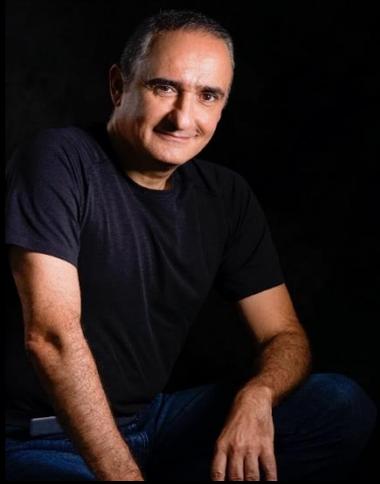




Trastorno Mental: Neurociencias y Derecho

(LA INIMPUTABILIDAD EN EL DERECHO PENAL PERUANO)

ÁLEX KOURI



Alexander Kouri Bumachar (Lima, 1964). Político, abogado y docente universitario. Graduado en Derecho y Ciencias Políticas (Universidad de Lima). Diploma de Estudios Avanzados (DEA) y Candidato a Doctor en Derecho y Gestión Pública (Universidad Jaén, España). A lo largo de **su carrera política** ha ejercido diversos cargos en el ámbito de la Provincia Constitucional del Callao: Presidente de la Beneficencia Pública, tres veces Alcalde Provincial (1996-2005), Gobernador Regional (2006-2010) y Congresista constituyente (1993-1995). Es **Magister** en Seguridad, Crisis y Emergencias por el Instituto Universitario Ortega y Gasset (IUOG), Magister en Operaciones de Inteligencia y Contrainteligencia por el Centro Internacional de la Defensa y Seguridad (CISDE), Magister en Psicología Jurídica- Forense y Criminología (Universidad Rey Juan Carlos). Cuenta con **estudios superiores universitarios** en: Derechos Fundamentales y Globalización (Universidad Complutense de Madrid), Coaching Político (Universidad Antonio Nebrija), Antropología de Género, Administración de Gobiernos Locales y Regionales (Universidad de Haifa, Israel), Neuromarketing (Universidad Camilo José Cela), asimismo, en Psicología y Adoctrinamiento Político. Ha sido profesor visitante en la Universidad de Linz (Austria), **docente** de la Escuela de Post-grado de la Universidad San Ignacio de Loyola (USIL) y profesor en diversa facultades de Derecho de universidades en el país (Universidad de Lima, Universidad San Martín de Porres, entre otras)

www.alexkouri.com

@mbumachar

OTRAS PUBLICACIONES DEL AUTOR

2016

Reflexiones sobre el bloqueo de celulares en prisiones de máxima seguridad (desde la óptica de la Inteligencia)

Civiam Participationem— Mecanismos de participación y control ciudadanos en el Perú

2017

Jurisprudencia Constitucional y Gobernanza Regional y Local peruana 1997-2017 (compilación).

2018

Yawar Llacta [sangre del pueblo]- el temido pero necesario salto de Sendero Luminoso- Movadef a la legalidad.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO 1	8
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)- FISIOLÓGÍA	8
1. ASPECTOS GENERALES.....	8
2. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	9
3. FUNCIONES EJECUTIVAS DEL CEREBRO	18
4. NEURONAS, NEUROGLIAS Y NEUROTRANSMISORES.....	32
5. HEREDABILIDAD.....	40
6. CLONACIÓN.....	42
CAPITULO 2	44
INIMPUTABILIDAD EN EL DERECHO PENAL PERUANO POR CAUSAS PSICOPATOLÓGICAS Y NEUROPSICOLÓGICAS	44
1. ASPECTOS GENERALES.....	44
2. IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD	44
3. NORMATIVA PENAL DEL DERECHO PENAL PERUANO.....	46
4. JURISPRUDENCIA COMENTADA.....	49
CAPITULO 3	80
TRASTORNOS, SÍNDROMES Y ENFERMEDADES MENTALES (SEVERAS) DE ETIOLOGÍA VARIADA, CON EFECTOS DE POSIBLE INIMPUTABILIDAD, SEGÚN EL DERECHO PENAL PERUANO	80
1. ASPECTOS GENERALES.....	80
2. PSICOPATOLOGÍAS Y NEUROLOGÍAS.....	81
3. INTOXICACIÓN CRÓNICA POR METALES PESADOS	91
4. LEGISLACIÓN COMPARADA—INIMPUTABILIDAD POR RAZONES BIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS	101
5. TRASTORNOS MENTALES SEGÚN CIE-10	103
CAPITULO 4	106
PERICIA PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA: LA PRUEBA	106
1. ASPECTOS GENERALES.....	106
2. EVALUACIÓN FORENSE.....	107
3. LA PERICIA EN LA LEGISLACIÓN PERUANA VIGENTE	109
4. SIMULACIÓN	110
5. ALGUNOS TESTS ESTRUCTURADOS Y SEMIESTRUCTURADOS DE APOYO A LA EVALUACION PSIQUIATRICA-FORENSE.....	111

CONCLUSIONES	112
1. MODIFICACIONES AL ART. 20, INC. 1 DEL CÓDIGO PENAL	112
2. PARAFILIAS (NECROFILIA)	115
3. MANIPULACIÓN GENÉTICA	116
4. INCESTO Y CRIBADO GENÉTICO	118
5. LESIONES EN EL CUERPO O LA SALUD DEL CONCEBIDO	119
6. INCORPORACIÓN DEL ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL (ECI) AL CODIGO PROCESAL CONSTITUCIONAL	120
7. PERITAJES	120
8. REGISTRO DE CONDENAS	121
9. TEST PROSPECTIVOS	122
10. TRASTORNO MENTAL Y VACANCIA PRESIDENCIAL	123
BIBLIOGRAFIA	125
ANEXOS	130
Anexo 1—Glosario de términos.....	131
Anexo 2—Caso 1: Alcoholismo etílico agudo, robo agravado.....	137
Anexos 2 y 3—Casos 2 y 3: Inimputabilidad por grave alteración de la percepción.....	147
Anexo 4—Caso 4: Recurso de agravio constitucional.....	156
Anexo 5—Caso 5: Trastorno bipolar, asesinato	169
Anexo 6—Ley 17.774 (Uruguay)	172
Anexo 7—Ley 29889	178
Anexo 8—Decreto Supremo 023-2016-SA.....	195
Anexo 9—Ley 30314: Prevención y sanción de acoso sexual.....	197
Anexo 10—Test SCL-90-R (síntomas psicopatológicos generales)	199
Anexo 11—Test MMPI-2-RF	208
ANEXO 12—Test 16-PF-5 (factorial de personalidad)	222
ANEXO 13—Test 16PF, HSPQ, ESPQ	235
ANEXO 14—Escala de valoración de síntomas psicóticos (PSYRATS)	246
ANEXO 15—Tabla de enfermedades relacionadas a neurotransmisores	254

Agradecimientos:

Para David González, Jano Bobabilla y Hernán Tejada, quienes me facilitaron la bibliografía especializada para la elaboración del texto.

A Miguel Facundo, por su aliento para investigar neurociencias.

A mis hijos maravillosos, que son siempre mi inspiración; y

A Andrea, por su apoyo incondicional—hoy y siempre.

“Los jueces, poco a poco, pero por un proceso que se remonta a mucho tiempo, se han puesto, pues, a juzgar otra cosa distinta de los delitos: el ALMA de los delincuentes”

Michael Foucault
(Vigilar y Castigar)

“Y si alguno de vosotros castigara en nombre de la Justicia y descargara el hacha en el árbol malo, haced que mire las raíces.

Y encontrará, en verdad, las raíces de lo bueno y lo malo, lo fructífero y lo estéril juntos y entrelazados en el silente corazón de la tierra”

Kahlil Gibran
(El Profeta)

INTRODUCCIÓN

Difícil recordar otro momento de nuestra historia reciente, como sociedad, en la cual observemos con preocupación y estupor una escalada exponencial y sin precedentes en la violencia física y psicológica—según datos epidemiológicos—hacia el género femenino y, en simultáneo, el repulsivo aprovechamiento sexual de niños e infantes a cargo de depredadores sexuales de clara morbilidad psíquica, no necesariamente severa o inimputable.

A pesar de nuevos tipos penales específicos y el incremento sustancial de las penas, cada día somos testigos de este círculo pernicioso y morboso entre estos desadaptados, la sociedad y su exposición en los medios informativos. La acción de la autoridad pública resulta insuficiente para frenar una pandemia social que enlutece hogares y deja al desamparo hijos pequeños con terribles secuelas psicológicas cuyos efectos los veremos en tiempos no muy lejanos, muchos de ellos como actores principales de hechos igualmente atroces.

Algunos casos podrían responder a trastornos mentales severos. Sin embargo, recientes estudios multi-disciplinarios y multi-sectoriales liderados por el Ministerio de Justicia, han publicado a inicios del año 2018 que la mayoría de los referidos actos delictivos, en muchos casos alevosos y premeditados, obedecen a un proceso de descomposición social y cultural, en virtud del cual existe un elocuente menosprecio, instrumentalización y cosificación de la mujer como parte de familias disfuncionales o la propia sociedad.

Nuestra sociedad está cosechando aquello que ha sido sembrado por décadas del machismo mal conceptualizado, sumisión e indiferencia social, totalmente distante de los precursores del verdadero feminismo como Pauline de la Bane, Antoine Hériêt, Margarita de Valois, Voltaire, Diderot, Mary Wollstonecraft, hasta el liberalismo del propio John Stuart Mill, entre otros.

Debemos por tanto analizar la conducta humana en particular y no distraernos en un abstracto social, con el propósito de comprender su comportamiento y, en múltiples casos, su misoginia hacia la mujer al igual que otras conductas delictivas que atentan contra bienes jurídicos que son derechos fundamentales y pilares de la sociedad contemporánea.

El encéfalo, en particular el cerebro humano, es una de las realidades más extraordinarias, complejas y aun no descubiertas en su integridad, producto de la creación de nuestra especie y los derechos naturales que le son propios, en razón de la radicalidad ontológica de nuestra racionalidad como fundamento de nuestra igualdad ante la ley.

Las siguientes paginas analizan aspectos neurocognitivos, neurofisiológicos y la morfología cerebral, al igual que el sistema límbico y el neo córtex, detallando el tejido celular neuronal y neuroglias, al igual del conjunto de neurotransmisores y el contacto sináptico que explica muchos de los actos y conductas del individuo en su entorno social.

Estas páginas constituyen una primera aproximación a los trastornos mentales y la condición de inimputabilidad penal de muchas personas en nuestra sociedad; sin embargo, debemos dejar constancia de que debido a la muy limitada capacidad de investigación y trabajo, debido a la carencia de bibliografía especializada (neuropsicología, biología molecular, química, física cuántica, derecho penal actualizado, etc.), producto de las restricciones de acceso a textos en un recinto penitenciario y, adicionalmente a ello, la prohibición de uso de internet por razones ininteligibles, nos sentimos en la obligación de continuar en el futuro en mayor análisis, fuera del Establecimiento Penitenciario Ancón II, donde actualmente nos encontramos.

El presente texto está dedicado a mis compañeros de prisión, pacientes psiquiátricos, cuyos padecimientos compartimos cada día en mi propia condición de persona con trastorno bipolar tipo I (diagnosticado hace 20 años y debidamente medicado), siendo consciente de la ignorancia y desprecio de gran parte de la población peruana, a la cual debemos sensibilizar con esta realidad y desmitificar las psico- y neuropatologías, como parte integrante de nuestra realidad cotidiana.

Un paciente psiquiátrico, correctamente diagnosticado y atendido con la medicación adecuada, puede llevar, con sus naturales fluctuaciones, una vida plena y normal; asimismo, puede contribuir eficazmente a la sociedad con su esfuerzo, trabajo y dedicación.

A todos ellos mi comprensión, respeto y admiración! En los que muchos de ellos llaman limitaciones y miserias humanas, yo vi grandeza y entereza para enfrentar con dignidad la vida, a pesar de tener el enemigo dentro de sí. Les digo que vivir la privación de la libertad es muy adverso; sin embargo, en condiciones de un trastorno mental, es heroico—y lo aprendí de cada uno de ustedes.

CAPITULO 1

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)- FISIOLÓGÍA

1. ASPECTOS GENERALES

El avance exponencial y cada vez más complejo de las neurociencias, es la razón por la cual quedamos asombrados del organismo humano y, en particular, de sus sistema nervioso (tanto el sistema nervioso central, como del sistema nervioso periférico). Los referidos avances tienen, entre otros objetivos, dilucidar la capacidad racional-cognitiva del ser humano y, por ende, las conductas que tenemos como respuesta a los múltiples estímulos—tanto endógenos, como exógenos—del cerebro, los cuales recibidos permanentemente a través de los sentidos, funciones ejecutiva y neurotransmisores, así como pensamiento y factores hereditarios en el origen más importante y plurifuncional de la compleja realidad de nuestra naturaleza racional.

De forma tal que este primer capítulo tiene como propósito un estudio de aproximación—algo somero—a la neurofisiología y la genética para comprender la conducta del individuo y como esta se enmarca en un entorno social y de “normalidad” que permita visualizar la imputabilidad (o falta de ella) ante la participación del ser humano en un acto delictivo, y su relación en el marco de la amplitud de las ciencias jurídicas penales.

No se trata, por tanto, de generar un debate basado en nuestras propias convicciones sobre la base ontológica, metafísica o filosófica de la persona, solo deseamos desentrañar la función y naturaleza cerebral, el cableado neuronal, los neurotransmisores y los principales temas relacionados con la heredabilidad genética por medio de los cromosomas (genes, proteínas, etc.) que influyen en las psicopatologías y su base neurológica en el comportamiento humano, influenciado por fenotipos hereditarios multifactoriales complejos.

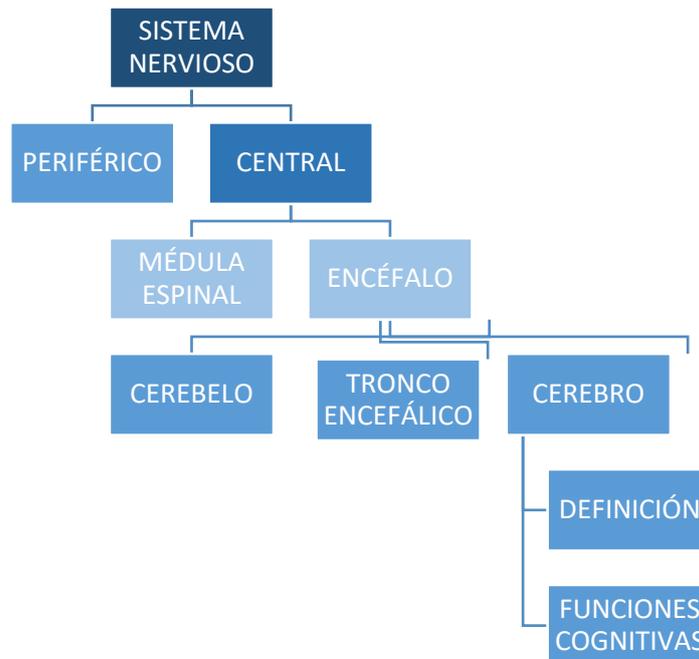
Es importante incluir los alcances dados por Rafael Yuste¹ en el dialogo realizado con Andrés Oppenheimer² al indicar:

¹ YUSTE, Rafael, científico español, director del proyecto (*Brain Activity Map*)- Mapa del Cerebro en la Universidad de Columbia, Nueva York.

² OPPENHEIMER, Andrés. “Crear o Morir”. Debolsillo Editorial, Ciudad de México, 2017. Pág. 142.

“La mente humana es el fruto de la actividad del cerebro. Todo lo que somos, nuestros pensamientos, nuestras creencias, nuestro comportamiento, el movimiento que hacemos, la percepción, toda nuestra vida depende del funcionamiento del cerebro. Entonces, si conseguimos entender cómo funciona, la humanidad por primera vez en la historia, se entenderá a sí misma por dentro. Será como vernos por dentro por primera vez”.

El primer aspecto a considerar es, por lo expuesto, el estudio o análisis del sistema nervioso y sus variantes—central y periférica—así como el impacto en la función del cerebro y otros órganos de nuestro cuerpo.



2. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Es una compleja estructura que precisa innumerables estímulos, tanto endógenos como exógenos, según el Dr. Nolasca Acarin, neurólogo especialista en cerebro y Alzheimer:

“En el SNC, las neuronas se agrupan según su función (generalmente en relación con el neurotransmisor que producen) en dos tipos de asociaciones distintas: unas dispuestas en capas, y otras en grupos más o menos definidos en neuronas afines, genéricamente denominados núcleos. La distribución en capas es la característica de la corteza cerebral o córtex, donde encontramos hasta seis capas distintas, una debajo de la otra desde la superficie del cerebro hacia el interior, como capas en una cebolla”³

El sistema nervioso

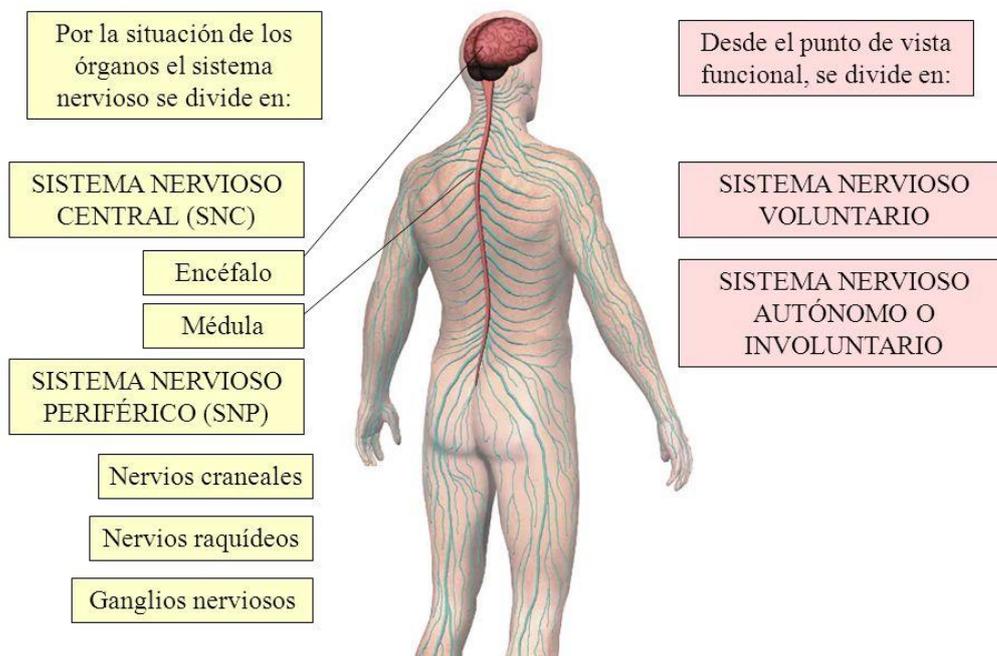


Gráfico 1: El sistema nervioso humano⁴

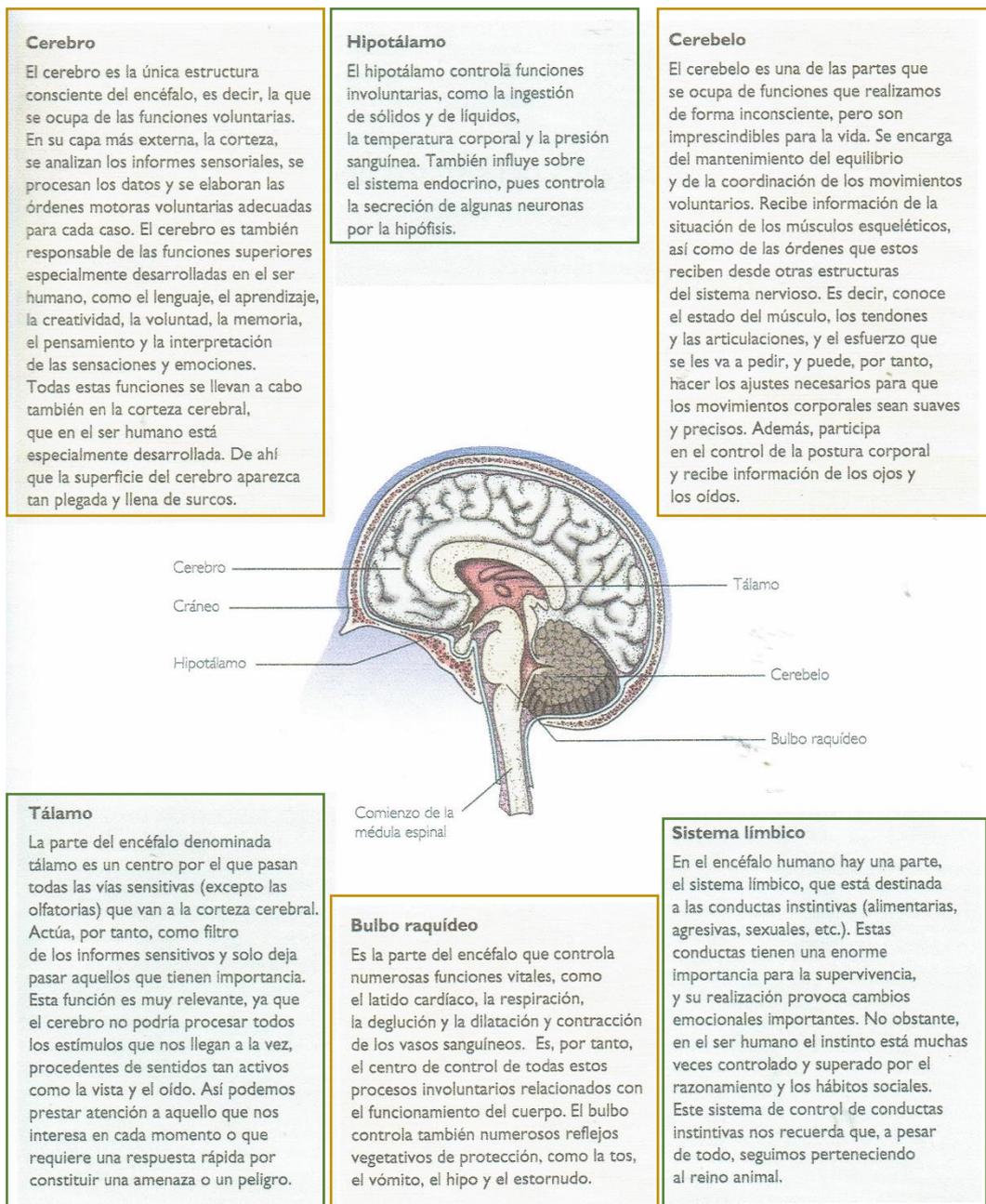
Luego de observar de forma integral el SNC, nos resulta de suma utilidad describir la morfología y fisiología del encéfalo y sus partes, especialmente el cerebro, así como el sistema límbico y el neo córtex.

³ ACARIN, Nolas. “El Cerebro del Rey”. RBA Libros, Barcelona, 2015. Pág. 384-385.

⁴ [https://www.google.com.pe/search?q=el+sistema+nervioso+humano&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUK](https://www.google.com.pe/search?q=el+sistema+nervioso+humano&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjF-c6O5bPeAhURnlkKHxs4CRsQ_AUIDigB&biw=1584&bih=772#imgdii=op44zdzqBSKAJcM:&imgcr=Tcy57h1LmvZynM:)
[EwjF-](https://www.google.com.pe/search?q=el+sistema+nervioso+humano&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjF-c6O5bPeAhURnlkKHxs4CRsQ_AUIDigB&biw=1584&bih=772#imgdii=op44zdzqBSKAJcM:&imgcr=Tcy57h1LmvZynM:)
[c6O5bPeAhURnlkKHxs4CRsQ_AUIDigB&biw=1584&bih=772#imgdii=op44zdzqBSKAJcM:&imgcr=Tcy57h1LmvZynM:](https://www.google.com.pe/search?q=el+sistema+nervioso+humano&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjF-c6O5bPeAhURnlkKHxs4CRsQ_AUIDigB&biw=1584&bih=772#imgdii=op44zdzqBSKAJcM:&imgcr=Tcy57h1LmvZynM:)

2.1 ENCÉFALO

Ejerce un control voluntario e involuntario en referencia al funcionamiento del cuerpo humano. Sus características se describen en cada uno de los órganos que lo conforman. Está situado dentro del cráneo y sus partes las observamos en el siguiente gráfico⁵. El tronco encefálico y el cerebelo, según observaciones de los evolucionistas, son las partes más antiguas del mismo, correspondiendo a llamado *cerebro reptiliano*, lo cual no es compartido por toda la comunidad científica.



