puede ser atenuada conforme a las disposiciones referentes a la punición de la tentativa. En España, el Código Penal (Código Penal español de 1.995) declara exento de responsabilidad penal al que por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad. Norma esta que ha sido criticada en la doctrina”. (Proceso 26789 Corte Suprema de Justicia).

“En Colombia, se incluyó como inimputables a los sordomudos congénitos o no instruidos en el proyecto del Código Penal elaborado por la segunda comisión redactora de 1974, que desembocó en el Decreto Ley 100 de 1980 (Antiguo Código Penal colombiano). Esta disposición fue retirada del texto final porque lo jurídicamente relevante en cada caso es la constatación de una deficiencia de índole mental que le impida al sujeto agente comprender la ilicitud del injusto o adecuarse a esa comprensión, y no la simple verificación de un impedimento físico, que no necesariamente implica una incapacidad psíquica para ser declarado penalmente responsable ante la realización típica y antijurídica de determinados comportamientos”(Proceso 26789 Corte Suprema de Justicia).

Se establece en el Código igualmente como causal de inimputabilidad la diversidad sociocultural, como es el caso de los indígenas que por razón de su realidad cultural podrían realizar un comportamiento que para ellos es lícito, pero que para los demás no. Según lo estableció la Corte Constitucional, el tema no se resolvería concluyendo que se trata de un inimputable sino de un caso de error de prohibición que al ser invencible generaría una sentencia absolutoria.

Según la Sentencia C 370 de 2002, el error de prohibición, para ser un exonerante de responsabilidad, debe ser invencible, y ello supone que el sujeto activo tuvo un razonable

cuidado por conocer y comprender la antijuricidad de su comportamiento, pues si esa persona pudo actualizar el conocimiento de lo injusto de su conducta, y no lo hizo, entonces debe entenderse que su error no será insuperable sino evitable. En esta última hipótesis, el artículo 32 ordinal 11 del estatuto penal no prevé la exoneración de la responsabilidad penal sino únicamente la reducción de la pena a la mitad.

Es necesario tomar en cuenta que la expresión acusada establece que la persona es inimputable no solo si no puede comprender la ilicitud de su conducta (momento cognitivo) sino también si no puede actuar con base en dicha comprensión (momento volitivo).

El conjunto de situaciones reguladas por el artículo 33 del Código Penal sobre inimputabilidad por diversidad cultural es más amplio que el conjunto de comportamientos que, según el artículo 32 ordinal 11, configuran un error de prohibición culturalmente condicionado por dos razones:

- Los casos de inimputabilidad no distinguen acerca de la vencibilidad o no de la interpretación divergente del mundo, mientras que el error debe ser invencible para poder eximir de responsabilidad, y
- La inimputabilidad también cubre la incapacidad volitiva, mientras que para algunos, el error no.

Así, si un indígena comete una conducta típica y antijurídica, y no tenía la capacidad de comprender su ilicitud, o de determinarse con base en esa comprensión por su diversidad cultural, al regularse esta conducta con base en la teoría del error no siempre ese comportamiento sería exonerado de pena, según lo preceptuado por el estatuto penal.

La expresión acusada del artículo 33 del estatuto penal presenta problemas constitucionales, pues puede afectar la igualdad, el principio de proporcionalidad en materia penal y la diversidad cultural.

“La Corte considera que, por aplicación directa de la principio de igualdad, y por el sentido mismo de la figura de la inimputabilidad, en aquellos eventos en que un indígena o un miembro de otra minoría cultural haya realizado una conducta típica y antijurídica, el funcionario judicial debe comenzar por examinar si concurre algunas de las causales de exclusión de la responsabilidad previstas por el estatuto penal, y en particular si hubo o no error invencible de prohibición”.(Sentencia C370 de 2002)

De acuerdo con desarrollos de la doctrina y la jurisprudencia, el legislador ha introducido de manera expresa como causa de inimputabilidad la diversidad sociocultural causal declarada ajustada a la Constitución Política, a condición de que se entienda que la inimputabilidad consagrada en la ley deviene de la cosmovisión diferente del agente, y de que da cabida a una formula de error de prohibición invencible.

2.2 Consecuencias Jurídicas que genera el que una persona sea considerada inimputable

“Si una persona es considerada inimputable, no implica ello que no responda penalmente, existirá responsabilidad penal, sin culpabilidad, y la consecuencia de ello será la imposición de una medida de seguridad, solo a pesar de que exista inimputabilidad se proferirá sentencia absolutoria, si se demuestra que actuó amparado por una causal excluyente de antijuridicidad” (Revista de la Defensoria Publica No.15).

2.3 Responsabilidad de la defensa de acreditar la existencia del trastorno mental

En materia de trastornos mentales, el defensor debe tener claro que el a través de sus peritos, le corresponde acreditar la existencia de los mismos, debiendo el psiquiatra determinar la existencia de la enfermedad mental esquizofrenia paranoide.

Es también importante determinar cuáles trastornos mentales, podrían colocar a la persona en el marco de la inimputabilidad, demostrar por medios técnico científicos y a través de peritos psiquiatras que el imputado o acusado padecía una enfermedad mental conocida como la esquizofrenia paranoide objeto de este trabajo de investigación, al cometer el hecho o hechos punibles, y que no puede ser tratado como los demás individuos que poseen una ubicación en el espacio y en el tiempo y son conscientes del entorno en el que se desarrollan, sino que por el contrario estos enfermos están en un entorno que solo existe para ellos y que sus actos no corresponden al devenir ordinario. Es entonces la defensa la que tiene la obligación de demostrar al juez de conocimiento la inimputabilidad del procesado, basado en pruebas medico psiquiatras de medicina legal y otro u otros peritos idóneos que certifiquen la existencia o padecimiento de esta enfermedad mental en el procesado al momento de la consumación del hecho punible. Existe así la necesidad de ampliar en nuestro ordenamiento legal las causales de ausencia de responsabilidad taxativamente enumeradas en el artículo 32 del Código Penal ya señaladas, y que se incluya al inimputable diagnosticado con enfermedad mental por experto perito en psiquiatría, como ausencia de responsabilidad penal y en su lugar se puedan dictar medidas de carácter administrativo.

2.4 El trastorno mental no es sinónimo de inimputabilidad

El trastorno mental es causa de la inimputabilidad, sin que necesariamente una persona que padezca un trastorno mental se pueda concluir que es inimputable, a pesar de padecerlo

podría tener capacidad para comprender el carácter ilícito de su conducta, así un cleptómano por virtud de una situación patológica no puede dejar de hurtar, pero si a pesar de esa condición produce la muerte de una persona, responderá como imputable. Una persona puede ser inimputable para un concreto delito y no necesariamente para otro.

“La declaratoria de inimputabilidad se da en el marco de un proceso penal y por parte del juez y solo procede declarar inimputable a quien ha realizado previamente un comportamiento típico y antijurídico, la inimputabilidad vincula a una persona con un injusto penal concreto, y nunca antes de comisión (se es inimputable por cometer un hecho punible sin tener la capacidad para comprender la ilicitud o sin tener la capacidad para adecuar los actos a dicha comprensión). Si quien padece perturbación mental ha cometido un hecho previsto como homicidio, solo podrá ser declarado inimputable con respecto a ese homicidio y no con respecto a otros homicidios o con respecto a lesiones o hurtos”. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

2.5 Trastorno mental permanente, transitorio o pre ordenado

La defensa con apoyo del grupo de profesionales médicos psiquiatras debe determinar si se está ante un caso de trastorno mental permanente o de trastorno mental transitorio, ya que si fuere esta última la situación, implicaría que el juez no considerara necesario la imposición de la medida de seguridad (Artículo 69 Código Penal).

Situación distinta es la de trastorno mental pre ordenado, conocido como un caso de *actioliberae in causa* (acción libre en la causa), situación en el que la persona preordena el trastorno mental, para poder realizar el comportamiento ilícito, evento en el cual responderá como imputable.

Será obligación de la defensa acreditar esta situación, debiendo para ello contar el psiquiatra, debe este valorar previamente al defendido para que le dé absoluta claridad sobre este

punto a la defensa, ello conllevara que este realice los exámenes correspondientes con tiempo suficiente para que al momento en que se llegue a la audiencia preparatoria, pueda el defensor plantear de manera clara esta hipótesis pidiendo como prueba el perito psiquiatra.

En la Audiencia preparatoria (Artículo 355 Código de Procedimiento Penal), la defensa descubre los elementos materiales probatorios y evidencia física, siendo este el momento procesal en el cual se deben descubrir los elementos materiales probatorios que demuestren la inimputabilidad del acusado, estos son los peritajes a los que fue sometido por parte de medicina legal sobre el estado de salud mental.

2.6 Presencia permanente del perito en la audiencia

“Cuando se llegue a la audiencia de JUICIO ORAL y con fundamento en el artículo 396 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2.004) que habla del examen separado de testigos, en virtud del cual un testigo declarara sin haber escuchado lo que hubiesen manifestado los demás estableciendo tres excepciones: Acusado, víctima y aquel perito que por su importancia debe acompañar de manera ininterrumpida al fiscal o al defensor, se debe solicitar al Juez, que autorice la presencia ininterrumpida del psiquiatra a lo largo de TODA la audiencia, ello permitirá que este escuche lo que manifieste el perito o peritos de la fiscalía y pueda posteriormente ser interrogado sobre lo que estos hubiesen manifestado generando con ello mejores resultados”. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

2.7 Preparación con el perito de los interrogatorios y contrainterrogatorios

A pesar de que el presente trabajo de investigación se enfoca en el análisis de las causales de ausencia de responsabilidad penal consagradas en el artículo 32 del Código Penal, y la pretensión de que se incluya al declarado por medicina legal como esquizofrénico paranoide – inimputable, igualmente como ausencia de responsabilidad penal, a continuación se estudia la

manera como se debe preparar al perito en caso de afrontar un juicio en el actual sistema procesal penal:

Se debe preparar con el perito el interrogatorio que se le va a realizar, estableciendo las preguntas de acreditación, de introducción, las de transición, las que se refieren al tema principal, que necesariamente será las que refieren al trastorno mental y la pregunta final, que debe estar encaminada a que el perito concluya que al momento en que el procesado realizó la conducta ilícita producto del trastorno mental no tenía capacidad para comprender el carácter ilícito de su conducta. Es importante que cuando el perito declare se acompañe de evidencias demostrativas que le van a dar más énfasis a su presentación. Lo más importante es que al Juez le quede clara la tesis, con el debe preparar la forma como se va a incorporar la base de la opinión pericial y si es posible la evidencia demostrativa, la cual se debió descubrir desde la audiencia preparatoria.

“También se deberá preparar al perito frente al contrainterrogatorio al que seguramente será sometido por el fiscal, destinando varias sesiones para detectar en que tópicos esta débil el perito. Si la patología que va a ser materia de discusión es una esquizofrenia el perito le deberá ilustrar sobre ella al defensor, para que este pueda abordar el tema con propiedad. El defensor ilustra y prepara al perito sobre la forma como debe contestar y a la vez el perito ilustra al profesional del derecho sobre la patología concreta”. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

2.8 Reglas específicas para interrogar a los peritos

Al tratarse de un interrogatorio que se va a efectuar a un perito, se debe tener en cuenta reglas específicas que han sido establecidas para la preparación del perito y para el desarrollo del interrogatorio.

Estas reglas se desprenden del artículo 417 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004): “El perito deberá ser interrogado en relación con los siguientes aspectos”:

- Sobre los antecedentes que acrediten su conocimiento teórico sobre la ciencia, técnica o arte en que es experto. En este punto, lo que se busca es acreditar al testigo, esto es, mostrarle al juez que el perito, tiene la formación académica, los títulos, los conocimientos y la experiencia que le permiten actuar como tal.
- Sobre los antecedentes que acrediten su conocimiento en el uso de instrumentos o medios en los cuales es experto. Se busca acreditar al perito de manera específica sobre el uso de una determinada técnica en la cual es experto.
- Sobre los antecedentes que acrediten su conocimiento práctico en la ciencia, técnica, arte, oficio o afición aplicables. Se busca acreditar al perito, se hacen preguntas encaminadas a que demuestre su experiencia en el uso de una determinada técnica.
- Sobre los principios científicos, técnicos o artísticos en los que fundamenta sus verificaciones o análisis y grado de aceptación. Se le debe interrogar sobre los principios que fundamentan una determinada prueba científica.
- Sobre los métodos empleados en las investigaciones y análisis relativos al caso.
- Sobre si en sus exámenes o verificaciones utilizo técnicas de orientación, de probabilidad o de certeza. Estas técnicas tienen distinta finalidad, una prueba de probabilidad es diferente que una de certeza y los resultados de cada una pondrán al juez frente a una perspectiva distinta. Algunos informes periciales señalan resultados de certeza, cuando se trata de una ciencia exacta.

El perito podrá ser confrontado con otros expertos que han opinado sobre el tema, incluso para ello se le pondrá poner de presente artículos o escritos que sobre el tema hayan sido realizados por expertos, para darle mayor fortaleza a su declaración. Esto dejara en la mente del juez, la idea que lo que está manifestando el perito tiene un soporte, que debe ser valorado de

manera positiva. Para darle mayor fortaleza al testimonio dado por un psiquiatra, es conveniente que un segundo declarara en el proceso para que ratifique lo mencionado por este, lo que le dará mayor fortaleza a la teoría planteada por el perito que ya declaró.

Se deberá también tener en cuenta los siguientes aspectos:

- No se le puede interrogar sobre la imputabilidad o inimputabilidad del acusado. Si el perito es un psiquiatra NO se le puede pedir que manifieste si en su concepto el acusado es imputable o inimputable porque este es un juicio de valor jurídico que debe determinar el Juez y no el perito, y en este sentido el código trae expresa prohibición legal. El perito motu proprio NO puede sugerir que el examinado es imputable o inimputable.

Es importante aclarar que la base de la opinión pericial, se requiere para el perito y no para el testigo técnico, siendo este último el que tiene conocimientos especiales en torno a una ciencia o arte. Sobre este punto la Corte Suprema de Justicia. Sala de casación penal. MP. Jorge Luis Quintero Milanés. Radicado 26128 de 11 de Abril de 2.007, señala:

“Así mismo, no se puede confundir, como lo hace el defensor, la diferencia entre testigo perito y testigo técnico, toda vez que este último es aquel sujeto que posee conocimientos especiales en torno a una ciencia o arte, que lo hace particular al momento de relatar los hechos que interesan al proceso, de acuerdo con la teoría del caso, mientras que el primero se pronuncia no sobre los hechos sino sobre un aspecto o tema especializado que interesa a la evaluación del proceso factico. El testigo técnico es la persona experta de una determinada ciencia o arte que lo hace especial y que al relatar los hechos por haberlos presenciado se vale de dichos conocimientos especiales”

2.9 Reglas para el contrainterrogatorio de perito psiquiatra

Así como se va a interrogar al perito de la defensa, se debe contrainterrogar al perito de la fiscalía y para ello también, además de las reglas generales para contrainterrogar, se debe tener en cuenta ciertas reglas específicas que deben valorarse para obtener un resultado favorable.

