

INTRODUCCIÓN

Imputar, del latín *imputo imputare*, que significa asignar, atribuir. En el sentido del Código Penal la *imputabilidad* es la capacidad del autor para comprender la criminalidad del acto y de dirigir sus acciones, o sea, la capacidad para delinquir¹². Quien fija las pautas que debe reunir un sujeto para ser considerado imputable es el legislador y es el juez es quien establece la imputabilidad o no de un delito cometido. La cuestión que nos viene a la mente ahora es la siguiente, *¿qué es un delito?*, delito esta definido como una acción *típica, antijurídica y culpable*. Acción típica es la conducta específica contemplada, *antijurídica* es el acto que surja en contra de las leyes y *culpable* hace referencia, precisamente, a la calidad de *imputable* o *inimputable* atribuible a una persona.

Para la *Escuela Clásica*, la imputabilidad es la relación de causalidad entre el autor del delito y supone el ejercicio

1

Manual de Medicina Legal, Achával Alfredo, Buenos Aires, 1962, página 458

2 Delinquir: cometer un delito.

http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee_diccionario.html

del "libre albedrío". Para la *Escuela Positiva*, en lo que respecta a la imputabilidad, traslada la voluntariedad del acto al determinismo a que esta sujeto quien comete un delito. El libro de Medicina Legal de Gisbert Galabuig Juan Antonio, define a la imputabilidad como "el conjunto de condiciones psico-biológicas de las personas requerido por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquicamente y éticamente por aquellas"³. Se pudo observar que la primera parte de esta definición hace referencia a los caracteres psíquicos y biológicos del sujeto. La *imputabilidad* se refiere por lo tanto a un modo de ser del sujeto, a un conjunto de condiciones psíquicas existentes en el momento de cometer un hecho antijurídico.

Tales condiciones consisten en:

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

3 Manual de Medicina Legal y Toxicología, Gisberg Galabuig Juan Antonio, Fundación García Muñoz, Sección Saber, año 1977

Desde el punto de vista psicopatológico

**I. Que en el momento del hecho, la ejecución se haya
realizado con inteligencia y discernimiento**

**II. Que el sujeto goce de su libertad, de su voluntad,
de su libre albedrío**

Por tanto, serán inimputables aquellos sujetos que no gocen de autonomía mental.

Las condiciones I y II son muy importantes, solo una persona que goce de su libertad de pensamiento puede ser imputable.

Ya aclarado el concepto de *imputabilidad y delito*, se dará inicio al comienzo del presente trabajo, que inicialmente hará mención al Artículo 34 del Código Penal, que es cual define quienes son o no punibles en cierto acto cometido, y luego se dará curso a los temas que hacen de interés a la *Psicología Criminal*, describiendo conceptos inherentes y relacionados con tal materia.

El presente trabajo se desarrolla de una manera descriptiva, habiendo sido consultadas y analizadas diferentes fuentes de información, siendo estas en su mayoría bibliográficas pero

también se recurrió a material obtenido de internet. También han sido consultados distintos profesionales en las áreas de medicina y psicología para aclarar conceptos y definiciones.

ARTICULO 34 DEL CODIGO PENAL ARGENTINO

"ARTICULO 34.- *No son punibles:*

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

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

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

Psicología Criminal
Profesora: Lic. Graciela Cosentino
Alumno: Lic. Leandro Víctor Larghi

2°. El que obrare violentado por fuerza física irresistible o amenazas de sufrir un mal grave e inminente;

3°. El que causare un mal por evitar otro mayor inminente a que ha sido extraño;

4°. El que obrare en cumplimiento de un deber o en el legítimo ejercicio de su derecho, autoridad o cargo;

5°. El que obrare en virtud de obediencia debida;

6°. El que obrare en defensa propia o de sus derechos, siempre que concurrieren las siguientes circunstancias:

a) Agresión ilegítima;

b) Necesidad racional del medio empleado para impedirla o repelerla;

c) Falta de provocación suficiente por parte del que se defiende.

Se entenderá que concurren estas circunstancias respecto de aquel que durante la noche rechazare el escalamiento o fractura de los cercados, paredes o entradas de su casa, o departamento habitado o de sus dependencias, cualquiera que sea el daño ocasionado al agresor.

Igualmente respecto de aquél que encontrare a un extraño dentro de su hogar, siempre que haya resistencia;

7°. El que obrare en defensa de la persona o derechos de

otro, siempre que concurren las circunstancias a) y b) del inciso anterior y caso de haber precedido provocación suficiente por parte del agredido, la de que no haya participado en ella el tercero defensor".⁴

En el presente trabajo solo nos dedicaremos al desarrollo y análisis del inciso 1° del artículo arriba mencionado.

1. ANÁLISIS del artículo 34 inciso 1° del Código Penal

I. En la primera parte el artículo hace mención a que no son punibles "los que al momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades...". Aquí el Código Penal denomina de esa manera a lo que en psiquiatría se llaman *oligofrenias*. Oligofrenia es una palabra derivada de dos vocablos griegos⁵ que aunados significan "escasa inteligencia". Antes de entrar en desarrollo de las mismas se darán a conocer algunos conceptos a tener en cuenta para la mejor comprensión.

4 <http://infoleg.mecon.gov.ar/txtnorma/texactley11179.htm#6>

5 Criminología, Huascar Cajías k., Editorial Juventud, La Paz Bolivia, año 1987 página 387

La inteligencia se define como la mejor adaptación del individuo al medio⁶ que lo rodea y la capacidad del mismo para resolver problemas. La misma es cuantificable a través del *Coeficiente Intelectual*, que consiste en dividir la Edad Mental del sujeto por la Edad Cronológica del mismo y a ese resultado multiplicarlo por 100.

El CI promedio normal oscila entre 90 y 110.

En el caso de las oligofrenias la característica esencial es una capacidad intelectual inferior al valor mencionado, y se distinguen fundamentalmente por la ausencia de juicio crítico abstracto y concreto⁷.

Gravedad de los retrasos mentales

Una vez cuantificado el valor del CI en una persona denominada "normal", podemos especificar los retrasos mentales en 4 grados de intensidad de acuerdo a su

⁶ La capacidad de adaptación se refiere a como los individuos afrontan las exigencias de la vida cotidiana

⁷ Entendemos por Juicio critico abstracto a aquel que es apto para el manejo de objetos y símbolos, con capacidad analítica y sintetizadora. En el juicio critico concreto el sujeto es apto solo para el manejo de objetos.

coeficiente intelectual:

Retraso Mental Leve	CI situado entre 50 y 55
Retraso Mental Moderado	CI situado entre 35 y 50 (imbecilidad)
Retraso Mental Grave	CI situado entre 20 y 35 (imbecilidad)
Retraso Mental Profundo	CI inferior a 20 (idiocia)

Existe también, según el DSM-IV, una 5° tipificación llamada *Retraso Mental de Gravedad No Especificada*. Esta puede utilizarse cuando existe una clara presunción de un retraso mental pero no es posible verificar la inteligencia del sujeto (por ejemplo un niño pequeño).