⁵ Ciencias de la Vida, Editorial Santillana, Buenos Aires, 2011. Pág. 141

Conforme fue indicado aquí, podemos observar la morfología del encéfalo y sus órganos correspondientes. Incluyendo el sistema límbico, en el cual se condensan las acciones instintivas del ser humano. Luego podemos observar el comienzo de la médula espinal de la cual se derivan los nervios y ganglios como parte del sistema nervioso periférico, en el cual también existe la presencia de neuronas en diversas zonas del organismo humano.

Es importante resaltar que el sistema límbico (bajo la corteza y formado por la amígdala, hipocampo y el hipotálamo) fue descubierto por el científico Paul Broca en 1878. Al margen de los aspectos instintivos, como ya lo indicamos, tiene una presencia fundamental en los afectos humanos.

En el caso de la neo corteza o neo córtex, incorpora los aspectos esenciales de nuestra condición de seres racionales y libres; capacidades y funciones superiores del razonamiento, pensamiento, voluntad, lenguaje. Esta caracterizado por sus pliegues y repliegues en forma de cisuras y surcos, tal como lo vimos en el gráfico 5, conjuntamente con las características del cerebro.

2.2 CEREBRO

Es una estructura consciente única en el encéfalo, por cuanto se encarga de las respuestas voluntarias a los estímulos. Ante la interrogante, “para qué sirve?”, responde Acarin⁶:

“la respuesta más exacta es decir que sirve para todo....sin cerebro no habría nada, sin cerebro no hay vida humana.”

El cerebro es de una composición gelatinosa, cubierta por el cefalorraquídeo (protección y sostén del mismo) y al observarlo más en detalle tiene un tejido nervioso compuesto por neuronas y neuroglías (o células nerviosas) que tienen como función el control del cerebro, tal como será observado posteriormente.

⁶ Ob. cit. Pág. 15

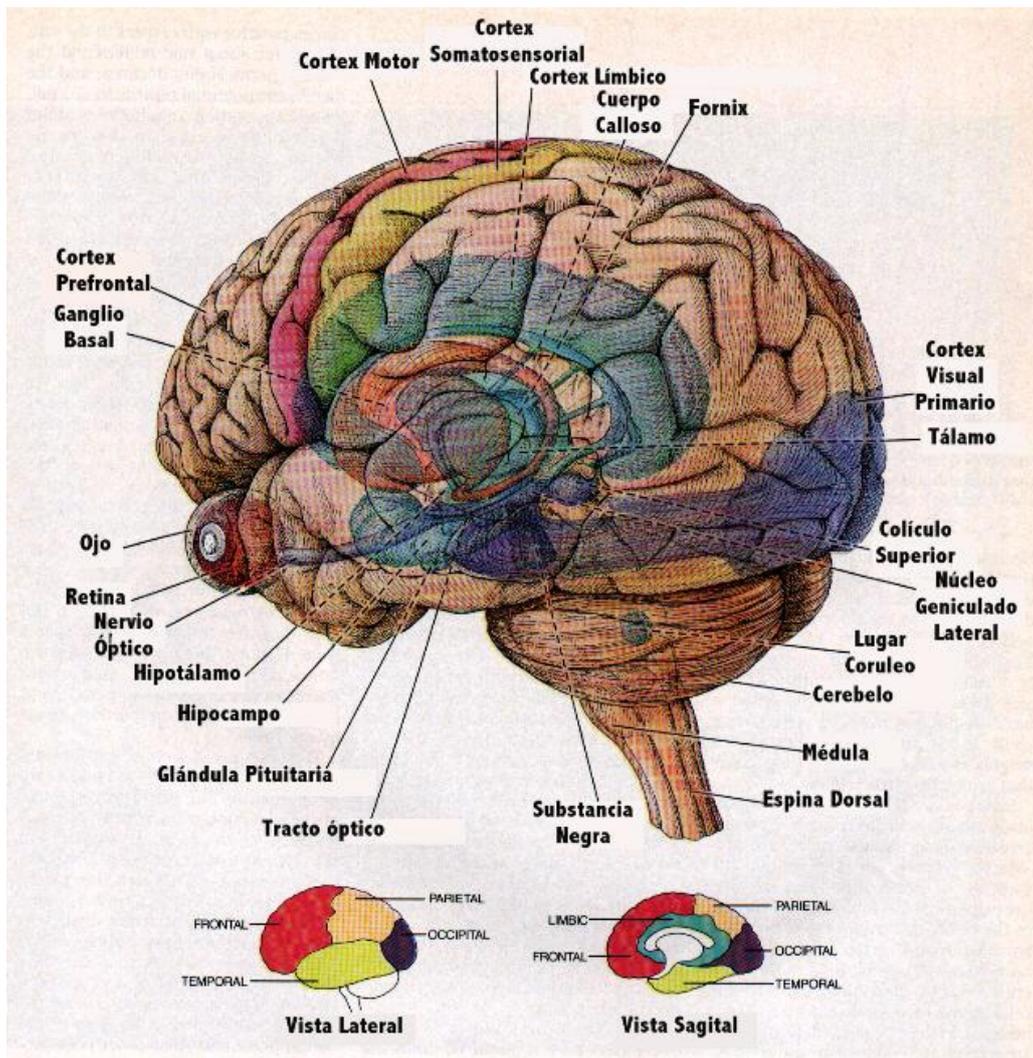


Gráfico: El cerebro y sus partes⁷

Como podemos observar, hay dos aspectos adicionales a resaltar: primero las funciones que ambos hemisferios (derecho e izquierdo) realizan, y segundo, las diferencias entre el cerebro del hombre y la mujer, incidiendo en el cuerpo caloso y el hipotálamo.

⁷https://www.google.com.pe/search?biw=1584&bih=772&tbm=isch&sa=1&ei=W0HbW56dKuvM5gLvwonwDg&q=el+cerebro+hu+mano&og=el+cerebro&gs_l=img.1.1.0i10k1l2j0i10i24k1l7.686192.688191.0.690395.11.9.1.0.0.0.269.1113.0j4j2.6.0....0...1c.1.64.im.g..4.7.1117...0j35i39k1j0i67k1j0i8i30k1j0i8i10i30k1j0i10i30k1.0.GqXZYT2Zsz4#imgrc=Den0R6v5MeNitM:

PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SUS FUNCIONES

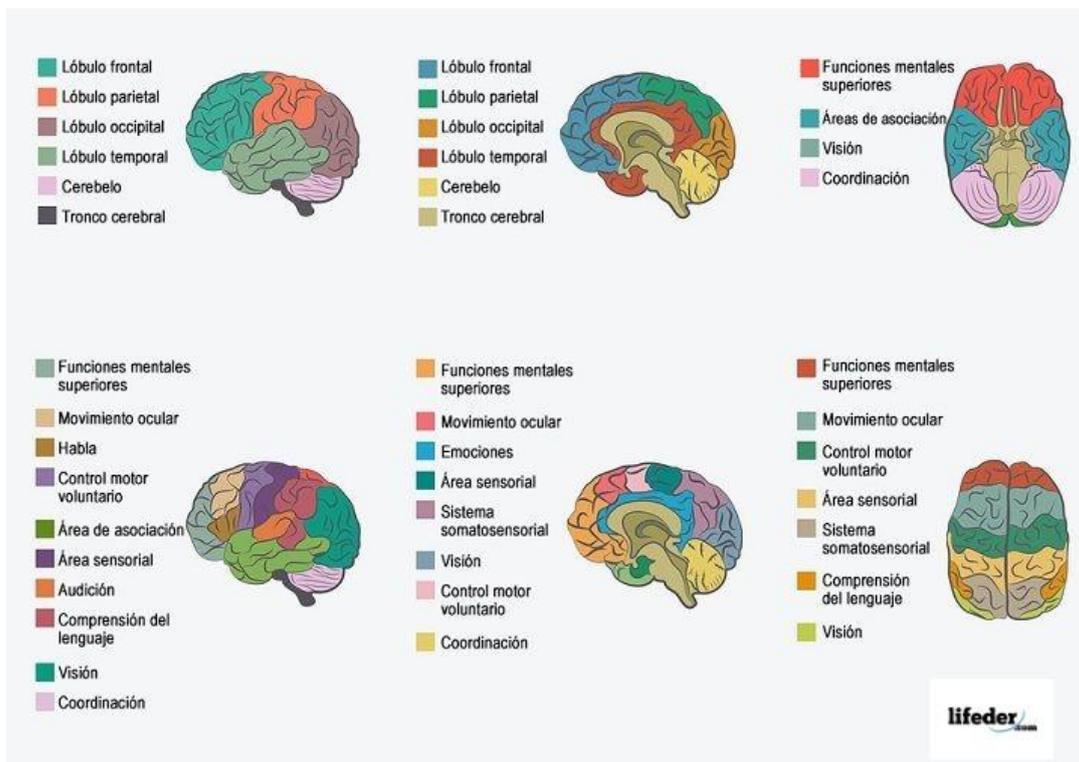


Gráfico: Cerebro humano, funciones y partes⁸

⁸https://www.google.com.pe/search?q=el+cerebro+humano&tbm=isch&tbs=rimg:CcOs2klwCOR3lJhmQS9K8ZD9k6BdD86Wp1eNto86_1kHDoCml0yoWZoiTpuW1NDIKpusIFg-ppkPNFUOyFIcon_17zSoSCWZBL0rxkP2QEVL-IA7d2ApaKhJInoFOPzpanV4RcAWiJrEFLUWqEgk22jzr-QcOgBGaBXPiez98EioSCaYiTKhZmiNOEF3j_11tNXBSdKhJm5bU0Mgqm6wRRm6nZZHf6EqEgkWD6mmQ80VRHJKjItk8WZhSoSCQ

Para efectos de distinguir en detalles las funciones de cada hemisferio, haremos una síntesis de lo expuesto tanto por Acarin⁹, como Braidot¹⁰:

Hemisferio Izquierdo

Procesos verbales, comprensión y expresión del lenguaje, cálculo, lógica, reconocimiento de los conceptos, nombres, sintaxis, análisis, orden, secuencia, tiempo, capacidad analítica y memoria musical para el sentido del ritmo, tiempo, normas, jerarquías y relación causa-efecto, etc.

Hemisferio Derecho

Aprendizaje ensayo-error, procesos no verbales, evaluación de las interacciones personales en reconocimiento y expresión de emociones, formas, orientación, memoria video espacial, reconocimiento del significado de las expresiones faciales, imaginación, conservación del esquema corporal, etc.

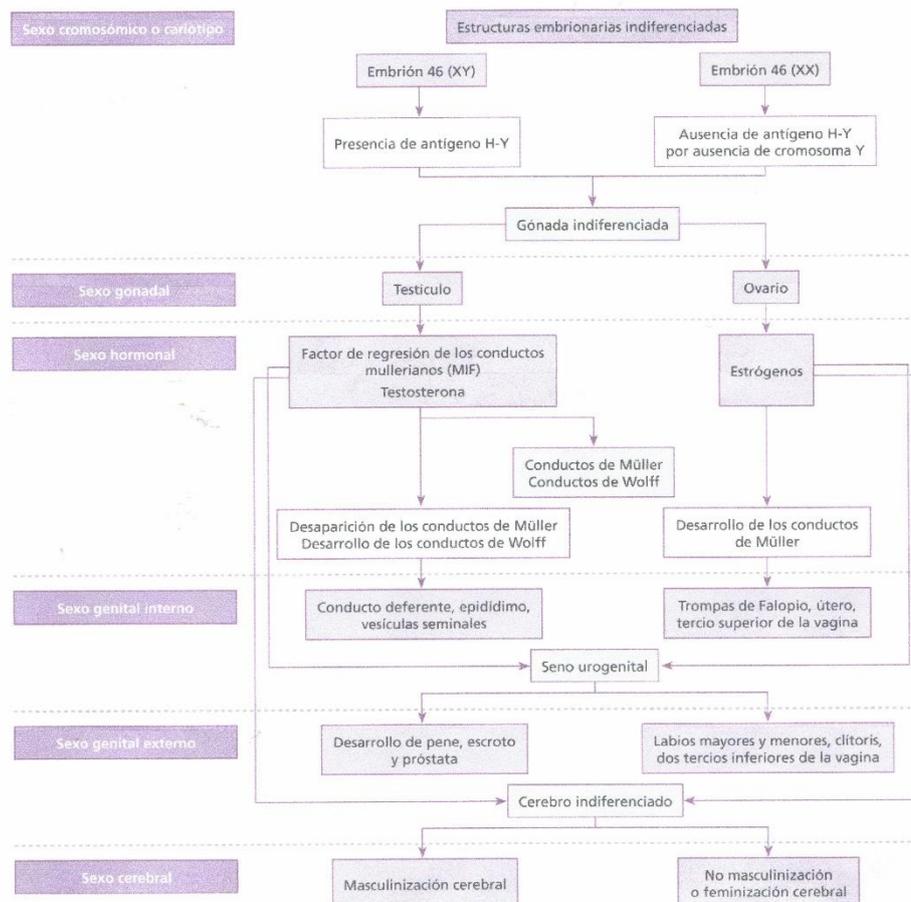
Diferencias de acuerdo con el género

La sexualidad y el género es la suma de la biología y el medio ambiente. Esto contradice las pretendidas ideologías que conceptúan “científicamente” que el género es una construcción cultural. La mejor demostración es el gráfico adjunto donde se aprecia que a la octava semana de gestación se generan las hormonas sexuales (sexo hormonal), por tanto, estas son las causantes de las diferencias en el cerebro de cada uno de los sexos, pudiendo existir algunas excepciones por exposición durante el embarazo de hormonas correspondientes al sexo opuesto.

[7lWVyif_1vNEYm6ZyX8BbtQ&tbo=u&sa=X&ved=2ahUKewiN9tCW6bPeAhUOm1kKHcMkCuwQ9C96BAgBEBs&biw=1584&bih=723&dpr=1#imgsrc=iFIlVdeBcw3hgM:](https://www.researchgate.net/publication/311111111/figure/fig/1/1vNEYm6ZyX8BbtQ&tbo=u&sa=X&ved=2ahUKewiN9tCW6bPeAhUOm1kKHcMkCuwQ9C96BAgBEBs&biw=1584&bih=723&dpr=1#imgsrc=iFIlVdeBcw3hgM:)

⁹ ACARIN, Nolasco. Ob. Cit.

¹⁰ BRAIDOT, Nestor. “Como funcionará tu cerebro- for Dummies”. Grupo Planeta, Bogotá, 2013.



Conteniendo los aportes de Acarin y Braidot, vamos a enumerar algunas de las diferencias entre el cerebro masculino y femenino, lo cual nos va a permitir evidenciar la relación de género en la predisposición para algunas psicopatologías más compatibles con su base neurológica.

Las **mujeres**, en función al cuerpo calloso interrelacionan mejor las particularidades de ambos hemisferios, dado que cuenta con mayor número de fibras nerviosas entre ambos.

Ellas, en general, están mejor capacitadas para reconocer rostros y voces que los varones; mayor fluidez y facilidad verbal, siendo por tal motivo que se recuperan mejor que los varones por lesión cerebral que afecta el lenguaje. Su capacidad de memoria emocional es mayor, así como la intuición, percepción y la información (no consciente). Cualidades femeninas para la mediación y empatía cognitiva.

Por efectos de la acción hormonal del hipotálamo, ellas tienen mayor fuerza en la defensa de la prole y, con el tiempo, los procesos depresivos post parto y en otras etapas son más elocuentes en su género. Según refiere Le Vay¹¹:

“la agresividad que muestran las hembras en defensa de sus hijos (“agresividad maternal”) esta suscitada por complejas interacciones de fenómenos hormonales y sensoriales. Un aumento de la agresividad maternal es una de las consecuencias del efecto de contigüidad uterina; así pues, la exposición temprana a los andrógenos puede tener una influencia organizativa en este tipo de agresión, igual que en la agresividad masculina”.

Una región cerebral que cumple un papel especialmente agresiva es la amígdala...La destrucción de la amígdala suele hacer dóciles a los animales. En algunos países, como en la India, se realiza de modo habitual la ablación bilateral de la amígdala a adultos y niños muy agresivos cuya conducta no sea corregido con otras formas de tratamiento.¹²

Los hombres, por la presencia de la zona del hipotálamo INAH3, tienen allí más del doble de células que la mujer, siendo también diferente la amígdala medial y el hipotálamo antes los estímulos eróticos. Por lo expuesto, el hombre piensa casi 250% más en sexo que las mujeres. “Si el área proptina medial es la principal región hipotalámica para la conducta sexual típicamente masculina, la región correspondiente para la conducta típicamente femenina se encuentra a unos cuantos milímetros hacia el fondo, es una estructura llamada ‘núcleo ventromedial’”.¹³

El cerebro masculino tiende mejor a la sistematización y las actividades video-espaciales y también está mejor dotado para enfrentar el estrés psicológico, así como los conflictos. Cualquier cambio hormonal en la edad adulta (a diferencia de la etapa embrionaria) no incide en la estructura cerebral.

¹¹ LE VAY, Simon. “El Cerebro Sexual”. Alianza Editorial, Madrid 1995, pág. 145-146

¹² Ob. cit. pág. 144.145.

¹³ Ob. Cit. pág. 118.

3. FUNCIONES EJECUTIVAS DEL CEREBRO

3.1 CONCIENCIA

Constituye una de las características inherentes a la persona humana, en cuanto esta procede de un ánimo racional. Depende, o está relacionada con la estructura cerebral, de forma tal que abordaremos en los siguientes capítulos sus posibles alteraciones, en cuanto exista una afectación y/o daño de áreas del cerebro se presenta en variadas psico- y neuro patológicas.

El físico teórico Michio Kaku¹⁴ intenta una definición de conciencia que, a nuestro criterio, incluye un amplio espectro de las múltiples conceptualizaciones existente al señalar:

“Conciencia es el proceso de crear un modelo del mundo a partir de múltiples bucles (unidad de conciencia)¹⁵ de retroalimentación basados en distintos parámetros (por ejemplo, la temperatura, el espacio, el tiempo o la relación con los demás), para lograr un objetivo (por ejemplo, encontrar pareja, comida o refugio) a lo cual llama ‘teoría espacio-temporal de la conciencia’¹⁶. No en vano Rojo Sierra la denomina ‘la función de las funciones’¹⁷ manteniéndose la persona alerta, lucida, vigilante, despierta. Teniendo como características fenomenológicas: titularidad¹⁸, agencia¹⁹, propiocepción²⁰, perspectiva²¹, incorregibilidad²², atribución²³ y unidad²⁴.

El propio Kaku hace una precisión en cuanto a los niveles de conciencia según cada especie:

¹⁴ [Michio Kaku](#) es un físico teórico estadounidense, especialista destacado de la teoría de campo de cuerdas, una rama de la teoría de cuerdas, ocupa la catedra de Henry Semat en física teórica de la Universidad de Nueva York.

¹⁵ Añadido por autor

¹⁶ KAKU MICHIO. “El futuro de nuestra mente”. Editorial Debate. Lima, 2015, pág. 73.

¹⁷ ROJO SIERRA. “En torno a la conciencia humana”. Promolibro. Valencia 1995, pág. 30.

¹⁸ En condiciones normales, el poder y las características de la agencia son esencialmente subjetivos. Mis pensamientos y actos son solo míos, aunque los comunique o bien sean observados por otros

¹⁹ Es el fenómeno por el cual atribuimos nuestros actos y sus consecuencias a nosotros mismos (self-agency).

²⁰ Es el reconocimiento de la realidad, localización y posición de mi cuerpo y de las partes de mi cuerpo como si comprendieran una agencia independiente de mi auto agencia.

²¹ Se refiere a que cualquier persona siempre vivencia (o posee una perspectiva) de un determinado espacio-tiempo aunque se encuentre totalmente aislada, bien en una situación artificial o casual extrema

²² En condiciones normales de vigilia es imposible considerar en ningún instante que «yo no soy yo».

²³ Es la tendencia universal a atribuir a otras personas (u otros seres vivos, p. ej., animales) estados y pensamientos similares o distintos a los nuestros sin tener ninguna prueba objetiva de que estos estados o pensamientos realmente sucedan en otras personas u otros seres vivos.

²⁴ Niega la posibilidad de múltiples conciencias en una misma persona.

Niveles de conciencia de diferentes especies ²⁵		
ESPECIE	PARÁMETRO	ESTRUCTURA
Plantas	Temperatura Luz solar	Ninguna
Reptiles	Espacio	Tronco encefálico
Mamíferos	Relaciones sociales	Sistema límbico
Humanos	Tiempo (espacio, futuro)	Corteza prefrontal

Según Bernard Baars²⁶, “la moderna psicología cognitiva concibe la conciencia como un procesamiento de la información (interna y externa) que sucede en un espacio de trabajo global (nodos y redes neuronales)”²⁷.

Para entenderlo mejor, echemos un vistazo al proceso de la conciencia humana, desde un punto de vista estrictamente neurobiológico:

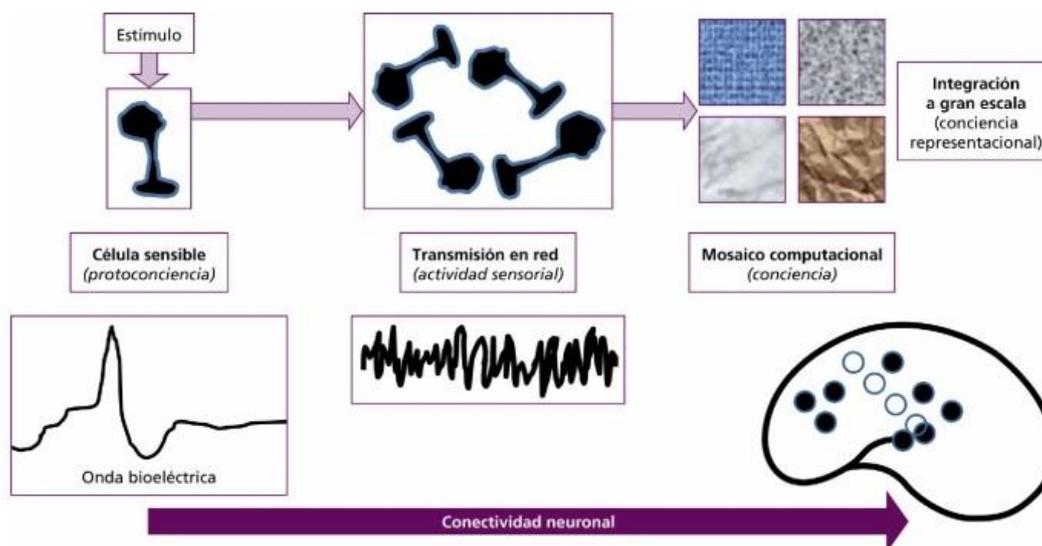


Gráfico: Supuesto origen de la conciencia desde un punto de vista estrictamente neurobiológico²⁸.

²⁵ KAKU, Michio. Ob. cit. Pág. 80

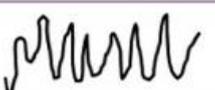
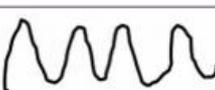
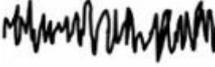
²⁶ [Bernard J. Baars](#), ex miembro senior de Neurobiología teórica del Instituto de Neurociencias de La Jolla, California, y actualmente es miembro asociado. Él es mejor conocido como el creador de la teoría del espacio de trabajo global, una teoría de la arquitectura cognitiva humana y la conciencia

²⁷ BAARS, B.J. “Global workspace theory of consciousness: toward a cognitive neuroscience of human experience.” Prog. Brain, 2005, 105, pág. 45-53.

²⁸ GASTÓ, C., PENADES, R.: “Psicopatología de la Conciencia” citado en VALLEJO RUILOBA, J. Edit. Elsevier Masson, 8ª edición, Barcelona 2017. Pág. e4. “[Psicopatología de la conciencia](#)”, capítulo e41.

Esta hipótesis sugiere que a partir de una única célula sensible a información externa con actividad bioeléctrica (protoconciencia) se desarrollan mapas neuronales que encapsulan información sensorial. El crecimiento de la conectividad neuronal de estos mapas computacionales a lo largo de la evolución permite la integración a gran escala en el cerebro de los primates superiores, así como el hombre de mosaicos neuronales altamente específicos generando la actividad autorrepresentacional (conciencia) específica para cada especie²⁹.