La finalidad del contrainterrogatorio es refutar en todo o en parte, lo que el perito ha informado. Aquí se pretende quitarle credibilidad al testigo, las preguntas que se hagan deben ser cerradas, buscando explorar temas en los cuales el testigo no sea experto y sobre los que hubiese dado alguna opinión. Si no se tienen conocimientos mínimos sobre el tema materia del interrogatorio del perito, difícilmente se podrá contrainterrogar, y refutar lo que el testigo manifieste.

En el contrainterrogatorio se podrá utilizar cualquier argumento sustentado en principios, técnicas, métodos o recursos acreditados en divulgaciones técnico – científicas calificadas, referentes a la materia de controversia. Esto exige preparación, y estar informado sobre el tema, de lo contrario es mejor no contrainterrogar.

Nunca se deben pedir explicaciones o justificaciones al perito. Una regla básica en el contrainterrogatorio es que no le debe pedir al testigo que explique su respuesta o señale las razones por las cuales llega a una conclusión. Si se le solicita al perito que le dé el porqué de su respuesta, lo único que se va a conseguir es que este se justifique y lo hará más creíble.

“Se debe alejar al perito del campo científico y llevarlo al legal. El perito es muy fuerte en la parte científica o técnica, pero no la parte legal, es más adecuado interrogarlo sobre los protocolos o normas que determinan la legalidad de un dictamen para por esa vía desacreditarlo. Es probable que el perito no hay revisado toda la normatividad que establece la forma como

legalmente se debe presentar una base de opinión pericial, o rendir un dictamen". (Revista de la Defensoria Publica No.15)

2.10 Sentencia C 370 del 14 de mayo de 2.002

Esta Sentencia trata la Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 33 (parcial), 69 (parcial) y 73 de la Ley 599 de 2.000 (Código Penal).

- Demandante: Marcela Patricia Jiménez Arango
- Magistrado Ponente: Dr. Eduardo Montealegre Lynett.

El texto de la norma acusada es el siguiente, con la norma acusada subrayada:

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

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

Los menores de dieciocho (18) años estarán sometidos al Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil.

Artículo 69. Medidas de seguridad. Son medidas de seguridad:

1. La internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada.
2. La internación en casa de estudio o trabajo.
3. La libertad vigilada
4. La reintegración al medio cultural propio.

Artículo 73. La reintegración al medio cultural propio. Cuando el sujeto activo de la conducta típica y antijurídica sea inimputable por diversidad sociocultural, la medida

consistirá en la reintegración a su medio cultural, previa coordinación con la respectiva autoridad de la cultura a que pertenezca.

Esta medida tendrá un máximo de diez (10) años y un mínimo que dependerá de las necesidades de protección tanto del agente como de la comunidad. La cesación de la medida dependerá de tales factores.

Se suspenderá condicionalmente cuando se establezca razonablemente que no persisten las necesidades de protección.

En ningún caso el término señalado para el cumplimiento de la medida podrá exceder el máximo fijado para la pena privativa de la libertad del respectivo delicto. (Sentencia C370, 2002, artículo 33)

2.10.1 Análisis sentencia C 370.

La demandante explica que las normas acusadas suponen que la justicia estatal es competente para juzgar a los indígenas, a quienes se les reconoce como inimputable, si por su diversidad sociocultural no logran comprender la ilicitud de su conducta. Según su parecer, esa regulación desconoce las atribuciones de las autoridades indígenas, quienes, según el artículo 246 de la Carta, ejercen funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de conformidad con sus normas y procedimientos. Considera entonces que "son las autoridades indígenas quienes investigan y juzgan las conductas presuntamente ilícitas de los miembros de su comunidad", y por ende esa potestad no puede ser trasladada a los jueces ordinarios. La actora considera que las disposiciones demandadas vulneran los artículos 13, 29, 226 y 246 de la Carta Política.

De otro lado, la demandante considera que las normas acusadas son discriminatorias y vulneran el pluralismo, puesto que consideran a los indígenas inimputables, sólo por poseer "una

cosmovisión diferente" y por no "no compartir los valores y sistema occidentales". Además, según su parecer, la reintegración del indígena a su medio sociocultural no puede ser considerada una sanción ya que "es un derecho constitucional fundamental del indígena hacer parte de su conglomerado social, de su comunidad ancestral, de sus valores y de su diferente cosmovisión".

Igualmente, la actora argumenta que las disposiciones acusadas vulneran el debido proceso y el derecho a acceder a la justicia, ya que permiten que un indígena sea investigado y juzgado por la jurisdicción ordinaria, quienes no son sus jueces naturales.

El estudio adelantado en esa sentencia lleva a la siguiente conclusión: la expresión acusada del artículo 33 del estatuto penal presenta problemas constitucionales, pues puede afectar la igualdad, el principio de proporcionalidad en materia penal y la diversidad cultural. Sin embargo, no parece razonable declarar la inconstitucionalidad de la inimputabilidad por diversidad cultural, por cuanto dicha decisión podría paradójicamente dejar en una situación peor a los miembros de los grupos culturalmente diversos, ya que permitiría que en ciertos casos fueran sancionados penalmente, mientras que la expresión acusada los protege al declararlos inimputables en esos mismos eventos.

La Corte considera que, por aplicación directa del principio de igualdad, y por el sentido mismo de la figura de la inimputabilidad, en aquellos eventos en que un indígena o un miembro de otra minoría cultural haya realizado una conducta típica y antijurídica, el funcionario judicial debe comenzar por examinar si concurre algunas de las causales de exclusión de la responsabilidad previstas por el estatuto penal, y en particular si hubo o no un error invencible de prohibición. Por consiguiente, si existe el error invencible de prohibición, entonces todo individuo en esas circunstancias debe ser absuelto, y no declarado inimputable pues, desconocería la igualdad y la finalidad misma de la existencia de la figura de la inimputabilidad

por diversidad cultural que en esos eventos el indígena o el miembro de una minoría cultural fuese objeto de una medida de seguridad, mientras que otra persona, en esas mismas circunstancias, es absuelto.

La constatación que se haga judicialmente de que una persona es inimputable por diversidad socio cultural no tendrá el sentido peyorativo de considerarlo un incapaz, sino que exclusivamente el funcionario judicial constata que esa persona tiene una cosmovisión diversa, y por ello amerita una protección especial, tal y como la Constitución lo ordena (Carta Política art. 8°).

Si se precisa que la inimputabilidad por diversidad sociocultural no deriva de una incapacidad de la persona sino exclusivamente de su cosmovisión diferente, entonces es posible eliminar los posibles efectos peyorativos y sancionadores de la figura, conservando sus virtudes en términos de protección y tutela de quienes son culturalmente diversos. Por ello la Corte considera que la decisión acertada es declarar, en esos términos, la exequibilidad condicionada de esa figura.

La Corte ha concluido que la figura de la inimputabilidad por diversidad cultural es exequible, pero siempre y cuando se entienda que la declaración de inimputabilidad y la eventual medida de seguridad no tengan un carácter sancionatorio, ni de cura o rehabilitación sino exclusivamente de tutela o protección, pues la diversidad cultural no puede ser criminalizada, ni el Estado puede pretender "curar" de ella a los miembros de los distintos grupos culturales que conviven en el país.

2.10.2 Conclusiones sentencia C 370.

- El inimputable por razones de diversidad cultural responde penalmente y el proceso, mientras el legislador no armonice la jurisdicción indígena con la nacional, debe llevarse

hasta su culminación (salvo que existan causales de cesación o preclusión) pero no se le impone ninguna medida de seguridad. Es un caso de responsabilidad sin consecuencias penales. En otro contexto distinto, el art. 75 del Código Penal, que regula el trastorno mental transitorio sin base patológica, previó una solución similar.

- El proceso penal tendría varias finalidades: a) Un propósito garantista, al permitir la exoneración de responsabilidad del inimputable, cuando se demuestre la atipicidad de su conducta o la existencia de una causal de justificación o inculpabilidad. b) Establecer un diálogo multicultural, para explicarle la diversidad de cosmovisión y la circunstancia de que su conducta no es permitida en nuestro contexto cultural. Este diálogo tiene fines preventivos, pues evita posibles conductas lesivas de los bienes jurídicos. c) Permitir que las "víctimas" del delito, tengan la oportunidad de ejercer sus derechos constitucionales y legales, y d) Durante el transcurso del proceso, el inimputable por diversidad sociocultural no podrá ser afectado con medida de aseguramiento en su contra, ni con ninguna de las medidas de protección para inimputables.
- La Corte concluye entonces que el numeral 4° del artículo 69 y el artículo 73 de la Ley 599 de 2000 o Código Penal son inexecutable pues se traducen en una penalización de la diversidad cultural. Ahora bien, esta Corporación constata que el artículo 378 de la Ley 600 de 2000 o Código de Procedimiento Penal presenta el mismo vicio de inconstitucionalidad pues, al regular las medidas de protección para los inimputables, establece que "cuando se tratare de indígenas inimputables por diversidad sociocultural se dispondrá como medida de protección, si el perito oficial lo aconsejare, la reintegración provisional a su medio social". Por consiguiente, con base en la facultad prevista en el inciso tercero del artículo 6° del decreto 2067 de 1991, que permite a la Corte, con el fin

de evitar que la decisión sea inocua, señalar en la sentencia aquellas disposiciones que conforman unidad normativa con aquellas otras que declara inconstitucionales, esta Corporación procederá a declarar también la inexequibilidad del artículo 378 de la Ley 600 de 2000 o Código de Procedimiento Penal.

2.10.3 Resuelve sentencia C 370.

Primero. Declarar EXEQUIBLE la expresión “diversidad sociocultural” del artículo 33 de la Ley 599 de 2000 o Código Penal, bajo los siguientes dos entendidos: i) que, la inimputabilidad no se deriva de una incapacidad sino de una cosmovisión diferente, y ii) que en casos de error invencible de prohibición proveniente de esa diversidad cultural, la persona debe ser absuelta y no declarada inimputable, conforme a lo señalado en esta sentencia.

Segundo. Declarar inexequibles el numeral 4° del artículo 69 y el artículo 73 de la Ley 599 de 2000 o Código Penal, y el artículo 378 de la Ley 600 de 2000 o Código de Procedimiento Penal.

2.11 De la preclusión de la investigación

Según lo manifiesta el Artículo 331, Ley 906 de 2004. Preclusión. En cualquier momento, el fiscal solicitará al juez de conocimiento la preclusión, si no existiere mérito para acusar.

Artículo 332. Causales. El fiscal solicitará la preclusión en los siguientes casos:

1. Imposibilidad de iniciar o continuar el ejercicio de la acción penal.
2. Existencia de una causal que excluya la responsabilidad, de acuerdo con el Código Penal.
3. Inexistencia del hecho investigado.
4. Atipicidad del hecho investigado.
5. Ausencia de intervención del imputado en el hecho investigado.

6. Imposibilidad de desvirtuar la presunción de inocencia.

7. Vencimiento del término máximo previsto en el inciso segundo del artículo 294 del este código.

Parágrafo. Durante el juzgamiento, de sobrevenir las causales contempladas en los numerales 1 y 3, el fiscal, el Ministerio Público o la defensa, podrán solicitar al juez de conocimiento la preclusión.

De esta manera, analizando las siete causales de preclusión de la investigación, y en el caso concreto de un inimputable declarado así por su condición medico patológica de enfermo mental, es decir que no se le atribuye un hecho como suyo, se podría invocar la causal primera, como la imposibilidad de iniciar o continuar el ejercicio de la acción penal. En otras palabras, si el imputado al momento de cometer el hecho punible, se encontraba padeciendo una enfermedad mental y en caso concreto la esquizofrenia paranoide, en donde no tiene contacto con la realidad, y, previo dictamen médico legal sobre su enfermedad, es inimputable, por tanto no puede ser judicializado, existiría una clara ausencia de responsabilidad de tipo penal.

2.12 ConclusionesCapítulo 2

- El legislador en el artículo 32 del Código Penal (Ley 599 de 2000) enuncia de manera expresa las doce causales de ausencia de responsabilidad penal.
- Al declararse un sujeto como inimputable, es decir que no se le atribuye un hecho como suyo, no se le podría judicializar, no es sujeto activo en la consumación de un delito y por lo tanto, debería ser una causal de ausencia de responsabilidad penal.
- Al ser inimputable un sujeto, el procedimiento a seguir en el actual proceso penal debe ser la preclusión de la investigación, que de acuerdo al artículo 331 del Código de

Procedimiento Penal, “En cualquier momento el fiscal solicitara al juez de conocimiento la preclusión, si no existe merito para acusar”.

- El defensor, puede invocar la preclusión de la investigación, basado en que no existe merito para acusar a un sujeto declarado inimputable, previo dictamen médico legal de autoridad competente, basado en la causal que excluye responsabilidad, al no poder atribuirse el hecho como suyo.
- Una de las posibilidades de estructuración de la teoría del caso de la defensa, radica en llevar al juez a la convicción de que su defendido es inimputable, pero para ello debe tener un conocimiento claro de la categoría penal y de la forma como debe probar la misma a lo largo del juicio, razón por la cual se debe tener claro el concepto de inimputabilidad y las causas que lo generan.
- Es responsabilidad de la defensa acreditar la existencia del trastorno mental conocido como esquizofrenia paranoide por parte de autoridad médica competente.
- Se plantea como respuesta al problema de investigación del presente trabajo la incorporacion al artículo 32 del Código Penal, como causal de ausencia de responsabilidad el numeral 13, que podría ser: “Cuando la persona actué bajo una inimputabilidad donde se demuestre que sufre de la enfermedad esquizofrenia paranoide”.

Capítulo 3: La Defensa del inimputable enfermo mental, sus derechos según CIDH.

En el presente Capítulo se tratará el tema correspondiente a la defensa del imputado o acusado bajo el nuevo sistema penal de tendencia acusatoria, enfocado hacia el objetivo principal de ausencia de responsabilidad penal para quien sea inimputable por motivo de enfermedad mental previamente diagnosticada por medicina legal.

Asimismo se mostrarán estadísticas que orientan y ofrecen una apreciación de situación numérica en cuanto al funcionamiento de la justicia en Colombia.

3.1 Estrategias defensivas y el Sistema Penal Acusatorio

En el sistema penal de partes o de tendencia acusatoria, el abogado defensor debe evitar la improvisación y la falta de planificación en la elaboración de las directrices de una buena defensa.

Bajo el procedimiento del sistema penal inquisitivo, que aun está vigente en el País por coexistir con el sistema acusatorio, el abogado que trataba de planear algunas estrategias defensivas elaboraba argumentos condicionados por principios como el de permanencia de la prueba, acreditado por un sumario escritural, y en muchas oportunidades eran valoradas por los funcionarios judiciales sin que se hubiese presentado la contradicción por parte de la defensa. La defensa en la instrucción o investigación ejercía la confrontación connatural con un fiscal constituido en juez y parte. En la etapa del juicio sus estrategias debían estar dirigidas a un juez de conocimiento que a su vez tenía la facultad de funcionario instructor, por lo que sus estrategias defensivas no podían ser dinámicas ya que se aparecía en los escenarios de un Fiscal / Juez y un Juez/Fiscal como titulares de la acción penal. (Revista de la Defensoría Pública No.15)

La verdad la construían el Fiscal y el Juez mediante la formación del sumario en la instrucción y en etapa de juicio se transformaba en expediente, pero en el fondo tenía la misma connotación procesal de contener los elementos de juicio que edificaban la verdad y la responsabilidad o no del procesado (Sujetos procesales en un sistema de corte inquisitivo).