Retraso Mental Leve (RML)⁸ (F70.9 DSM IV)

En los primeros años de vida (desde el nacimiento hasta los 5 años) el niño puede desarrollar habilidades sociales y de comunicación, pero la coordinación muscular es algo deficiente. Generalmente el RML no se diagnostica sino hasta años después, cuando comienza la etapa escolar. Al final de

⁸ Fuente: DSM-IV y http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_23/seccion_23_255.html, tomado de Tenny T.J Clemmens El cuidado pediátrico básico, Ed R.A. Hoekelman 1997, pág 410.

la adolescencia se le puede enseñar cierta conformidad social, es decir, que es un sujeto que puede ser educado. Ya en su edad adulta son capaces de adquirir habilidades sociales y laborales para su sustento, para gozar de una autonomía mínima, pero puede necesitar consejos y asistencia en momentos de crisis económicas o momentos sociales inusuales. En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.

Retraso Mental Moderado (RMM)⁹ (F71.9 DSM IV)

Puede aprender a hablar y comunicarse, pero tiene poca conciencia social. La coordinación muscular es buena y se beneficia si aprende a valerse por si solo. En esta categoría el sujeto puede aprender algunas habilidades sociales y laborales, pero poco debe esperarse en cuanto a una profunda educación escolar. Ya en la edad adulta pueden aprender a sostenerse pro si solos realizando tareas no calificadas o

⁹ Idem 7

cuasi-calificadas, pero esta última bajo tutela. Por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

Retraso Mental Grave (RMG)¹⁰ (F72.9 DSM IV)

Ya en esta grado de retraso mental el sujeto es capaz de aprender a hablar y pueden ser adiestrados en ciertas habilidades elementales de cuidado personal, pero no en todos los casos esto último es posible. En los años adultos pueden realizar tareas simples estrechamente supervisadas en instituciones. En su mayoría se adaptan a la vida en comunidad.

Lo dicho anteriormente se da en el mejor de los casos, no debemos olvidar que el CI de estos sujetos es bajo (20 - 35) por lo que pueden desarrollar solo algunas de las actividades mencionadas.

Retraso Mental Profundo (RMP)¹¹ (F73.9 DSM IV)

10 idem 8

11 idem 9

La mayoría de los sujetos que corresponden a esta clasificación, presentan alguna enfermedad neurológica identificada con su retraso mental. En cuanto a su desarrollo probablemente no logre aprender a caminar ni a hablar. Solo con un adiestramiento adecuado puedan mejorar su desarrollo motor y de comunicación. El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes

Criterios para el diagnóstico del retraso mental

A) Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente

B) Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales e interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

C) El inicio es anterior a los 18 años.¹²

Las causas conocidas de los retrasos mentales son:

Hereditarias

Cromosómicas

Adquiridas

Perinatales

Estacionales

II. Continuando con el análisis del artículo 34 inciso 1° del Código Penal, luego de hacer mención a las insuficiencias de las facultades mentales, continúa diciendo "... por alteración morbosa de las mismas...". por definición, decimos que alteración morbosa de las facultades mentales abraza "al conjunto

12 DSM-IV

*de trastornos mentales que, en el momento del hecho, impiden comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones”.*¹³ Esta se refiere no solo a los trastornos que se conocen, en psiquiatría, como *psicosis*, sino también a las *neurosis*, *psicopatías*, *demencias* y otras alteraciones morbosas, en tanto al momento del hecho no permitan al sujeto comprender la criminalidad de sus actos o dirigir sus acciones. El Código Penal sigue un criterio biopsíquico o psiquiátrico-psicológico,

1°- la biológica, respecto a la alteración morbosa de las facultades mentales

2°- la psicológica, que entiende la imposibilidad de comprender sus actos o dirigir sus acciones.

Psicosis: Concepto y Definición:

Cuando la psiquis es agredida por un agente nocivo físico¹⁴ pueden ocurrir dos cosas: puede que

13 Tieghi Osvaldo “Tratado de Criminología”, Editorial Universidad, Buenos Aires, año 1996, página 419

14 Existen factores que generan perturbaciones denominadas “noxas”, y las hay de tres tipos: material, inmaterial y disposicional. Un ejemplo de noxa material sería el alcohol, de noxa inmaterial sería una mala noticia. Una noxa disposicional es un factor que genera un temperamento con manifestaciones habituales del orden de la indiferencia, pasividad, apatía, insensibilidad.

se produzca un enturbiamiento de la conciencia, como sucede con la intoxicación por alcohol; y otras veces surgen expresiones psíquicas que se diferenciarán en su calidad de las normales, en este punto estamos frente a una *psicosis*. Según el DSM III las *psicosis* constituyen una *alteración grave del juicio de la realidad*¹⁵. El término *psicosis* proviene del griego *psyché* que significa “alma”, y es aplicado a los trastornos mentales de etiología psíquica u orgánica en los cuales se presentan alteraciones profundas de la realidad y de la respuesta a estímulos. De acuerdo con la CIE-9 puede describirse a la psicosis como *el trastorno en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la “introspección” y la capacidad para afrontar algunas “demandas ordinarias de la vida” o para mantener “un adecuado contacto con la realidad”*¹⁶. La misma es un trastorno mental mayor, de origen emocional u orgánico, que produce un deterioro en la capacidad de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y comportarse.

Las psicosis se clasifican en dos grandes grupos:

1° orgánicas: estas a su vez se subclasifican en las siguientes categorías

- I. Orgánicas seniles y preseniles (se analizarán mas adelante cuando se estudien las “demencias”)
- II. Alcohólicas
- III. Psicosis debidas a drogas
- IV. Orgánicas transitorias
- V. Otras psicosis orgánicas (crónicas)

2° funcionales: el CIE 9 codifica a las a las siguientes: esquizofrenia; psicosis afectivas; estados

15 Tratado de Criminología, Tieghi Osvaldo, obra citada.

16 Tratado de Criminología, Osvaldo Tieghi, obra citada, página 452

paranoides; otras psicosis no orgánicas, psicosis peculiares de la niñez.

A continuación daremos inicio al estudio de las psicosis funcionales analizando la primera de ellas, la "esquizofrenia".

Psicosis funcionales

La esquizofrenia

El término de esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911. Esta enfermedad ya había sido identificada por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de "*demencia precoz*", que quería decir que las personas afectadas sufren graves deterioros cognitivos y de comportamiento, similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en este caso se daría en una edad juvenil. Sin embargo Bleuler observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado dar el nombre de *esquizofrenia*. El término de esquizofrenia en sí significa "*mente partida*"¹⁷.

La esquizofrenia comienza aproximadamente entre los 15 y 25 años de edad, que afecta al 0,8%¹⁸

17 <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenial/index.shtml>

18 Manual de Psicopatología Forense, Julio Roberto Zazzali,

de la población. Los síntomas de la misma se dividen en *positivos* y *negativos*. (esta clasificación no tiene nada que ver con que son síntomas buenos o malos). Los síntomas positivos consisten en aquello que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar, como los delirios, las alucinaciones y las conductas extravagantes. Los síntomas negativos son aquellos que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos suelen realizar cotidianamente como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia las personas. Estos síntomas tienen que estar presentes en el sujeto por los menos 6 meses, antes de este tiempo no puede diagnosticarse que padece de esquizofrenia.