Según estudios de Encefalograma (EEG), esta es la forma y frecuencia de cada una de las características del estado de conciencia humana³⁰:

Actividad bioeléctrica cerebral asociada a estados de conciencia			
Onda	Frecuencia Hz	Forma (EEG)	Características
Beta	14-30		Vigilia, alerta normal, conciencia
Alfa	9-13		Calma, lucidez, no pensamiento intencional
Theta	4-8		Relajación profunda e imaginación mental
Delta	1-3		Sueño profundo
Gamma	25-100		Extrema activación Extrema alerta precomicial
Actividad oscilatoria en reposo	< 0,1	BOLD fMRI	Regiones sensoriomotoras Conectividad estructural y funcional

El cuadro³¹ que sigue, nos brinda un adelanto de las psicopatologías por causa de bases orgánicas exógenas o endógenas que alteran la conciencia y, por tanto, tienen directa incidencia en la inimputabilidad penal.

²⁹ Para más detalles ver: Steven W. Gangestad & Jeffrey A. Simpson (eds.). *The Evolution of Mind. Fundamental Questions and Controversies*. The Guilford Press. NY (2007). Patricia, S. Churchland. *Touching a Nerve. The Self as Brain*. W.W. Norton. NY. 2013.

³⁰ GASTÓ, C., PENADES, R. ob cit. capítulo e41, pág. e10.

³¹ GASTÓ, C., PENADES, R. ob cit. capítulo e41, pág. e12.

Integración de las descripciones de los niveles y contenidos de la conciencia				
Niveles	Definición	Terminología	Contenidos	Ejemplos
Sin conciencia representacional Nivel límbico o subcortical	Imposibilidad de responder a estímulos ambientales y/o al yo (voluntad) Ausencia de <i>arousal</i>	Somnolencia Obnubilación Estupor Coma Estado vegetativo	No observables No referidos Las personas recuperadas refieren contenidos similares a los estados oníricos Ausencia de ciclos-vigilia-sueño	Daño cerebral localizado, multifocal o difuso
Conciencia representacional Nivel corticosubcortical	Conciencia vigil. Focalización de la atención exclusivamente a estímulos ambientales. La persona puede no ser consciente de estar vigil o despierto	Estado confusional Desorientación Estados crepusculares	Ilusiones, alucinaciones Impulsividad Respuestas impredecibles a estímulos	Daño cerebral localizado, multifocal o difuso Intoxicación por sustancias
Autoconciencia Nivel cortical	Atención centrada en el yo (orientación autopsíquica)	Vigil. Orientación parcial o completa Desorientación parcial	Variables Capacidad de referir contenidos mentales	Despersonalización Desrealización <i>Dejá-vu</i> Ilusiones Delirios Alucinaciones
Metaautoconciencia Nivel cortical	Distinción entre lo personal y el ambiente. Capacidad simbólica	Orientación alo- y autopsíquica. Capacidad de reflexión	Múltiples y biográficos	Evocación voluntaria de recuerdos

3.2 ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

Algunos autores en el ámbito de las neurociencias, catalogan la atención con la conciencia como sinónimos, por lo que su estudio no tiene la proyección o profundidad del estado de conciencia como función cerebral.

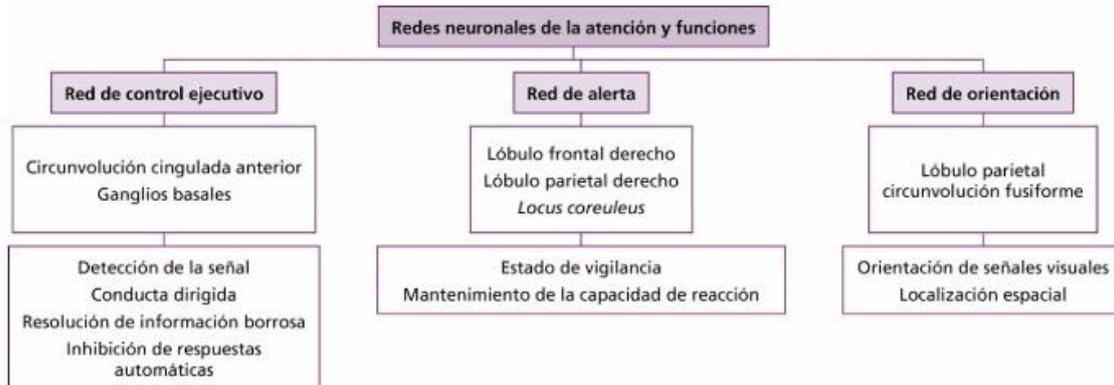
La **atención** focaliza el objeto, luego procede a seleccionarlo y finalmente lo integra. Según Ballesteros³² *“hace referencia al estado de observación y alerta que nos permite tomar conciencia de lo que ocurre en nuestro entorno”*.

El cerebro, en última instancia, soluciona aquello que considera relevante y como filtro de los estímulos establece cual es la prelación en sus intereses y/o acciones. Así, pues, ejercemos un control cognitivo mediante el cual podemos sustituir una idea por otra. Asimismo, nos podemos concentrar (selectivamente) en un estímulo de forma sostenida y hacer dos o más cosas (divididas) a la vez.

³² BALLESTEROS, S. “Psicología General. Un enfoque cognitivo para el siglo XXI”. Editorial Universitas, Madrid 2000. Pág. 170

Posner y Rothbar³³ establecieron dos sistemas neuronales relacionados con la atención:

- a) Sistema de alerta (*arousal*)—que en última instancia van al tálamo y córtex
- b) Sistemas de atención específicos
 - 1. Tálamo
 - 2. Ganglios basales
 - 3. Áreas corticales



Gráfico³⁴: Redes neuronales de la atención y funciones

Neuroanatomía funcional de las redes neuronales de la atención	
Sistema neuronal	Función
Subcortical	
Sistema noradrenérgico	<i>Arousal</i>
Sistema dopaminérgico	Alerta y atención selectiva
Sistema colinérgico	Memoria
Sistema glutamatérgico	Activación cortical
Sistema talámico	Sincronización
Corticosubcortical	
<i>Colliculus superior</i>	Detección de estímulos nuevos
Pulvinar	Cambio atencional
Corteza parietal posterior	Orientación atencional
Cortical	
Corteza parietal posterior	Cambio de atención voluntario
Corteza parietal superior	Atención motora
Corteza premotora	Autocontrol
Corteza dorsolateral	Motivación
Corteza cingulada anterior	Atención a la acción

Gráfico³⁵: Neuroanatomía funcional

³³ POSNER, M.I. Y ROTHBART, M.K (1994). "Constructing neuronal theories of mind" en VALLEJO RUILOBA, J. ob. Cit. pág. e30

³⁴ GASTÓ, C. y NAVARRO, V. "[Psicopatología de la atención y orientación](#)". Capítulo e42. Pág. e29

³⁵ *Ibíd.*

En cuanto a la **orientación**, ésta se da en un espectro espacio-temporal sujeto al funcionamiento adecuado del hipocampo y se relaciona con otras funciones como la percepción y la memoria.

Para Berrios³⁶, la orientación espacio-temporal se debe adecuar a tres sistemas de referencia:

Orientación espacio-temporal	
Tiempo oficial	Aquel dado por la información pública (diarios, calendarios, etc.)
Tiempo deducido	Reconocer correctamente la información externa (clima, iluminación, horario de reuniones sociales, etc.) e interna (sensaciones propioceptivas: frío, calor, luz, etc.), hora, día, año
Tiempo personal	Experiencia subjetiva de duración de los acontecimientos.

Resulta importante señalar que dichos tiempos están clínicamente considerados en todos los TEST esencialmente desarrollados para casos de demencia.

3.3 INTELIGENCIA

Es, sin duda, una de las funciones más conceptualizadas o definidas en la historia, dada su importancia y complejidad. Tiene en ella la suma de elementos emocionales, cognitivos y neurofisiológicos. Los avances médicos y científicos introducen, cada cierto tiempo, nuevos elementos a considerar.

Resulta claro que no se pretende profundizar en materia neurofisiológica y cognitivo; nuestro propósito es dar algunos conceptos base para abordar aspectos jurídicos relacionados con la capacidad del individuo de obrar y su eventual responsabilidad penal al conocer (o no) la anti-juridicidad de los mismos.

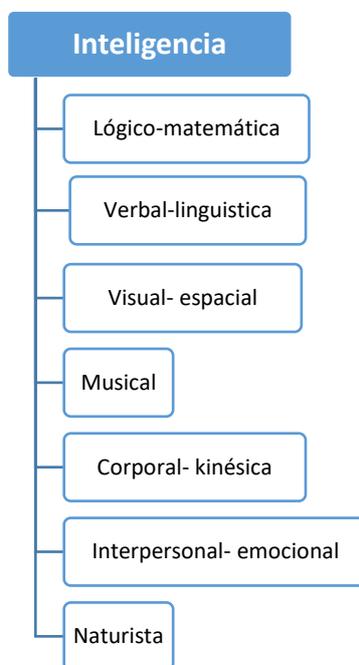
Por dichas consideraciones, estimamos que la definición de Carrasco Gómez³⁷, resulta de utilidad.

³⁶ BERRIOS, G.E. "Orientation failures in medicine and psychiatry: discussion paper". J.R. Med. 76, pág. 379-385.

³⁷ CARRASCO GÓMEZ Y MAZA, Martín. "Tratado de Psiquiatría legal y forense". Cuarta edición, La Ley-Actualidad, Madrid 2010, pág. 129.

“una función compleja, gracias a la cual somos capaces de conocer e identificar cosas y personas, percibir estructuras y símbolos, anticipar las consecuencias de una acción, recordar experiencias, organizar nuestra vida, relacionarnos con los demás, adaptarnos a situaciones nuevas, y todo ello de tal manera que sea considerado por el entorno como adecuado”

Como explicación a este fenómeno complejo, la mayoría de neurocientíficos comparte la idea que tenemos **inteligencias múltiples**, donde dichas inteligencias distintas e independientes, constituyen una capacidad variable y se van complementando en función del desarrollo integral de la persona, como lo concibe Howard Gardner³⁸. Así, las inteligencias serían:



La American Association on Mental Retardation (AAMR), establece algunos criterios para determinar los diversos niveles de gravedad de afectación intelectual, según el CI (coeficiente intelectual):

³⁸ GARDNER, Howard. “Inteligencias múltiples”. Editorial Mirbet SAC, Lima 2012.

Retraso mental	Coficiente intelectual ³⁹
Leve	Entre 70-50
Moderado	Entre 35-49
Grave	Entre 26-34
Profundo	Entre 20-25
Gravedad no identificada	No puede evaluarse por test

En contraparte, Néstor Braidot⁴⁰, establece el siguiente modelo de evaluación:

Nivel	Coficiente intelectual
Muy alto	Sobre 130
Alto	Entre 110 y 130
Normal	Entre 90 y 110
Bajo	Entre 70 y 90
Muy bajo	Menor a 70

Una de las interrogantes más importantes es aquella sobre la posible heredabilidad genética de la inteligencia. Esta duda se puede dilucidar que sí, parcialmente (60%), y debe ser complementada con la capacidad de relacionarse de la persona (40%). Por otro lado, en diversas descripciones cuantitativas de distribuciones fenotípicas, entre ellas el CI, que no es lo mismo que la inteligencia, como ya hemos observado.

Hay dos aspectos cruciales: primero que, a diferencia de las tallas de altura en el CI, no hay diferencias de la genética entre hijos varones y mujeres y, por otro lado, no existe base científica para establecer la superioridad del CI entre razas—a pesar de algunos trabajos como los de Richard Herrnstein y Charles Murray (*The Bell Curve*⁴¹), establecieron otras conclusiones.

³⁹ BRAIDOT Ob. cit. Pág. 282.

⁴⁰ Ob. cit. Pág. 282

⁴¹ “*The Bell Curve*” trabajo sobre las diferencias raciales en la puntuación de los test de cociente intelectual (CI). Los afroamericanos en los Estados Unidos tendrían una puntuación más baja que los blancos (esta es la pieza central y el principal causante de la atención/crítica recibida). La mayoría de sus críticos se centran en su razonamiento o sus fuentes.

3.4 MEMORIA

La memoria es un proceso psicofisiológico localizado en el sistema nervioso central (SNC) que permite la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia, ya sea de forma automática o con esfuerzo, según Serrallonga⁴².

Durante el Imperio Romano, la figura del *nomenclátor*, que es una persona joven y de amplia cultura, tenía la condición de esclavo y servía a su amo con el propósito de hacerle recordar el nombre de las personas con las cuales se relacionaba en público. Siendo la pérdida de la función de la memoria una preocupación permanente e de la historia de la sociedad.

La memoria a corto plazo (MCP) tiene capacidad limitada que se recuerda inmediatamente de ser presentado y la memoria a largo plazo (MLP) e el recuerdo después de un prolongado periodo de demora, lejos del estímulo recibidor. Según Acarin⁴³, se pueden clasificar las memorias a partir del banco de almacenamiento en cuatro tipos:

Tipos de Memoria	
De procedimiento	Son referidas al método, al “como hacerlo”. Por ejemplo, montar bicicleta, costumbres o rituales arraigados. Se almacena en los centros subcorticales y cuando implican habilidad motora de equilibrar, se ubican en el cerebelo.
De miedo	Las fobias y los chispazos de memoria. Se almacenan en la amígdala.
Episódicas	Recogen la experiencia personal, como una película se codifican en el hipocampo y se almacenan en el córtex de forma amplia.
Semánticas	Hechos, conocimientos y experiencias registrados en el córtex del lóbulo temporal cuya recuperación corre a cargo, nuevamente, del córtex frontal.

En conclusión, para formar la memoria, forman parte: el hipocampo, la amígdala, el hipotálamo, el tálamo y el cerebelo.

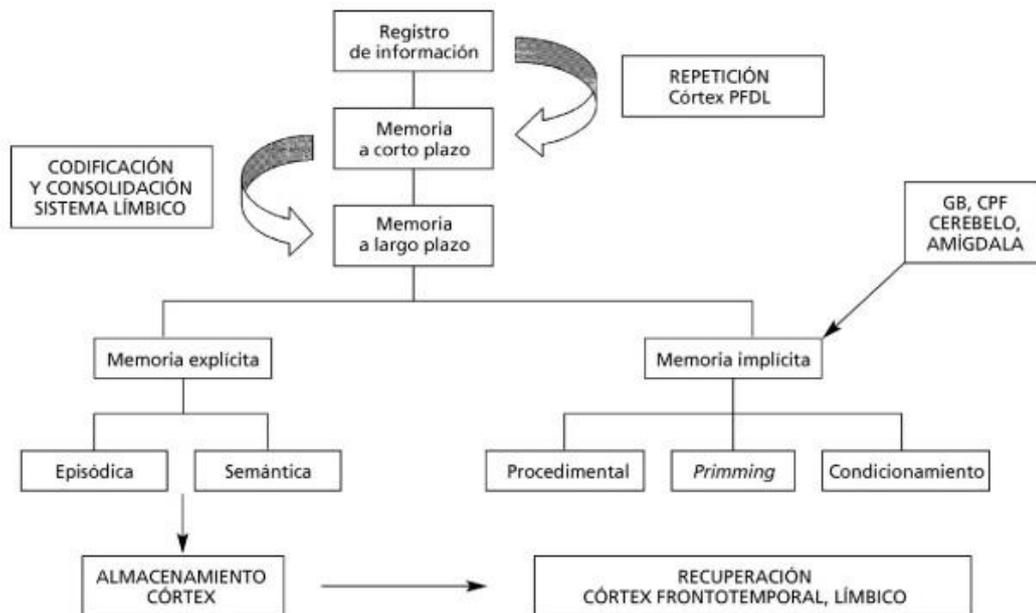
Como curiosidad, debemos indicar que si bien la amígdala masculina es de mayor envergadura que la femenina, ante la igualdad de estímulos sensoriales, tiene mayor activación

⁴² SERRALLONGA, J. (1980), citado en VALLEJO RUILOBA, J. Ob. cit. Pág. e38.

⁴³ Ob. cit. Pág. 201.

la femenina. Por ello, la mujer tiende a recordar mejor las emociones intensas y nos recuerdan los hechos del pasado.

El siguiente gráfico resume y organiza el proceso mnésico, incluyendo los distintos aspectos: codificación, consolidación, almacenamiento y recuperación de la memoria, con la intención de enlazar las distintas fases del proceso mnésico, partiendo desde el registro de la información y finalizando en la evocación o recuperación de la memoria en forma de recuerdo.



Gráfico⁴⁴: Esquema del proceso mnésico.

⁴⁴ N. Cardoner y M. Urretavizcaya. “[Psicopatología de la memoria](#)”. En VALLEJO, Pág. e44. Capítulo e43.

3.5 AFECTIVIDAD

Conforme lo expresa J.M. Crespo⁴⁵, el estudio de la afectividad desde la óptica psicopatológica, es de lo más relevante, dada su relación con el resto de las funciones psíquicas. Su exploración es uno de los aspectos fundamentales de la evaluación del estado mental.

La psicopatología de la afectividad analiza el sistema emocional o sentimental del sujeto en general y engloba distintas funciones psíquicas como el estado de ánimo, los sentimientos, las emociones, el humor, los afectos, etc.

Conceptos Básicos	
Emoción	Afectos bruscos y agudos que se desencadenan por una percepción (interna o externa) y tienen abundante correlación somática. Respuesta efímera.
Sentimiento	Estado anímicos más difusos, experimentados de forma paulatina o progresiva y que son más duraderos, sin acompañarse de síntomas somáticos.
Afecto	Sentimiento subjetivo que acompaña a una idea o una representación mental.
Humor	Estado emocional basal del sujeto. Tono afectivo, sobre todo como lo experimenta interiormente el individuo. Equivalente al estado de ánimo.
Afectividad	Constituye la vida emocional total del individuo.

Según Bulbena⁴⁶, existen cuatro características que son elementos esenciales que definen el contenido de la afectividad.

Características- elementos esenciales	
Subjetividad	Conjunto de estados que el sujeto vive de forma propia e inmediata
Trascendencia	Influencia en toda la personalidad y conducta
Comunicatividad	Se da en el marco de la expresión verbal y no verbal
Dualidad	Se distribuye en términos duales como alegría-tristeza, agradable-desagradable.

El sustrato neurobiológico está en el cerebro de cada una de las expresiones de la afectividad: emoción, sentimientos, humor y afectos. Comprometiendo las cortezas de los lóbulos temporal y frontal, asimismo la amígdala, rinencéfalo, hipocampo, cíngulo y el hipotálamo. Las alteraciones de la afectividad se van a evaluar desde las alteraciones de las

⁴⁵ CRESPO, J.M. en VALLEJO. "Psicopatología de la afectividad". Cap. e46, pág. e96.

⁴⁶ BULBENA, A. en VALLEJO Y RUILOBA ob. cit. Pág. e94.

expresiones antes señaladas y las modificaciones o síndromes del estado de ánimo; estos últimos con un significativo porcentaje de heredabilidad genética en su predisposición.

3.6 PERCEPCIÓN

En primer término debemos tener en claro que “la verdad” y “lo real” está en las cosas y no en la mente humana. Esto es la verdad lógica (en virtud de la cual se da el principio aristotélico de *adecuatio rei et intellectus*, adecuación de la inteligencia a la realidad, es factor determinante que la verdad es una sola y carece de subjetividad). Por otro lado, la verdad ontológica (por el cual todo lo existente por su propia naturaleza es capaz de su conocido), todo ello inmerso en el realismo metódico.

Distinto es el conocimiento sensorial (subjetivo) de los acontecimientos adquiriendo un acto físico-químico que es la percepción. Esto obliga al ser o ente receptor (persona) a activar otras funciones como la afectividad y la memoria⁴⁷ en consideración a las opiniones de Medina y Moreno.

En otras palabras, debemos distinguir lo **real** (objeto) de la **realidad** (percepción del objeto). De forma tal que la frase “tu verdad y mi verdad” constituyen una falacia que contrapone al principio básico de la filosofía y la metafísica que es el principio de no contradicción. Esto es y nada puede ser y no ser a la vez (tiempo) y sentido, aun en conceptos de la física cuántica.

Según Braidot⁴⁸, tenemos dos fases de la percepción:

Fases de la percepción	
Transducción	Circuito cerebral a través del cual fluye la información sin que se modifique su resultado
Codificación	Cambios en la interpretación de la información sin que se modifique el circuito y el medio por donde esta fluye.

⁴⁷ MEDINA Y MORENO. “La percepción y su psicopatología” en FLORES PRADA, I. (Dir.). “Trastornos mentales y Justicia Penal”. Editorial Aranzadi S.A.U., Navarra, 2017, pág. 145.

⁴⁸ Ob. cit. Pág. 26.

En fin, la percepción está condicionada por la construcción que cada sujeto realiza sobre ella.

En el ámbito del cerebro, el procesamiento sensorial se desarrolla sin que seamos conscientes de ello. Cada estímulo (excepto el olfato) son enviados al tálamo. Cuando se activa una reacción al asco o repulsión se activa la ínsula. En el ámbito visual y somato sensitivo entra en acción el tálamo, siendo la ínsula una área de interconexión entre el sistema límbico y la neocórtex.

Conforme el gráfico adjunto, podemos advertir que una adecuada percepción está sujeta a una combinación e integración de multiplicidad de fuentes sensoriales:

Fenomenología de las experiencias sensoriales ⁴⁹	
Características	Descripción
Inefabilidad	La experiencia sensorial no puede ser negada, aunque lamentablemente pueda dudar de su verosimilitud. Nadie puede negar lo que se ha percibido.
Plausibilidad	La tendencia (de la mente) es a creer en el fenómeno sensorial como plausible. <i>“me sucede ergo existe”</i> .
Información	La experiencia sensorial siempre otorga un cierto grado (alto/bajo) de información
Focalización	La atención se dirige siempre al foco sensorial.
Representación	La sensación induce elementos cognitivos/ semánticos (ej. Auto verbales)
Proyección	La huella sensorial se proyecta fuera de la agencia (en el cuerpo, en el espacio)
Qualia	Propiedades fenoménicas de las cogniciones y sensaciones.

Finalmente debemos resaltar el rol del “juicio de realidad”. El cual cumple una tarea fundamental para valorar o analizar los fenómenos sensoriales con profunda convicción (alucinaciones) o convicción débil (ilusiones) a criterio de C. Gastó y V. Navarro⁵⁰.

Laia Acarín⁵¹ dejó claro: *“la vista es la percepción de distintos estímulos visuales a través de nuestros ojos. Los estímulos visuales en forma de haces de luz atraviesan el cristalino (la lente*

⁴⁹ GASTÓ Y NAVARRO. “Psicopatología de la Percepción” en VALLEJO. Cap. 44. Pág. e62.

⁵⁰ Ob. cit. e59.

⁵¹ ACARÍN, Laia en ACARIN, Nolasco. Ob. cit. Pág. 401.

situada al interior del ojo). En la retina hay células nerviosas especializadas que convierten los estímulos eléctricos. Estos últimos proceden de la retina del ojo derecho y la del izquierdo viajan por los axones de los nervios ópticos al cerebro”.

3.7 PENSAMIENTO- LENGUAJE

Separar ambas funciones siempre ha sido una realidad compleja y difícil para diversas áreas del conocimiento lingüístico, filosófico, neuro-científico. Es por ello que preferimos abordarlos en conjunto.

Hay cuatro razones para J. Pirrafé⁵² que evidencian esta introducción:

- a) La exploración del pensamiento no se puede realizar directamente, sino a partir de sus expresiones, en especial el lenguaje.
- b) Por lo indicado, es muy difícil separar las alteraciones del pensamiento de la del lenguaje.
- c) Existen factores idiomáticos y culturales que influyen en la patoplastía de las alteraciones del pensamiento.
- d) La simulación de las patologías para eludir o exagerar síntomas es frecuente en este tipo de diagnósticos.

El lenguaje tiene procesos de entrada (aferencias sensoriales) y de salida (eferencia motórica hablada, escrita o gestual).

3.8 VOLUNTAD

Característica esencial de la naturaleza humana, cuyo principal objetivo es la búsqueda del bien, a través de la libertad como elemento fundamental de la capacidad racional. Quien carece de esta facultad o función está inmerso transversalmente en la alteración de la mayoría de los acápites desarrollados con antelación.

⁵² PIFARRÉ, J. “Trastornos del Pensamiento y el Lenguaje” en VALLEJO RUBIOLA, J., Ob. cit. e80.

Tiene tal nivel de importancia que la declaración de imputable del sujeto carece de valor, al carecer de este requisito previo. EY⁵³ señalaba que la psiquiatría es la “*patología de la libertad*”.