3.2 Procesado

Con entrada en vigencia de la reforma constitucional que modifico, los artículos 250 y 251 de la Carta Política se abrió el paso a un sistema de partes o tendencia acusatoria, variándose fundamentalmente la correlación de los actores del proceso penal, al quitarle a la Fiscalía General de la Nación las funciones jurisdiccionales que poseía y designarlo como la parte encargada de perseguir el delito y a los presuntos delincuentes como titular de la acción penal. “Esta situación procesal motivo a la defensa para que se constituyera en la contraparte del órgano acusador para asumir el rol de defender, bajo el imperio de la ley y la ética profesional, a las personas que resulten implicadas en el asunto penal. Sin embargo la ausencia de responsabilidad penal y sus causales taxativamente expresadas por el legislador en el artículo 32 del Código Penal (Ley 599 de 2000) no han sido modificadas y el declarado como inimputable en un proceso no es aun causal de ausencia de responsabilidad”. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

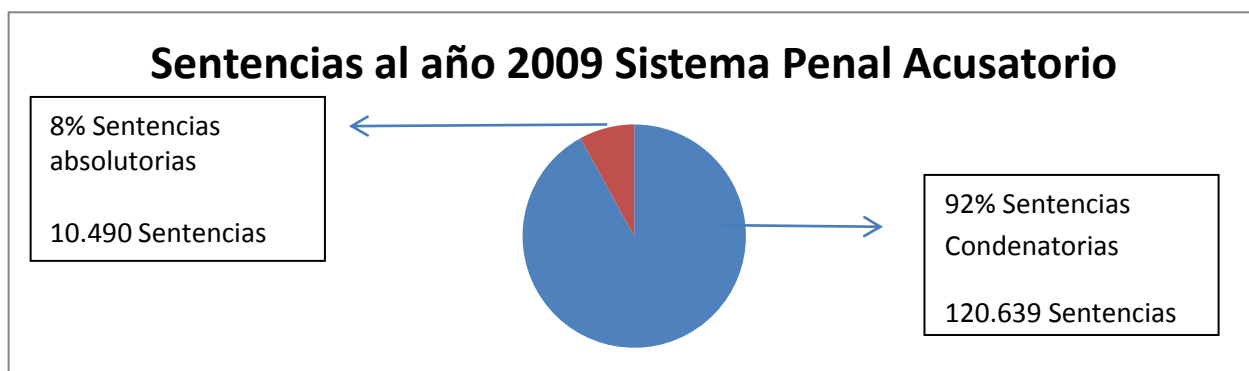
La aplicación material de igualdad de partes se reflejo en las mismas oportunidades procesales siendo una de las más importantes que la defensa ya puede adelantar sus propias investigaciones, para que mediante el empleo de estrategias construya su verdad procesal, así como también, crear la duda sobre la probabilidad de la verdad que ha construido la Fiscalía. La investigación en asuntos penales dejo de ser un monopolio exclusivo del Estado lo que ha permitido la construcción real y efectiva de estrategias defensivas. Es la Fiscalía quien para

demostrar la responsabilidad de los procesados tiene la obligación de la *carga de la prueba* y quebrantar la presunción de inocencia.

3.3 Estadísticas funcionamiento Sistema Penal Acusatorio

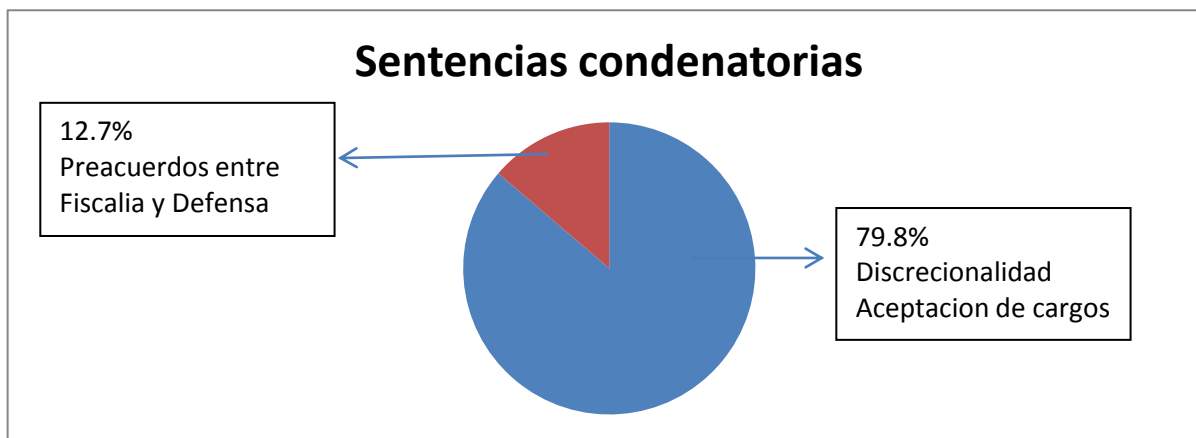
“El balance para la defensa pública es aceptable después de ocho (09) años de vigencia del sistema Penal Acusatorio. Para el año 2009, los jueces del sistema penal acusatorio habían proferido ciento treinta y un mil ciento treinta (131.130) sentencias, de las cuales el noventa y dos por ciento (92%) fueron condenatorias y el ocho por ciento (8%) absolutorias. Dentro del noventa y dos por ciento (92%) de las sentencias condenatorias, el setenta y nueve punto ocho por ciento (79.8%) obedecieron a la discrecionalidad de aceptación de cargos por parte de los procesados y tan solo el doce punto siete por ciento (12.7%) fueron producto de preacuerdos realizados entre la Fiscalía y la Defensa. El siete punto cinco por ciento (7.5%) de estas sentencias condenatorias se profirió luego de haberse ventilado el juicio público oral y concentrado”.

(Revista de la Defensoria Publica No.15)



Gráfica 11 Sentencias al Año 2009 Sistema Penal Acusatorio.

Fuente: Balance funcionamiento del Sistema Penal Acusatorio. Corporación excelencia en la justicia. Boletín de actualización 2010-2011



Gráfica 12 Sentencias condenatorias al año 2009 Sistema Penal Acusatorio.

Fuente: Defensoría del Pueblo. La Defensa. Revista No. 15. Diciembre de 2013

Notas diario El Espectador 16 de Noviembre de 2013: De acuerdo al comentario hecho en el diario el espectador, ruta electrónica <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/enfermedad-desamparada-articulo-458776> de fecha 16 de Noviembre de 2013: “Otro drama es el que se vive en las cárceles, en las que viven 2.800 personas con enfermedad mental que están actualmente recluidas por haber cometido un delito. En Colombia, si un homicida logra demostrar que antes de cometer el delito había sido diagnosticado como enfermo mental grave —o incluso si lo hace durante el juicio— el juez puede declararlo inimputable y en lugar de remitirlo a una cárcel, debe trasladarlo a un hospital psiquiátrico para cumplir su condena. Sin embargo, la mayoría va a la cárcel porque no hay a dónde más enviarlos”.

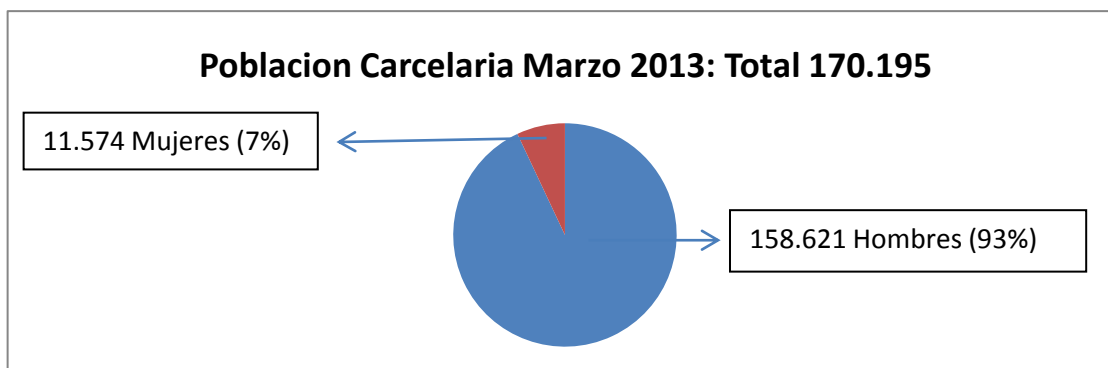
El General Gustavo Ricaurte, director del INPEC año 2013, reconoce en su informe anual: “Nadie quiere trabajar con psiquiátricos ni con enfermos mentales, no se consiguen médicos ni trabajadores sociales, y el trabajo lo hacen funcionarios del Inpec”.

3.4 Preacuerdos entre Fiscalía y Defensa

Al tratarse el tema del inimputable por enfermedad mental y la búsqueda de su no responsabilidad de tipo penal, no aplicaría la aceptación de cargos ni preacuerdos entre Fiscalía y Defensa, en razón a que no se le puede atribuir la consumación del hecho punible. Se trata de un enfermo mental que no se encuentra en similares condiciones de aceptación de un entorno espacio temporal al igual que todos los demás, sino de un individuo que tiene otra dimensión del medio en el que vive y que debería estar en tratamiento médico. No se puede responsabilizar penalmente a este sujeto, el cual, en razón al trastorno mental que padece alejado de la realidad, debe declararse inimputable, y en consecuencia solicitar su ausencia de responsabilidad penal.

3.5 Población carcelaria actual

Su aumento es progresivo ya que para comienzos del año dos mil doce (2012) se contaba con una población carcelaria de ciento veinticuatro mil novecientos setenta y seis personas (124.976) y en marzo de dos mil trece (2013) la población penitenciaria creció dramáticamente a ciento setenta mil ciento noventa y cinco personas (170.195). Esta población a marzo de 2013, entre detenidos y condenados, se discrimina en once mil quinientas setenta y cuatro (11.574) mujeres y ciento cincuenta y ocho mil seiscientos veintiuno (158.621) hombres.



Gráfica 13 Población carcelaria actual.

Fuente: Estadísticas INPEC 2013

Este dato muestra como la incidencia en delitos por parte del género masculino es muy superior al femenino, encontrándose la participación de solo un 7% del total de la población carcelaria actual compuesta por mujeres. No se encontraron datos numéricos del número de mujeres con enfermedades mentales condenadas.

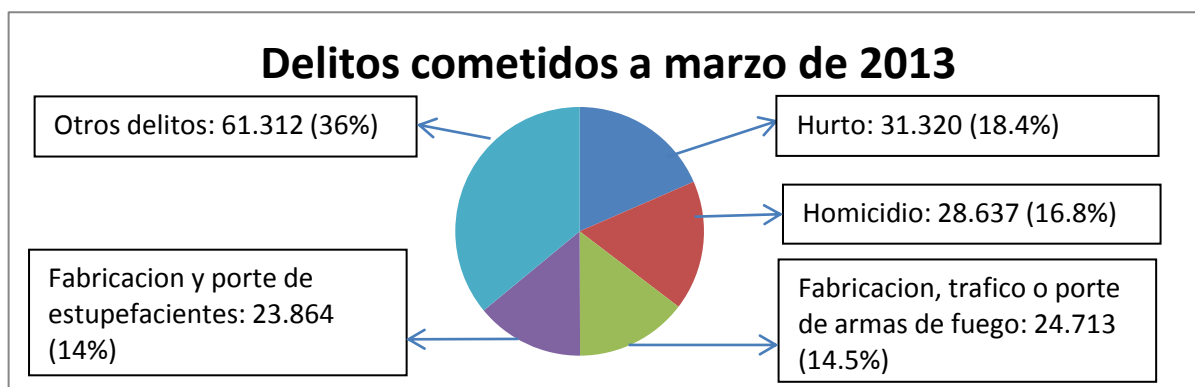
3.6 Delitos cometidos a marzo de 2013

“El mayor número de delitos en el País es el hurto, con una cifra de treinta y un mil trescientos veinte (31.320), que corresponde al dieciocho punto por ciento (18.1%) del total de los delitos cometidos a marzo de dos mil trece (2013). El País tiene veinte millones (20.000.000) de pobres absolutos y siete millones (7.000.000) de indigentes, situación que se refleja en la afectación ilegal del patrimonio económico de los ciudadanos”. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

“El segundo delito está referido al homicidio con una cifra de veintiocho mil seiscientos treinta y siete (28.637) que corresponden al dieciséis punto ocho por ciento (16.8 %) del total de los delitos cometidos a marzo de dos mil trece” (2013). (Revista de la Defensoria Publica No.15)

“En tercer lugar se tiene el delito de fabricación, tráfico o porte de armas de fuego con un número de veinticuatro mil setecientos trece (24.713) correspondientes al catorce punto cinco por ciento (14.5%) del total de los delitos cometidos a marzo de dos mil trece” (2013) (Revista de la Defensoria Publica No.15)

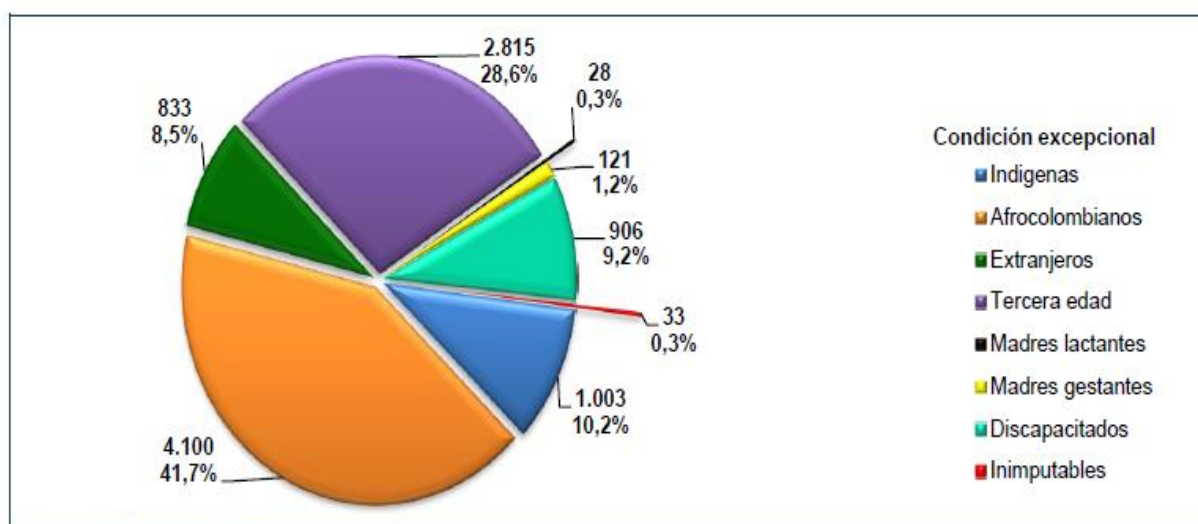
“En cuarto lugar está el delito tráfico, fabricación, y porte de estupefacientes con un número de veintitrés mil ochocientos sesenta y cuatro que corresponde al catorce por ciento (14%) del total de los delitos cometidos a marzo de dos mil trece” (2013). (Revista de la Defensoria Publica No.15)



Gráfica 14 Delitos cometidos a marzo 2013.