Síntomas positivos:

Alucinaciones: las alucinaciones son percepciones sin objeto, es decir, son experiencias originadas dentro en la mente del sujeto y no en el mundo exterior. Las mismas pueden ser *visuales* o *auditivas*. En cualquiera de los dos casos el sujeto “escucha” o “ve” cosas que no existen, a diferencia de la “*ilusión*” que es una percepción errónea de un objeto. El peligro sucita cuando el sujeto cae en obediencia de las alucinaciones, como si se tratasen de ordenes que debe cumplir.

Ideas delirantes: son creencias falsas y persistentes, aunque al sujeto se le haya demostrado lo contrario. El sujeto puede estar convencido de que es un enviado de Dios (delirio místico); o que existe una conspiración en su contra (delirio de persecución, “*todos los radares del mundo me están vigilando y controlando*”)

Trastornos del pensamiento: se diferencia de la anterior porque es un trastorno de la “forma misma del pensamiento”¹⁹, y no de su contenido. El sujeto en este caso pierde la capacidad asociativa. En los casos de la pérdida grave de asociación, el sujeto puede presentar un lenguaje incoherente e incomprensible, usando palabras inexistentes cuyo significado no se aclara, e incluso, desarrollar un idioma propio.

Síntomas negativos:

Ed. La Rocca, Buenos Aires, año 2003, pág. 111

19 Tratado de Criminología, Osvaldo Tieghi, obra citada, pág. 473

Psicología Criminal
Profesora: Lic. Graciela Cosentino
Alumno: Lic. Leandro Víctor Larghi

Falta de energía y motivación: debido a la enfermedad muchos sujetos pierden su entusiasmo normal, su energía y su interés por lo que los rodea. Este estado consiste en un cuadro completo de abulia, ausencia de iniciativa. Permanece todo el día sin hacer nada, entiende lo que se le dice, pero no interés en nada ni nada lo emociona.

Trastornos emocionales: El paciente pierde la capacidad de experimentar placer y no puede sentir emociones normales como lo hacía con anterioridad.

La esquizofrenia es una enfermedad que evoluciona según su proceso, en la mayoría de los casos, aparece en la adolescencia y se desarrolla hasta la edad madura. Su evolución se da en forma crónica, existiendo la posibilidad de que aparezcan brotes, teniendo una desestructuración de la personalidad sin restauración plena de la misma. Generalmente se conserva la actividad intelectual, y no hay modificación en su estado de lucidez, aunque con el paso del tiempo ambas pueden verse afectadas. El sentido del yo esta frecuentemente alterado, se manifiesta con una pérdida del yo y de la percepción sobre la propia identidad.

Según el DSM-IV existen 5 sub-clasificaciones de la esquizofrenia, que se desarrollan a continuación.

Esquizofrenia paranoide: la principal característica de esta es la presencia de ideas delirantes y alucinaciones auditivas. Las ideas delirantes fundamentalmente son ideas de persecución, de grandeza o ambas. El inicio de la misma es tardío, comienza no antes de los 20 años.

Esquizofrenia desorganizada: también llamada *hebefrenia*. Predomina un afecto absurdo, no apropiado(se suelen reír cuando se les da una mala noticia), además de un lenguaje desorganizado. Generalmente muestran falta de interés y de participación. Si bien manifiestan alucinaciones y delirios, esta no es una condición en este tipo, la mayoría de los casos los brotes no son claramente delimitables. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad (a este

tipo clase se la puede confundir con la crisis de la adolescencia). Por la ausencia de síntomas es difícil de reconocerla, (los indicios suelen ser el descuido personal, conductas solitarias). El pronóstico suele ser desfavorable.

Esquizofrenia catatónica: existe una marcada alteración psicomotora, que puede incluir desde la inmovilidad absoluta hasta la actividad motora excesiva. A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. Esta clase es la de peor pronóstico para el sujeto.

Esquizofrenia indiferenciada: básicamente hablamos de esta clase de esquizofrenia cuando no predomina un síntoma en particular de los anteriormente mencionados.

Esquizofrenia residual: este cuadro debe utilizarse cuando el sujeto ha sufrido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes.

Psicosis afectivas

En la CIE se conceptúa a las psicosis afectivas como *"aquellos trastornos mentales , en los que hay una alteración grave del ánimo acompañada de uno o mas de los siguientes síntomas o signos:*

- 1. ideas delirantes*
- 2. perplejidad*
- 3. perturbación de la actitud hacia si mismo*

4. *trastornos de la percepción y del comportamiento*²⁰

Entre las psicosis afectivas se destaca la *psicosis maniaco depresiva* y sus diversos tipo.

Psicosis maniaco-depresiva

Esta enfermedad ha recibido diferentes denominaciones tales como ciclotimia, locura circular, trastorno afectivo bipolar, psicosis psicosis cicloide, etc.

Esta enfermedad comienza entre los 20 y 35 años de edad y se distingue por evolucionar por fases, que son estudios patológicos con disturbios predominantemente afectivos. Las fases pueden ser de excitación o manía o de depresión o melancolía.

Síntomas de la excitación maniaca: incremento de la actividad motora y psíquica; alegría intensa; taquipsiquia (aceleración del pensamiento); aumento de iniciativa y optimismo; "el contacto con la realidad esta roto"; sueño acortado (2 o 3 horas por día)

Síntomas de la depresión melancólica: disminución de las actividades motora y psíquica; tristeza; angustia; falta de deseos; poca voluntad; desinterés; pesimismo; pueden llegar a pensar en el suicidio. Este cuadro patológico no esta relacionado con nada que se haya vivido.

Es poco frecuente que se sucedan fases de excitación maniaca exclusivamente como también es poco frecuente, que entre fase y fase (transcurso de la excitación a la depresión) no existan períodos de normalidad. Hay que destacar que el sujeto puede sufrir solo una de las fases, no necesariamente oscila entre ambas. De todas maneras, durante los episodios de excitación o

20 CIE 10

depresión el sujeto pierde el contacto con la realidad, su nexos con el mundo esta roto. Hay alineación mental.

Clasificación según el CIE 9:

psicosis maniaco depresiva, tipo maniaco (CIE 9 296.0)

caracterizada por el estado de excitación y alborozo, desproporcionado por las circunstancias; varía desde la elevación del animo hasta la excitación violenta e incontrolable.

Son frecuentes la agresión, la ira, la distracción; la fuga de ideas; la alteración del juicio y las ideas de grandeza.

Psicosis maniaco depresiva, tipo depresiva (CIE 9 296.1)

el animo se muestra marcadamente deprimido con tristeza e infelicidad. No obstante puede presentarse agitación.

Psicosis maniaco depresiva circular, fase maniaca (CIE 9 296.2)

Se define como tal a la *psicosis afectiva que ya ha tenido aparición en cualquiera de sus formas, alternada o separadamente y con intervalos de normalidad, y que el momento se presenta en forma de maniaca.*

Psicosis maniaco depresiva circular, fase depresiva (CIE

9 296.3)

Presenta las mismas características que la anterior pero se presenta como depresiva en la actualidad.

Psicosis maniaco depresiva circular, fase mixta

En este tipo se presentan simultáneamente los síntomas maníacos y depresivos.

Estados paranoides

Se define a las psicosis paranoides como *“trastornos caracterizados por “ideas delirantes”, persecutorias o de celos, o de grandeza, no debida a otros trastornos mentales como una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme o un trastorno del estado de ánimo”*²¹.