4. NEURONAS, NEUROGLIAS Y NEUROTRANSMISORES

4.1 NEURONAS

Constituyen células a cargo de proceso complejos neurobiológicos como psicomotriz y cardiovasculares. Esta célula tiene un número indeterminado en el organismo humano. Sin embargo, se estima en 100,000 millones de neuronas en un adulto. Constituyen células especializadas en la emisión como recepción de señales eléctrica debido a un estímulo químico desencadenado por los neurotransmisores—concepto que abordaremos luego en detalle.

Las células neuronales no se reproducen (salvo la neurogénesis) y carecen de energía propia. Sin embargo, cumplen diversas y complejas interacciones en el organismo humano, ya que las neuronas se encuentran no solamente en la cavidad cerebral.

Se debe precisar que la actividad metabólica cerebral disminuye un 8% por década a partir de los 20 años de edad. Esto implica que una persona de más de 80 años tiene una capacidad cercana a la mitad de un menor de 10 años de edad.

El proceso de muerte neuronal y disminución de volumen cerebral general las siguientes implicancias con el aumento de edad⁵⁴:

AÑOS	DÉFICIT COGNITIVO	LEVE	MODERADO	GRAVE
65-75	20%		3%	
75-85	50%		15%	
85+	80%	30%	30%	30%

⁵³ EY, BERNARD, BRISSET. “Tratado de la Psiquiatría”. Ed. Masson, Barcelona, 1965.

⁵⁴ NOLASC, A. Ob. cit. pág. 295.

Las neuronas pueden secretar diversos neurotransmisores, según su ubicación en el SNC y dentro del circuito neuronal, las cuales, según diversos autores, oscilan entre 50 y 100 aproximadamente.

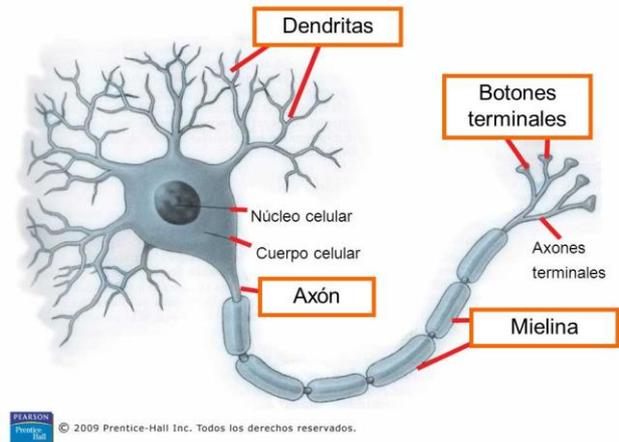
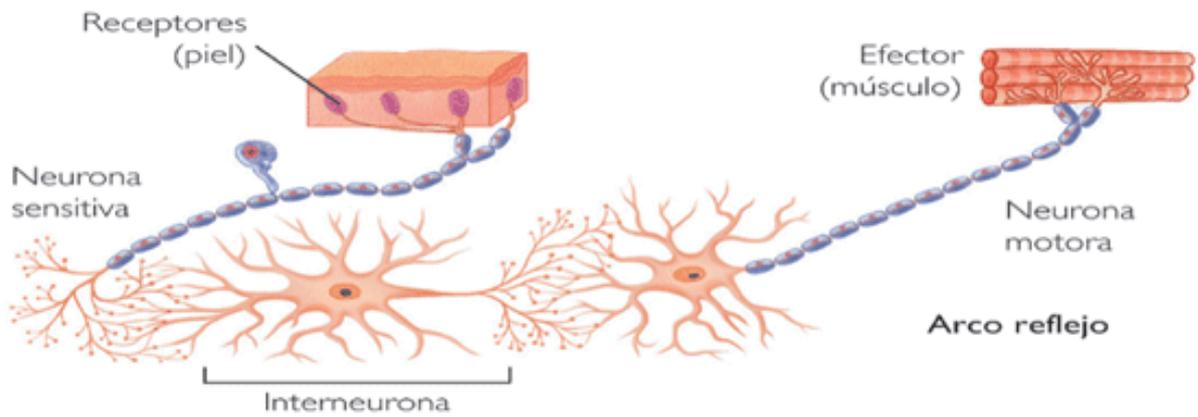
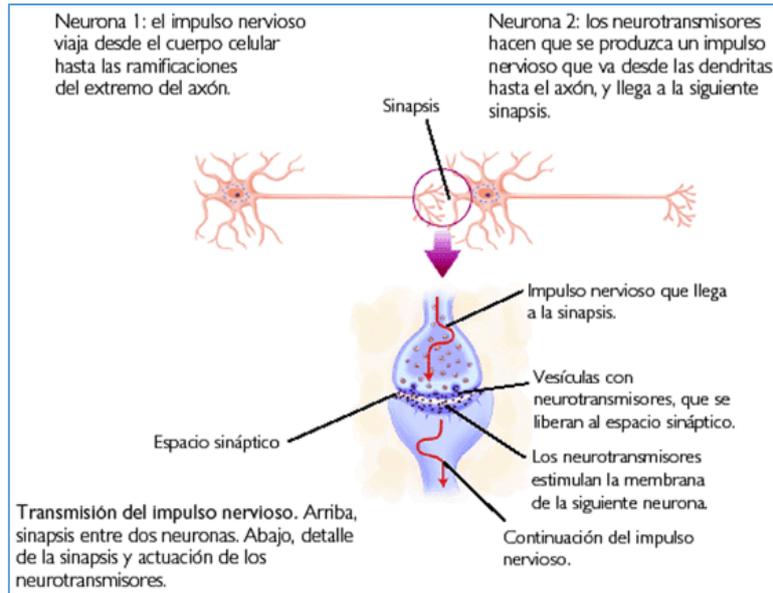


Gráfico: Neurona piramidal del cerebro





Gráfico⁵⁵: Transmisión del impulso nervioso

Conforme podemos apreciar en el gráfico explicaremos la función y fisiología de cada una de las partes de la célula neuronal.

Cuerpo neuronal	Tiene una medida de entre 6 y 80 micrómetros de diámetro. Implica el mantenimiento celular, nutrición, síntesis de moléculas y tiene el núcleo de la célula, donde se encuentra el DNA o material genético. Del cuerpo neuronal se dependen el axón y las dendritas.
Axón	Constituye el cableado de mayor extensión, cuya función, al igual que las dendritas, es transmitir señales eléctricas. Está revestida de la mielina como protección y facilitador de los impulsos eléctricos.
Dendritas	Son prolongaciones pequeñas de la neurona, concluyendo en las espinas dendritas. Su principal función es recibir los impulsos de otras neuronas y enviarlas hasta el soma de la neurona. Las dendritas nacen como prolongaciones numerosas y ramificadas desde el cuerpo celular.
Terminaciones sinápticas	Están ubicadas al extremo del axón y se acoplan o se adhieren a las dendritas de otras neuronas, formando la sinapsis.

Las funciones de las neuronas pueden ser:

⁵⁵https://www.google.com.pe/search?biw=1600&bih=740&tbm=isch&sa=1&ei=3sDcW5KQG9Gu5wLXzamoBQ&q=neurona+transmision+del+impulso+nervioso&oq=neurona+transmision&gs_l=img.1.0.0.75560.80802.0.81461.19.13.0.3.3.0.276.1995.0j4j6.10.0....0...1c.1.64.img..6.13.2007...35i39k1j0i67k1j0i24k1.0.Z1WBWxkfZWc#imgrc=eV49XkwbqgCLuM:

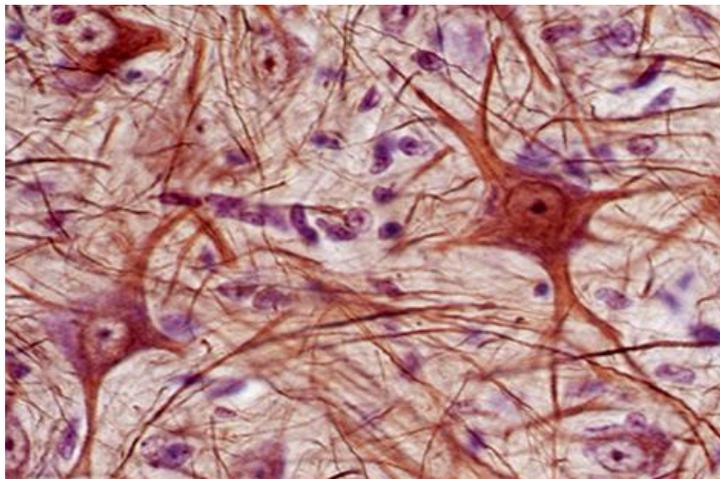
- integradoras (inter neuronas),
- sensoriales (percibir a través de los sentidos) y
- motoras (lenguaje y psicomotricidad)

Las sinapsis (o espacio sináptico, según el gráfico anterior), como punto de contacto, tiene un área de 0.0005-0,002 milímetros. Hay estimaciones diversas sobre la cantidad espectacular de sinapsis que puede tener una neurona. Los especialistas consideran entre 5,000 y 9,000 por cada una. Dotado todo esto de la creación de una maravillosa red neuronal en todo el organismo. Acarín⁵⁶ manifiesta que puede llegar a 100,000 sinapsis por neurona!

4.2 NEUROGLIAS

Las denominadas neuronas de la glía, constituyen en número casi un 1000% más que el número de neuronas. Ocupan la mitad del volumen del tejido nervioso. Al morir una célula neuronal, la glía ocupa su lugar.

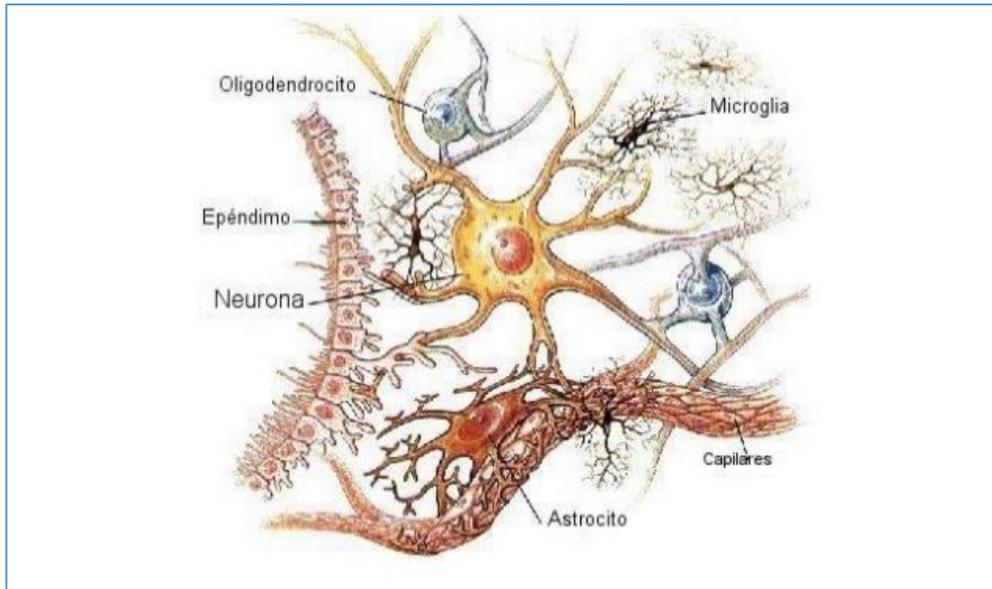
Hay diversas células como microglia, astrocitos (formando la hematoencefálica), oligodendrocitos, células de Schwann (actualmente llamadas neurolemocitos, protegen el axón) y las endoteliales. Las glías tienen una función de soporte y nutrición de las neuronas.



Gráfico⁵⁷: Tejido nervioso al microscopio

⁵⁶ Ob. cit. Pág. 381.

⁵⁷ <http://es.nextews.com/ae49292c/>



Gráfico⁵⁸: Neuroglías

4.3 NEUROTRANSMISORES

Los neurotransmisores (NT) son moléculas químicas (también algunas hormonas) que permiten la relación sináptica entre neuronas. Pueden ser moléculas pequeñas y neuropéptidos (conformados por varios aminoácidos).

La célula nerviosa (neurona) tiene dos funciones principales, la propagación del potencial de acción (impulso o señal nerviosa) a través del axón y su transmisión a otras neuronas o a células efectoras para inducir una respuesta. Las células efectoras incluyen el músculo esquelético y cardíaco y las glándulas exocrinas y endocrinas reguladas por el sistema nervioso. La conducción de un impulso a través del axón es un fenómeno eléctrico causado por el intercambio de iones Na^+ y K^+ a lo largo de la membrana. En cambio, la transmisión del impulso de una neurona a otra o a una célula efectora no neuronal depende de la acción de neurotransmisores (NT) específicos sobre receptores también específicos.

⁵⁸https://www.google.com.pe/search?q=tejido+nervioso&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjhoM2Y17beAhUpq1kKHUKdC-8Q_AUIDigB&biw=1600&bih=740#imgrc=komWWiEbGnA-uM:

Relación de los principales neurotransmisores ⁵⁹	
AMINOACIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • GABA (inhibición) • Glutámico (excitación) • Aspártico • Glicina
MONOAMINAS	<ul style="list-style-type: none"> • Acetilcolina (Ach) • Dopamina (DA) • Norepinefrina (NE) • Serotonina (5HT) • Epinefrina • Histamina
HORMONAS INTESTINALES	<ul style="list-style-type: none"> • Angiotensina • Cacitonina • Insulina • Glucagón • Estrógenos • Andrógenos • Progestinas • Hormonas tiroideas
HORMONAS HIPOTALÁMICAS DE LIBERACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • F. liberación de corticotropina (CRF) • H. L. de Tirotrípina (TRH) • H. L. Gonadotropina (GNRH) • Somatostatina
PEPTIDOS PITUITARIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Corticotropina (ACTH) • Hormona de crecimiento (GH) • Vasopresina • Prolactina • Oxitocina
PEPTIDOS OPIACEOS	<ul style="list-style-type: none"> • Beta-endorfina • Leucina-encefalina • Metioninsa-encefalina • Dinorfina
OTROS PEPTIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Bombesina • Bradicinina • Neuropéptido “Y”
NEUROQUINEAS	<ul style="list-style-type: none"> • Sustancia P • Otras Neuroquininas
ENDOCANNABINOIDES	<ul style="list-style-type: none"> • Neuromoduladores *Neurotransmisión retrógrada *Receptores pre sinápticos

⁵⁹ LOBO, A. “Manual de Psiquiatría General”. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2013, pág. 110.

Los tipos de receptores de los neurotransmisores, consideramos que no es de necesidad por su carácter específico, ya que este capítulo tan solo es una evaluación superficial del SNC.

Quizá este acápite constituya uno de los aspectos más importantes de esta primera parte del trabajo, ya que su incidencia en múltiples trastornos mentales, es vital. Las alteraciones de la síntesis, el almacenamiento, la liberación o la degradación de los NT, o el cambio en el número o actividad de los receptores, pueden afectar a la neurotransmisión y producir ciertos trastornos clínicos

En el [anexo 15](#) encontraremos una ilustración de las distintas áreas involucradas en la secreción de las hormonas mencionadas, así como, algunos ejemplos de los trastornos asociados con defectos en la neurotransmisión⁶⁰.

Para efecto ilustrativo solamente vamos a analizar los casos de los neurotransmisores que tienen mayor incidencia en trastornos y síndromes psíquicos y neurológicos: Acetilcolina (Ach), Dopamina (DA), Glutamato, Serotonina (5HT), Noradrenalina, GABA, Encefalinas, y Oxitocina.

4.3.1 ACETILCOLINA (ACH)

Fue el primer NT descubierto por el médico y Premio Nobel español Santiago Ramón y Cajal (1852-1934). Fundamental en la placa neuromuscular que permite el movimiento voluntario y en el sistema parasimpático. En el cerebro se concentra en el núcleo basal de Meynert. Es también muy importante en los procesos cognitivos, de memoria, aprendizaje y atención. Su degeneración se vincula especialmente con la enfermedad de Alzheimer. Son inhibidores de acetilcolinesterasa (IACE) anti-demencia: receptores muscarínicos y nicotínicos (posible efectividad en déficit cognitivo y Alzheimer).

4.3.2 DOPAMINA (DA)

Participa activamente en los sistemas de recompensa del cerebro, tanto en la motivación como en la respuesta a nivel físico. En los enfermos de Parkinson hay una importante disminución. Por otro lado, un exceso de dopamina puede desencadenar en alucinaciones, especialmente en casos de esquizofrenia. Esa altamente potenciada por el alcohol y la cocaína.

⁶⁰ <http://www.psicomag.com/neurobiologia/LOS%20NEUROTRANSMISORES%20EN%20GENERAL.php>

Existen hasta cinco tipos de receptores dopaminérgicos: subtipo D₁ (D1, D5) y D₂ (D2, D3 y D4). Todos ellos acoplados a la proteína G.

4.3.3 GABA

Es el principal neurotransmisor inhibitorio. Se sintetiza como ácido glutámico y se metaboliza a GABA por medio de la enzima GAD. Hay dos tipos de receptores GABA: GABA_A (complejos proteicos) y GABA_B (cumplen una función de moduladores de la transmisión). Por lo dicho, es el modulador cerebral por excelencia y los tranquilizantes potencian su acción. Tiene una implicancia fundamental en la epilepsia.

4.3.4 GLUTAMATO

Es el principal neurotransmisor excitador en el SNC de la glutamina. Se convierte en glutamato por acción de la enzima glutaminasa. Es el más extendido por todo el córtex cerebral, indispensable para el proceso del aprendizaje, desarrollo cerebral y memoria a largo plazo (MLP). Se inhibe con otra sustancia puede darse un caso de amnesia anterógrada, interrumpiendo la información nueva a la MLP. En el caso de la falta de oxígeno o enfermedad de Huntington, produce altos índices de glutamato y, por ende, muerte neuronal.

4.3.5 SEROTONINA (5HT)

Fundamental para la producción de la melatonina (regulador del sueño) y el bienestar. Eleva el estado de ánimo y disminuye la ansiedad. Relacionado a trastornos del humor, procesos como el apetito y el dolor. Estudios recientes indican una mayor segregación en los cerebros masculinos, siendo motivo de mayor ansiedad y sensibilidad femenina. Alimentos como el chocolate, los antidepresivos mayores y algunas drogas, potencian su acción.

4.3.6 ENCEFALINAS

Regulan la tensión nerviosa, relajación y dolor. Son generadas como opiáceos por el cuerpo humano y se potencia en la morfina o la heroína. Conforme lo señalan Rosenzweig & Leiman⁶¹: “estas sustancias, se producen en el encéfalo, se denominaron encefalinas (de las raíces griegas, en que significa *adentro* y Kephalon, que significa *cabeza*).

⁶¹ ROSENZWEIG, Mark & LEIMAN, Arnold. “Psicología Fisiológica”. Segunda edición, Editorial McGraw Hill, Madrid, 1997, pág. 211.

4.3.7 NORADRENALINA

Fundamental para el estado de alerta y sobresalto en cuanto a la respuesta física y mental. De baja actividad durante el sueño y se potencia con anfetaminas. Está relacionada con los niveles de atención cognitivo.

4.3.8 OXITOCINA

“La oxitocina es una hormona almacenada en las terminales amóxico de la hipófisis superior, está implicada en la contracción de las células de las glándulas mamarias...produce también poderosas contracciones internas del útero y puede facilitar el parto cuando han comenzado las contracciones”⁶². Regula los procesos fisiológicos ligados a la vida emocional, sentimental, sexual, entre otros. Establece los niveles de confianza en las personas. Según Acarín⁶³

“en la mujer, durante el orgasmo, se producen contracciones del útero con producción de una hormona, la oxitocina, de forma similar como se produce en el parto. Se ha relacionado la producción de oxitocina durante el parto con la vinculación materno-filial y a partir de esa constatación se ha especulado positivamente acerca de la producción de excitación durante el orgasmo sexual podría desencadenar una mayor vinculación o enamoramiento, de la mujer con el varón, de forma tal que la oxitocina podría considerarse una hormona (NT) vinculante....incluso durante la lactancia la estimulación de los pezones por amamantamiento puede desencadenar contracciones uterinas con producción de oxitocina, al igual que la estimulación en el juego sexual puede en algunas mujeres provocar orgasmo.”

5. HEREDABILIDAD

Existe una importancia de la genética y el medio ambiente con los trastornos mentales, un principio básico en medicina genética como en psiquiatría es el hecho que un gen o proteína

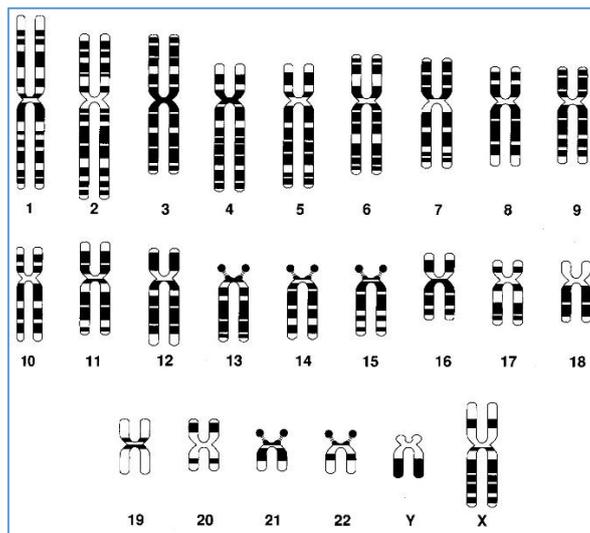
⁶² Ob. cit. pág. 249.

⁶³ ACARIN, NOLASC. Ob. cit. Pág. 142.

del cromosoma anormal produce efectos patológicos en un elevado porcentaje. Como ejemplo, daremos algunos alcances según Hoenicke⁶⁴.

Heredabilidad de algunos trastornos psiquiátricos	
Esquizofrenia (EQF)	82-85%
Trastorno bipolar (TBP)	79-93%
Depresión mayor	31-42%
Trastorno de ansiedad (TAPE)	44%
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	25-47%
Trastornos adictivos	33-66%
Trastornos de conducta alimentaria	58-76%
Autismo	90%

Cariograma Humano (cromosomas humanos)⁶⁵



Herencia autonómica recesiva (AR) incrementa por consideraciones especiales de herencia, como lo son las relaciones entre personas consanguíneas, según Bradley y Thompson⁶⁶, los riesgos publicados son:

⁶⁴ LOBO, A. Ob. cit. Pág. 100.

⁶⁵ <https://www.google.com.pe/url?sa=i&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjsica397beAhUck1kKHaa1AwlQjB16BAGBEAQ&url=https%3A%2F%2Fwebs.ucm.es%2Finfo%2Fgenetica%2FAVG%2Fpracticas%2Fcariotipo%2FcarioP.htm&psig=AOvVaw3YaQfbEVjg77oGnl-kf00Y&ust=1541290153395057>

⁶⁶ BRADLEY SCHAEFER, G. and THOMPSON, James. "Genética Médica- un enfoque integrado". Editorial McGraw-Hill, México, 2016. Pág. 157.

Grado de parentesco		Riesgo
Tercer Grado	Primos hermanos	Existe un riesgo del 2-3% de retraso mental o un trastorno genético grave en los hijos.
Segundo Grado	Tío(a)- sobrina(o) Medios hermanos	5-15% de posibilidades de anomalías genéticas
Primer Grado	Padre-hija Madre- hijo	40% de anomalía genética en los hijos 12% de trastorno autosómico recesivo (AR) 10-15 % de deficiencias significativas en la función cognitiva.

Estos hechos nos deben significar especial atención por el alto nivel de incestos que se dan en nuestro país y en muchos casos realizados con violencia sexual a menores, en sus respectivos hogares. Los embarazos a raíz de una relación de incesto son casi clones, al no existir mestizaje por la combinación genética. El avance de la genética y la ingeniería genética, en particular, podría en un futuro corregir dichas anomalías.

6. CLONACIÓN

Debe quedar claro que la clonación constituye, en un sentido amplio, el proceso genético de hacer una copia genéticamente idéntica de algo. Sin lugar a dudas desde una óptica bioética y legal condenamos la clonación de organismos o seres humanos, tal como lo tipifica el art. 324 del Código Penal Peruano relacionado con la manipulación genética. Sin embargo, debemos manifestar que el proceso de clonación no es exclusivamente para reproducir organismos, como se cree de forma errónea. La importancia de la clonación está en la clonación de células y de órganos de forma efectiva para tratar enfermedades especialmente de tipo degenerativo y/o genético—por tanto, para trastornos psíquicos y neurológicos.