Fuente: Estadísticas Inpec a marzo 2013

Población reclusa en condiciones excepcionales - Diciembre de 2013



Fuente: SISIPPEC WEB - Diciembre 2013

Gráfica 15 Población reclusa en condiciones excepcionales

Fuente: SISIPPEC WEB. Diciembre de 2013

De acuerdo al informe Estadístico del INPEC del segundo semestre de 2103, el 8,2% de la población carcelaria que se encontraba en condiciones excepcionales, diferenciados así: indígenas 10,2% (1003), afrocolombianidad 41,7% (4100), nacionalidad extranjera 8,5% (833), tercera edad 28,6%(2815), madres lactantes 0,3%(28) y gestantes 1,2%(121), con discapacidad física 9,2%(906) e inimputables 0,3%(33).

Se observa que existe un porcentaje de inimputables en centros de reclusión correspondiente al 0,3% de la población carcelaria en condiciones excepcionales, es decir un número equivalente a 33, que de todas maneras al ser inimputables, no se les puede atribuir un hecho como suyo, y en consecuencia debería ser la inimputabilidad ausencia de responsabilidad penal para este grupo poblacional.

3.7 Actuación del Juez. Sentencia T 1103 Discapacitado mental

Referente a los jueces, su misión debe estar signada por la imparcialidad, ya no pueden ejercer como funcionarios de instrucción, no pueden decretar pruebas de oficio, y no son titulares de la acción penal. Las decisiones judiciales se tomaran con fundamento en las evidencias o los elementos materiales de prueba que le presenten las partes Fiscalía y Defensa. En la aprobación de los preacuerdos y negociaciones que le presenten la Fiscalía y la Defensa, la función judicial debe estar limitada a que estos se realicen dentro del marco de la legalidad sin que le sea posible actuar como juez oficioso bajo consideraciones subjetivas. Los jueces de control de garantías constitucionales tienen el deber de revisar que las actuaciones en las que se han restringido los derechos fundamentales de los procesados se hayan efectuado con la observación plena de la Constitución y la Ley, bajo la prevalencia de régimen de libertad.

Un pilar fundamental del sistema penal acusatorio, es la diferenciación judicial y funcional entre las etapas de investigación y juzgamiento, por lo tanto los funcionarios fiscales,

como titulares de la acción penal, que tienen a su cargo la misión constitucional y legal de adelantar las investigaciones penales no pueden ejercer funciones jurisdiccionales. Los jueces que tienen la obligación constitucional y legal de llevar a cabo el juzgamiento de los presuntos delitos, no pueden adelantar investigaciones o instrucciones.

Realizando una analogía con el proceso civil, es importante aclarar la posición de la Corte Constitucional en la Sentencia T-1103 de 2004, Acción de Tutela contra providencia Judicial por vía de hecho, que trata el Debido Proceso Civil-Deberes de protección especial a persona discapacitada mentalmente por parte de los funcionarios judiciales:

“De igual manera, en virtud del principio de igualdad material, los discapacitados mentales tienen derecho a recibir un trato especial por parte de los mencionados funcionarios, principio constitucional que en materia de procesos civiles comprende los siguientes deberes de protección: a. A lo largo de todo el proceso civil, el funcionario debe velar porque los discapacitados mentales se encuentren debidamente representados. b. El funcionario judicial se encuentra en la obligación de declarar, de oficio, la nulidad cuando sea informado que en el curso del proceso el demandado era un discapacitado mental, que no estuvo debidamente representado por su curador. En otros términos, los discapacitados mentales tienen derecho a un debido proceso civil, que conlleva, por su especial condición, no sólo a que le sea respetada su igualdad procesal, como a cualquier ciudadano, sino además a que le sea garantizada una igualdad material, la cual se traduce en unos especiales deberes de protección a cargo de las autoridades judiciales que conozcan de los respectivos procesos judiciales”. (Sentencia T-1103, 2004)

3.8 Estrategias defensivas. Comisión Interamericana de Derechos Humanos

La comisión interamericana de derechos humanos, recomienda a los Estados (<http://www.cidh.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>):

1.”Ratificar la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la OEA el 8 de junio de 1999, cuyos objetivos son la prevención y la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad física o mental y propiciar su plena integración en la sociedad”. (<http://www.cidh.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>)

2. “Tomar medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole para diseminar por medios apropiados y dinámicos [entre autoridades gubernamentales, ONG’s, profesionales de salud mental, abogados, jueces y otras personas involucradas en la promoción de políticas de salud mental] los estándares internacionales y normas convencionales de derechos humanos que protegen las libertades fundamentales y derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas con discapacidad mental”. (<http://www.cidh.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>)

3.”Reformar las leyes existentes en materia de salud mental o discapacidad en general y, si éstas no existen, crear leyes que garanticen el respeto de las libertades fundamentales y los derechos humanos de las personas con discapacidad mental y sus familiares, incorporando en las mismas los estándares internacionales y las normas convencionales de derechos humanos que protegen a las personas con discapacidad mental”. (<http://www.cidh.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>)

Así, el enfermo o discapacitado mental es titular de Derechos establecidos por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

3.8.1 La Defensa.

La doctrina y la jurisprudencia han distinguido tres etapas que componen el proceso penal de tendencia acusatoria. Estas fases son:

- La indagación, que de conformidad con el artículo 175 Ley 906 de 2004. Modificado Ley 1453 de 2011. Artículo 49, dice: “Parágrafo. La Fiscalía tendrá un término máximo de dos años contados a partir de la recepción de la noticia criminis para formular imputación u ordenar motivadamente el archivo de la indagación. Este término máximo será de tres años cuando se presente concurso de delitos, o cuando sean tres o más los imputados. Cuando se trate de investigaciones por delitos que sean de competencia de los jueces penales del circuito especializado el término máximo será de cinco años”.
- La investigación, que según el artículo 175 de la Ley 906 de 2004. Modificado por la Ley 1453 de 2011, dice: “El término de que dispone la Fiscalía para formular la acusación o solicitar la preclusión no podrá exceder de noventa (90) días contados desde el día siguiente a la formulación de la imputación, salvo lo previsto en el artículo 294 de este código. El término será de ciento veinte (120) días cuando se presente concurso de delitos, o cuando sean tres o más los imputados o cuando se trate de delitos de competencia de los Jueces Penales de Circuito Especializados”.
- El Juicio, que se inicia con la formulación de acusación y en teoría debe realizarse en un plazo máximo de noventa (90) días ya que la ley 1453 dispone que “el juez de conocimiento tiene cuarenta y cinco (45) días contados a partir de la finalización de la audiencia de acusación para llevar a cabo la audiencia preparatoria, y una vez que quede en firme la finalización de la audiencia preparatoria cuenta con cuarenta y cinco (45) días para la iniciación del juicio público, oral y concentrado”. (Ley 1453 de 2011).

El derecho al ejercicio de defensa técnica y material emerge en cualquiera de estas tres etapas, (Sentencia C-127 de 2011. Corte Constitucional MP. María Victoria Calle Correa) por lo tanto es inherente al despliegue de estrategias defensivas. Entre la indagación y la investigación que adelanta la Fiscalía no existen mayores diferencias ya que en el fondo lo que se busca es la recopilación de elementos materiales de prueba o evidencias físicas tendientes a la verificación del trabajo que hace policía judicial con el Fiscal del caso.

La vinculación formal de la persona indagada al proceso surge desde la formulación de la imputación, en presencia o en ausencia, de conformidad con lo ordenado en los artículos 126 y 286 de la Ley 906 de 2004.

El artículo 267 del Código de Procedimiento Penal, dispone que “en el evento en que una persona no haya sido vinculada formalmente o imputada, que la actuación de la Fiscalía se encuentra en la etapa de indagación, puede ejercer su derecho de defensa técnica y material, ya sea recopilando evidencias físicas o elementos materiales de prueba que de conformidad con la estrategia de la Defensa le sirvan para su Teoría del Caso”, igualmente solicitándole a la Policía Judicial que elabore actividades propias de su investigación.

El abogado defensor que conoció el caso e inicia su actuación, debe ser el mismo que termine el proceso ratificando sus estrategias. La terminación de su actuación puede darse mediante una salida alterna como la aplicación del principio de oportunidad, la convalidación legal de una preclusión, o mediante una sentencia producto de un juicio público oral y concentrado.

La continuidad del abogado defensor y su equipo de investigación resulta fundamental para poder materializar de manera efectiva una defensa eficiente, acorde con estándares internacionales que sobre Derechos Humanos ha suscrito y ratificado el País. La identidad física

del abogado defensor y del Fiscal, es pilar en los principios constitucionales de concentración e inmediación, inherentes a la naturaleza del sistema acusatorio.

Una clara estrategia defensiva desde la etapa inicial de la indagación que adelanta la Fiscalía, radica en que la Defensa puede ordenar la búsqueda de evidencias o elementos materiales de prueba para ser presentados al ente acusador con el fin de persuadirlo para que la salida procesal del caso sea la de ordenar el archivo de las diligencias y no la formulación de imputación.

Es igualmente valida la estrategia en la etapa de indagación y en ejercicio de la Defensa de los Derechos fundamentales, si al procesado se le viola su derecho a la intimidad, el Abogado Defensor puede acudir ante un juez de garantías constitucionales y en una audiencia de carácter preliminar le puede solicitar que ordene a la Fiscalía desistir del rastreo al que está siendo sometido el poderdante o que en su defecto se formule la imputación o archivo de las diligencias.

Cuando se está frente a un interrogatorio, el procesado tiene el derecho a que antes de iniciarse la diligencia, se le informe cuales son los elementos de prueba o evidencia que han llevado a inferir su participación en los hechos investigados, que de existir una denuncia se permita su estudio en un tiempo razonable y que de todas maneras prevalece el derecho a guardar silencio o sencillamente no asistir a la diligencia ya que no existe norma procesal que ordene el carácter vinculante de esta diligencia.

Si la persona investigada decide contestar el interrogatorio es para rendir su versión bajo la perspectiva de verdad o presentar evidencias o elementos materiales de prueba de descargo, mas no para que el interrogatorio resulte en su autoincriminación, por lo que el abogado defensor tiene que estar atento para que las preguntas formuladas por el funcionario investigador sean pertinentes.

Respecto a los términos perentorios de dos(02), tres(03), y cinco(05) años para que el Estado formule la imputación, y el abogado defensor encuentra que estos términos están vencidos puede acudir ante el Fiscal para que resuelva la situación, o ante el Juez de control de Garantías Constitucionales para que garantice el debido proceso.

El defensor debe tener en cuenta que para el caso de ser el imputado un enfermo mental, debe proceder a su determinación por parte de autoridad competente, que consiste en dictamen médico legal por parte de peritos medico psiquiatras que diagnostiquen el padecimiento de la enfermedad mental descrita en el Capitulo uno del presente trabajo de investigación, y que padecía de forma activa la sintomatología que la caracteriza al momento de la consumación del delito.

3.8.1.1 Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de atención de la salud mental.

(<http://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.html>)

Principio 20: Delincuentes

1. El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuadas en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental. (<http://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.html>)

2. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 supra. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengán impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los

derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra. (<http://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.html>)

3. La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica. (<http://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.html>)

3.9 Estrategias defensivas del inimputable enfermo mental

Para la construcción de estrategias de defensa se deben haber preestablecido dos antecedentes que han debido ser elaborados por la defensa:

3.9.1 Teoría del Caso.

“La teoría del caso es el precedente necesario en el que se fundamenta la propuesta o los alegatos que presenta la defensa a los jueces, y permite la selección de las pruebas que se pretendan hacer valer como elementos de juicio. Su construcción es el rumbo de la estrategia defensiva tendiente a refutar la imputación o la acusación de la Fiscalía, o buscar preacuerdos con el adversario. Su elaboración correcta se basa en la utilización de ciencias auxiliares como la medicina y sus diferentes especialidades, como la psiquiatría, que permita un concepto científico de un especialista que convenza al juez que se está frente a un sujeto que no tiene las condiciones mentales para comprender sus actuaciones producto de su enfermedad, que lo aleja de la realidad y lo sitúa en un entorno diferente. Lo que se pretende es que se declare inimputableal enfermo mental basado en un dictamen científico médico legal, apoyado en ciencias auxiliares, y alegar su ausencia de responsabilidad”. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

“En su estructuración es adecuado aproximarse al método científico: la elaboración de una hipótesis, la cual debe ser sometida a verificación, una vez comprobada, se está frente a la comprobación de lo que se pretendía demostrar. El beneficio que se deriva en la construcción de la Teoría del Caso consiste primordialmente en que se erradica la improvisación en los asuntos de la defensa penal. Cuando se construye la teoría del caso, se puede afirmar que ha existido una planeación y se han realizado las averiguaciones por parte del equipo investigativo”. (Revista de la Defensoría Pública No.15). En la formulación técnica de la Teoría del Caso, hay tres factores imprescindibles:

- Lo Factivo: “Los hechos jurídicamente relevantes materia de la investigación y el juicio penal enfocados a la declaratoria de inimputabilidad del enfermo mental. El conocimiento y análisis de lo factico se constituye en el primer paso de la construcción técnica de la Teoría del Caso. Mediante el conocimiento de los hechos se pueden deducir las circunstancias de tiempo, espacio y modo en que se desarrollaron los hechos relacionados con la presunta comisión del delito. Un análisis aproximado a la realidad de las circunstancias en que ocurrieron los hechos permite elaborar una hipótesis acertada para la elaboración de la Teoría del Caso. Lo factico se constituye en el factor principal de la construcción de la Teoría del Caso y, sin su análisis concreto y objetivo, no se puede entrar a la verificación de la hipótesis mediante los elementos materiales de prueba, ni construir la parte jurídica. No todas las circunstancias de modo, lugar y tiempo en las que se desarrollaron los acontecimientos pueden constituirse en los elementos facticos para ser comprobados para la construcción de la Teoría del Caso, son validos los hechos jurídicamente relevantes que pueden ser verificados y comprobados. En su construcción el abogado defensor debe ser cuidadoso en el análisis que haga de los

hechos conocidos para articular debidamente una relación suficiente necesaria con lo que se pretende probar, basado en todas las ciencias auxiliares que tenga a su disposición y el concepto de varios expertos en medicina psiquiátrica”. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

- Lo Jurídico: El elemento jurídico es la universalidad de las normas de carácter constitucional del que hace parte el Bloque de Constitucionalidad, del Derecho penal y Procesal Penal que resultan aplicables al conjunto de hechos de los que el abogado defensor ha tenido conocimiento mediante las diversas fuentes de investigación. Una vez analizadas y aceptadas las situaciones fácticas dentro de las posibilidades de la lógica formal, se van enlazando con el elemento jurídico para construir una Teoría del Caso correcta. Lo anterior le indica a la defensa, de manera precisa, que su estrategia se debe encaminar a declarar la inimputabilidad del enfermo mental, basado en el artículo 33 del Código Penal y por consiguiente alegar la ausencia de responsabilidad penal.
- Lo probatorio: “El Sistema Penal Acusatorio le ha otorgado nuevas connotaciones al régimen de pruebas que venía siendo aplicado en la legislación penal. La principal característica que se destaca sobre el cambio presentado hace referencia al principio de permanencia que regia bajo el sistema mixto. Ahora este principio es el de la inmediación por experto mandato del artículo 379 de la Ley 906 de 2004, mas los principios de concentración, libertad, publicidad y contradicción. La Ley 906 de 2004 otorga plena libertad en la utilización de los medios probatorios para la verificación de la Teoría del Caso, siempre y cuando se respeten los derechos humanos. La libertad probatoria resulta acorde con el desarrollo científico y técnico de la humanidad, el espacio cibernético, el espectro electromagnético, el adelanto en las comunicaciones, el adelanto científico en el

descubrimiento del mapa genético de los humanos – ADN, entre otros. Estos son factores que justifican que al proceso se allegue cualquier elemento de convicción, mas las pruebas que tradicionalmente han estado presentes en la legislación procesal penal, como la del testimonio, el peritaje, y los documentos, siempre y cuando en suconsecución, practica y presentación se respeten los derechos fundamentales de los asociados. Es relevante y muy importante que los conceptos de expertos médicos psiquiatras sean obtenidos por la defensa legalmente, e introducidos en el proceso en términos de ley”. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

La finalidad en la construcción de la Teoría del Caso y sus estrategias es la convencer al Fiscal o al Juez para la aceptación de los alegatos. La persuasión busca convencer al Fiscal o al Juez que el defensor tiene la razón, que busca la declaratoria de inimputabilidad y la correspondiente ausencia de responsabilidad penal del procesado enfermo mental.