Clasificación (según CIE 9):

1. paranoia (CIE 9 y DSM III 297.1))

se la define como *“psicosis organica en la cual se ha desarrollado un sistema delirante, lógicamente articulado, sin alucinaciones concomitantes. Las ideas delirantes son de “grandeza”, “persecución” o “anormalidad somática”*

2. psicosis inducida (CIE 9 297.3)

Antiguamente se denominaba a esta psicosis como *“folie a deux”* (locura de a dos). Es una psicosis con predominio de ideas delirantes inducidas o compartidas con otra persona que ya tiene tales ideas y con la que existe estrecha relación. Es la situación en que una persona convence a otra allegada a esta de que existe un tercero enamorado de la primera.

3. trastorno paranoide agudo (DSM III 290.3)

²¹ DSM III

es un trastorno de menos de seis meses de duración, observable en sujeto que han experimentado cambios drásticos psicosociales.

4. trastorno paranoide simple (CIE 9 297)

su principal característica son las ideas delirantes del tipo persecutoria, siendo las mismas elaboradas y sistematizadas.

5. parafrenia (CIE 9 297.2)

este cuadro es mas grave que el anterior. El delirio en este caso es desestructurado y crónico. Existen alucinaciones.

Otras psicosis no orgánicas

Esta categoría se refiere solamente a un pequeño grupo de trastornos atribuibles a factores experienciales recientes.

Clasificación:

1. del tipo depresivo
2. la confusión reactiva (obnubilación de la conciencia)
3. reacción paranoide aguda
4. psicosis paranoide psicógena
5. otras psicosis reactivas

Psicosis peculiares de la niñez

Comprende a aquellas psicosis que comienzan antes de la pubertad principalmente el *autismo infantil* y la *psicosis desintegrativa*.

1. Autismo infantil (CIE 9 y DSM IV 299.0)

Sus principales características son la reacción anormal estímulos auditivos y a veces visuales; presentan respuestas extrañas a lo estímulos mesológicos; falta de interés hacia las relaciones sociales.

Algunos autores consideran que es una forma inicial de la esquizofrenia.

2. psicosis degenerativas (CIE 9 y DSM IV 299.1)

“trastorno en el cual el desarrollo, que era normal o casi normal en los primeros años, es seguido de una pérdida del lenguaje y habilidad social alterándose el comportamiento, las relaciones y las emociones, de modo grave. Tras los primeros 2 años de vida, pero antes de los 10 años de edad, el niño experimenta una pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas anteriormente, por lo menos en dos de las siguientes áreas: lenguaje expresivo o receptivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control intestinal, juego o habilidades motoras”

Psicosis orgánicas

Psicosis seniles y preseniles

Las psicosis orgánicas son *trastornos orgánicos cerebrales asociado a la edad (senil y presenil) y caracterizado por un evolutivo deterioro mental.*

Se denomina demencia al *debilitamiento psíquico irreversible y generalmente progresivo que se manifiesta despues de haber alcanzado el desarrollo*²².

Analizando la definición aclaramos que las demencias son irreversibles porque las mismas no son mejorables ni curables, y son progresivas porque los disturbios mentales se van acentuando hasta que el sujeto se desconecta completamente con el mundo.

1) Demencia en la enfermedad de Alzheimer (CIE 10 F00)

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de origen desconocida (hay investigaciones que sugieren la existencia de componentes genéticos), que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. El período evolutivo puede ser corto, dos o tres años, pero en ocasiones es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes, denominada *enfermedad de Alzheimer de inicio presenil*, pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida, *enfermedad de Alzheimer de inicio senil*. En casos con inicio antes de los 65 a 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores. La demencia en la enfermedad de Alzheimer se considera hoy día irreversible.

²² Manual de Psicopatología Forense, Zazzali Julio Roberto, ob citada, pág 116.

Subtipos y especificaciones

La edad de inicio de la demencia tipo Alzheimer puede ser señalada con el uso de uno de los siguientes subtipos:

Inicio temprano: este subtipo se usará si el inicio de la demencia se presenta a los 65 años o antes.

Inicio tardío: este subtipo se usará si la demencia se inicia después de los 65 años.

Subtipos:

Con ideas delirantes: Este subtipo se usa si las ideas delirantes constituyen los síntomas predominantes.

Con estado de ánimo depresivo: Se usa este subtipo si predomina un estado de ánimo depresivo

No complicado: Se usa este subtipo si ninguno de los subtipos mencionados resulta predominante en el cuadro clínico actual.

También se podrá señalar la presencia de alteraciones del comportamiento (por ejemplo vagabundeo) cuando éstas sean significativas.

2) Demencia vascular (CIE 10 F01)

La demencia vascular se distingue de la demencia en la enfermedad de Alzheimer por el modo de comienzo, las características clínicas y la evolución.

Lo más característico es que haya antecedentes de ictus (accidentes cerebro-vasculares) transitorios, con breves trastornos de conciencia y paresias²³ o pérdidas de visión fugaces. Es entonces cuando se manifiesta un cierto deterioro de la memoria y del pensamiento. El comienzo de la enfermedad tiene lugar en la edad avanzada. El cuadro suele ser brusco, como consecuencia de un episodio isquémico aislado o la demencia puede ir haciéndose presente de una manera más gradual. La demencia es la consecuencia de los infartos del tejido cerebral secundarios a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad vascular hipertensiva.

Otras características:

Hipertensión arterial

Llantos o risas intempestivas

Episodios transitorios de obnubilación de conciencia

²³ Paresias es pérdida de fuerza pero no total, en ese caso sería una parálisis

Apatía

Actitudes paranoides e irritabilidad

3) Demencia debida a la enfermedad de Pick (CIE 10 y DSM IV F02.0, DSM IV 290.1)

Es una demencia progresiva de comienzo en la edad media de la vida (por lo general entre los 50 y los 60 años de edad), caracterizada por cambios precoces y lentamente progresivos del carácter y por alteraciones del comportamiento, que evolucionan hacia un deterioro de la inteligencia, de la memoria y del lenguaje, acompañado de apatía, de euforia. Los casos de comienzo más precoz tienden a presentar una evolución peor. Las manifestaciones comportamentales a menudo preceden al deterioro franco de la memoria. A lo largo del curso de la enfermedad se presentan dificultades en la memoria, apraxia, puede hacerse notorios los reflejos primitivos como ser el cabeceo, chupeteo.

4) Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CIE 10 y DSM IV F02.1, DSM IV 290.1)

Es una demencia progresiva con multitud de síntomas y signos

neurológicos debida a alteraciones neuropatológicas específicas. El inicio tiene lugar normalmente hacia la mitad o el final de la vida, por lo general en torno a los 50 años, pero puede presentarse en cualquier momento de la edad adulta. El curso es subagudo y lleva a la muerte en uno a dos años.

Psicosis alcohólicas

Se consideran como tales a los *trastornos mentales orgánicos que son consecuencia del alcoholismo e implican lesión cerebral orgánica*.