Cultivos celulares para enfermedades degenerativas como el Alzheimer o Parkinson, células clónicas cerebrales. Asimismo, producción de órganos humanos o proteínas por clonación en técnicas transgénicas, lo cual sería un avance espectacular para atender la gran demanda de órganos en un país como el Perú, el cual tiene una de las tasas de donación más bajas del hemisferio. A lo expresado debemos añadir que las células, tejidos u órganos al ser clonados no tendrían la posibilidad de ser rechazado por el organismo humano.

Por lo expuesto, y para evitar malinterpretaciones y tipificar avances importantes y necesarios en el ámbito genético, se debe consignar en el art. 324 del Código Penal que la

manipulación genética de estos últimos aspectos no está tipificado como delito, tal como lo indicaremos en las conclusiones del texto.

Otro aspecto de la genética humana que debemos considerar, es la eventual exigencia (al igual que Estados Unidos) que todo neonato sea detectado mediante el cribado genético, en cuando la potencialidad de desarrollo de alguna patología a futuro. Mediante un panel genético/metabólico podemos asistir a una medicina preventiva en hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis genética, acidemia propiónica, fenilcetonuria, pérdida de la audición, entre otras enfermedades, especialmente en el ámbito psíquico.

CAPITULO 2

INIMPUTABILIDAD EN EL DERECHO PENAL PERUANO POR CAUSAS PSICOPATOLÓGICAS Y NEUROPSICOLÓGICAS

1. ASPECTOS GENERALES

Luego de haber abordado en el primer capítulo los aspectos relacionados con el Sistema Nervioso Central, estructura y fisiología del cerebro, así como sus funciones ejecutivas superiores, vamos ahora a comentar los aspectos jurídicos relacionados con la inimputabilidad de las personas que sufren trastornos mentales, grave alteración de la conciencia y de la percepción, sin comprender la antijuridicidad de sus actos. Asimismo, haremos un breve recorrido por la normatividad vigente y, finalmente, comentaremos algunos casos de jurisprudencia relacionada con esta materia.

2. IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD

En primer término, vamos a aproximarnos al concepto de imputabilidad desde diversas interpretaciones, que al final constituyen calificación común de este aspecto fundamental del Derecho Penal.

Gisbert Calaburg lo define como⁶⁷:

“conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requerido por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida causada psíquicamente y éticamente por aquellos”

A ello, Ortega Monasterio establece los requisitos desde la óptica de Gisbert Calaburg⁶⁸:

1. Que en el momento de la ejecución del hecho, la persona posea la inteligencia y el discernimiento de sus actos.

⁶⁷ GISBERT CALABUIG, J. “Medicina Legal y Toxicología” (6ª edición). Barcelona, Ed. Elsevier Masson 2004.

⁶⁸ ORTEGA MONASTERIO y GÓMEZ DURAN. “Psiquiatría Jurídica” en VALLEJO. Ob. cit. pág. 659

2. Que goce de la libertad de su voluntad, de su libre albedrío; es decir de la facultad de poder escoger entre los diversos motivos de su conducta que se presenten ante su espíritu y de determinarse libremente la potencia de su voluntad”.

Esa afirmación tiene una evidente base aristotélica y las potencias del ánimo racional. Estamos ante la percepción de dos elementos claves: el objetivo o material (que constituye el hecho delictivo) y el subjetivo (culpabilidad, dolo o culposo de su acción).

Por lo expuesto, Ortega Monasterio⁶⁹ define la imputabilidad como:

“el grado de normalidad psíquica de un sujeto en el momento de la comisión de un hecho delictivo que resulte tributario de una sanción penal ordinaria.”

En el caso de Nuñez Gaitán⁷⁰, califica la imputabilidad:

“es la aptitud de una persona para responder por los actos que realiza y, dada su base psicológica, comprende el conjunto de facultades psíquicas mínimas que debe poseer un sujeto autor de un delito para ser declarado culpable del mismo.”

Finalmente, Gastón Inchausti⁷¹ considera la imputabilidad la capacidad de culpabilidad del sujeto.

Por lo antes expuesto, finalmente consideramos que la calificación o conceptualización de INIMPUTABILIDAD que mejor puede graficarnos su significado es la dada por Campos Paéz⁷²:

“si no se puede ser culpable (ya que no existe responsabilidad), no puede ser imputable; si es INIMPUTABLE no puede imponerse una pena; si no se puede imponer una pena, no puede ser condenado y si no puede ser condenado debe ser ABSUELTO.”

⁶⁹ *Ibidem*. Pág. 661

⁷⁰ NUÑEZ GAITÁN Y LOPEZ, Miguel. “Psicopatología y Delincuencia”. Revista electrónica de Ciencia Penal y Criminología No. 11, año 2009.

⁷¹ GASTÓN INCHAUSTI, Fernando. “La Valoración de la prueba pericial sobre la imputabilidad”. Escuela Judicial, Madrid 2008, pág. 3.

⁷² CAMPOS PAEZ, Fabián. “La Enfermedad Mental en el Derecho Penal”. Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental. Madrid. Pág. 650

Por lo tanto, la no culpabilidad debe considerar entre otros elementos:

- El sujeto en el presente caso carece de facultades psíquicas al momento de los hechos materia del proceso (conurrencia y relación causal)
- Se debe asegurar que el imputado carece del conocimiento de la antijuridicidad del caso—tanto formal como material, en cuanto atenta contra un bien jurídico protegido.
- No poder proceder de otra forma tal como se realizó, se cuenta también la omisión.

El hecho de quedar absuelto por ser inimputable por razones psíquicas, no implica necesariamente salir en libertad ya que dependerá de la peligrosidad del individuo para ponerle algunas medidas de seguridad.

3. NORMATIVA PENAL DEL DERECHO PENAL PERUANO

El presente trabajo tiene como finalidad abordar el trastorno mental concurrente al momento de la realización de los hechos tipificados como delito. Por ello nos centraremos básicamente en el Código Penal peruano de 1991 y el nuevo Código Procesal Penal aprobado por decreto legislativo 957. Finalmente veremos algunos alcances ilustrativos de Ejecución Penal y su reglamentación.

3.1. CÓDIGO PENAL DE 1991

3.1.1 INIMPUTABLE COMO SUJETO ACTIVO

Art.	
Art. 20	Inciso 1- Establece la exención de responsabilidad penal del sujeto que adolece de anomalía psíquica, alteración grave de la percepción y la conciencia que afecta su juicio de la realidad y la antijuridicidad del acto a realizar
Art. 21	Responsabilidad atenuada por semi-inimputabilidad
Art. 71	Clases de medidas de seguridad dada la peligrosidad del inimputable: internación y tratamiento ambulatorio
Art. 72	Requisitos para la internación
Art. 74	Calificación y alcances de la internación
Art. 75	Duración de la internación
Art. 76	Tratamiento ambulatorio

3.1.2 INIMPUTABLE COMO VÍCTIMA

Art.	
Art. 121	Inciso 3- Lesiones con afectación psicológica
Art. 171	Violación de persona en estado de inconsciencia.
Art. 172	Violación de persona con anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia o retardo mental.
Art. 173	Violación sexual de menores de edad.
Art. 174	Violación de persona bajo autoridad o vigilancia.
Art. 179	Inciso 3- Favorecimiento a la prostitución de persona privada de discernimiento.
Art. 189	Robo agravado a persona con incapacidad psíquica.
Art. 196-a	Estafa a personas con discapacidad.
Art. 200- b	Extorsión agravada contra personas con discapacidad.
Art. 288-a	Comercialización de alcohol metílico para consumo humano.
Art. 288-c	Producción y/o comercialización de bebidas alcohólicas ilegales o adulteradas.
Art. 296	Promoción y/o favorecimiento del tráfico ilícito de drogas.
Art. 297	Agravante por venta o empleo de persona inimputable para el tráfico ilícito de drogas.
Art. 303-b	Forma agravada de tráfico de migrantes con discapacidad mental.
Art. 304	Contaminación del ambiente con elementos tóxicos (los cuales pueden generar efectos graves en las funciones psíquicas y/o orgánicas).
Art. 307-b	Formas agravadas de minería ilegal afectando la calidad del agua para consumo humano o emplear inimputables para realizar dicha actividad mineral ilícita.
Art. 324	Manipulación genética por clonación de seres humanos ⁷³ .
Art. 152	Secuestro de persona discapacitada o se pretexto enfermedad mental inexistente en el agravado
Art. 153-a	Forma agravada de trata de personas: discapacidad física o mental.
Art. 122	Lesiones leves a personas con discapacidad física o mental.
Art. 125 y sig.	Exposición a peligro o abandono de personas en peligro.

El marco legal expuesto tiene que ser tramitado en sede judicial, por lo tanto es importante referirse a las normas penales procesales.

⁷³ En este caso, somos de la opinión que se debe permitir clonar tejidos, células y órganos humanos.

3.1.3 PERSONAS CON TRASTORNOS PSÍQUICOS AGUDOS IMPUTABLES O ALTERACIONES DE PERCEPCIÓN Y/O CONCIENCIA

Art. 108- B Inc. 9	Feminicidio: agravado si el agente actúa bajo la influencia del alcohol, drogas, psicotrópicos o sintéticos.
Art. 121-B Inc. 9	Lesiones graves por violencia contra mujeres e integrantes de grupo familiar. Si actúa en estado de ebriedad o drogas tóxicas, etc.
Art. 122 Inc. 3-i	Lesiones graves si actúa con presencia de drogas o alcohol contra niños y adolescentes.
Art. 124	Lesiones culposas con vehículo motorizado o arma de fuego bajo efectos del alcohol y drogas.
Art. 170 inc. 13	Violación sexual en estado de ebriedad o bajo el efecto de drogas que alteran su conciencia.
Art. 318	(Aquí si se declara imputable a pesar de la anormalidad de la parafilia)(CRÓNICO) Ofensas a la memoria de los muertos: ultraje público de un resto humano.

En los delitos contra la seguridad pública- peligro común:

Art. 274	Conducción de vehículos en estado de ebriedad o drogadicción.
Art. 275	Manipulación de maquinaria en estado de ebriedad o drogadicción.
Art. 279-F	Uso de armas de fuego en estado de ebriedad o drogadicción.
Art. 368	Desobedecer autoridad para toma de dosaje.

3.2 CÓDIGO PROCESAL PENAL (Dec. Leg. 957)

Art.	
Art. 71	Derecho del imputado a ser revisado por el médico legista.
Art. 75	Inimputabilidad del procesado se realizará un examen por perito especializado.
Art. 76-77	Referir el caso de trastorno sobreviviente luego de los hechos investigados, lo cual no se enmarca en la tutela del art. 20 inciso 1 del Código Penal.
Art. 78	Informe trimestral del Director del centro hospitalario donde el procesado requiera atención psiquiátrica.
Art. 172-181	Pericias <i>Este punto será evaluado en el capítulo final del trabajo. Nos reservamos su enumeración y comentarios al respecto, especialmente a la omisión de pericia por psiquiatras.</i>
Art. 294	Internamiento para observación y examen sobre el estado psíquico del imputado.
Art. 344	Sobreseimiento de la causa cuando no puede ser atribuida al imputado.

Como comentarios finales en cuanto la normativa, el Código de Ejecución regula los aspectos de salud de los internos en los arts. 76-82 y el art. 104 define los establecimientos penitenciarios especiales, entre ellos, los psiquiátricos.

En el reglamento del Código de Ejecución Penal, los art. 123-136 prescribe los temas de salud, art. 143-146, asistencia psicológica y el art. 217 sobre los establecimientos especiales.

En las conclusiones vamos a proponer algunos cambios normativos para una mejor aplicación de los conceptos de inimputabilidad y su regulación en nuestro ordenamiento penal.

A continuación evaluaremos algunos casos de jurisprudencia peruana que grafican claramente la inimputabilidad por diversos factores.

4. JURISPRUDENCIA COMENTADA

4.1 CASO 1:

VICTOR ALBERTO COTAQUISPE- Alcoholismo etílico agudo, robo agravado

ETIOLOGÍA	Ingesta de sustancia – alcohol etílico agudo
PROCESADO	Víctor Alberto Cotaquispe
DELITO	Patrimonio (robo agravado)
SALA DE ORIGEN	Tercera sala penal superior de Lima de reos en cárcel (9/1/2014)
SALA REVISORA	Sala Penal Transitoria de la Corte Suprema
EXPEDIENTE	1377-2014 (9/7/2015)

** A continuación se incluye el análisis y comentarios basados en la sentencia del expediente en mención, cuyo texto completo se encuentra incluido en el [Anexo 2](#) del presente. Se recomienda su lectura previa.

El análisis y correspondiente decisión de la Sala Penal Transitoria de la Corte Suprema del Perú, pone en evidencia que estamos ante un cuadro de inimputabilidad por grave alteración de la conciencia por intoxicación aguda de etanol (IAE) o alcohol, como sustancia tóxica. Por tal motivo, vamos a observar cuales son los criterios que tanto el CIE-10 como DSM-V establecen para tal propósito⁷⁴.

Criterios diagnósticos de la intoxicación etílica aguda (intoxicación por alcohol, según DSM-5 y CIE-10)	
DSM-5	CIE-10
Ingesta reciente de alcohol Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingesta de alcohol Uno (o más) de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol: Habla pastosa Descoordinación Marcha insegura Nistagmo Deterioro de la atención o la memoria Estupor o coma Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia	Estado transitorio consecutivo a la ingestión que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones o respuestas fisiológicas o psicológicas Suele tener una relación estrecha con la dosis ingerida, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente, en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave La desinhibición relacionada con el contexto social (p. ej., en fiestas o carnavales) también debe tenerse en cuenta La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo A dosis bajas, predominan los efectos estimulantes sobre el comportamiento. Al aumentar la dosis produce agitación y agresividad, y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación

Reproducción autorizada por Editorial Médica Panamericana en nombre de la Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5[®]), 5.ª edición. ©2014, American Psychiatric Association. Todos los derechos reservados.

El primer aspecto a resaltar es la temporalidad de la alteración de la función ejecutiva cerebral, particularmente, la conciencia, considerada como aguda; esto es, no permanente y, por ende, de remisión total, salvo que por su impacto genere algún daño orgánico, como veremos luego.

Es importante resaltar que el etanol o alcohol, no solo afecta en su ingesta la capacidad de conciencia, sino también de otras funciones ejecutivas del cerebro: atención, percepción, memoria, etc. Por lo tanto, debemos afirmar que se trata de un trastorno, ya que afecta a más de un área de funcionamiento neuronal. El etanol interactúa con determinadas proteínas situadas en la membrana neuronal responsable de la transmisión de señales. Esto da lugar a cambios en su interacción con los neurotransmisores, uno que ha sido materia de análisis previo: el receptor GABA_A y, por otro lado el receptor NMDA (N-metil-D-aspartato) del glutamato.

⁷⁴ VALLEJO RUILOBA, J. Ob. Cit. Pág. 377. Tabla 24-9

El etanol cumple una función potenciadora de la inhibición del ácido gammaaminobutírico (y reduce la excitación del glutamato) siendo, por tanto, un depresor del S.N.C.

En cuanto al sistema de recompensa, libera β -endorfinas que, a su vez, libera dopamina en el núcleo (accumbens). A ello se debe una primera etapa de excitación y posterior caída depresiva producto de la sustancia psicotrópica. Conforme lo señala Gual⁷⁵ la (IEA) constituye un consumo mayor de etanol que la capacidad relativa de cada persona en su metabolización y que para considerarlo crónico, debe darse por un periodo extenso en el tiempo (aprox. 12 meses), el cual, supuestamente es un tema por dilucidar, la cronicidad en el imputado para su eventual internamiento en un centro de rehabilitación posteriormente encargado por la Sala Suprema al Ministerio Público en el presente caso.

La comorbilidad cumple un rol importante en este acápite ya que la mayoría de los casos, el consumo de etanol es dual; esto es en conjunto con otras sustancias tóxicas, teniendo diversos trastornos como resultado: T. afectivo, T. psicóticos, T. ansiedad, T. personalidad. A ello debemos incluir también el juego patológico. Al darse una IEA moderada se trata con tiamina para evitar el Síndrome de Wernicke.

Los otros trastornos por ingesta de etanol, adicional a una intoxicación aguda, son los síndromes de abstinencia y el alcoholismo crónico que pueden derivar en Hepatopatías alcohólicas, patologías del SNC, patología del SNP, patologías muscular y cardiaca, así como, la pancreática y gastrointestinal. La mezcla con el tabaco multiplica al 1000% la posibilidad de cáncer bucal y de la mama a las mujeres y los trastornos endocrino-sexuales.

En los casos de patología del SNC Vallejos⁷⁶ remarca la posibilidad de contraer la *demencia alcohólica* y las formas secundarias como: síndrome de Korsakoff, Encefalopatía de Wernicke⁷⁷, la enfermedad de Marchiafava Bignami (EMB)⁷⁸, degeneración hepatocerebral y encefalopatía pelagroide. A ello hay que sumar, producto de la sinergia del cuerpo humano, cuadros de patología vascular o traumatismos craneoencefálicos.

⁷⁵ GUAL, A.; MONDÓN, S.; LÓPEX, M. Y SOLER, C. "Alcoholismo" en VALLEJO. Ob. cit. Pág. 366.

⁷⁶ *Ibidem* pág. 369.

⁷⁷ La encefalopatía de Wernicke o enfermedad de Wernicke (inicialmente llamada poliencefalitis hemorrágica superior) es una enfermedad neurológica y eventualmente psiquiátrica, producida principalmente por la deficiencia de vitamina B1 (tiamina).

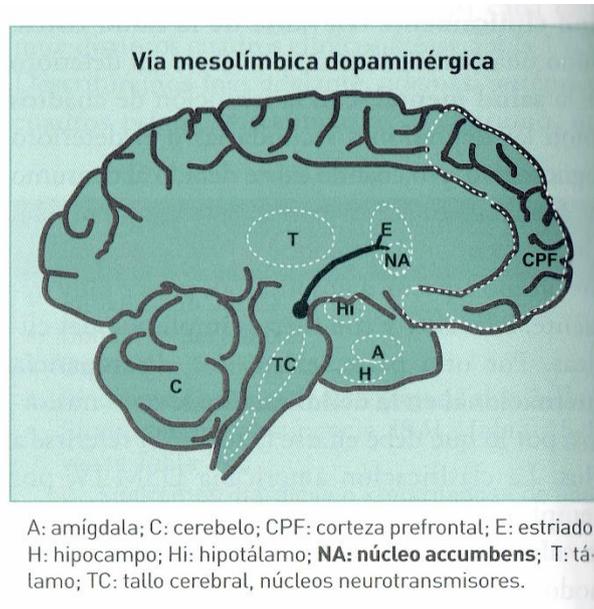
⁷⁸ La enfermedad de Marchiafava Bignami (EMB) es una encefalopatía poco frecuente, se trata de una desmielinización y necrosis del cuerpo caloso con una subsiguiente atrofia, por lo cual también se conoce como síndrome de «atrofia del cuerpo caloso».

A continuación algunos medicamentos utilizados para revertir el alcoholismo crónico, así como, otras drogodependencias.

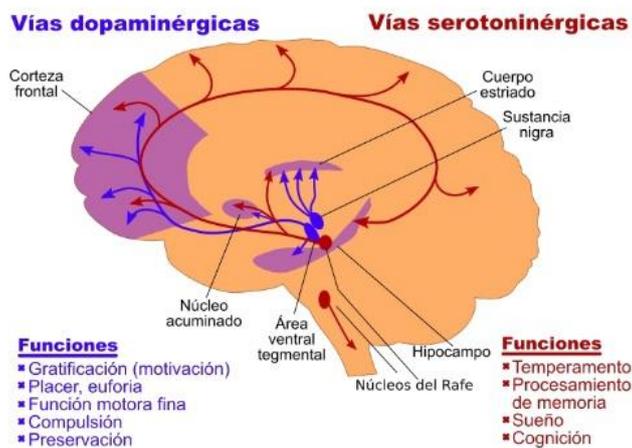
<i>Tratamiento: algunos medicamentos utilizados en la drogodependencia⁷⁹</i>		
RIESGO VITAL	MECANISMO EN ACCIÓN	INDICACIONES
Procedimientos médicos Flumacemil Naloxona	Bloqueo en la recepción de opiáceos	Intoxicación por BZD Intoxicación por heroína
Vitamínicos / otros B1, Niacina, Piracetam (ciclofalina)		Síndrome amnésico/ demencial (y prevención) Síndrome de pelagra (y prevención) Acción nootrópica cerebral
Sedación, ↓excitabilidad SN BZD Clometiazol Buspirona Neurolépticos Tiapride	+ Anticonvulsivos Agonista 5-HT _{1A}	Desintoxicación alcohólica, sedantes (diazepam, clordiazepoxido) Síndrome de abstinencia alcohol, sedantes, estimulantes, delirium tremens Deshabitación Agitación psicomotriz Neuroléptico sedante
Psicosis Neurolépticos atípicos/ clásicos	<i>Ver capítulo 28</i>	Sintomático antipsicótico (y comorbilidad) Agitación psicomotriz, sedación
Deseo imperioso (craving) Acamprosato Bupropión	Agonista GABA Antagonista NMDA Agonista dopaminérgico	Deshabitación del alcohol Deshabitación del tabaco
Aversivos Disulfiram Cianamida cálcica	Inhibición de aldehidosahidrogenasa Id. Id.	Deshabitación del alcohol Deshabitación del tabaco
Antidepresivos ISRS Nortriptilina (y otros tricíclicos), otros	<i>Ver capítulo 28</i>	Sintomático depresión (y comorbilidad) Deshabitación de las drogas Deshabitación del tabaco
Agonistas opiáceos Metadona Otros: Dextropropoxifeno, buprenorfina, heroína	=	Desintoxicación opiáceos Deshabitación, mantenimiento
Agonistas α-2 adrenérgicos Clonidina Otros: guanfacina, lofexidina	=	Desintoxicación opiáceos Síndrome de abstinencia opiáceos
Agonistas nicotínicos Nicotina	=	Deshabitación del tabaco
Antagonistas opiáceos Naloxona Naltrexona	Bloqueo de receptores de opiáceos	Sobredosis de opiáceos Deshabitación de opiáceos (alcohol)
Otros Ondansetrón Estimulantes Agonistas dopa C. litio	Antagonista 5-HT ₃ ?	Desintoxicación de opiáceos (+ antivom.) Deshabitación cocainómanos (anfetaminas) Desintoxicación cocaína/ deshabitación Desintoxicación cocaína + tratamiento sintomático (comorbilidad)

⁷⁹ LOBO, A. Ob. cit. Pág 275

Recapitulando, según A. Lobo⁸⁰ la IAE constituye un estado transitorio, por ingestión de sustancia tóxica, alteración psicopatológica de la conciencia, cognición, senso-percepción, afectividad y comportamiento; a menudo incluye alteraciones fisiopatológicas.



Gráfico⁸¹: circuito cerebral “de recompensa” (papel fundamental en las drogodependencias)

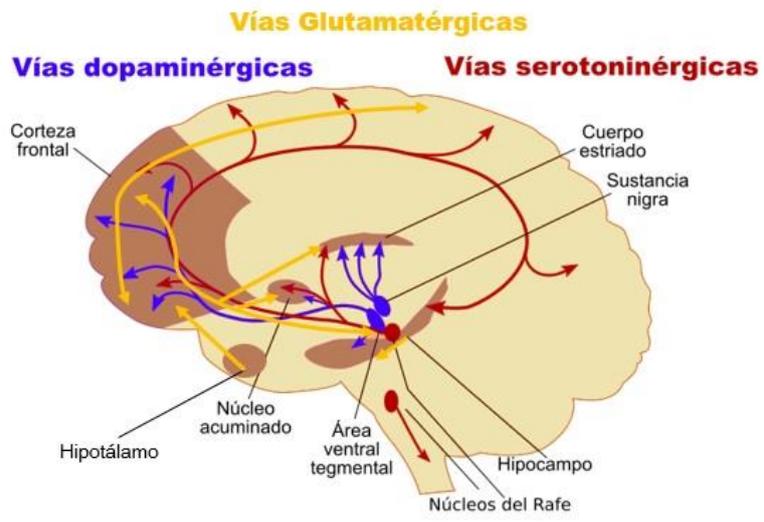


⁸⁰ *Ibidem*. Pág. 280.