3.9.1 Empleo de los servicios de investigación.

“Un avance significativo en el derecho de defensa lo ha constituido la desmonopolización de la investigación de los asuntos penales en cabeza de los órganos del Estado representados por la Fiscalía General de la Nación y su Policía Judicial. En un sistema de corte acusatorio, constituye aspecto fundamental la igualdad de armas entre las partes, por lo emana como un derecho de defensa que se puedan adelantar investigaciones tendientes a demostrar la no atribución del hecho punible al procesado enfermo mental”. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

3.10 Conclusiones Capítulo 3

- Las estrategias de defensa técnica y material del inimputable enfermo mental deben estar enfocadas de la siguiente manera: La refutación a la pretensión legítima y legal de la Fiscalía de demostrar la responsabilidad penal del defendido para obtener una sentencia condenatoria, a través de un dictamen médico legal convincente por parte de médicos psiquiatras expertos en enfermedades mentales que logren la declaratoria de inimputabilidad, a través de la formulación de una teoría del caso fundamentada científicamente.
- Una vez se logre la declaratoria de inimputabilidad del acusado, se debe alegar la ausencia de responsabilidad, que si bien es cierto no se encuentra expresamente señalada en el artículo 32 del Código Penal, es la lógica, los principios generales del derecho, el principio de favorabilidad, y la presunción de inocencia la que obligue al juez a declarar la ausencia de responsabilidad del enfermo mental por su condición de inimputable.
- Según la CIDH, “La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas, los discapacitados mentales sean internadas en una institución psiquiátrica”.
- La ausencia de responsabilidad penal y sus causales expresamente descritas por el legislador en el artículo 32 del Código Penal (Ley 599 de 2000) no han sido modificadas y el declarado como inimputable en un proceso no es aun causal de ausencia de responsabilidad.
- “Nadie quiere trabajar con psiquiátricos ni con enfermos mentales, no se consiguen médicos ni trabajadores sociales, y el trabajo lo hacen funcionarios del Inpec”, reconoce el general Gustavo Ricaurte, director del INPEC año 2013.

- La Sentencia T-1103 de 2004, Acción de Tutela contra providencia Judicial por vía de hecho, trata el debido proceso civil-Deberes de protección especial a persona discapacitada mentalmente por parte de los funcionarios judiciales.
- La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, recomienda a los Estados reformar las leyes existentes en materia de salud mental o discapacidad en general y, si éstas no existen, crear leyes que garanticen el respeto de las libertades fundamentales y los derechos humanos de las personas con discapacidad mental y sus familiares, incorporando en las mismas los estándares internacionales y las normas convencionales de derechos humanos que protegen a las personas con discapacidad mental.

Capitulo 4 El Derecho a la libertad del inimputable

4.1 Medida de Aseguramiento (Art. 307 C.P.P.) – Medida de Seguridad (Art.69 C.Penal)

La libertad personal se ha considerado como un derecho fundamental, sin embargo no es absoluto, puede ser objeto de limitaciones, su restricción se ha considerado legal cuando se cumple algún fin constitucional y/o procesal, pero esta limitación se ha convertido indefinida en el tiempo, sujeta a interpretaciones restrictivas y en el origen de vulneración de otros derechos fundamentales.

El problema pone de presente la actual situación que afronta el Estado colombiano frente a personas detenidas y condenadas, consecuencia de un proceso penal, y la limitación del derecho a la libertad personal, la medida de aseguramiento que se predica en la Ley 906 de 2004, es indefinida en el tiempo. La ley colombiana establece la posibilidad de limitar la libertad de quienes son sometidos a un proceso penal, a partir del cumplimiento de unos fines constitucionales debidamente acreditados en sede de audiencia, estos fines tienen como propósito

garantizar su comparecencia al proceso, el cumplimiento de la pena, la preservación de la prueba, la protección de la comunidad, es especial de las víctimas.

Las medidas de aseguramiento, de acuerdo al artículo 307 del Código de Procedimiento Penal, se dividen en: Privativas de la libertad y No privativas de la libertad. Muy diferente son las medidas de seguridad y la internación para inimputable por trastorno mental permanente, descritas en los artículos 69 y 70 del Código Penal, los cuales se transcriben:

Artículo 69. Medidas de seguridad. Son medidas de seguridad:

1. La internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada.
2. La internación en casa de estudio o trabajo.
3. La libertad vigilada.

Artículo 70. Internación para inimputable por trastorno mental permanente. Al inimputable por trastorno mental permanente, se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico, clínica o institución adecuada de carácter oficial o privado, en donde se le prestará la atención especializada que requiera.

Esta medida tendrá un máximo de duración de veinte (20) años y el mínimo aplicable dependerá de las necesidades de tratamiento en cada caso concreto. Cuando se establezca que la persona se encuentra mentalmente rehabilitada cesará la medida.

Habrá lugar a la suspensión condicional de la medida cuando se establezca que la persona se encuentra en condiciones de adaptarse al medio social en donde se desenvolverá su vida.

Igualmente procederá la suspensión cuando la persona sea susceptible de ser tratada ambulatoriamente.

En ningún caso el término señalado para el cumplimiento de la medida podrá exceder el máximo fijado para la pena privativa de la libertad del respectivo delito.

El legislador contemplo así dentro de las medidas de seguridad, la internación al inimputable enfermo mental en establecimiento psiquiátrico, es decir que siendo inimputable, se le puede condenar en el desarrollo de un proceso penal, aspecto que se debate en el desarrollo de la presente investigación considerando que la inimputabilidad debe ser una causal de ausencia de responsabilidad.

4.2 Concepto de Fuerza Mayor y Caso Fortuito en la Jurisprudencia

La institución del caso fortuito o la fuerza mayor es originaria del derecho romano, en donde se hizo referencia a inundaciones, incursiones enemigas, incendios, terremotos, huracanes, etc. También desde tiempos remotos se viene controvirtiendo la distinción o la equivalencia de los conceptos “caso fortuito” y “fuerza mayor”. La jurisprudencia nacional no ha estado ausente de distinguir el caso fortuito de la fuerza mayor, se ha sostenido que si bien producen el mismo efecto, “esas dos figuras son distintas y responden a formas diversas” (Casación civil, 07 de Marzo de 1939).

Sin embargo, otro criterio en el campo del derecho civil, es la identidad de concepto entre el caso fortuito y la fuerza mayor, tal como se desprende del texto derogado del artículo 64 del Código Civil y de la forma como quedó el artículo 1 de la Ley 95 de 1890, que sustituyó aquel artículo, y establece: Art.1, Ley 95/1890: “Se llama fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, etc.”

Ahora bien, la legislación comercial, deja entrever que se trata de nociones distintas a establecer, el artículo 992 del Código de Comercio, establece “que la Fuerza mayor y el caso fortuito no responden a una noción unitaria”.

El verdadero sentido del artículo 1 de la Ley 95 de 1890, es que los elementos integrantes del caso fortuito o fuerza mayor deben ser concurrentes (imprevisibilidad e

irresistibilidad), lo que significa que si el hecho o suceso ciertamente es imprevisible pero se le puede resistir, no se da tal fenómeno, como tampoco se configura si a pesar de ser irresistible pudo preverse. La ausencia de uno de sus elementos elimina la estructuración de la fuerza mayor o caso fortuito.

La doctrina y la jurisprudencia afirman que los elementos constitutivos de la fuerza mayor como hecho eximente de responsabilidad contractual y extracontractual son: la inimputabilidad, la imprevisibilidad y la irresistibilidad. La inimputabilidad consiste en que el hecho que se invoca como fuerza mayor o caso fortuito, no se derive de la conducta culpable del obligado, de su estado de culpa precedente o concomitante del hecho. La imprevisibilidad se tiene cuando el suceso escapa a las previsiones normales, que ante la conducta prudente adoptada por el que alega el caso fortuito, era imposible de probarlo. Y la irresistibilidad radica en que ante las medidas tomadas fue imposible evitar que el hecho se presentara. (Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación civil. Sentencia 13 de Noviembre de 1962).

Es aquí donde la inimputabilidad en temas civiles, es considerada como un elemento constitutivo de la fuerza mayor, y esta a su vez, la fuerza mayor es un hecho eximente de responsabilidad contractual y extracontractual. Entonces, de manera análoga el legislador no contempló en el artículo 32 del Código Penal la inimputabilidad como causal de ausencia de responsabilidad penal, tema objeto del presente trabajo.

La imprevisibilidad del caso fortuito es una cuestión de hecho que el juzgador debe apreciar concretamente en cada situación, tomando como criterio la frecuencia del acontecimiento, o su rareza. Si el acontecimiento es frecuente y se presenta con cierta periodicidad no constituye un caso fortuito porque el obligado ha debido preverlo o abstenerse de contraer el riesgo. Por el contrario si se trata de un evento de rara ocurrencia que se ha

presentado en forma súbita y sorpresiva, hay caso fortuito, porque nadie está obligado a prever lo que es excepcional y esporádico (Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. 24 de Junio de 2009).

La irresistibilidad atañe a la imposibilidad objetiva absoluta de evitar el suceso y sus consecuencias (Casación civil. Sentencia 26 de Noviembre de 1999). Entiéndase como “aquel estado predicable del sujeto respectivo que entraña la imposibilidad objetiva de evitar ciertos efectos o consecuencias derivados de la materialización de hechos exógenos y por ello ajenos, así como extraños en el plano jurídico.

Recientemente, La Sala ha concluido que, para que un hecho pueda considerarse como fuerza mayor o caso fortuito, a más de ser imprevisible e irresistible, debe obedecer a una causa extraordinaria, ajena al agente, a su persona (Casación civil. 03 de Marzo de 2004). Debe consistir en un acontecimiento extraordinario que se desata desde el exterior, imprevisible y que no hubiera sido posible evitar aun aplicando la mayor diligencia.

La Corte Constitucional, C-1198 de 2008, “De forma ilustrativa, indicó que aspectos como la fuerza mayor y el caso fortuito pueden ser fundamento razonable, pues los hechos imprevisibles e irresistibles, como los que son resultado de la fuerza de la naturaleza o de fuerzas humanas ajenas al proceso, no atribuibles al sindicado o a la administración de justicia, bien podrían convertirse en verdaderos impedimentos para la celebración o continuación de la diligencia de juzgamiento”.

Los conceptos de Caso Fortuito, Fuerza Mayor y Causa Razonable, se encuentran incluidos como causales para la suspensión del computo de los términos de libertad personal, según lo dispuesto en el Código de Procedimiento Penal, artículo 317 numeral 5, con lo que se puede afirmar que presentándose una cualquiera de ellas, resulta posible y de manera excepcional descontar los días de detención preventiva del total de días de privación efectiva de

la libertad, de igual manera las mismas causas están previstas como eventos para suspender la audiencia de juicio oral, artículo 453 Código de Procedimiento Penal.

4.3 Cómputo de términos y Duración de los procedimientos

El cómputo de los términos para acceder a la libertad es en días calendario, de hecho la norma (Artículo 317 Ley 906 de 2004, modificado Artículo 61 Ley 1453 de 2011), indica que se hará de manera ininterrumpida, salvo algunas circunstancias especiales. Estos términos para recobrar la libertad personal se contabilizan de manera ininterrumpida, y solo de manera excepcional y cuando ocurran hechos que puedan catalogarse de manera seria como eventos irresistibles, imprevisibles, insuperables, inevitables (caso fortuito y fuerza mayor), podrán descontarse del total de días de privación efectiva de la libertad. También se tendrá en cuenta que según pronunciamiento 36926 del 22 de Julio de 2011, de la Sala Penal de la Corte Suprema de Justicia, se manifestó: “Nótese como la norma original de la Ley 906 de 2004, consagraba la excarcelación cuando habiendo transcurrido 60 días ininterrumpidos desde la formulación de acusación no se había dado inicio al juicio oral, precisándose por jurisprudencia que esa “formulación de acusación” debía entenderse satisfecha con o a partir de la presentación del escrito de acusación. De acuerdo a este fallo, el cómputo de los términos habrá de contarse desde el escrito de acusación, posición coherente con el respeto por la libertad persona”

El artículo 175 del Código de Procedimiento Penal, modificado por la Ley 1453 de 2011 artículo 49, Duración de los procedimientos, amplía los términos originales que la Ley 906 de 2004, ordenaba para el cumplimiento de audiencias, así:

Artículo 49. El artículo 175 de la Ley 906 de 2004 quedará así:

Artículo 175. Duración de los procedimientos. El término de que dispone la Fiscalía para formular la acusación o solicitar la preclusión no podrá exceder de noventa (90) días contados

desde el día siguiente a la formulación de la imputación, salvo lo previsto en el artículo 294 de este código.

El término será de ciento veinte (120) días cuando se presente concurso de delitos, o cuando sean tres o más los imputados o cuando se trate de delitos de competencia de los Jueces Penales de Circuito Especializados.

La audiencia preparatoria deberá realizarse por el juez de conocimiento a más tardar dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la audiencia de formulación de acusación.

La audiencia del juicio oral deberá iniciarse dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la conclusión de la audiencia preparatoria.