Las psicosis alcohólicas producen estados psicóticos orgánicos debido principalmente a la excesiva y prolongada ingesta del alcohol etílico.²⁴

Psicosis debidas a drogas

1. Síndrome de abstinencia de droga (CIE 9 292.0)

Es el estado asociado con la suspensión de una droga usada habitualmente y que va desde las formas de manifestación graves, hasta otras formas caracterizadas por uno o más de estos síntomas convulsiones, temblor, ansiedad, inquietud, trastorno gastrointestinales y musculares, desorientación leve y alteración moderada de la memoria

²⁴ este tema se desarrollara mas adelante cuando analicemos "estados de inconciencia"

2. estado paranoide o alucinatorio, o con ambas manifestaciones inducidas por drogas (CIE 9 292.1)

Es un estado asociado con el uso abundante o prolongado de drogas, en especial de las anfetaminas y el ácido lisérgico (LSD). Predominan las alucinaciones auditivas y puede existir ansiedad e inquietud.

3. intoxicación patológica por drogas (CIE 9 292.2)

Reacción idiosincrática individual a cantidad relativamente pequeña de una droga, que toma la de un estado psicótico agudo y breve de cualquier tipo.

Psicosis orgánicas transitorias

Son estados caracterizados por obnubilaciones de la conciencia, confusión, desorientación temporal y espacial, ilusiones y a menudo alucinaciones vividas. Generalmente se deben a un trastorno cerebral de origen tóxico, infeccioso, tumoral, metabólico o general.

Estos estados son transitorios y reversibles en su evolución en la medida que desaparezca la noxa causal.

III. estados de inconciencia, error o ignorancia de hecho no punible. Continuando con en análisis de

artículo de nuestro Código, la tercera parte que analizaremos es cuando hace mención de estados de inconciencia, error o ignorancia.

Antes de dar comienzo a la tarea de descripción de los estados de inconciencia, se dará una breve definición de términos para una mejor comprensión de los mismo.

Trastorno mental transitorio: los Trastornos Mentales Transitorios (TMT) son estados de perturbación mental pasajeros y curables, debidos a causas ostensibles sobre una base patológica probada, cuya intensidad puede llegar a producir trastornos en la comprensión y la voluntad²⁵

Características del TMT:

- ser desencadenado por una causa inmediata y evidenciable
- ser de breve duración
- que cure rápidamente sin secuelas ni posibilidad de repetición
- que haya surgido sobre una base patológica probada.
- que la intensidad del trastorno mental anule el libre albedrío

²⁵ <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/Romi.htm>

Los TMT pueden clasificarse en *incompletos (TMTI)* y *completos (TMTC)*. El TMTI es un disturbio psíquico cuantitativo que corresponde a un cuadro psicopatológico denominado *estado brumoso o conciencia obnubilada*. La capacidad para comprender la criminalidad de un acto esta conservada, por lo que el sujeto tiene las bases psíquicas para ser declarado imputable. El TMTC es un disturbio psíquico que abarca los siguientes cuadros psicopatológicos: 1- conciencia suspendida o anulada; 2- estado crepuscular; 3- conciencia desordenada; 4- conciencia con productividad psicótica o conciencia con neocontenidos.²⁶

Inconciencia por ebriedad

Ebriedad significa “anulación de los sentidos como resultante de la abundante bebida de vino u otro licor” (del latin *ebrietas*).

Por definición decimos que la ebriedad patológica es *una forma particular de intoxicación aguda producida por alcohol, cuyo umbral de comienzo varía según los individuos y se traduce en un cuadro clínico constituido por ataxia parcial o total, motriz, sensorial y psíquica*²⁷

²⁶ <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/Romi.htm> y Zazzali Julio, Manual de Psicopatología Forense, ob.citada.

²⁷ Emilio Federico Pablo Bonnet, Medicina Legal, Lopez Libreros Editores, Bs As, 1967, pagina 641

Existen dos tipos de ebriedad: la *simple* o *standard*, y la *complicada* o *patológica*. Según el dr. Emilio Federico Pablo Bonnet, ambos estados son patológicos desde el momento en que resultan de una intoxicación mas o menos intensa en el organismo por efecto del alcohol.²⁸

Existen tres clases de sujetos en función de cómo metabolizan el alcohol en su organismo, a saber:

bebedores tolerantes: son aquellos sujetos que ingieren una cantidad de alcohol por encima de la media y no les produce efecto

bebedores patológicos: en contraposición a los anteriores, son sujetos que con una mínima ingesta de alcohol presenta síntomas del efecto del mismo en el organismo.

Bebedores normales

La concentración de alcohol etílico en la sangre es lo que produce el estado de embriaguez del sujeto. En la *ebriedad simple* distinguimos los siguientes períodos y/o estados que atraviesa el sujeto. Estos valores son aproximados dado que depende del grado de sensibilidad del sujeto:

28 dicha aclaración excede los intereses del presente trabajo. Solo se hizo mención del mismo por considerar que es una opinión interesante

Menos de 0,5 gr/ml	no se observan signos manifiestos de intoxicación. El sujeto es conciente de sus actos.
De 1 a 1,25 gr/ml	las dos terceras partes de los individuos manifiestan signos de intoxicación. El sujeto tiene incoordinación motora. A priori puede comprender su conducta.
De 1,5 a 2,5 gr/ml	el 80% de los individuos muestran signos de intoxicación. En este momento aumentan los síntomas anteriores, no existen frenos inhibitorios ²⁹ , los reflejos están completamente retardados. Este sujeto no puede dirigir sus actos ni comprender sus acciones.
2,5 gr/ml en adelante	el 100% de los sujetos manifiestan síntomas de intoxicación. Son límites incompatibles con la vida, no existe

²⁹ el superyó es la instancia psíquica soluble en alcohol.

respuesta a estímulos externos.³⁰

Un sujeto normal elimina 0,12 a 0,15 gr/ml de alcohol por hora.

Un sujeto tolerante elimina 0,27 gr/ml de alcohol por hora.

Un sujeto patológico elimina 0,8 gr/ml de alcohol por hora.

La *ebriedad patológica complicada* es un trastorno mental transitorio incompleto o completo que se traduce dinámicamente en actos impulsivos. Mediante la ingesta de pequeñas dosis de alcohol se llega a un estado de inconciencia y consecuentemente a reacción agresiva y violenta.

Alcoholismo crónico: en estos casos el sujeto es un bebedor continuo de larga data con posibles casos de ebriedad. En una primera etapa el sujeto es un “bebedor social”, para luego convertirse en un “bebedor cotidiano”, en este caso el sujeto va en busca de la bebida, cuando antes era una situación casual. La fase siguiente es un estado de “bebedor dependiente”, aquí ya el sujeto bebe a escondidas ,se deteriora la personalidad del mismo, comienza a tener problemas sociales. Ya en una etapa final, a consecuencia del consumo prolongado de grandes cantidades de alcohol se desarrollo el *síndrome de Wernike-Korsakoff*, caracterizado por confusión, anomalías en el movimiento de

30 Emilio Federico Pablo Bonnet, Medicina Legal, ob. citada.

los ojos (mirada fija), y otros signos neurológicos (alucinaciones). Si el sujeto comienza una rehabilitación a su adicción a la bebida, a causa de la abstinencia generada por la no ingesta de alcohol puede llegar a un estado de *delirium tremens*, siendo un conjunto de síntomas psiquiátricos y orgánicos generados por la falta de alcohol.