⁸¹ LOBO, A. Ob. cit. Pág. 262

⁸² https://www.google.com.pe/search?tbm=isch&sa=1&ei=bTKW5eNH07e5gLOn4mwCQ&q=lobo+via+mesolimbica+dopamin%C3%A9rgica+%2B++circuito+cerebral+de+recompensa+pepel+fudamentl+en+las+drogodependencias&oq=lobo+via+mesolimbica+dopamin%C3%A9rgica+%2B++circuito+cerebral+de+recompensa+pepel+fudamentl+en+las+drogodependencias&gs_l=img.3...59274.72050.0.72388.33.28.0.0.0.0.277.2337.0j13j3.16.0....0...1c.1.64.img..20.0.0....0.XbAsSgfjBTl#imgdii=QkOOjE8jrMYuKM:&imgrc=g9PBDDClgPITpM:

Gráfico: vías dopaminérgicas



83

⁸³ <https://pt.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>

Al igual que Vallejo Rubiola, A. Lobo⁸⁴ nos refiere al sistema de recompensa como primera etapa en las cuales las estructuras comprometidas con el núcleo accumbens y la meso límbica dopaminérgica, derivando luego a un estado depresivo del SNC.

Datos neurofarmacológicos: efectos farmacodinámicos de distintas sustancias ⁸⁵	
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> * No identificado receptor principal * Probable acción en fluidez membranas neuronales (actividad canales iónicos) • ↑ asociación con acetilcolina • Nicotínico + 5HT3 + GABAA • ↓ asociación con receptores glutamato + canal CA⁺⁺
Sedantes ansiolíticos	<ul style="list-style-type: none"> • * Efecto en GABA (↑ afinidad por GABA endógeno → ↑ entrada FI por canales iónicos)
Opiáceos	<ul style="list-style-type: none"> * Receptores opiáceos (y efecto dopaminérgico, NA) • ↓ flujo cerebral (áreas)
Estimulante: Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> * ↑ dopamina (bloqueo competitivo de recaptación) (↑ estimulación D₁, d₂) • También bloquea recaptación NA y serotonina (↓ flujo áreas cerebrales y ↓ metab. Glucosa) * poderoso estimulante circuito de recompensa
Estimulante: Cafeína	<ul style="list-style-type: none"> * ↑ CAMP (“o mensajero) por antagonismo receptores adenosina (que activan proteína G inhibitoria) (otros mecanismos) • Altas concentraciones → acción dopaminérgica + acción NA en abstinencia
Anfetamina	<ul style="list-style-type: none"> * ↑ Dopam. (liberación presináptica) • “de diseño” (MDMA): dopamina + NA + Serotonina (alucin.)
Alucinógeno	<ul style="list-style-type: none"> * ↑ Serotonina (probable agonista parcial receptores postsinápticos)
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> * Receptor cannabinoide (familia de proteína G inhibitoria + adenilciclase inhibitoria) • Alguna acción dopaminérgica/ BZD)
Nicotina	<ul style="list-style-type: none"> * Agonistas receptores acetilcolina, subtipo nicotínico (↑ NA circulante + liberación vasopresina, betaendorfinas, ACTH y cortisol) • Flujo cerebral (pequeñas dosis) frente a ↓ altas dosis
Disolventes/ inhalantes	<ul style="list-style-type: none"> * No bien identificado (posible: <ul style="list-style-type: none"> • Mec. GABA • Fluidez membranas neuronales)
Fenciclidina	<ul style="list-style-type: none"> * Antagonista subtipo NMDA receptor glutamato (limita entrada CA⁺⁺ por canales)

* Efecto farmacológico más importante

- Otros efectos

⁸⁴ Ibidem pág. 262-263.

⁸⁵ Ibidem. Pág. 263

En el caso del etanol puede desencadenar otras psicopatologías de base orgánica como el caso del delirium tremens y, en algunas oportunidades, esquizofrenias y paranoias, trastornos afectivos y depresión, disforia, y las amnesias post embriaguez.

Delirium tremens
(Síndrome delirium con características específicas)
<ul style="list-style-type: none"> • Obnubilación/ torpeza mental • Trastorno cognoscitivo global • Temblor (<i>tremens</i>) • Agitación psicomotriz • Trastorno del ciclo sueño-vigilia • Trastornos emocionales • Ilusiones/ alucinaciones visuales (zoopsias, etc.) • Delirio (ocupacional) • Instauración aguda/subaguda + fluctuación síntomas • Datos de enfermedad somática (fiebre, etc.) • Electroencefalograma: ondas rápidas, beta • Alteración de constantes vitales • Alta mortalidad!!

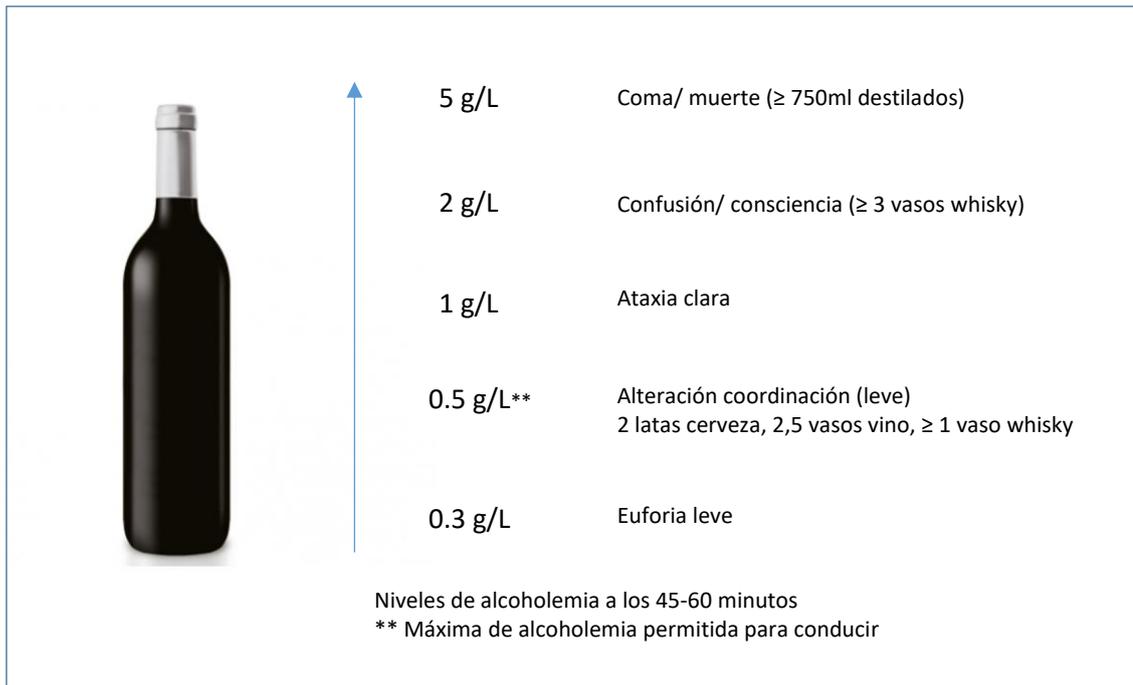
Gráfico: Delirium tremens⁸⁶

Vías de administración de drogas e influencia en los riesgos⁸⁷				
Vía	Llegada al cerebro	Riesgo dependencia	Riesgos añadidos	Comentarios
Intravenosa	Muy rápida	Muy elevado y rápido	Sobredosis Intoxicación Infecciones	Máximo “rendimiento”
Inhalación	Muy rápida (10s) (≈i.v.)	Muy elevado y rápido	Importantes (dependiendo del tóxico)	Habitual en colas, disolventes, etc.
Intranasal	Rápida	Importante	Alteraciones mucosa	Absorción en mucosa nasal
Mascado	Más rápida que ingestión	Moderado		Absorción en mucosa bucal + ingestión
Ingestión	La más lenta	Menor	Limitados por primer paso hepático	Menor riesgo en intoxicación

⁸⁶ *Ibidem*. Pág. 282- Delirium Tremens.

⁸⁷ *Ibidem*. pág. 304

Niveles de alcoholemia y efectos clínicos⁸⁸:



Efectos del alcohol en la conducción

89

Alcoholemia Gramos/Litro de sangre	Nivel de dificultad para actuar en el tránsito	Efectos que se perciben en el conductor	Nivel de riesgo
0.0	Sin dificultad	Dominio pleno de facultades para conducir.	Nulo
0.3	Moderado	Disminución de la capacidad para atender situaciones de peligro.	Medio
0.5	Moderado a severo	Reducción de la visión que ocasiona desatención a las señales de tránsito.	Alto
0.8	Severo	Motricidad afectada, aparece sensación de euforia y confianza.	Alto
1.5	Crítico, no puede conducir	Reflejos alterados y reacción lenta e imprecisa.	Muy alto
2.5	Crítico, no puede conducir	Ebriedad completa, conducta imprevisible e imposibilidad para tomar decisiones con certeza.	Severo
3.0	Crítico, no puede conducir	Ebriedad profunda, pérdida de la conciencia como antesala al coma y riesgo de muerte	Extremo

Fuente: Dirección de Tránsito de la Policía Nacional.

⁸⁸ *Ibidem*. Pág. 304. Ver anexo tabla alcoholemia ley 27753.

⁸⁹ <https://www.elnuevodiario.com.ni/infografia/1445/>

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) en caso de la ingesta de alcohol se considera de riesgo agudo cuando excede de la 6 UBE/ día y mujeres 5 UBE/ día (Unidad de Bebida Estándar)⁹⁰.

Un aspecto importante que siempre debemos considerar es el aspecto genético y, en este caso, si fuese una mujer en estado de embarazo, los efectos ambientales de los llamados teratógenos que pueden causar efectos congénito en el feto, según resaltan Bradley & Thompson⁹¹, dado que la ciencia tiene la evidencia actual que la etapa de interface materno-fetal no es impermeable a los ataques de los agentes externos, tal como podemos evidenciar:

Factores que influyen en la posible teratogenicidad de un agente / exposición particular ⁹²	
Momento de la exposición	<ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre temprano: aborto • Primer trimestre: malformaciones (días muy sensibles 18-60 posteriores a la concepción) • Segundo trimestre: viabilidad del embarazo, malformaciones cerebrales, organización y maduración, crecimiento fetal • Perinatal: adaptación neonatal
Capacidad para cruzar la placenta	<ul style="list-style-type: none"> • Tamaño/ peso molecular: las moléculas más pequeñas cruzan con más facilidad • Carga: las moléculas con carga intensa cruzan menos • Lipófilo/lipóforo: las membranas celulares contienen gran cantidad de lípidos. Los compuestos lipófilos cruzan mejor la placenta.
Características de la exposición	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis • Duración • Patrón de exposición
Susceptibilidad genética materna y fetal	
Mecanismos de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Vasoconstrictor/ vasodilatador • Altera el DNA • Cambia el ritmo de crecimiento celular • Modula la apoptosis

Por otro lado, debemos incidir en cuáles son las alteraciones graves de la conciencia por la ingesta elevada de alcohol en la persona—según Vallejo⁹³:

⁹⁰ Vino y cerveza (10g de alcohol) y destilados (20g de alcohol)

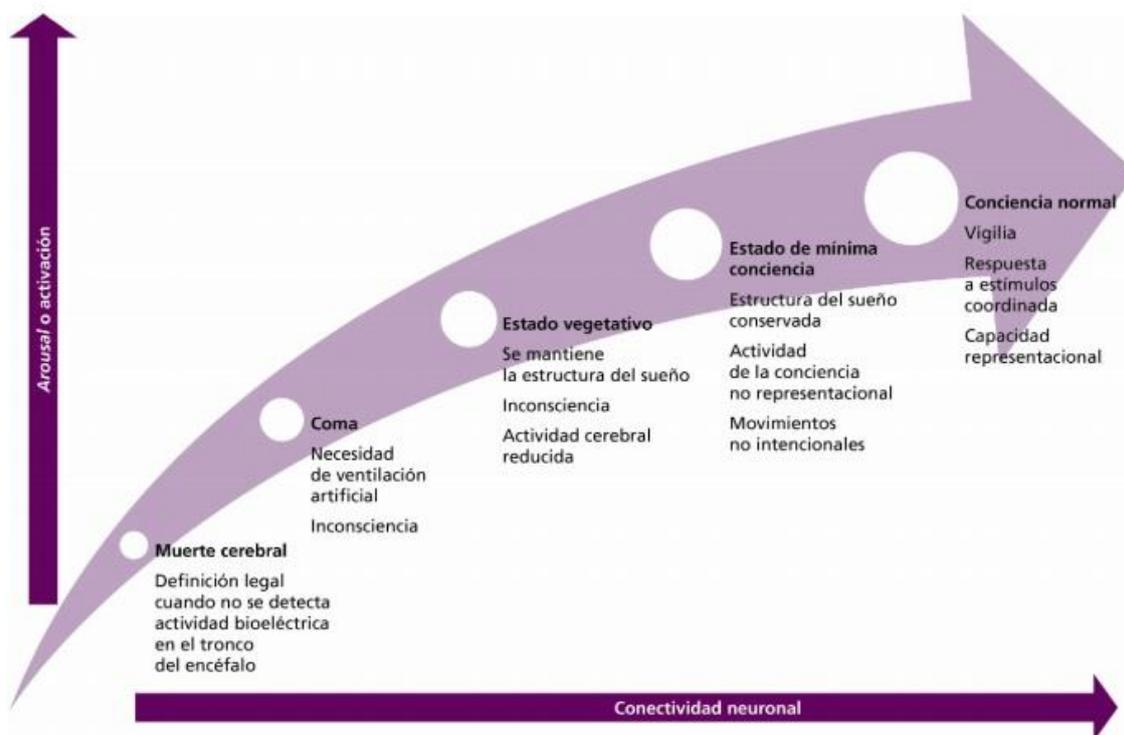
⁹¹ BRADLEY & THOMPSON. Genética Humana. Ob. cit. Pág. 71.

⁹² BRADLEY & THOMPSON. Genética Humana, Ob. cit. Cuadro 3-7. Pág. 69.

⁹³ VALLEJO RUILOBA, J. ob. cit. Pág. e13.

Hipervigilia	Exaltación de los sistemas neurobiológicos que controlan la atención y alerta. Puede ser acompañado por distraibilidad, así como posibles inicios maníacos primarios o secundarios de otras psicopatologías.
Estupor	Solo se tiene capacidad de alcanzar un ligero estado de alerta mediante estímulos potentes. Es el antecedente previo al coma.
Obnubilación	Alteración de los síntomas de excitabilidad e irritabilidad con somnolencia. La confusión y desorientación tempo-espacial suele ser constante.

La recuperación de la conciencia se inicia por la región talámica y se conecta con otras regiones cerebrales mediante un aumento del flujo sanguíneo corporal en simultaneo a la metabolización y eliminación progresiva del alcohol por la orina.



Gráfico⁹⁴: Estados anormales de la conciencia en función del grado de conectividad cerebral y de variables biológicas.

Finalmente, deseo exponer la importancia de realizar test estructurados o semi-estructurados para la evaluación de sustancias adictivas, entre ellas, la alcoholemia, como medios paraclínicos de diagnóstico:

⁹⁴ VALLEJO. Ob. cit. capítulo e41. Pág. e11.

- DRINKING PROFILE: Evalúa el uso del alcohol.
- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): detección de bebedores de riesgo

Por otro lado, debe quedar claro que la ingesta de alcohol en índices elevados no es eximente de culpabilidad en los tipos penales contemplados en el Código Penal peruano, art. 274 y siguientes, referidos a los accidentes de tránsito, uso de armas de fuego y maquinaria con daño a terceros, así como la totalidad de delitos contemplados en el acápite 3.1.3. del presente texto.

Es importante resaltar el facilismo y falta de formación de la Sala Penal Superior, así como del Ministerio Público y la P.N.P., tal como lo evidencia la Sala Penal Suprema en su sentencia, tanto en el aspecto de la toma de manifestación en estado confusional y etílico, así como el tiempo entre la realización del acto delictivo con la toma de muestra de sangre, lo cual fue correctamente subsanado por la Sala Suprema al aplicar la Fórmula de WIDMARK ($C_o = C_r + \beta \times T$)

La presunción de no ser un caso *actio libera in causa* tiene importante connotación, dado que podría inaplicar la inimputabilidad conforme el art. 20, inciso 1, del Código Penal.

Cuando existe inimputabilidad, no hay pena, pero si podría haber medida de seguridad, la cual será evaluada por el Ministerio Público mediante pericia psiquiátrica de carácter longitudinal, a diferencia del transversal y, de ser el caso, aplicar la normatividad vigente, para su internamiento.

Consideramos que la actuación de la Sala Penal de la Corte Suprema de Justicia fue adecuada y ajustada a ley y los criterios de Psicología Forense correspondientes.

Con la aplicación del Método Científico se exceptúa la posibilidad de simulación por parte del inculpaado.

4.2 CASOS 2 y 3: INIMPUTABILIDAD POR GRAVE ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN⁹⁵

- J.E.B.G.- Esquizofrenia paranoide, violación de la libertad sexual, atentado al pudor y violación
- PEDRO MANUEL FLORES YAURI- Esquizofrenia paranoide, lesiones graves

ETIOLOGÍA	Esquizofrenia Paranoide
PROCESADO	J.E.B.G.
DELITO	Violación de la libertad sexual y atentado contra el pudor
SALA DE ORIGEN	Sala Superior Penal de Ica
SALA REVISORA	
EXPEDIENTE	011-98

ETIOLOGÍA	Esquizofrenia Paranoide
PROCESADO	Pedro Manuel Flores Yauri
DELITO	Lesiones Graves
SALA DE ORIGEN	Sala Superior Penal de Junín
SALA REVISORA	
EXPEDIENTE	1400-95

** A continuación se incluye el análisis y comentarios basados en la sentencia del expediente en mención, cuyo texto completo se encuentra incluido en el [Anexo 2 y 3](#) del presente. Se recomienda su lectura previa.

⁹⁵ Ver Anexos 2 y 3

La esquizofrenia constituye un trastorno que involucra, al igual que en el caso anterior (intoxicación por consumo de alcohol en fase aguda), un conjunto de distorsiones y/o alteraciones de las condiciones o facultades superiores del cerebro humano. Compromete principalmente la percepción, pero también la afectividad (en la mayoría de los casos) y el pensamiento. (F20 CIE-10 / 295.90 DSM-5), según Bernardo M. y Biogue M.⁹⁶:

“Los trastorno neuropsicológicos de esquizofrenia incluyen alteraciones en la atención, en la memoria de trabajo, funciones ejecutivas (capacidad de planificación, abstracción, anticipación y resolución de problemas) en la flexibilidad de pensamiento y en la cognición social (capacidad de entender e interactuar con el mundo que nos rodea).”

Signos y Síntomas

Según los propios autores, existen diversos signos y síntomas (incluyendo los positivos y negativos de esta psicopatología⁹⁷.

Trastornos	
Del Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de lógica • Bloqueos • incoherencia, etc.
Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Poca capacidad de abstracción • Déficit de atención • Alteraciones de la memoria de trabajo

La siguiente tabla detalla los signos y síntomas de la esquizofrenia⁹⁸:

⁹⁶ BERNARDO, M., BROGUE, M. “Esquizofrenia”, citado en VALLEJO RUILOBA, J. Ob. cit. Pág. 226

⁹⁷ Ibídem pág. 229-230.

⁹⁸ VALLEJO RUILOBA, J. Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría. Tabla 17-4, Pág. 230. Tabla 17-3, pág. 229.

Signos y síntomas de la esquizofrenia	
Trastornos del contenido del pensamiento	Ideas delirantes Pobreza del contenido del pensamiento
Trastornos formales del pensamiento	Asociaciones laxas de ideas Incoherencia Ausencia de lógica Circunstancialidad y tangencialidad Neologismos Bloqueos Ecolalia Aumento de latencia de las respuestas Perseveración
Alteraciones de la percepción	Alucinaciones auditivas (ruidos, música, voces amenazantes, obscenas, acusatorias, que ordenan, comentan la actividad del sujeto o que conversan entre ellas). Son las más frecuentes Alucinaciones visuales Otras alucinaciones menos frecuentes: cenestésicas o táctiles, gustativas y olfatorias
Trastornos de la afectividad	Embotamiento o aplanamiento afectivo (reducción de la reactividad emocional) Afectividad inapropiada Depresión post-psicótica (hasta un 25% de pacientes)
Trastornos del movimiento y de la conducta	Síntomas catatónicos (mutismo, negativismo, rigidez, adopción de posturas con flexibilidad cérea, estupor o agitación catatónica) Estereotipias, manierismos, ecopraxia, obediencia automática Deterioro global de la conducta personal y social, anergia, apatía, abulia, conducta extravagante o desorganizada, actos inmotivados, auto y heteroagresividad, inadecuación sexual
Trastornos cognitivos	Déficit atencional, de la memoria de trabajo, verbal y visual Alteraciones en funciones ejecutivas de planificación y abstracción Poca capacidad de abstracción
Signos y síntomas físicos	Signos neurológicos menores: alteraciones de la estereognosis, grafestesia, equilibrio y propiocepción Anomalías oculares (ausencia de contacto ocular, fijación de la mirada, aumento de la frecuencia de parpadeo y alteraciones del movimiento de seguimiento ocular) Alteraciones físicas menores y anomalías dermatoglíficas Síntomas vegetativos: alteraciones del sueño (déficits de sueño delta y acortamiento de la latencia del sueño REM) y de la función sexual

Síntomas premórbidos de la esquizofrenia	
Área afectada	Alteraciones características
Conducta	Cambios en el comportamiento Pasividad e irritabilidad Lenguaje fuera de lo común Desorganización en actividades cotidianas (comida, sueño, etc.) Descuido de la higiene personal Quejas somáticas inespecíficas
Pensamiento	Ideas estafalarias Preocupaciones restringidas
Cognitiva y motora	Déficits neuromotores Déficit en la concentración y en la atención sostenida
Social y laboral	Deterioro del funcionamiento laboral Aislamiento social Experiencias perceptivas raras

La esquizofrenia según el CIE tiene nueve subtipos: paranoide, catatónica, residual, simple, hebefrénica, indiferenciada, depresión post-esquizofrénica, otra esquizofrenia y esquizofrenia sin especificación. El DSM-V ya no hace distinciones, a diferencia del DSM-IV.

Para el presente caso, nos vamos a referir exclusivamente al subtipo PARANOIDE, según el diagnóstico especificado en las sentencias materia de análisis. Su diagnóstico e identificación es muy compleja y, en la mayoría de los casos, se realiza por exclusión de otras anomalías o trastornos.

El pronóstico menos favorable se da en los casos de los varones, con inicio precoz, déficit cognitivos severos y no tratado por un periodo prolongado.

En cuanto su etiología (origen) neuroquímico, A. Lobo⁹⁹ es más preciso al inclinarse por la hipótesis dopaminérgica en la cual se presume una actividad excesiva de dicho neurotransmisor.

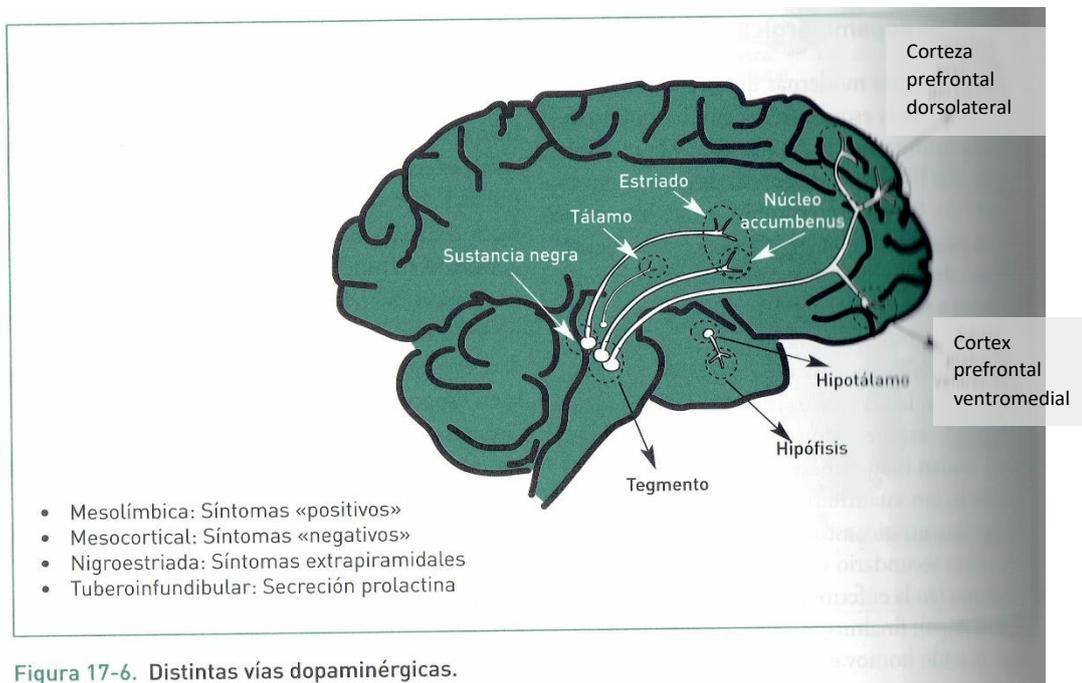


Figura 17-6. Distintas vías dopaminérgicas.