Parágrafo. La Fiscalía tendrá un término máximo de dos años contados a partir de la recepción de la noticia criminis para formular imputación u ordenar motivadamente el archivo de la indagación. Este término máximo será de tres años cuando se presente concurso de delitos, o cuando sean tres o más los imputados. Cuando se trate de investigaciones por delitos que sean de competencia de los jueces penales del circuito especializado el término máximo será de cinco años.

La defensa debe trabajar en la declaración de inimputabilidad del enfermo mental acusado del hecho punible, teniendo muy en cuenta los nuevos términos más amplios que la ley otorga al ente acusador en el desarrollo de las diferentes audiencias, con base en un trabajo continuo apoyado en peritos medico psiquiatras que determinen el real estado de salud mental del imputado, y su padecimiento al momento de la consumación del presunto delito.

4.4 Suspensión excepcional de la audiencia de juicio oral

La Corte Constitucional al estudiar los artículos 17 y 454 del Código de Procedimiento Penal, (Principio de concentración), estableció parámetros de interpretación constitucional sobre

la posibilidad de la suspensión excepcional de la audiencia de juicio oral, entendiendo que solo es dable a partir de criterios serios, basados en eventos irresistibles, graves, fruto de caso fortuito o fuerza mayor (Sentencia C 144 de 2010). En esta Sentencia “La Corte estima entonces que la objeción cierta, específica, pertinente y suficiente que procede analizar frente a lo previsto en los artículos 17 y 454 del Código de Procedimiento Penal, va dirigida contra los ingredientes circunstanciales que reglan desde el punto de vista de la oportunidad, la suspensión de la actuación procesal, en particular de la audiencia de juicio oral. Es decir el ser excepcional, para circunstancias especiales, o situaciones sobrevinientes de manifiesta gravedad, y el que no exista otra alternativa viable. Encuentra la Corte que los conceptos jurídicos indeterminados ordenan correctamente y sin vulnerar el principio de legalidad requerido para esta clase de actuaciones el ejercicio excepcional de la facultad reconocida al juez para suspender por determinable lapso la audiencia del juicio oral.

Su atribución tiene un carácter restrictivo, porque constituye una facultad excepcional, una excepción a la regla común que es la continuidad del proceso y su concentración en un espacio y un tiempo. Lo excepcional es que ocurre fuera de lo ordinario, que viene de improviso, de un momento a otro, en un instante, que posee entidad, es serio, de cuidado y que es, además, difícil, arduo y molesto. Es un suceso invencible frente a lo cual el juez no tiene más remedio que decretar la suspensión del proceso. Las expresiones utilizadas por el legislador no son desconocidas para el juez como jurista, desde el derecho romano se ha hablado de situaciones imprevistas, insuperables, que hacen imposible cumplir con una obligación contraída, o que excluyen la responsabilidad del hecho extracontractual. Así mismo la noción de “gravedad” ha hecho parte de los descriptores de las conductas punibles penal y disciplinariamente, pero es también una forma de calificar situaciones, condiciones o hechos, de lo cual se derivan

responsabilidades y derechos. También en la teoría del daño en general y en la teoría de responsabilidad extracontractual del Estado, la fuerza mayor y el caso fortuito han sido supuestos de hecho con un desarrollo legal y jurisprudencial, en donde la idea sobre lo que hace a un hecho o situación imprevisible o insuperable, es acotada de manera suficiente.

El juez frente a los artículos 17 y 454 del Código de Procedimiento Penal, cuenta con elementos de juicio para valorar, en el caso concreto, si se encuentra ante una circunstancia excepcional, sobreviniente de manifiesta gravedad y que no ofrece una opción diferente a la suspender el proceso. Asimismo aplicando los criterios del precedente jurisprudencial sobre los conceptos jurídicos indeterminados, es conforme a derecho, establecer que el juez este facultado para suspender la audiencia pública de juzgamiento cuando las circunstancias lo ameriten. Sin embargo, no hay en las proposiciones jurídicas una autorización tacita para que el juez suspenda el proceso a su buen criterio, según la Sentencia C-059 de 2010, “la interrupción de las audiencias de juzgamiento no es deseable en un sistema penal acusatorio, ni debe convertirse en una práctica recurrente, por el contrario los funcionarios judiciales deben garantizar la continuidad del juicio oral a efectos de acercarse, lo antes posible, a la verdad de lo sucedido, e igualmente, para evitar situaciones que puedan llegar a afectar a las víctimas y a los testigos”.

Así, para el caso del inimputable enfermo mental, la interrupción de una audiencia deberá ser autorizada y motivada únicamente por el juez, previo dictamen de la situación que lo amerite, y en casos absolutamente excepcionales; situación que la defensa debe considerar en cuanto al tiempo disponible que le permitiría tener uno o más dictámenes por parte de peritos idóneos que confirmen el estado alucinatorio de la enfermedad del presunto infractor penal. Sin embargo, también podría alegarse que el tiempo de suspensión afecta el derecho a la libertad. Todo depende del desarrollo del proceso, de la defensa, del Fiscal, de las pruebas introducidas, con

sólidos argumentos y dictámenes medico legales con el fin de pedir como defensa la declaración de inimputabilidad del enfermo mental.

4.5 El plazo razonable y su relación con el proceso penal colombiano

“En los textos originales de los artículos 175 y 317 de la Ley 906 de 2004, no aparecen consideraciones sobre el número de delitos, el número de procesados o la complejidad del asunto. El derecho anglosajón incluyó el termino causa probable, es decir primero se investiga y luego se acusa, y si resulta necesaria y urgente la privación de la libertad así se procederá, sin embargo, hoy se ampliaron los términos de investigación formal, es decir se hace una indagación, investigación previa, la que se formaliza con el acto de imputación con el propósito de solicitar la medida de aseguramiento, luego de lo cual la fiscalía se permite seguir investigando durante un plazo que afecta de manera grave la libertad personal, y con ello otros derechos fundamentales”. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

Según la Corte interamericana de derechos humanos, sobre el plazo razonable se indico: “La Convención no fija criterios para guiar al aplicador de la norma en la determinación del plazo razonable, pero existe suficiente jurisprudencia, particularmente europea, que los desarrolla. La Corte Interamericana los utilizo para resolver el caso Genie Lacayo, donde se examinaba un proceso penal, estableciendo en su sentencia que para decidir la razonabilidad del plazo en un proceso de debían tomar en cuenta tres elementos: “a) la complejidad del asunto, b) la actividad procesal del interesado y c) la conducta de las autoridades judiciales”.

El plazo razonable es un concepto indeterminado, abierto, en donde no puede fijarse un periodo de tiempo determinado, de aplicación general para todos los casos de una misma naturaleza, porque solamente caso a caso se puede apreciar el equilibrio que debe existir entre la

celeridad de la decisión, la posibilidad de las partes de poder desarrollar sus defensas y la posibilidad del juez de disponer del tiempo necesario para examinar los alegatos y pruebas.

Es claro que los tratados de Derechos Humanos no contemplan plazos fijados, como si lo hacen generalmente los Estados en cumplimiento de sus obligaciones de respeto y garantía, dentro del debido proceso y a ser juzgado en un tiempo razonable. Sin embargo el Estado colombiano ha venido modificando la ley procesal penal, ampliando los términos de investigación una vez realizada la imputación (Ley 1453 de 2011).

En sus orígenes la Ley 906 no contemplo un plazo para que la Fiscalía adelantara la indagación preliminar, lo que condujo a la jurisprudencia constitucional a concluir que el límite era la prescripción de la acción penal, sin embargo el artículo 49 de la Ley 1453 de 2011, introdujo un cambio al definir que la Fiscalía tendría un plazo máximo de dos años, contados a partir del conocimiento de la notica criminal para formular imputación, u ordenar motivadamente el archivo de la investigación.

De igual manera la Ley 1453 de 2011, en su artículo 49 amplio el término para que la Fiscalía formule acusación, solicite preclusión o aplique principio de oportunidad de 30 días a 90 días, contados desde el día siguiente a la imputación.

Según lo anterior, al enfermo mental objeto del presente trabajo de investigación, se le puede someter a una privación injusta y prolongada de su libertad, sin que la ley le ampare este derecho fundamental, hecho que debe ser tenido en cuenta por la defensa buscando siempre su inimputabilidad declarada, declaración que bajo el concepto médico legal debidamente sustentado técnica y científicamente, ha de servir como prueba en el proceso penal. El lugar en donde deber estar este tipo de enfermo debe ser un centro de tratamiento de esta enfermedad y no un sitio de reclusión.

4.6 Visita realizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos a Colombia

(03 al 07 de Diciembre de 2012)

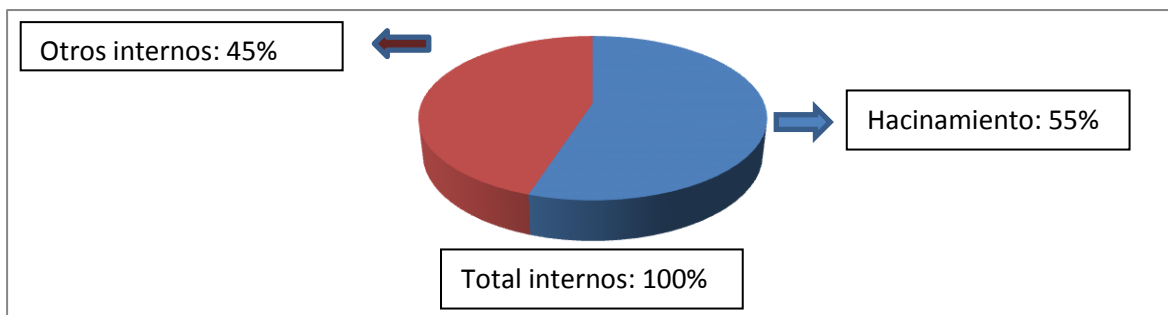
En el curso de esta visita, la relatoría de personas privadas de la libertad de la CIDH visito el centro de trabajo de menores El Redentor, el complejo “La Picota” y la cárcel “Modelo” de Bogotá, D.C. y recibió información de autoridades directamente relacionadas con la gestión penitenciaria. La Comisión reconoció la presentación de la información solicitada, las facilidades brindadas en las visitas a los centros penales, y el compromiso de las autoridades.

“La CIDH observa que Colombia sigue enfrentando graves problemas con respecto a la vigencia de los Derechos Humanos de las personas privadas de la libertad, en particular lo que respecta al aumento constante de la población penitenciaria, lo que resulta en niveles críticos de hacinamiento. Al momento de la visita se constato que La Picota albergaba 7.788 reclusos, siendo su capacidad para 4.973, y que en la Modelo había 7.381 internos, siendo la capacidad para 2.907 cupos. Este incremento se debe, según información aportada por las autoridades, a reformas legislativas recientes que han aumentado el catalogo de delitos y restringido el acceso de los internos a los subrogados penales, además de una interpretación del sistema penal acusatorio por parte de los jueces penales que no privilegia el principio de libertad. Al respecto la CIDH recuerda al Estado que de acuerdo con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el someter a personas privadas de libertad a determinados niveles de hacinamiento puede llegar a constituir en sí mismo una forma de trato cruel, inhumano y degradante violatorio del artículo 5 de la Convención Americana, recomendando al Estado colombiano implementar políticas públicas orientadas a disminuir el número de personas privadas de libertad. El sistema penitenciario ha sido un ámbito en que el conflicto armado colombiano ha tenido un impacto significativo, esto se ve en los graves hechos de violencia ocurridos en determinadas cárceles

como La Picota, en la que se recluyen un número importante de actores del conflicto armado”.
(Revista de la Defensoria Publica No.15)

La CIDH continuo recibiendo quejas respecto de la mala calidad de los servicios de salud proveídos en los centros penales. Al respecto la CIDH señala que la atención médica adecuada a los internos es una obligación fundamental que se deriva de la posición de garante de los derechos de las personas privadas de la libertad. Según el informe, Colombia afronta un problema grave de hacinamiento carcelario, resultando evidente que el pasado mes de mayo de 2013 se decreto por parte del INPEC la emergencia carcelaria, afectando así derechos como la Dignidad Personal. La crisis carcelaria provocada por un hacinamiento agudo de un 55% por encima de la capacidad, resultante del incremento en el número de personas privadas de libertad.

Hacinamiento carcelario año 2013



Gráfica 16 Hacinamiento carcelario 2013

Fuente: INPEC. SISIPEC WEB

Respecto al hacinamiento carcelario que corresponde a inimputables enfermos mentales no se encontraron datos en las estadísticas del INPEC.

Para el año 1998, la Corte Constitucional declaró un Estado de Cosas Inconstitucionales en los centros de reclusión, al respecto manifestó: “Las cárceles colombianas se caracterizan por el hacinamiento, las graves deficiencias en materia de servicios públicos y asistenciales, el

imperio de la violencia, la extorsión, y la corrupción, y la carencia de oportunidades y medios para la resocialización de los reclusos. Esta situación se ajusta plenamente a la definición del Estado de Cosas Inconstitucional. Y de allí se deduce una flagrante violación de un abanico de derechos fundamentales de los internos en los centros penitenciarios colombianos, tales como la dignidad, la vida e integridad personal, los derechos a la familia, a la salud, al trabajo y a la presunción de inocencia. Las circunstancias en las que transcurre la vida en las cárceles exigen una pronta solución. En realidad, el problema carcelario representa no solo un delicado asunto de orden público, como se percibe actualmente, sino una situación de extrema gravedad social que no puede dejarse desatendida”.