Criterios para el diagnóstico de intoxicación por alcohol (DSM IV 303.0)

A. Ingestión reciente de alcohol.

B. Cambios psicológicos de comportamiento, desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

lenguaje farfullante

incoordinación

marcha inestable

deterioro de la atención o de la memoria

estupor o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Estados de inconciencia por epilepsia.

La epilepsia es una *enfermedad neuropsíquica, congénita o adquirida, caracterizada por la aparición periódica de episodios pasajeros recurrentes de trastornos de la conciencia. Estos pueden aparecer en forma de espasmos musculares, rítmicos, con pérdida de la conciencia, o con algún otro comportamiento anormal por irritación del sistema nervioso central. La enfermedad puede no tener causa orgánica o bien deberse a lesiones de ese tipo.*

El carácter esencial de la misma es el estrechamiento de la conciencia. El mundo exterior pierde interés, este se centra en el yo y su afección patológica.

Es importante mantener en mente que no todas las epilepsias se

manifiestan con movimientos anormales, dependiendo del sitio del cerebro del que se originen, los pacientes pueden tener sensaciones extrañas, escuchar, ver u oler algo determinado.

La epilepsia puede tener diversas causas e, incluso, ser el síntoma clínico de otros problemas orgánicos. Las lesiones cerebrales, los traumatismos, las malformaciones congénitas, las anomalías metabólicas, los tumores y las secuelas de algunas enfermedades o infecciones pueden, en algunos casos, originar este desorden neurológico. Pero, en muchos otros, estas descargas eléctricas excesivas y repentinas (crisis) de las células cerebrales no tienen una causa identificable.

Existen cuatro tipos generales de epilepsias:

Crisis del Gran Mal

Comprende 4 fases y es la más grave de todas.

La primera sensación, el sujeto asume una forma de vértigo, temor o experiencia extraña. Esta fase se la denomina *aura* y si bien la misma precede por instantes a descargas neuronales, el epiléptico suele quedarse en pie.

En la segunda fase, la *fase tónica* aparecen las primeras

manifestaciones de ataque. El sujeto epiléptico pierde el conocimiento y cae al suelo, se suspende la respiración y el color del rostro se oscurece.

Seguidamente, en la *fase clónica*, los músculos se contraen y relajan alternadamente. En esta fase el sujeto puede perder control de esfínteres y/o eyacular.

En el *coma* el sujeto se mantiene inconsciente mientras sus músculos se recuperan.

Luego al despertar el sujeto no recuerda nada de lo ocurrido.

Crisis del Petit Mal

En esta gravedad no se presenta el aura ni existen convulsiones. Se trata de una alteración de la conciencia.

Epilepsia focal o *jacksoniana*

En esta gravedad los espasmos musculares son localizados. Generalmente no produce pérdida de la conciencia, pero si los espasmos comienzan a extenderse al resto del cuerpo se parece a la crisis del Gran Mal.

Epilepsia psicomotora

Comienza con un aura y continúa con la pérdida de la conciencia,

aunque el sujeto aparenta estar conciente. El acto que realiza puede ser simple o repetitivo, y también puede ejecutar actos violentos o antisociales. Luego del ataque no recuerda lo sucedido.

Estados de inconciencia por hipnotismo

El hipnotismo es el acto por el cual un individuo origina en otro un estado crepuscular psíquico durante el cual las acciones realizadas por este se llevan a cabo de acuerdo a sus naturales tendencias o auténticos deseos. El estado crepuscular es un estado de inconciencia relativo, ya que el sujeto recibe estímulos pero no los puede interpretar. El sujeto hipnotizado no puede, a priori, dirigir, alterar o modificar una acción.

Estados de inconciencia por sonambulismo

El sonambulismo es un estado psicomotriz espontáneo, producida durante un aparente estado de sueño. Es un estado crepuscular. Lo explicado en el caso de hipnosis es aplicado también al sonambulismo.

Estado de inconciencia por ebriedad del sueño

Se trata de un estado crepuscular que vive el sujeto en un estado confusional de pre-despertar. El sujeto reacciona en forma impulsiva por superposición de imágenes reales y fantasiosas de ensueño.

Estado de inconciencia por manía transitoria

Debe ser considerada como una variedad de epilepsia temporal caracterizada por una excitación psicomotriz. El episodio es de corta duración (no mas de tres minutos), luego del mismo el sujeto se queda dormido y existe amnesia posterior.

Criterios para declarar la **Imputabilidad**

El Código Penal Argentino exime de responsabilidad a aquellos sujetos que “al momento del hecho” (Art. 34 Código Penal) no sean capaces de *comprender sus actos* o de *dirigir sus acciones*. Con que solo una de estas dos condiciones este ausente en el sujeto, es causal de que el mismo sea declarado “inimputable”.

El Tratado de Criminología de Osvaldo Tieghi, informa que los criterios legislativos siguen un *criterio biológico*, o un *criterio psicológico*, o un *criterio mixto*. El criterio biológico excluye la imputabilidad a la enfermedad, demencia o trastorno mental al momento de la acción. El criterio psicológico manifiesta que se haya excluido a quien a l momento del acto ilícito no se hallara en condiciones de comprender la criminalidad o padeciese una perturbación de su conciencia. Nuestro Código Penal se basa en los dos criterios anteriores, es decir, el criterio mixto.

Comenzando con el estudio de la primera parte del artículo 34 del Código, hacíamos mención a las “insuficiencias de las facultades mentales”, donde según el DSM IV se clasifican en “Retraso Mental Leve”; “Retraso Mental Moderado”; “Retraso Mental Grave”; y “Retraso Mental Profundo”.

En el caso del retraso mental profundo, el sujeto apenas, y en el mejor de los casos, consigue comunicarse con el resto de sus semejantes, y mas difícil todavía es que logre una comprensión de lo que aquel le manifieste, su intelecto no le permite desarrollar y elaborar un delito, no es capaz de dirigir sus acciones ni de comprender la criminalidad del

acto. En este caso, este sujeto es INIMPUTABLE, dado que, no solo al momento del hecho, sino en el transcurso de su vida entera, no logra comprender lo que hace ni es capaz de dirigir voluntariamente sus acciones.

En el caso del retraso mental grave, el sujeto vive en un estado permanente de insuficiencia mental, y si bien su capacidad mental esta por encima de la de un sujeto que sufre de un retraso mental profundo, este tampoco esta en condiciones de comprender la criminalidad de sus actos o de dirigir sus acciones, por lo que se lo declara "INIMPUTABLE".

Complicado es el caso de los dos primeros tipos de retrasos mentales, el leve y el moderado, ya que si bien poseen una disminución en sus facultades mentales, la misma no es una insuficiencia significativa de la misma³¹. Estos sujetos son mas entrenables que los otros dos anteriores, el delito que cometan deberá valorarse de acuerdo a las características del *modus operandi* del mismo. Cuanto mas primitivo sea el delito cometido, habrá mas predominio de actos instintivos en el sujeto, lo que hará que tenga mayores probabilidades de ser "IMPUTABLE".

La segunda parte del inciso 1° del artículo 34 del Código Penal, hace

³¹ Osvaldo Tieghi, Tratado de Criminología, ob. citada.

mención a la “alteración morbosa de las facultades mentales”.

Las mismas ya fueron descriptas mas arriba. Explicaremos cada una de ellas a continuación.