⁹⁹ Ob. cit. Pág. 328

En cuanto a las ideas delirantes y alucinaciones se genera cuando el incremento de la dopamina se da en las vías mesolímbicas, debiéndose utilizar neuropsicóticos que bloqueen los receptores D₂ (con diversos efectos secundarios). También se ha observado exceso de ácido homovanílico (HVA) en el líquido cefalorraquídeo. En la actualidad, se especula la presencia de alteraciones de otras sustancias neuroquímica como la noredralina y glutamato, todo ello en proceso de estudio clínico.

Esquizofrenia Paranoide

Este subtipo de esquizofrenia se caracteriza por sus alucinaciones e ideas delirantes de diversa intensidad y, en la mayoría de los casos, con extensa comorbilidad.

En ambas sentencias nos encontramos antes la presencia de personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia paranoide en fase crónica. Sin embargo, toda etapa de cronicidad tiene un origen agudo. Según la evaluación de la pericia o evaluación correspondiente, lo cual se evidencia con la falta de seguimiento de la medicación necesaria en ambos casos. Por ello, los episodios que generaron los hechos materia de análisis.

Según C. Gastó y V. Navarro¹⁰⁰, estas son las características de ambas fases:

Fase

Aguda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimiento de excitación y de pérdida de control 2. Humor disfórico- irritable 3. Confusión y actitud perpleja 4. Organización delirante (delirio) que probablemente depende, entre otros factores, del grado de integridad de conciencia y 5. Conducta delirante-alucinatoria
Crónica	<p><i>“La actividad alucinatoria crónica es característica de la esquizofrenia y otras formas de psicosis crónicas. Las alucinaciones suelen ser auditivo-verbales...”</i></p>

Según los propios autores, las audiciones y voces que dialogan¹⁰¹ son la forma inicial de la esquizofrenia, siendo la frecuencia usual la siguiente:

¹⁰⁰ GASTÓ C., NAVARRO, V. Ob. cit., citado en VALLEJOR RUILOBA, J. Ob. Cit. Pág. e75.

¹⁰¹ Ibídem. Pág. e72.

1. El paciente oye voces que hablan o dialogan entre sí, sobre sus pensamientos
2. El paciente se siente sujeto a las argumentaciones de las voces
3. Las voces suelen comentar alguna de las actividades del paciente
4. El sujeto controlado por la experiencia alucinatoria, concluyendo que debe existir alguna fuerza capaz de ejercer control (delirio). La pérdida de juicio de la realidad es inevitable, por lo que rara vez el paciente suele, espontáneamente hablar de las alucinaciones.

Genes de susceptibilidad a la esquizofrenia¹⁰²

Genes de susceptibilidad a la esquizofrenia		
Gen candidato	Localización cromosómica	Función biológica
<i>DISC1/2 (disrupted in schizophrenia 1 y 2)</i>	1q42.1	Desarrollo neuronal
<i>COMT (Catechol-O-methyltransferase)</i>	22q11.21	Degradación de catecolaminas Neurotransmisión dopaminérgica
<i>PRODH (proline dehydrogenase)</i>	22q11.21	Catabolismo de la prolina Neurotransmisión glutamatérgica
<i>NRG1 (neuregulin 1)</i>	8p12	Estimulación del receptor erbB4 Expresión del receptor NMDA Neurotransmisión glutamatérgica
<i>DTNBP1 (dystrobrevin-binding protein 1)</i>	6p22.3	Neurotransmisión glutamatérgica
<i>DAO (D-amino-acid oxidase)</i>	12q24	Oxidación de la D-serina Neurotransmisión glutamatérgica
<i>DAOA (D-amino acid oxidase activator)</i>	13q34	Activación de la DAO Neurotransmisión glutamatérgica
<i>RGS4 (regulator of G-protein signaling 4)</i>	1q23.3	Regulador negativo de los receptores acoplados a proteína G Neurotransmisión dopaminérgica, serotoninérgica y glutamatérgica
<i>DRD1 (dopamine receptor D1)</i>	5q35.1	Receptores de la dopamina
<i>DRD2 (dopamine receptor D2)</i>	11q22-23	Neurotransmisión dopaminérgica
<i>DRD3 (dopamine receptor D3)</i>	3q13.3	Neurotransmisión dopaminérgica
<i>TH (tyrosine hydroxylase)</i>	11p15.5	Síntesis de dopamina Neurotransmisión dopaminérgica
<i>SLC6A3 (solute carrier family 6 member 3)</i>	5p15.3	Transportador de la dopamina Neurotransmisión dopaminérgica
<i>5-HTR2A (5-hydroxytryptamine receptor 2A)</i>	13q14-q21	Receptores de la serotonina Neurotransmisión serotoninérgica
<i>5-HTR2C (5-hydroxytryptamine receptor 2C)</i>	Xq24	Receptores de la serotonina Neurotransmisión serotoninérgica
<i>TPH1 (tryptophan hydroxylase 1)</i>	11p15.3-p14	Síntesis de serotonina Neurotransmisión serotoninérgica
<i>SLC6A4 (solute carrier family 6 member 4)</i>	17q11.1-q12	Transportador de la serotonina Neurotransmisión serotoninérgica
<i>GRM3 (glutamate receptor metabotropic 3)</i>	7q21.1-q21.2	Receptor de glutamato Neurotransmisión glutamatérgica
<i>SLC1A3 (solute carrier family 1 member 3)</i>	15p13	Transportador de glutamato Neurotransmisión glutamatérgica
<i>MAOA (monoamine oxidase A)</i>	Xp11.3	Degradación de dopamina y serotonina
<i>MAOB (monoamine oxidase B)</i>	Xp11.23	Neurotransmisión dopaminérgica y serotoninérgica
<i>NOTCH4 (notch homolog 4 Drosophila)</i>	6p21.3	Diferenciación celular Hipótesis del neurodesarrollo
<i>APOE (apolipoprotein E)</i>	19q13.2	Catabolismo de las lipoproteínas Hipótesis de la neurodegeneración
<i>AKT1 (V-akt murine thymoma viral oncogene homolog 1)</i>	14.p32.32	Proteína cinasa B Transmisión sináptica y plasticidad neuronal

¹⁰² VALLEJO. Ob. cit. Pág. 228

Análisis de las Sentencias

Un aspecto que llama la atención de la sentencia del colegiado del Distrito Judicial de Ica (Exp. 011-98) es, en primer término, que identifica al procesado por sus iniciales (JEB), al igual que sus víctimas (EIFD y KCRM). En el caso de las menores, dicha precisión es ajustada a ley; sin embargo, no se entiende el motivo por el cual se mantiene reserva del nombre del procesado, de quien se presume es mayor de edad. Más aun cuando consideramos la necesidad URGENTE de hacer algunas variaciones a la ley 30901 conforme será analizado en las conclusiones.

Por otro lado, es contradictorio el fallo por el cual ordenan el internamiento por medida de seguridad de JEGB en el Hospital Regional de Ica, en simultaneo, se hace entrega del mismo (como curador) a su señora madre bajo su responsabilidad y cargo, debiendo, como corresponde a ley, el informe del Director del Hospital de la evaluación correspondiente.

Por lo expuesto, no hay claridad si hay internamiento del procesado o atención ambulatoria, lo cual es una deficiencia notable de la sentencia. En este caso, por la relevancia y peligrosidad, debe darse un internamiento necesariamente, hasta el máximo de la pena que corresponde al delito correspondiente.

Diferente fue la sentencia del segundo caso, Distrito Judicial de Junín (exp. 1400-95), donde se precisó el nombre completo del procesado y claramente fue ordenado su internamiento en el Hospital Psiquiátrico Domingo Olavegoya de Jauja.

Llama la atención que, en ambos casos, el Ministerio Público sostenga acusación contra los procesados, teniendo la evidencia y pudiendo solicitar las pericias necesarias para determinar la inimputabilidad de los mismos. Esperamos que con la aplicación del nuevo Código Procesal Penal, esta anomalía e incorrecto proceder de la Fiscalía sea subsanado.

Otros trastornos que deben ser evaluados son los Esquizoafectivo (F25 CIE10) y Esquizofreniforme (F20.81 CIE-10/ 295.40 DSM-5).

4.3 CASO 4: RECURSO DE AGRAVIO CONSTITUCIONAL

HABEAS CORPUS EN FAVOR DE PERSONA INIMPUTABLE --EJECUCION DE SENTENCIA:
CUMPLIR MEDIDA DE SEGURIDAD (INTERNAMIENTO) Y NO EN EL E.P. DE LURIGANCHO

ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL (ECI)

PEDRO GONZALO MARROQUIN SOTO- Homicidio calificado

ETIOLOGÍA	Esquizofrenia Paranoide
PROCESADO	Pedro Gonzalo Marroquín Soto
DELITO	Homicidio calificado Medida de seguridad por 4 años
SALA DE ORIGEN	Poder Judicial, Primera Sala Penal de Reos en Cárcel Corte Superior de Justicia de Lima Norte
SALA REVISORA	Tribunal Constitucional Exp. 03426-2008-PHC/TC Recurso de agravio constitucional, <i>habeas corpus</i>
EXPEDIENTE	2240-2007

** A continuación se incluye el análisis y comentarios basados en la sentencia del expediente en mención, cuyo texto completo se encuentra incluido en el [Anexo 4](#) del presente. Se recomienda su lectura previa.

La trascendencia de la sentencia materia de análisis es de vital importancia y permanente actualidad en la realidad penitenciaria y de cumplimiento de las sentencias judiciales que determinan la inimputabilidad de un procesado y ordena su internamiento en un hospital psiquiátrico.

Los hechos demuestran que, en la mayoría de los casos, por carencia de infraestructura en los centros especializados en salud mental, no se cumple con lo dispuesto por la autoridad judicial. Así pues, van las personas con trastornos mentales o alteraciones cognitivas a establecimientos penitenciarios ordinarios o, eventualmente, en el área “clínica” psiquiátrica de un penal, conforme a lo dispuesto en el Código de Ejecución Penal y su reglamento.

Distinto es el caso de las personas con trastornos mentales posteriores a los hechos materia de la imputación delictiva o aquellas que caen en aquellas circunstancias durante su ejecución de sentencia. Para estos casos, el Código Procesal Penal y el Código de Ejecución Penal, regulan dichas circunstancias.

No vamos a analizar el motivo de la declaración de INIMPUTABLE al procesado (esquizofrenia paranoide), ya que ha sido motivo de comentario de Jurisprudencias antes evaluadas. Lo importante es realzar el hecho de:

1. Declaratoria de ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL por una falta de una política de tratamiento y rehabilitación de la salud mental de personas que se encuentran sujetas a medidas de seguridad de internación por padecer enfermedad mental.
2. Disponer que ante el ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL, cualquier persona que se encuentra en igual condición que el demandante del *Habeas Corpus*, podrán acogerse a los efectos de la presente sentencia del TC, no siendo necesaria la intervención de nueva demanda para exigir dichos derechos, teniendo como precedente el Exp. 3149-2004-AC/TC, fundamento 14.

Tal como refiere Kouri, A¹⁰³:

La Jurisprudencia Constitucional “representa uno de los actos más contundentes de aplicación del derecho a la realidad concreta y, consecuentemente, en un ejercicio técnico de mismo....reflejaría también el producto final de los actos que conducen a la resolución de un conflicto”.

El Código Procesal Constitucional peruano, contiene diversos mecanismos de tutela y defensa de diferentes derechos fundamentales y otros derechos consagrados en la Constitución Política del Perú. Sin embargo, tal como señala Córdova¹⁰⁴ se dan en la praxis constitucional al incorporar fórmulas nuevas no previstas en dicho cuerpo legal, como:

1. Recurso de apelación por salto
2. El participe en procesos de inconstitucionalidad
3. Conversión de un proceso constitucional en otro, y
4. El estado de cosas inconstitucional (ECI)

Según refiere, para el caso de la ECI, fue una figura introducida por el Tribunal Constitucional peruano tomando como inspiración los antecedentes de la jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia del año 1997, con el propósito de cesar una violación masiva de derechos fundamentales mediante sentencia SUI-559/97¹⁰⁵.

Tal como conceptúa Vásquez Armas¹⁰⁶, la ECI:

“es más que una técnica para lograr la eficacia ultra partes de una sentencia; se trata en realidad de una respuesta implementada por algunos tribunales y cortes constitucionales para resolver un litigio que revela problemas estructurales de fondo, es decir, que involucran la revisión y/o adopción de políticas públicas y la necesaria interacción entre poderes del Estado”.

¹⁰³ KOURI, Alexander. Jurisprudencia constitucional y gobernanza local y regional peruana 1997-2017 (compilación). Ed. Kinkos, Lima, Abril 2017. Pág. 41.

¹⁰⁴ CORDOVA, Pablo. « Autonomía procesal del Tribunal Constitucional y procesos constitucionales”. Gaceta Constitucional, tomo 45, Lima, 2001. Pág. 321-331.

¹⁰⁵ FALLA, M. y ZAPATA, S. “Estado de Cosas Inconstitucional en el Perú. Análisis Jurisprudencial y Derecho Comparado”. Jornada de Derecho Constitucional- Región Norte, Universidad San Toribio de Mogrovejo (USAT), Lima, 2014. Pág. 8.

¹⁰⁶ VÁSQUEZ ARMAS, Renato. “La Técnica de al declaración de Estado de Cosas Inconstitucional”. Revista IUS ET VERITAS. Lima, No. 41. Pág. 128.

La propia Corte Constitucional determina las premisas cuando existe un ECI¹⁰⁷:

- i. La vulneración masiva y generalizada de varios derechos constitucionales que afecta a un número significativo de personas;
- ii. La prolongada omisión de las autoridades en el cumplimiento de sus obligaciones para garantizar los derechos;
- iii. La adopción de prácticas inconstitucionales, como la incorporación de la acción de tutela como parte del procedimiento para garantizar el derecho conculcado;
- iv. La no expedición de medidas legislativas, administrativas o presupuestales necesarias para evitar la vulneración de derechos;
- v. La existencia de un problema social cuya solución compromete la intervención de varias entidades, requiere la adopción de un conjunto complejo y coordinado de acciones y exige un nivel de recursos que demanda un esfuerzo presupuestal adicional importante; y,
- vi. La evidencia de que si todas las personas afectadas por el mismo problema acudieran a la acción de tutela para obtener la protección de sus derechos se produciría una mayor congestión judicial.

El caso de Pedro Marroquín Soto (TC 3426-2008-HC) el propio Vásquez Armas¹⁰⁸, realiza una descripción de los hechos y consigna al final que esta constituye, excepcionalmente, el único caso en el cual el TC peruano ha cumplido con la totalidad de requerimientos para su aplicación.

Es importante resaltar que luego de una década de vigencia, la referida sentencia del Tribunal Constitucional, el panorama no ha mejorado, mejor dicho, hemos seguido involucionando en el ámbito de la salud mental en el país, donde tenemos datos tan dramáticos que para la totalidad de internos de las prisiones de todo el Perú solo hay UN (1) psiquiatra para casi 90,000 internos.

Asimismo, existe aún un número importante de personas absueltas por ser inimputables que por medidas de seguridad se ha dispuesto su internamiento en un Centro especializado de psiquiatría; sin embargo, por carencia de recursos e infraestructura, se encuentran reclusos a nivel nacional en establecimientos penitenciarios comunes. Lamentablemente, en muchos

¹⁰⁷ *Ibidem*, pág. 130.

¹⁰⁸ *Ibidem*, pág. 146.

casos, sus familiares y/o abogados no se acogen a la jurisprudencia que les extiende el derecho de exigir dicho ECI. La tarea de la Defensoría del Pueblo podría ser más activa y garantizar los derechos de los que sufren trastornos mentales.

Esperamos que con el proyecto de ley aprobado recientemente en la Comisión de Salud del Congreso peruano sobre “Ley de Salud Mental”, y su posterior debate en el pleno congresal, se puedan subsanar múltiples deficiencias actualmente existentes, aun cuando consideramos que el dictamen 07-2018-2019/CSP-CR debe ser mejorado en diversos aspectos.

4.4 CASO 5:

SO3 JOSE SEGUNDO GUTIÉRREZ HERRADA- Trastorno bipolar, asesinato
 Autor: César Nakasaki Servignón

ETIOLOGÍA	Trastorno Bipolar (fase maníaco con síntomas psicóticos)
PROCESADO	José Segundo Gutiérrez Herrada
DELITO	Asesinato (Código Penal peruano de 1924, Art. 152)
SALA DE ORIGEN	Sala Colegiado “C” de la Sala Penal Nacional
SALA REVISORA	
EXPEDIENTE	26-2009

** A continuación se incluye el análisis y comentarios basados en la sentencia del expediente en mención, cuyo texto completo se encuentra incluido en el [Anexo 5](#) del presente. Se recomienda su lectura previa.

Este caso constituye un extenso análisis realizado por César Nakasaki, abogado y docente universitario peruano, en referencia a una sentencia del año 2011, por parte de la Sala Penal Nacional- colegiado C, en referencia al exp. 26-2009, en la cual se eximió de responsabilidad al autor del delito de asesinato (tipificado en el art. 152 del Código Penal peruano de 1924), que tuvo escenario en la región de Ayacucho, donde siete personas fueron ‘asesinadas’ por el SO3 del Ejército peruano –José Segundo Gutiérrez en agosto de 1985, quien servía como cocinero y chofer en la base contra subversión de Castropampa. Finalmente, el procesado fue absuelto de las imputaciones, al determinarse que al momento de los hechos atravesaba una crisis de trastorno bipolar, con fase maníaca, con síntomas psicóticos (antes denominada psicosis maníaco-depresiva) que actualmente está clasificado (F30.3 CIE-10/ 296.44 DSM-V).

El artículo de Nakasaki, hace un detallado y prolijo análisis, no solo de los hechos materiales, sino además de una importante descripción sobre el tema de la prueba en el proceso penal, los hechos constitutivos del delito, principios de valoración de la prueba y sus etapas, presupuestos normativos, psíquicos- trastornos de humor- afectivos, entre otros aspectos. Por ello, nos hemos limitado a detallar para nuestro tema materia de estudio, los hechos probados en el examen global de las pruebas y las conclusiones, según el autor del referido artículo.

En el presente caso, es muy importante contextualizar los hechos en función a la época que fueron realizados. En primer término, en la etapa de inicio de la Guerra Asimétrica de Cuarta Generación (4WG) que libró el estado peruano contra el movimiento terrorista Sendero Luminoso y, por otro lado, en la década de los 80 recién son descubiertos los antidepresivos serotoninérgicos (depresiones mayores) y, poco antes, se descubren los efectos de los psicotrópicos de la benzodiacepinas (ansiedades) y el carbonato de litio (bipolares especialmente en fase maníaca). Más aun, el descubrimiento del litio y sus propiedades, dio cabida a un gran salto cualitativo de dichas psicopatologías que se vieron reflejadas en la publicación del DSM-III. Por lo tanto, en la década del 80, era complejo para un correcto diagnóstico de trastorno bipolar en fase maníaca, con síntomas psicóticos, a diferencia de los casos de esquizofrenia en sus diversas manifestaciones.

En paralelo, según Bessel Van der Kolk¹⁰⁹ en su análisis del trastorno post-traumático, producto de la guerra, establece:

“el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) fue ‘redescubierto’ en la década de los 80, con el avance de las neurociencias y sus complejos componentes psicológicos, psiquiátricos, biológicos y neuro-anatómicos de este trauma”.

Hemos resaltado lo relacionado por Van der Kolk, por el hecho de que Nakasaki establece que el procesado tenía predisposición genética para el trastorno bipolar desde su nacimiento y fase pre-mórbida desde los 11 años, y, al ingresar al ejército, solo requería algún factor (que al parecer fue TEPT por efectos de la 4WG antisubversiva que gatilló su crisis aguda). Esto es absolutamente posible por lo comentado en el primer capítulo, cuando manifestamos, según la tabla de Hoenicke, que la heredabilidad en los casos de trastorno bipolar podía ser en un rango del 79-93%.

Ahora vamos a dar algunos alcances de la naturaleza y etiología, así como tratamiento de los trastornos bipolares y, luego concluiremos con el tipo maníaco con síntomas psicóticos. En cuanto al aspecto epidemiológico, según Vieta, E. y Grande, I.¹¹⁰ establecen por distintos factores, entre ellos, un correcto diagnóstico diferenciado de la esquizofrenia y la suma de procesos maníacos a pacientes unipolares, lo cual establece en la actualidad que entre 3 - 6.5% de la población sufre los efectos de un trastorno bipolar (tipo I, tipo II y ciclotímica). Para los referidos autores, los trastornos bipolares constituyen *“patologías de la regulación del estado de ánimo que se caracterizan por sus curso recurrente en forma de diversas combinaciones de episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos o mixtos, o bien oscilaciones subumbrales del humor de alta frecuencia”.*

Desde la óptica de su etiopatogenia, los factores genéticos son fundamentales, tal como ya ha sido expuesto. Los últimos trabajos al realizar matrices de genotipación han asociado al trastorno bipolar con los genes DGKH, el ANK3 y el CACNA1C. En el aspecto de factorial biológica, son múltiples las alteraciones de la actividad de neurotransmisores cerebrales, neuropéptidos,

¹⁰⁹ VAN DER KOLK, B. “Dialogues in Clinical Neuroscience”. Ed. Les Laboratoires Servier, Paris, volumen 2 No. 1, 2000, pág. 20.

¹¹⁰ VIETA, E. y GRANDE, I. “Trastornos bipolares y esquizoafectivos”. Citado en VALLEJO RUILOBA. Ob. cit. Pág. 277.

hormonas, iones y cambios bruscos de la electroencefálico del sueño y el patrón clínico del mismo. También participan factores medioambientales.

La fase maníaca y la depresiva tienen diferentes implicaciones; por ello, en primer ámbito, veremos:

- la clasificación actual de los trastornos afectivos¹¹¹
- los aspectos anormales de los depresivos¹¹²
- neurotransmisores en las manías¹¹³
- conceptos de depresión y manía¹¹⁴
- gráficos de episodios maniacos¹¹⁵
- trastorno bipolar fase maníaca con psicosis

Crterios DSM-5 para el diagnóstico de episodio maníaco

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización)
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:
1. Aumento de la autoestima o sentimientos de grandeza
 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño)
 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación
 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad
 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa
 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito, no dirigida a un objetivo)
 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfadada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes)
- C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas
- D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica

Nota. Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

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

Reproducción autorizada por Editorial Médica Panamericana en nombre de la Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5.ª edición. ©2014, American Psychiatric Association. Todos los derechos reservados.

¹¹¹ VALLEJO RUILOBA. Ob. cit. Pág. 256.

¹¹² *Ibidem* Pág. 261.

¹¹³ VIETA, E. y GRANDE, I. Ob. cit. Pág. 280.

¹¹⁴ LOBO, A. Ob. cit. Pág. 344.

¹¹⁵ VALLEJO RUILOBA, J. Ob. Cit. Pág. 285.

Tabla 18-2. Síndrome depresivo
El *sine qua non* de la depresión

- Humor depresivo, bajo, decaído
 - Cuatro o más síntomas característicos
 - Dos o más semanas de duración
-
- Cuatro o más síntomas asociados
(en el síndrome depresivo)**
- Apetito, pérdida de peso (5% en un mes*)
 - Insomnio (terminal*, 2 horas.)
 - Peor por las mañanas* (ritmo circadiano)
 - Disminución de la libido
 - Disminución de la concentración
 - Disminución de la reactividad emocional*
 - **Pensamientos de muerte, ¡suicidio!**
 - Retardo/agitación psicomotriz*
 - Pérdida de interés, ilusión
 - Desesperanza, pesimismo
 - Disminución de la autoestima
 - Disminución de la energía
 - Anhedonia*
 - Apatía
 - Culpa
- * Síntomas «endogenomorfos»/«melancólicos»/ «biológicos».