4.7 Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas. Resolución 01/08 CIDH

Teniendo en cuenta la resolución 01/08 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de la libertad en las Américas, libertad personal, en su numeral 3, expresa:

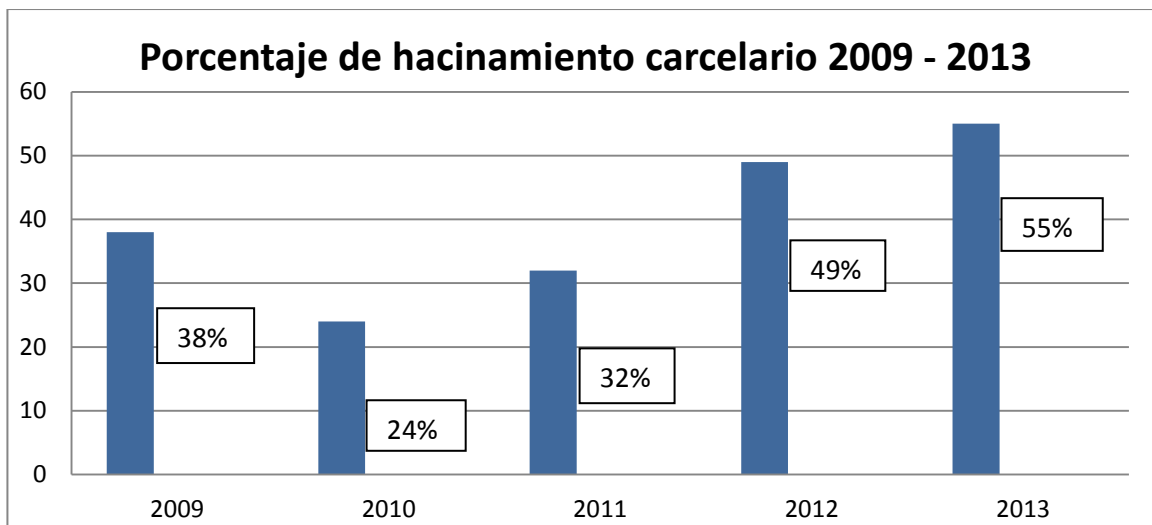
“Los sistemas de salud de los estados miembros de la organización de los Estados Americanos deberán incorporar, por disposición de la ley, una serie de medidas en favor de las personas con discapacidades mentales, a fin de garantizar la gradual desinstitucionalización de dichas personas y la organización de servicios alternativos, que permitan alcanzar objetivos compatibles con un sistema de salud y una atención psiquiátrica integral, continua, preventiva, participativa y comunitaria, y evitar así, la privación innecesaria de la libertad de una persona en un hospital psiquiátrico u otra institución similar deberá emplearse como último recurso, y únicamente cuando exista

una seria posibilidad de daño inmediato o inminente para la persona o terceros”.(Resolución 01 de 2008, CIDH, # 3)

De igual manera el numeral 4, medidas alternativas o sustitutivas a la privación de la libertad:

“Los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos deberán incorporar, por disposición de la ley, una serie de medidas alternativas o sustitutivas a la privación de libertad, en cuya aplicación se deberán tomar en cuenta los estándares internacionales sobre los derechos humanos en esa materia. Al aplicarse las medidas alternativas o sustitutivas a la privación de libertad, los estados miembros deberán promover la participación de la sociedad y de la familia, a fin de complementar la intervención del Estado, deberán proveer los recursos necesarios y apropiados para garantizar su disponibilidad y eficacia”. (Resolución 01 de 2008, CIDH, # 4)

Se observa que la Organización de los Estados Americanos, a través de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ordena a los Estados miembros el trato y derechos que con fuerza de ley deben cumplir respecto al trato y derechos que tienen los discapacitados mentales privados de la libertad, asimismo plantea medidas alternativas de privación de la libertad para este grupo poblacional.



Gráfica 17 Hacinamiento carcelario 2009-2013

Fuente: Revista La Defensa No. 15. Defensoría del pueblo

La congestión carcelaria también depende de la labor judicial, no se han seguido las recomendaciones de la ONU, que consignaron en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad (Reglas de Tokio), adoptadas en la Asamblea General de la ONU, mediante resolución 45/110, del 14 de Diciembre de 1990, disposiciones jurídicas que pretenden que los países miembros fomenten medidas diferentes a la privación de la libertad y sus abusos.

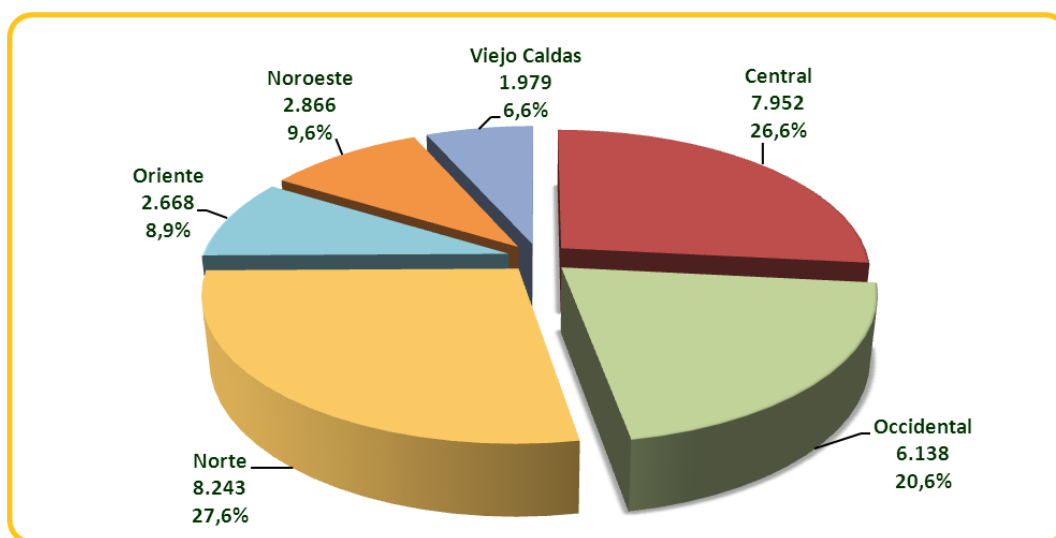
No se encontraron dentro de las Estadísticas del INPEC, datos exactos sobre cuántos inimputables o enfermos mentales integran el hacinamiento carcelario en Colombia, que paso del 24% al 55% en los últimos tres años. Es importante ver en estas cifras el crecimiento dramático de población carcelaria en los años 2012 y 2013, que supera la capacidad instalada en los centros carcelarios, y que termino con el concepto favorable por parte del Ministerio de Justicia y del Derecho del Estado de Emergencia Penitenciaria y Carcelaria, en Mayo de 2013.

En la estadística siguiente se revela el número de internos en domiciliaria, a fecha Abril de 2014, en donde se observa un total de 29.846 personas en esta condición, sin encontrar igualmente datos sobre inimputables enfermos mentales, dentro de las estadísticas que el INPEC trabaja.

Tabla 2 Población de Internos en Domiciliaria, Abril 30 de 2104

Regional	Detención		Prisión		Total	% Participación
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
Central	3.080	832	2.925	1.115	7.952	26,6%
Occidental	2.997	695	1.899	547	6.138	20,6%
Norte	5.244	957	1.703	339	8.243	27,6%
Oriente	1.034	288	1.113	233	2.668	8,9%
Noroeste	948	248	1.239	431	2.866	9,6%
Viejo Caldas	572	214	870	323	1.979	6,6%
Total	13.875	3.234	9.749	2.988	29.846	100,0%

Fuente: IPEC



Gráfica 18 Internos en domiciliaria Abril de 2014.

Fuente: Estadísticas INPEC.

4.8 Principio de interpretación pro libertatisy/o principio pro homine

La Corte Constitucional al estudiar la Ley de Habeas Corpus indico el principio pro homine, el proyecto de ley establece que en la decisión de la acción se aplicara el principio homine. Según este postulado, en la interpretación de las normas aplicables a los Derechos Humanos se debe privilegiar la hermenéutica que resulte menos restrictiva para el ejercicio de los mismos, este principio también es denominado clausula de favorabilidad en la interpretación de los Derechos Humanos, la cual ha sido consagrada en instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. “El principio de interpretación pro homine impone la aplicación de las normas jurídicas que sean más favorables al ser humano y sus derechos, la imposición de aquella interpretación que propenda por el respeto de la dignidad humana y consecuentemente por la protección, garantía y promoción de los Derechos Humanos y de los derechos fundamentales contemplados en la Constitución, Este principio esta contemplado en los artículos 1 y 2 Superiores, puesto que en ellos se consagra el respeto por la dignidad humana como fundamento del Estado Social y Democrático de Derecho. Asimismo, es un fin esencial del Estado la garantía de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución, por parte de todas las autoridades de la República en la protección de todas las personas en su vida, honra, bienes y demás derechos y libertades. (Sentencia Corte Constitucional T 129 de 2011). Así el Juez debe optar en la interpretación de una norma de carácter jurídica, por aquella que sea más benéfica, favorable, protectora para la persona humana. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

Asimismo en virtud el principio pacta sunt servanda, las normas de derecho interno deben ser interpretadas de manera que armonicen con las obligaciones internacionales del Estado

colombiano. En materia de derechos constitucionales, estos deben ser interpretados de conformidad con los tratados ratificados por Colombia (Art. 93 Constitución Política).

4.9 Principio de favorabilidad de la ley penal. Principio de igualdad

El principio de favorabilidad de la Ley penal se encuentra inmerso en el contenido del artículo 29 Constitucional y hace parte de la definición del Debido Proceso, sin embargo, lo anterior y a pesar de que la Carta Política data de 1991, existe una disposición de vieja existencia, vigente a pesar de haber pasado más de un siglo, es el artículo 44 de la Ley 153 de 1887, que dice: “En materia penal la ley favorable o permisiva prefiere en los juicios a la odiosa o restrictiva, aun cuando aquella sea posterior al tiempo en que se cometió el delito”. Este principio permanece en la legislación nacional como criterio de aplicación y de interpretación de la Ley.

Sobre el principio de Favorabilidad es procedente involucrar a la Corte Suprema de Justicia y el desarrollo jurisprudencial que ha hecho: ...”El marco de aplicación de la ley ha girado alrededor de lo que la sala ha denominado hecho jurídico o procesalmente relevante, consideración y actuación que comportan desdeñar la valoración y aplicación de la ley vigente al momento de la comisión del delito”.

La favorabilidad, constituye una excepción al principio de la irretroactividad de la ley, pudiéndose aplicar en su acogimiento una ley posterior al hecho cometido (retroactividad) o prorrogarle sus efectos aun por encima de su derogatoria (ultraactividad), siempre que en algún momento haya regido la actuación y que sea, en uno u otro caso, más favorable al sindicado o condenado. (Revista de la Defensoria Publica No.15)

La Corte Constitucional respecto al principio de favorabilidad manifiesta: “La aplicación del principio de favorabilidad es tarea que compete al juez de conocimiento, en cada caso

particular y concreto, pues solo a él le corresponde determinar cuál es la norma que mas beneficia o favorece al procesado. Esto significa que el referido principio no es predicable frente a normas generales, impersonales y abstractas, como ya ha tenido oportunidad señalarlo la Corte:

En principio, el carácter más o menos restrictivo de una disposición penal, por simismo, no quebranta la Constitución. El principio de favorabilidad, plasmado en el tercer inciso del artículo 29 de la Carta Política, se dirige al juzgador y supone la existencia de estatutos permisivos o favorables que coexisten junto a normas restrictivas o desfavorables. La aplicación preferente de la norma favorable no significa la inconstitucionalidad de la desfavorable dejada de aplicar, tacha que solo puede deducirse de su autónomo escrutinio frente a la Constitución”. “El Juez al asumir la función de interprete genuino de dos disposiciones penales, igualmente especiales, esta positivamente vinculado, como todo hermeneuta en materia penal, por la norma que obliga a optar de manera preferente por la ley permisiva o favorable, máxime cuando esta es posterior en el tiempo y comprende en su contenido la materia tratada por la anterior. (Constitución Política, artículo 29, Sentencia C-311 de 2011).

En caso de tener sentencia respecto al inimputable enfermo mental, existe la Acción de Revisión, contemplada en los artículos 192 y subsiguientes de la Ley 906 de 2004, la cual, procede contra sentencias ejecutoriadas en siete casos taxativamente descritos por el legislador, y podrá ser promovida por el fiscal, el Ministerio público, el defensor y demás intervinientes, siempre que ostenten interés jurídico y hayan sido legalmente reconocidos dentro de la actuación materia de revisión (Artículo 193 Código de Procedimiento Penal).

4.10 Conclusiones Derecho a la libertad

- El derecho a la libertad puede ser limitado dentro del proceso penal para cumplir unos fines procesales.
- la inimputabilidad en temas civiles, es considerada como un elemento constitutivo de la fuerza mayor, y esta a su vez, la fuerza mayor es un hecho eximente de responsabilidad contractual y extracontractual.
- Dentro del proceso penal es obligación del operador judicial aplicar en la interpretación de la norma los principios pro homine y pro libertatis.
- Las autoridades judiciales deberán velar porque la actuación procesal se cumpla dentro de los términos procesales, su incumplimiento acarreará sanciones, y solo de manera excepcional y por motivos previamente definidos la actuación podrá suspenderse o interrumpirse.
- La CIDH observa que Colombia sigue enfrentando graves problemas con respecto a la vigencia de los Derechos Humanos de las personas privadas de la libertad, en particular lo que respecta al aumento constante de la población penitenciaria, lo que resulta en niveles críticos de hacinamiento
- De acuerdo a la CIDH, respecto a los discapacitados mentales debe existir atención psiquiátrica integral, continua, preventiva, participativa y comunitaria, y evitar así, la privación innecesaria de la libertad de una persona .
- Es posible acceder a la libertad personal, dentro del marco del Sistema Penal Acusatorio, muy a pesar de haberse iniciado el juicio oral.

4.11 Marco Legal Salud Mental en Colombia

Constitucion Política 1991

ART. 13: El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionara los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

ART. 47: El Estado adelantara una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos, a quienes se prestara la atención especializada que requieran.

ART. 49: Modificado A.L. 02 de 2.009. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado.

Jurisprudencia

SENTENCIA T 458 DE 2009: MP. LUIS ERNESTO VARGAS SILVA: La salud es objeto de protección por parte del Juez Constitucional, que comprende todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico y mental de la persona.

Leyes

LEY 1098 DE 2006, ART. 142: Exclusión de responsabilidad penal para adolescentes. “Tampoco serán juzgadas, declaradas penalmente responsables, ni sometidas a sanciones penales los mayores de 14 y menores de 18 años con discapacidad psíquica o mental, pero se les aplicara la respectiva medida de seguridad.

Ley 1306 de 2009: Por la cual se dictan normas para la proteccion de personas con discapacidad mental.

Ley 1616 (21 de enero de 2013): «por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

Referencia Bibliográfica

Referencia Bibliográfica en Esquizofrenia y Terminología Médica

ACPEF, A. C. (2012). *Epidemiología de Nivel Mundial*. Bogotá.

Allen, G. (1997). The social and economic origins of genetic determinism: a case history of the American Eugenics Movement, 1900-1940 and its lessons for today. *Genetica* , 77-88.

Amminger, Leicester, Yung, Phillips, Berger, Francey, y otros. (2006). Early-onset of symptoms predicts conversion to non-affective psychosis in ultra-high risk individuals. *Schizophrenia Research* , 67-76.

Arango López, C. (2001). Revista Hospital General Universitario Gregorio Marañón. *Diagnóstico diferencial de los síntomas negativos en la esquizofrenia* , 1-14.

Benjamin-Sadock, & Virginia-Sadock. (2008). *Sinopsis de Psiquiatría Clínica*. Lippincott Williams and Wilkins.

Berrios, G. (1985). Positive and negative symptoms and Jackson». *Arc Gen Psychiatry. Arc Gen Psychiatry* , 95-97.

Buela-Casal, C. V., & J.A., G. &. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.

Calcedo Barba, A. L. (1992). *Conducta violenta y esquizofrenia paranoide*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.

Casey, P., & Kelly, B. (2007). *Fish's Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry*. Londres: RCPsych Publications.

CDC, C. p. (2004). *Esquizofrenia Paranoide*. Atlanta: Editorial CDC.