Habíamos mencionado como alteraciones morbosas a la psicosis, que las dividimos en orgánicas y funcionales. En las primeras ubicamos a las demencias, aquellas inducidas por el alcohol, aquellas inducidas por drogas, las orgánicas transitorias y otras psicosis orgánicas. En las segundas normamos a la esquizofrenia, las psicosis afectivas, los estados paranoides, otras psicosis no afectivas y las psicosis peculiares de la niñez.

Psicosis funcionales

Comenzando con las psicosis funcionales, y más precisamente la esquizofrenia, pueden ocurrir tres cosas:

- 1) que al momento del hecho el sujeto se encuentre en un brote, por lo que no es capaz de dirigir sus acciones ni comprender la criminalidad del acto, lo que lo hace “INIMPUTABLE”.
- 2) Que luego de algunos brotes se encuentre en estado de

defecto notorio, por lo que será también un alienado, por lo tanto será "INIMPUTABLE".

- 3) Que luego de algún brote, excepcionalmente no quede ningún defecto, que al examen psicopatológico no se detecte un menoscabo en la aptitud para discernir, por lo que en este caso particular, si bien es un sujeto enfermo, al momento del hecho estaba en condiciones de comprender la criminalidad de sus actos y de dirigir sus acciones, por lo que será "IMPUTABLE".

La esquizofrenia constituye un estado de alteración morbosa de las facultades mentales, pero debe atenderse a que la misma haya estado presente en el momento del hecho provocando en el individuo la falta de control o dirección de sus actos.

Por este motivo podemos decir que un sujeto, por el solo hecho de padecer de esquizofrenia, no lo hace, *per se*, de ser inimputable de una acción por el cometida.

Seguidamente continuaremos con las psicosis funcionales, en esta oportunidad con las psicosis maníaco-depresivas. Durante los episodios de manía o de depresión, el sujeto pierde contacto con la realidad, su

nexo con el mundo esta roto, existe alineación mental, en estos casos es "INIMPUTABLE". Fuera de los períodos interfásicos (paso de un estado de excitación a uno depresivo o viceversa), el sujeto es psíquicamente normal, por lo que es responsable de sus actos. Como hemos visto, en el sujeto existen períodos de lucidez para discernir lo que esta bien de lo que esta mal, por ese motivo debe actuarse de la misma manera como lo describimos con la esquizofrenia.

En los estados paranoides y la categoría denominada otras psicosis no orgánicas, otras de las psicosis funcionales, para la responsabilidad que les cabe a estos sujetos rigen los mismos principios que describimos para los sujetos con esquizofrenia y de psicosis afectivas.

Psicosis orgánicas

En el caso de las psicosis orgánica, y mas precisamente la demencias, el sujeto pierde gradualmente sus capacidades intelectuales hasta que se produce el impedimento de juicio y todo tipo de control de sus impulsos.

En el estadio final de la enfermedad el sujeto es "INIMPUTABLE", dado que perdió el juicio y no tiene conciencia de sus actos. Durante el

transcurso de la enfermedad, el una demencia vascular, el sujeto posee momentos de lucidez y de trastornos de la conciencia. En estos casos se debe aplicar el mismo criterio que para las psicosis funcionales para determinar la imputabilidad o inimputabilidad del sujeto.

En el caso de las psicosis por drogas son causa de inimputabilidad en nuestro país, siendo el acusado sometido a tratamientos médicos.

Estados de inconciencia.

Comenzando por la ebriedad alcohólica se deben hacer unas aclaraciones.

La primera de ellas es determinar si la ebriedad fue voluntaria, y en caso que de así haya sido, determinar si cometido un delito porque estaba alcoholizada o si se alcoholizó para cometer un delito. En ambos casos el sujeto es "IMPUTABLE", la diferencia es que en el primer caso será culpable en forma "culposa", ya que no había dolo (intención de cometer el delito). En el segundo caso será culpable de un delito del tipo doloso. *El que delinque en estado de ebriedad completa y voluntariamente es imputable en mandato de la citada norma (Art 34 CP) que se inspira en la **actio libera in causa**.*³²

³² Emilio Federico Pablo Bonnet, Medicina Legal, ob citada,

Dejando de lado el marco jurídico y abocándonos mas al aspecto biopsíquico, basándonos en el cuadro de la página 37, decimos que en el primer caso, el sujeto es “IMPUTABLE” por el motivo que la cantidad de alcohol ingerida no le afecto la capacidad de dirigir sus acciones o comprender la criminalidad de sus actos.

En el segundo caso, *a priori*, el sujeto puede comprender sus acciones, por lo que será “IMPUTABLE”, pero ello dependerá del tipo de delito que el mismo haya cometido; si se trata de un acto ilícito muy elaborado será “IMPUTABLE” porque tenia la suficiente capacidad mental para elaborarlo; caso contrario, si es un hecho muy simple que no requiere de una conciencia plena para realizarlo, podrá ser declarado “INIMPUTABLE”.

En el tercer caso el sujeto no esta en capacidad de dirigir sus actos, por lo que será considerado “INIMPUTABLE”.

El último caso, la persona que se encuentre con tal concentración de alcohol etílico en sangre directamente no esta en condiciones de ponerse de pie, es “INIMPUTABLE” dado que no tiene la conciencia ni la fuerza física para querer cometer o elaborar un delito.

Estados de inconciencia por epilepsia

En el Tratado de Criminología de Osvaldo Tieghi, se expone que los estudiosos no se ponen de acuerdo con respecto a la correlación entre epilepsia y criminalidad.

El sujeto que sufre de epilepsia no convive constantemente con un estado de brotes epilépticos como los que ya desarrollamos anteriormente. Si bien los mismo se manifiestan de forma violenta (se encuentran irritados y son impulsivos), el hecho de ser epiléptico no significa que se haya obrado inculpablemente. Tal ese el caso de la epilepsia focal o jacksoniana, en donde los ataques a veces no producen pérdida de conocimiento, por tal motivo, ese sujeto será "IMPUTABLE" de delito. En la crisis del Gran Mal, Petit Mal y la epilepsia psicomotora, el sujeto pierde la conciencia, o sea, es "INIMPUTABLE", pero es poco probable que en esas condiciones el sujeto pueda cometer un delito.

Estados de inconciencia por hipnotismo

Existen 2 posturas, y opuestas, en cuanto a la imputabilidad de un sujeto hipnotizado.

1- si el mismo es un estado de inconciencia, por lo tanto el

sujeto es "INIMPUTABLE".

2- los sujetos hipnotizados jamás pierden la conciencia y el sujeto comprende y dirige sus acciones, por lo tanto es "IMPUTABLE".

Existen variadas opiniones acerca de la imputabilidad o no de un sujeto hipnotizado. Se debe tener en cuenta también si el sujeto se hizo hipnotizar para poder llevar a cabo la ejecución del delito, este sería un caso análogo al del sujeto que ingiere alcohol para tener valor y ejecutar el delito, por lo que se lo considera "IMPUTABLE". Pero una vez mas estos conceptos son del tipo jurídico y no hacen a nuestro estudio. Nosotros nos limitaremos a decir, que un sujeto bajo efecto de la hipnosis se encuentra en un estado de inconciencia relativo, por lo que puede recibir estímulos pero no interpretarlos, y en principio no puede dirigir sus acciones, por lo que lo hace "INIMPUTABLE". En el sonambulismo la situación es análoga, difiere en que el estado crepuscular del hipnotismo es provocado y en el sonambulismo es espontáneo. La dificultad aquí reviste en si el sujeto realmente se hallaba en estado de inconciencia o no. En primera medida un sonámbulo puede cometer delitos como hurto simple, violación de domicilio, alguna lesión simple. Lo mismo ocurre en el caso de la ebriedad del sueño, el sujeto vive un estado crepuscular, se deberá

demostrar entonces que el delito cometido fue bajo esa circunstancia para que sea declarado “IMPUTABLE” o “INIMPUTABLE”.

Estado de inconciencia por manía transitoria.

El sujeto en este caso puede cometer un delito mucho mas violento que los anteriores descriptos, pero todo el acto se lleva a cabo en un estado de inconciencia por parte del sujeto. Se asemeja a un ataque de epilepsia debido a lo súbito e intenso de la excitación psicomotriz. Una vez finalizado el episodio el sujeto no recuerda lo sucedido, porque actuó en un estado de inconciencia, lo que lo hace ser “INIMPUTABLE”.

Conclusión

El concepto de imputabilidad se refiere a la normalidad de la persona en cuanto a sus aspectos psíquicos, que lo condiciona para comprender sus acciones y dirigirlas. En caso que sea capaz de comprender sus acciones y dirigirlas el sujeto es imputable, en el caso contrario, el sujeto será inimputable. Vale decir entonces, que la capacidad para delinquir del sujeto activo es lo que determina si es necesario seguir adelante con el estudio de su conducta para llegar a una definición de su suerte final con respecto a su punibilidad.

Si la persona que realizó la acción no es imputable, pues entonces tampoco será culpable ni responsable del delito que se le acusa.

La imputabilidad es un “presupuesto” para que exista culpabilidad y responsabilidad por parte del sujeto que realizó la acción.

El Código Penal es claro, preciso y justo a mi parecer en el inciso 1º, cuando aclara que solo los sujetos que *al momento del hecho* sean declarados inimputables, dado que, así padezcan de alguna de las psicosis, demencias y/o retrasos mentales ya mencionados, ya hemos demostrado que los mismos poseen momentos de lucidez en los que son capaces de comprender sus actos o de dirigir sus acciones, recordando que la sola ausencia de una de esas dos condiciones ya hacen que el sujeto sea considerado inimputable.

Cuanto mas grave y profunda sea la enfermedad que padezca el sujeto, mas difícil será que el mismo comprenda y dirija sus actos. En los casos de estados de inconciencia se hace difícil la tarea de demostrar la imputabilidad o no, dado que al no sufrir el sujeto de alguna enfermedad, psíquica u orgánica (a excepción de los estados epilépticos o de manía transitoria), se hace difícil la tarea de demostrar que el sujeto, en el preciso momento del hecho, no tenía conciencia de sus actos, por lo que un sujeto, alegando (en compañía de un buen

abogado) un estado de inconciencia cuando en verdad no era así, puede llegar a quedar en libertad. Diferente es el caso de las alteraciones morbosas de las facultades mentales, en los cuales ya la enfermedad es diagnosticada, y acorde a la magnitud, tipo y violencia con la que se cometió el delito se puede determinar con mayor claridad

No obstante lo anterior y para concluir, quien dictamina la imputabilidad o inimputabilidad de un sujeto es el Juez, y si bien el mismo debe fundamentar sus decisiones, en este caso informes de peritos médicos, psicólogos y psiquiatras, él es quien decide si una persona es imputable o no.

Bibliografía

Criminología, Huascar Cajias K, Ed. Juventud, La Paz, Bolivia, 1987

Manual de Medicina Legal, Alfredo Achaval, Buenos Aires, 1967

Medicina Legal, Emilio Federico Pablo Bonnet, López Librero Editores, Buenos Aires, 1967

Manual de Psicopatología Forense, Julio Roberto Zazzali, Ed. La Rocca, Buenos Aires, 2003

Tratado de Criminología, Osvaldo Tieghi, Ed. Universidad, Buenos Aires, 1996

DSV IV

CIE 9

CIE 10

Material de Internet

Indice

INTRODUCCIÓN	1
Artículo 34° Código Penal Argentino	4
ANÁLISIS del artículo 34 inciso 1º	6
GRAVEDAD de los retrasos mentales	7
retraso mental leve (RML)	8
Retraso mental moderado (RMR)	9
Retraso Mental Grave (RMG)	9
Retraso Mental Profundo (RMP)	10
Criterios para el diagnóstico del retraso mental	11
PSICOSIS: concepto y DEFINICIÓN	13
Clasificación de las PSICOSIS	
PSICOSIS organicas	14
PSICOSIS funcionales	14
PSICOSIS Funcionales	
Esquizofrenia	15
Esquizofrenia paranoide	18
Esquizofrenia desorganizada	18

Esquizofrenia catatónica	19
Esquizofrenia indiferenciada	19
Esquizofrenia RESIDUAL	19
PSICOSIS Afectivas	20
PSICOSIS maníaco depresiva	
Clasificación SEGÚN CIE 9	22
PSICOSIS maníaco depresiva, tipo maníaco	22
PSICOSIS maniaco depresiva, tipo depresiva	22
PSICOSIS maníaco depresiva circular, fase maniaca	23
PSICOSIS maníaco depresiva circular, fase depresiva	23
PSICOSIS maníaco depresiva, fase mixta	23
Estados paranoides	23
Clasificación SEGÚN CIE 9	24
paranoia	24
PSICOSIS inducida	24
trastorno paranoide agudo	24
trastorno paranoide simple	25
parafrenia	25
Otras PSICOSIS no orgánicas	25
PSICOSIS PECULIARES de la NIÑEZ	26
Autismo INFANTIL	26
PSICOSIS degenerativas	26
PSICOSIS orgánicas	27
PSICOSIS seniles y preseniles	27
demencia en la enfermedad de Alzheimer	28
demencia vascular	29

demencia debida a enfermeda de Pick	31
demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	31
PSICOSIS alcohólicas	32
PSICOSIS debidas a drogas	32
SÍNDROME de abstinencia de drogas	32
estado paranoide o alucinatorio, o ambas	33
INTOXICACIÓN patológica por drogas	33
PSICOSIS orgánicas TRANSITORIAS	33
Estados de inconciencia	34
trastorno mental TRANSITORIO	34
inconciencia por EBRIEDAD	35
criterios para el diagnostico de intoicacion por ALCOHOL	40
estados de inconciencia por epilepsia	41
estados de inconciencia por hipnotismo	43
Estados de inconciencia por sonambulismo	44
estados de inconciencia por EBRIEDAD del sueño	44
Estados de inconciencia por manía transitoria	45
CRITERIOS PARA DECLARAR LA IMPUTABILIDAD	45
PSICOSIS funcionales	48
PSICOSIS orgánicas	50
estados de inconciencia	51
estado de inconciencia por epilepsia	53
estado de inconciencia por hipnotismo	54
estado de inconciencia por maía transitoria	55
Conclusión	56
bibliografía	59

Psicología Criminal
Profesora: Lic. Graciela Cosentino
Alumno: Lic. Leandro Víctor Larghi