- Cohen, & Docherty. (2004). Affective reactivity of speech and emotional experience in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* , 7-14.
- Curtis, M., Sutter, M., & Clive, P. (1998). Farmacología integrada. *Elsevier* , 106.
- DANE. (2005). *Censo Nacional*. Bogotá.
- Domínguez, I., González, T., Ruiz, B., & Fernández, F. (2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: Su diseminación en un área de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicosis* , 9-23.
- Dr. Sabogal García, M. A. (2011). Salud Mental en Colombia. *Asociación Colombiana para la Salud Mental* , 2-3.
- Fernandez Egea, E., Bernardo Arrollo, M., & Herz, M. (2001). *Trabajos Psicoanalíticos (Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia)*. Barcelona: Ars Médica.
- Fernández-Angosto, Arnillas-J, M, G., R-Teijeira, & M-Olivares-J. (1996). Comorbilidad y Esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsi*, vol. XVI , 21-36.
- García Sabogal, M. Á. (2011). Salud mental en Colombia. *Asociación colombiana para la salud mental* , 22.
- Gerstein, P. S. (2013). Emergency Medicine: Psychosocial. *MedScape* , 6-10.
- Guzmán, F. (2011). Causas de la Esquizofrenia. *Salud Mental Hoy* .
- Hales, R. (2009). *Tratado de psiquiatría clínica*. Barcelona: Elsevier.
- Hales, R. (2009). *Tratado de psiquiatría clínica*. Wisconsin : Lippincott.
- Hales, Y. (2004). *Tratado de Psiquiatría Clínica*. España: Elsevier.
- Jerry, W., & Dulcan, M. (2006). Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. *Elsevier, España* , 389-390.

- Jerry, W., & Dulcan, M. (2006). Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. *Elsevier* , 389-390.
- Kaplan, & Sadock. (2008). *Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. New York City: Lippincott.
- Kraepelin, E. (2005). *La Paranoia*. Buenos Aires: SALERNO.
- Lewis, R. (2004). Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? *Journal of Psychiatry and Neuroscience* , 102–113.
- López-Ibor Aliño, J. J., & Valdés Miyar, M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson.
- Luis, A. (1992). *Conducta violenta y esquizofrenia paranoide*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- Mañá Alvarenga, S. (2008). *La esquizofrenia en el hogar (4ta edición)*. Barcelona: Editorial Club Universitario.
- Martindale. (2008). *Guía completa de consulta farmacoterapéutica*. Barcelona: Pharma Editores.
- Martínez Pérez, J. (2008). *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios*. Castilla: Editorial La Mancha.
- McNally, K. (2007). Schizophrenia as split personality/Jekyll and Hyde: The origins of the informal usage in the English language. *Journal of the History of the Behavioral Sciences* , 69-79.
- Mingote, A. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Medicina y Seguridad del Trabajo* , 29-51.
- Moreno Cidoncha, E. (2012). Esquizofrenia. *Psicología Online* , 6-10.
- Neferoff, & Schatzberg. (2006). *Tratado de psicofarmacología*. Barcelona: Masson.

- OMS, O. M. (2008). *Transtornos Mentales*. OMS.
- Owen, O'Donovan, & Gotesman. (2003). Psychiatric Genetics and Genomics. *Oxford University Press.* , 247–266.
- Perez-Alvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Pichot, P., López-Ibor, J. J., & Miyar, V. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- Pichot-Pierre, López-Ibor, Juan-J, & Valdés-Miyar. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- Rathus Spencer, J. N. (1991). *Abnormal Psychology*. Mishawaka: Prentice Hall.
- Ropper, V. M. (2001). *Adams and Victor's principles of neurology*. McGraw-Hill.
- Ruíz Gómez, F. (2013). Esquizofrenia: modelos de comprensión e intervención, perspectivas y retos con la nueva Ley de Salud Mental. *Congreso de esquizofrenia* (págs. 1-2). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social .
- Salazar, Peralta, & Pastor. (2006). *Manual de Psicofarmacología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Schultz, S., North, S., & Shields, C. (2007). Am Fam Physician. *Schizophrenia: A Review* , 1821-1829.
- Smith, R. (2001). *Trabajos Psicoanalíticos (Guía médica familiar)*. Barcelona: Editorial Orbis.
- Tornese, E., Albanese, A., & Albanese, H. K. (1991). Consideraciones sobre la anatomía cerebral en la esquizofrenia. Parte II. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* , 479-494.

- Toro Greiffenstein, R. J., & Yepes Roldan, L. E. (2004). *Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas*, 143.
- Vallejo Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier.
- Vallejo Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier.
- Vallejo, R. (2011). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Wilkinson, G. (1986). Political dissent and «sluggish» schizophrenia in the Soviet Union. *British Medical Journal*, 641-2.

Referencia Bibliográfica en Derecho

- Código de Procedimiento Penal. Ley 906 de 2004
- Código Penal. Ley 599 de 2000
- Código Penal alemán. 1975
- Código Penal español 1995
- Constitución Política de Colombia 1991
- Corte Constitucional. Decreto 2067 de 1991
- Declaración de los derechos de los impedidos. 1975
- Decreto 250 de 1970
- Decreto Ley 100 de 1980 (Antiguo Código Penal colombiano)
- Defensoría del pueblo. La Defensa. Revista de la Defensoría Pública No. 15
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Estadísticas Marzo 2013

Ley 1453 de 2011

Principios y Técnicas de practica forense. Julio Fontaner.

Proceso 26789 Corte Suprema de Justicia

Solórzano, Carlos (2013). “Sistema acusatorio y técnicas del juicio oral”.

Real Academia de la lengua española

Reglas mínimas de Naciones Unidas sobre medidas no privativas de la libertad. Reglas de Tokio.

Reyes Echandia, A. (1994) Derecho Penal. Editorial Temis.

Referencia Bibliográfica en Jurisprudencias citadas

Casación civil. 07 de Marzo de 1939

Corte Constitucional. M.P. Eduardo Montealegre Lynnet. C-370 del 14 de Mayo de 2002.

Corte Constitucional. Sentencia C 983 de 2002.

Corte Constitucional. MP. María Calle Correa. Sentencia C-127 de 20112

Corte Constitucional. Sentencia C 1198 de 2008.

Corte Constitucional. Sentencia C 144 de 2010

Corte Constitucional. Sentencia T 129 de 2011

Corte Constitucional. Sentencia C 311 de 2011

Corte Constitucional. Sentencia C 774 de 2001

Corte Constitucional. Tutela T-077. 13 de Febrero de 2013

Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Penal. M.P. Jorge Quintero Milanés R. 26128

Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. 13 de Noviembre de 1962.

Corte Suprema de Justcia. Proceso 26789. Sala de Casacion Penal.

Referencia bibliográfica anexos (Glosario de Términos Médicos)

Melloni, B. J. (1982). *Diccionario médico ilustrado de Melloni*. Barcelona: Reverté S.A.

Merlo, J. C. (1983). *Diccionario de Ciencias Médicas - Dorland*. Barcelona: El Ateneo S.A.

Navarro-Beltrán, E. (1984). *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Barcelona: Salvat Editores S.A.

Referencia Bibliográfica en Páginas web consultadas

- www.ramajudicial.gov.co
- www.inpec.gov.co
- www.cidh.oas.org
- www.elespectador.com
- <http://es.mdhealthresource.com/disability-guidelines/schizophrenia-paranoid-type/treatment>
- <http://psicologiaesquifrenia.weebly.com/esquifrenia.html>
- http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=59297&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=2212&ABRIR_SECCION=747&RUTA=1-747-1159-2212
- http://gestiondelainformacionleidygonzalezfd.blogspot.com/2014_05_01_archive.html
- <https://es.scribd.com/doc/231510307/Hipotesis-Sobre-El-Origen-de-La-Esquifrenia>
- <http://saludmentalhoy.com/esquifrenia/causas-esquifrenia/>
- <http://consumidores.msd.com.mx/manual-merck/007-trastornos-mentales/091-esquifrenia-delirio/esquifrenia.xhtml>
- <http://enlapsicologia.blogspot.com/>
- <http://www.psicologia-online.com/articulos/esther/esquifrenia1/>
- <http://enfermedadesnerviosas.blogspot.com/2009/11/esquifreniaevolucion-natural.html>
- <http://jguzman-jpsicologia.blogspot.com/>
- <http://losmuertevideanos.blogspot.com/2013/12/la-esquifrenia.html>
- <http://psicocalidad.blogspot.com/2011/06/esquifrenia.html>
- <http://www.webconsultas.com/esquifrenia/diagnostico-de-la-esquifrenia-531>

Anexos

Glosario de Términos Médicos

Alucinación: Es una percepción que no corresponde a ningún estímulo físico externo. Sin embargo, la persona siente esa percepción como real.(Merlo, 1983).

Anhedonia: Es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros.(Merlo, 1983).

Antipsicóticos: Un neuroléptico o antipsicótico es un fármaco que comúnmente, aunque no exclusivamente, se usa para el tratamiento de las psicosis. Los neurolépticos ejercen modificaciones fundamentalmente en el cerebro y pueden servir en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, hacer desaparecer las alucinaciones.(Merlo, 1983).

Autismo: Trastorno caracterizado porque se ve afectada la socialización, la comunicación, la imaginación, la planificación y la reciprocidad emocional, y se evidencia mediante conductas repetitivas o inusuales. Los síntomas son la falta de interacción social (dificultad para relacionarse con otros, poco o nulo contacto visual, evitan el contacto físico, no responden al ser llamados por su nombre, no tienen lenguaje y si lo tienen presenta alteraciones), las estereotipias (movimientos repetitivos), poca tolerancia a la frustración, risas o llantos sin motivo aparente, hiperactividad o pasividad.(Navarro-Beltrán, 1984).

Catalepsia: Pérdida momentánea de la movilidad (voluntaria e involuntaria) y de la sensibilidad del cuerpo. Durante este estado el cuerpo permanece paralizado. La catalepsia se observa en pacientes con cuadros graves y agudos de histeria, esquizofrenia y diversas psicosis.(Navarro-Beltrán, 1984)

Catatonía: Es un estado físico y psicológico; se caracteriza por que la persona desvaría y dice frases que tienen poca coherencia, así como anormalidades en sus movimientos físicos. El padecimiento se define desde una crisis hasta un trastorno, dependiendo del tiempo que dure, ya que puede durar desde unas horas hasta meses. O simplemente puede presentarse en variaciones o intervalos en la vida de una persona que tiende a la catatonía (esquizofrénico catatónico).(Merlo, 1983).

Delirio: Es un síntoma propio de las psicosis. En el lenguaje diario, describe una creencia que es falsa, extravagante o derivada de un engaño. En psiquiatría, la definición es necesariamente más precisa e implica que la creencia es patológica (el resultado de una enfermedad o proceso de una enfermedad).(Melloni, 1982).

Delusiones: Delirio(Merlo, 1983).

Demencia: Es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales.(Merlo, 1983).

Epidemiología: Es una disciplina científica que estudia la distribución, la frecuencia, los determinantes, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas específicas.(Melloni, 1982).

Etareo: Pertenciente o relativo a la edad de una persona. Período etario. Franja etaria.(Melloni, 1982).

Eugenesia: Hace referencia al “buen nacimiento”. Se trata de la disciplina que busca aplicar las leyes biológicas de la herencia para perfeccionar la especie humana. La eugenesia supone una intervención en los rasgos hereditarios para ayudar al nacimiento de personas más sanas y con mayor inteligencia.(Merlo, 1983).

Exacerbación: Es el aumento transitorio de la gravedad de un síntoma o de una enfermedad.(Navarro-Beltrán, 1984).

Fisiología: Es la ciencia biológica que estudia el funcionamiento en los seres vivos.(Merlo, 1983).

Fisiopatología: Es el estudio de los procesos patológicos (enfermedades), físicos y químicos que tienen lugar en los organismos vivos durante la realización de sus funciones vitales. Estudia los mecanismos de producción de las enfermedades en relación a los niveles máximos molecular, subcelular, celular, tisular, orgánico y sistemático o funcional.(Navarro-Beltrán, 1984).

Gen: Es una unidad de información dentro del genoma, que contiene todos los elementos necesarios para su expresión de manera regulada.(Navarro-Beltrán, 1984).

Hebefrenia: Trastornos mentales que sobrevienen en el momento de la pubertad, que empiezan por una tendencia a la melancolía, con vagas ideas ambiciosas o de persecución, con movimientos de cólera y de violencia, y que conducen a la demencia. Ciertos autores consideran la hebefrenia como un síndrome que se observa en la demencia precoz.(Melloni, 1982).

Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.(Melloni, 1982).

Maniaco: Es un trastorno mental consistente en una elevación anómala del estado anímico. Forma parte de los trastornos del ánimo, constituyendo una de las fases del llamado trastorno bipolar.(Merlo, 1983).

Morbilidad: Es la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado.(Navarro-Beltrán, 1984).

Mutismo: Tiene su origen en el latín mutus, término que hace referencia a la mudez, es decir a la suspensión del habla por parte de un individuo.(Navarro-Beltrán, 1984).

Neurotransmisor: Es una biomolécula que transmite información de una neurona (un tipo de célula del sistema nervioso) a otra neurona consecutiva, unidas mediante una sinapsis.(Merlo, 1983).

Patognomónico: Se utiliza en el diagnóstico médico o psicológico para calificar a aquellos signos clínicos (manifestaciones comprobables por el especialista) o síntomas (manifestaciones percibidas subjetivamente por el paciente y de las que informa al especialista) que, si están presentes, aseguran que el sujeto padece un determinado trastorno.(Melloni, 1982).

Patología: Es la rama de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en los humanos. De forma más específica, esta disciplina se encarga del estudio de los cambios estructurales bioquímicos y funcionales que subyacen a la enfermedad en células, tejidos y órganos.(Merlo, 1983).

Prevalencia: Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.(Navarro-Beltrán, 1984).

Pródromos: Se utiliza en medicina para hacer referencia a los síntomas iniciales que preceden al desarrollo de una enfermedad. Puede utilizarse tanto en singular como en plural (pródromos).(Melloni, 1982).

Pruebas Médicas: Examen o experimentación para comprobar el buen funcionamiento de alguna cosa o su adecuación a un determinado fin.(Melloni, 1982).

Psicosis: Es un término genérico utilizado en psiquiatría y psicología para referirse a un estado mental descrito como una escisión o pérdida de contacto con la realidad. A las personas que lo padecen se las denomina psicóticas.(Melloni, 1982).

Recidiva: Reaparición de una enfermedad en un sujeto que previamente ya la había sufrido pero de la que se había recuperado completamente. Este término se utiliza impropriamente como sinónimo de recaída.(Navarro-Beltrán, 1984).

Remisión: Es el estado de ausencia de actividad de una enfermedad en pacientes con una enfermedad crónica conocida. Se usa comúnmente para referirse a la ausencia de un cáncer activo o de enfermedad inflamatoria intestinal, entre otros.(Merlo, 1983).

Semiología: Es el cuerpo de conocimientos que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones patológicas (síntomas y signo) o datos, de cómo buscarlos (semiotecnia), como reunirlos en síndromes y cómo interpretarlos (clínica semiológica o propedéutica).(Melloni, 1982).

Signo: Son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.(Melloni, 1982).

Síndrome: Grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología.(Melloni, 1982).

Síntoma: Es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad(Navarro-Beltrán, 1984).