Clasificaciones actuales de los trastornos afectivos

CIE-10	DSM-IV-TR	DSM-5
Episodio maníaco	Trastornos depresivos	Trastornos depresivos
Trastorno bipolar	Trastorno depresivo mayor, episodio único	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
Episodio depresivo	Trastorno depresivo mayor, recurrente	Trastorno de depresión mayor, episodio único
Leve	Trastorno distímico	Trastorno de depresión mayor, episodio recurrente
Moderado	Trastornos bipolares	Trastorno depresivo persistente
Grave	Bipolar I, episodio maníaco único	Trastorno disfórico premenstrual
Sin síntomas psicóticos	Bipolar I, episodio hipomaníaco actual	Trastorno depresivo debido a otra afección médica
Con síntomas psicóticos	Bipolar I, episodio mixto actual	Otro trastorno depresivo especificado
Otros episodios depresivos	Bipolar I, episodio depresivo actual	Otro trastorno depresivo no especificado
Trastorno depresivo recurrente	Bipolar II	Trastornos bipolares y trastornos relacionados
Trastornos del humor persistentes	Trastorno ciclotímico	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente
Ciclotimia	Bipolar no especificado	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente
Distimia		Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente
Otros		Trastorno bipolar I, episodio no especificado actual o más reciente
Otros trastornos del humor		Trastorno bipolar II
Trastornos del humor sin especificar		Trastorno ciclotímico
		Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica
		Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado
		Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado

Tabla modificada a partir de criterios de clasificación de CIE y DSM.
Reproducción autorizada por Editorial Médica Panamericana en nombre de la Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5[®]), 5.ª edición. © 2014, American Psychiatric Association. Todos los derechos reservados.

Clasificación de los trastornos bipolares y trastornos relacionados

Categorías

Trastorno bipolar I
Trastorno bipolar II
Trastorno ciclotímico
Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos
Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica
Otros trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado
Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado

Según el episodio actual o más reciente

Maníaco
Hipomaníaco
Depresivo
No especificado

Según la gravedad del episodio

Leve
Moderado
Grave

Según características del episodio

Con ansiedad
Con características mixtas
Con características psicóticas (congruentes/no congruentes con el estado de ánimo)

Según características del episodio depresivo

Con características melancólicas
Con características atípicas

Según el curso longitudinal del episodio

En remisión parcial
En remisión total

Patrones específicos de curso

Con patrón estacional
Con ciclos rápidos

Otras especificaciones

Con catatonía
Con inicio en el periparto

Es importante resaltar los comentarios sobre el episodio maníaco con síntomas psicóticos que, según Flores Prada¹¹⁶ es la suma de exaltación del ánimo, jovialidad, excitación incontrolable, pérdida de atención, distraibilidad excesiva, pérdida de inhibición, autoestima exagerada, ideas de grandiosidad, exceso de confianza, comportamiento temerario, sumado a ideas delirantes o alucinaciones y actividad motora excesiva, lo cual, como podemos establecer, compromete una anomalía psíquica y grave alteración de la percepción, atención, entre otras funciones ejecutivas del cerebro, como fue el caso del SO3, José Segundo Gutiérrez, sumado a su falta de juicio de valor, por lo cual, consideramos adecuada la sentencia emitida por el colegiado C de la Sala Penal Nacional en el presente caso.

Deseamos concluir este capítulo expresando nuevamente que no es solo el trastorno psíquico el que determina la INIMPUTABILIDAD, sino que dicha patología se exprese de forma concurrente o simultánea y relación de causalidad con los hechos materia del proceso. Es de suma utilidad la sentencia del Tribunal Supremo español¹¹⁷ (STS) del 26 de octubre de 1996:

“Tal como lo recoge la sentencia de esta sala de 23 octubre de 1995, nuestro Derecho Penal vigente es un Derecho Penal de Acto y ello significa que la capacidad de culpabilidad se debe comprobar en cada acción típica concretamente ejecutada por su actor, pues un mismo agente ha podido realizar distintas acciones con diferentes grados de capacidad y culpabilidad y no se agota en un estado psíquico determinado, sino en la que se completa por las circunstancias que, dicho estado ha producido en el momento del hecho”.

Como reflexión final, cabe mencionar como nota general para los casos que involucran a mujeres bipolares en estado de embarazo y puerperio, se debe evaluar el uso de psicofármacos adecuados, para evitar malformaciones y complicaciones fetales. Las pacientes pueden presentar, ante el uso de litio, malformaciones cardiovasculares en el nonato; la carbamazipio y valproato, espina bífida. Por lo cual deber ser evaluado permanentemente.

¹¹⁶ FLORES PRADA, I. Ob. cit. Pág. 152.

¹¹⁷ *Ibidem*, pág. 311.

CAPITULO 3

TRASTORNOS, SÍNDROMES Y ENFERMEDADES MENTALES (SEVERAS) DE ETIOLOGÍA VARIADA, CON EFECTOS DE POSIBLE INIMPUTABILIDAD, SEGÚN EL DERECHO PENAL PERUANO

1. ASPECTOS GENERALES

Aun cuando no existe una normativa clara que establezca las psico- y neuropatologías que se insertan en las condiciones de inimputabilidad de nuestro ordenamiento penal y además depende de cada caso específico en el cual la discrecionalidad del juez así lo determine. Hasta ahora hemos comentado diversas patologías de diferente etiología u origen que, a nuestro criterio, se deben considerar en los condicionantes del inc. 1 del Art. 20 del Código Penal Peruano de 1991.

En los dos primeros capítulos se ha señalado de forma puntual a la discapacidad intelectual, en sus causas prenatales, perinatales y postnatales, la esquizofrenia en sus diversos tipos y, especialmente, la esquizofrenia paranoide, trastornos esquizoafectivos y esquizofreniforme, así mismo el trastorno bipolar (psicosis maniaco-depresivo, mixto, ciclotónico) con manía y psicosis o una fase depresiva, intoxicación por consumo de alcohol etílico agudo y crónico, las enfermedades heredo-degenerativas de la trisomía del cromosoma 13 y 18 y el síndrome de Down (cromosoma 21), así como algunos casos de demencia de base orgánica y el desorden de estrés post-traumático psicótico (TEPT).

Por lo expuesto ahora nos vamos a referir a un conjunto de patologías que a nuestro criterio en cuanto sus síntomas y manifestación concurran simultáneamente con los hechos materia del proceso delictivo también deben considerarse como falta de capacidad, juicio de realidad y antijuridicidad por parte del sujeto activo y, por tanto, pueden considerarse, previa evaluación, inimputables por sus actos.

2. PSICOPATOLOGÍAS Y NEUROPATOLOGÍAS

2.1 Síndrome de Delirium

Conforme lo describe A. Lobo¹¹⁸, tiene como característica básica la obnubilación y/o el déficit de atención y, en consecuencia, hay una afectación global y graves de las funciones cognitivas. Flores Prada¹¹⁹ se refiere en aquellos casos orgánicos (no exógenos) como la presencia de trastornos múltiples de la conciencia, percepción, atención, pensamiento, memoria en cualquier edad, pero especialmente luego de los 50-60 años. En principio es transitorio y de intensidad fluctuante.

En cuanto su etiología de origen para A. Lobo¹²⁰ pueden ser múltiples, pero siempre de base orgánica y causa biológica: Estados post-operatorios, desequilibrio electrolíticos, infecciones sistémicas, ingesta o abstinencia de alcohol y/o drogas, así como diversos medicamentos, entre otras. En la mayoría de los casos, según refieren Pintor y Rodríguez-Urrutia¹²¹ se da en pacientes hospitalizados o post-operatorios y la diferencia con otros diagnósticos. Se puede observar en el gráfico siguiente¹²², sin olvidarnos del delirium tremens producto de la intoxicación alcohólica.

Diagnóstico diferencial del delirium				
Características clínicas	Depresión	Esquizofrenia	Demencia	Delirium
Inicio	Subagudo	Subagudo	Crónico	Agudo
Curso	Estable	Estable	Estable	Fluctuante
Duración	> 2 semanas	> 2 semanas	> 2 semanas	< 2 semanas
Edad de inicio	30-50	20-40	60-80	50-80
Asociación con problemas médicos	Infrecuente	Infrecuente	Algunas veces	Siempre
Problemas motores	Raramente	Alguna vez	Frecuente	Alguna vez
Alteración de memoria	Raramente	Raramente	Casi siempre	Siempre
Déficit de atención: frecuencia	Posible	Probable	Casi siempre	Siempre
Déficit de atención: intensidad	Déficit leve	Déficit leve	Déficit moderado	Déficit grave
Problemas en la orientación	No	No	Casi siempre	Casi siempre
Delirios	Infrecuente	Casi siempre	A veces	Frecuente
Alucinaciones auditivas	Muy poco frecuente	Casi siempre	Infrecuente	Poco frecuente
Alucinaciones visuales	Nunca	Infrecuente	A veces	Frecuente
Conciencia	Vigil	Vigil	Vigil/déficits cualitativos	Déficits cualitativos/ cuantitativos

¹¹⁸ LOBO, A. Ob. cit. Pág. 230.

¹¹⁹ FLORES PRADA, ob. cit. Pág. 165.

¹²⁰ LOBO, A. Ob. cit. Pág. 231

¹²¹ PINTOR, L., RODRIGUEZ-URRUTIA, A. "Psiquiatría de Interconsulta y Enlace", EN: VALLEJO, RUILOBA, J. Ob. cit. Pág. 557 y ss.

¹²² VALLEJO RUILOBA, J. Ob. cit. Pág. 566.

“El tratamiento con neurolépticos es el tratamiento de elección para los síntomas conductuales y psicóticos del delirium...especialmente entre delirium hiperactivos (delirios, alucinaciones, agitación psicomotora)...en el tratamiento de delirium causados por abstinencia de alcohol o tranquilizantes, es fundamental un tratamiento sustitutivo con benzodiazepinas.”¹²³

Adicionalmente, debemos reiterar que la mayoría de estas patologías son de un alto índice de comorbilidad y, en el caso del delirium, de un alto porcentaje de mortalidad. Por ello, requiere de un correcto diagnóstico y mejor tratamiento.

2.2 Demencias

2.2.1 Conceptos

Según refieren Bulbena A. y Cervilla, J.¹²⁴ *“las demencias son un grupo heterogéneo de enfermedades de las que, habitualmente se puede objetivar una neuropatología cerebral de base, caracterizadas por un deterioro cognitivo en más de dos áreas que conlleva una importante disminución de la capacidad funcional...conforme avanza la edad de la población, aumenta la prevalencia de la demencia...la enfermedad de Alzheimer es de largo, el tipo más frecuente de demencia, las demencias vasculares, las demencias por cuerpos de Lewy y las fronto-temporales son otros subtipos...”* en su mayoría duraderos e irreversibles. Esta enfermedad conlleva un deterioro de la función de la memoria fundamentalmente y, en la mayoría de los casos, va acompañada de otras alteraciones como la del pensamiento y razonamiento tal como lo establece el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Algunas de las bases etiológicas tienen un alto grado de heredabilidad, tal como veremos luego.

¹²³ PINTOR, I. RODRIGUEZ-URRUTIA, A. Ob. cit. Pág. 565.

¹²⁴ BULBENA, A. y CERVILLA, J. en VALLEJO RUILOBA, J. Ob. Cit. Pág. 317 y ss.

2.2.2 Clasificación

A. Según criterios de gravedad:

Demencia Leve	Aun cumpliendo con los aspectos clínicos de evaluación, la persona mantiene autonomía, higiene y capacidad de juicio relativamente.
Demencia Moderada	Tiene la autonomía alterada, debe tenerse cierto nivel de control del paciente.
Demencia Grave	Absolutamente deteriorado en sus actividades y grave alteración de su capacidad. Urgente control del paciente.

B. Según su etiología u origen¹²⁵:

Tabla 11-8. Enfermedades y trastornos que pueden producir síndromes demenciales

<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos degenerativos <ul style="list-style-type: none"> ○ Cortical <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Alzheimer - Demencia frontotemporal - Demencia con cuerpos de Lewy ○ Subcortical <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Parkinson - Enfermedad de Huntington - Otras varias (enfermedad de Wilson, demencia talámica, parálisis supranuclear progresiva, etc.) ○ Otros <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de desmielinización - Esclerosis múltiple, otros • Demencias vasculares <ul style="list-style-type: none"> ○ Demencia multiinfarto ○ Oclusión de múltiples vasos largos ○ Demencia por infarto estratégico ○ Estado lacunar, otras • Demencias hidrocefálicas <ul style="list-style-type: none"> ○ Comunicantes, con presión normal ○ No comunicantes • Demencias asociadas a infecciones del SNC <ul style="list-style-type: none"> ○ Demencia asociada a VIH ○ Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob ○ Neurosífilis, otras • Trastornos metabólicos <ul style="list-style-type: none"> ○ Anoxia <ul style="list-style-type: none"> - Patología cardiopulmonar - Anemia, otros ○ Fallo renal crónico <ul style="list-style-type: none"> - Encefalopatía urémica - «Dementia dialítica» ○ Fallo hepático <ul style="list-style-type: none"> - Encefalopatía portosistémica - Degeneración hepatocerebral adquirida ○ Endocrinopatías <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos tiroideos y paratiroideos - Síndrome de Cushing - Hipoglucemia o hiperglucemia recurrente ○ Porfiria ○ Deficiencias vitamínicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiamina (B1) - Cianocobalamina (B12) - Folatos, niacina ○ Otras anomalías metabólicas crónicas <ul style="list-style-type: none"> - Hiponatremia o hipernatremia - Afecciones hematológicas • Trastornos tóxicos <ul style="list-style-type: none"> ○ Por metales <ul style="list-style-type: none"> - Plomo, mercurio, arsénico, níquel, otros ○ Por agentes industriales y contaminantes <ul style="list-style-type: none"> - Monóxido de carbono - Insecticidas organofosforados - Pesticidas organoclorínicos - Percloroetileno, tolueno - Tricloroetano, tricloroetileno - Inhalantes hidrocarbónicos - Otros ○ Complicaciones del alcohol, drogas ○ Por medicamentos (?) <ul style="list-style-type: none"> - Agentes psicotrópicos y anticonvulsivos - Compuestos anticolinérgicos - Terapias antineoplásicas - Corticoesteroides, AINE - Medicación antihipertensiva y cardíaca • Demencias neoplásicas <ul style="list-style-type: none"> ○ Meningioma, glioblastoma, otros ○ Metástasis ○ Síndromes paraneoplásicos <ul style="list-style-type: none"> - Encefalopatía límbica - Otros • Traumáticos <ul style="list-style-type: none"> ○ Posttraumáticas ○ Hematoma subdural ○ <i>Dementia pugilística</i> • Enfermedades inflamatorias crónicas <ul style="list-style-type: none"> ○ Lupus eritematoso sistémico ○ Otras enfermedades del colágeno-vascular • Trastornos psiquiátricos <ul style="list-style-type: none"> ○ Depresión (?) ○ Esquizofrenia (?) ○ Otros
--	---

Nota. AINE: fármacos antiinflamatorios no esteroideos; SNC: sistema nervioso central.

¹²⁵ LOBO, A. Ob. cit. Pág. 189.

C. Heredabilidad genética de las demencias:

Veremos algunos casos más relevantes según A. Lobo¹²⁶

Enfermedad de Huntington	Autosómia dominante, relacionada el cromosoma 4, brazo corto.
Enfermedad de Alzheimer	En los caso de inicio temprano autosómia dominante, es de rara proclividad. Cromosoma 21 (el mismo que corresponde al síndrome de Down), cromosoma 19 (gen de la apolipoproteína E), 14 (gen prenilina 1), 1 (gen prenilina 2).
Enfermedad de Wilson	Autosómia recesivo del cromosoma 13 (metabolismo ceruloplasmina)

2.2.3 Enfermedades más relevantes (demencia)

Conforme hemos apreciado, existen dos causas que constituyen un amplio espectro del origen de las demencias y se refiere a la enfermedad de Alzheimer y las vasculares; por tanto, haremos un breve recorrido en ambas neuropatías.

A. Enfermedad de Alzheimer (EA)

El esquema básico de la EA desde la perspectiva anatomopatológica es la atrofia cerebral, placas seniles corticales y degeneración neurofibrilar. La EA de inicio temprano (EAIT) genéticamente se asocia en parte al cromosoma 21. Sin embargo ahora se vincula al cromosoma 14 e inclusiva con el cromosoma 1 (prenilina 2). Desde la óptica neuroquímica involucra el neurotransmisor colinérgico, con pérdida neuronal en el núcleo basal magnocelular de Meynert. Para comprender la agresividad que puede conllevar la enfermedad también se da una alteración de los neurotransmisores neuropéptidos y aminoácidos. Las EA es de tipo cortical con un deterioro progresivo de las funciones cognitivas y de su personalidad, especialmente la capacidad de identificar personas y objetos (agnosia). La comorbilidad es frecuente con cuadros psicóticos, depresión, delirios y alucinaciones.

¹²⁶ Ibidem. Pág. 193-194

B. Demencia Vascular

Son cuadros de demencia cuya etiología es a consecuencia de enfermedad vascular: vasculitis, embolias, hemorragia craneal, etc. En el caso de A. Lobo¹²⁷ establece que dicha demencia es resultado de lesiones cerebrales isquémicas, isqueno-hipóxico, hemorragias que llevan a una afectación progresiva del deterioro cognitivo global y la personalidad.

Algunos mecanismos de evaluación para diagnosticar las demencias, adicional a las pruebas de imágenes, son los TEST: CAMDEX, CAMCOG, ADAJ o el *Mini Mental State Examination de Folstein*. Resultan interesantes los comentarios de Kaku¹²⁸, sobre el futuro del tratamiento del Alzheimer, Parkinson, mediante la estimulación cerebral profunda, células madre para reconstruir tejidos, clonación de tejidos o de carácter orgánico y electrónico.

Gráfico- Hallazgos de neuroimagen en síndromes demenciales¹²⁹

¹²⁷ LOBO, A. Ob. cit. Pág. 200

¹²⁸ Ob. Cit. pág. 280.

¹²⁹ LOBO, A. Ob. cit. Pág. 214.

Tabla 12-5. Hallazgos de neuroimagen en síndromes demenciales	
Síndrome y hallazgos	Modalidades de neuroimagen
Demencias tratables por procedimientos quirúrgicos Hidrocefalo de presión normal, tumores cerebrales, hematoma subdural	TC, RM
Demencia tipo Alzheimer Agrandamiento ventricular Atrofia general Atrofia del lóbulo temporal medial o del hipocampo (marcadores tempranos) Hipoperfusión temporoparietal (y a veces frontal) Hipometabolismo temporoparietal (y a veces frontal); relativa preservación del córtex visual y sensorimotor Ausencia de signos de demencia vascular	TC, RM TC, RM TC, RM (combinado con SPECT) SPECT PET TC, RM
Demencia vascular Leucoaraiosis en la sustancia blanca (muy frecuente) Áreas de infarto (muy características, sólo en la mitad de los casos) Hiperintensidades en la sustancia blanca (más sensibles)	TC TC RM
Demencia frontal Atrofia frontal (y temporal) Hipoperfusión frontal (y temporal)	TC, RM SPECT
Hidrocefalo de presión normal Ventrículos muy agrandados	TC, RM
Enfermedad de Huntington Atrofia del núcleo caudado	TC, RM
Demencia alcohólica Ventrículos agrandados y atrofia	TC, RM
Demencia por VIH Atrofia Desmielinización de la sustancia blanca subcortical Hipermetabolismo del tálamo y ganglios basales	TC, RM RM PET
Depresión Hipometabolismo frontal, asimetría reversible (?)	PET
Deterioro cognoscitivo leve Reducción del volumen hipocámpico y entorrinal (?) Reducción, perfusión o hipometabolismo (?)	RM, TC SPECT, PET

TC: tomografía axial computarizada; PET: tomografía de emisión de positrones; RM: resonancia magnética; SPECT: tomografía computarizada de emisión simple de fotones.

2.3 Trastornos Disociativos

2.3.1 Trastornos de identidad disociativo (300.14 DSM-5 / F44-8 CIE-10)

Deseamos incorporar dos trastornos disociativos que consideramos relevantes. El primero de ellos es de identidad que, según Flores Prada¹³⁰:

“constituye la perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos. Implica una importante discontinuidad del Yo y del sentido de identidad que se caracteriza con alteraciones de la afectividad, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción...”.

En estos casos, el paciente dice carecer de la capacidad de recordar aspectos relacionados con su trayectoria de vida. Algunos especialistas lo atribuyen, entre otras causas, como reacción a situaciones extremas de estrés post-traumático y otros más escépticos a una explícita voluntad de simulación para evitar la responsabilidad de sus actos.

2.3.2 Trastornos disociativos / Estados de trance y de posesión (300.15 DSM5 / F44.3.CIE 10)

Situaciones límite, donde existe clara alteración grave de la conciencia y falta de identidad personal, que se tiene como habitualidad. El sujeto está convencido de estar poseído por una deidad, poder o espíritu o por otro individuo.

¹³⁰ FLORES PRADA. Ob. cit. Pág. 153

2.4 Trastornos Parafílicos e imputabilidad

Tal como hemos analizado en el caso de la intoxicación por uso de alcohol y/o drogas relacionadas con la conducción vehicular, uso de armas y maquinarias (Arts. 274, 274-A y 279-F del Código Penal Peruano) aun teniendo alteradas las capacidades y funciones cerebrales, especialmente la percepción, estas conductas están tipificadas en nuestro ordenamiento jurídico conforme a ley y, por tanto, se establece la imputación del sujeto activo y la aplicación de la pena correspondiente. Más aún, actualmente gran parte de la población penal calificados como Establecimientos Penitenciarios para primarios, están reclusas personas que han causado accidentes de tráfico en estado de ebriedad con o sin el consumo adicional de drogas o psicotrópicos.

En los trastornos de carácter parafílico o sexuales, la situación es similar, salvo que existan elementos probados de inimputabilidad conforme a ley y los aspectos que hemos evaluado en el Capítulo II. En referencia a las parafilias estas son consideradas asociadas al hecho de la obtención de una excitación sexual con estímulos anormales tal como lo refiere Vallejo¹³¹ y los criterios diagnósticos del DSM-V que a continuación detallamos.

¹³¹ OTERO, A. y GOMEZ, E. “Conducta y Patología sexual”, EN VALLEJO RUILOBA, J. Ob. cit. Pág. e168.

Criterios diagnósticos DSM-5 para los trastornos parafílicos	
Trastornos parafílicos	
A.	<p>Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de (ver listado inferior), y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos</p> <p>Trastorno de voyeurismo 302.82 (F65.3): observación de una persona desprevenida que está desnuda, desnudándose o dedicada a una actividad sexual</p> <p>Trastorno de exhibicionismo 302.4 (F65.2): exposición de los genitales a una persona desprevenida</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes Sexualmente excitado por exposición de los genitales a individuos físicamente maduros Sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes y a individuos físicamente maduros <p>Trastorno de frotteurismo 302.89 (F65.81): tocamientos o fricción contra una persona sin su consentimiento</p> <p>Trastorno de masoquismo sexual 302.83 (F65.51): el hecho de ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Con asfioxifilia: si el individuo busca conseguir la excitación sexual por medio de la restricción de la respiración <p>Trastorno de sadismo sexual 302.84 (F65.52): sufrimiento físico o psicológico de otra persona</p> <p>Trastorno de pedofilia 302.2 (F65.4): actividad sexual con uno o más niños prepúberes (generalmente menores de 13 años)</p> <p><i>Especificar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tipo exclusivo (atracción exclusiva por los niños) Tipo no exclusivo <p><i>Especificar si:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Atracción sexual por el sexo masculino Atracción sexual por el sexo femenino Atracción sexual por ambos sexos <p><i>Especificar si:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado al incesto <p>Trastorno de fetichismo 302.81 (F65.0): empleo de objetos inanimados o un gran interés específico por parte(s) del cuerpo no genitales</p> <p><i>Especificar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Parte(s) del cuerpo Objeto(s) inanimado(s) Otro <p>Trastorno de travestismo 302.3 (F65.1): hecho de travestirse</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Con fetichismo: si la excitación sexual se produce con tejidos, materiales o prendas de vestir Con autoginofilia: si la excitación sexual se produce con pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer <p>Otro trastorno parafílico especificado 302.89 (F65.89)</p> <ul style="list-style-type: none"> Escatología telefónica (llamadas telefónicas obscenas) Necrofilia (cadáveres) Zoofilia (animales) Coprofilia (heces) Clismafilia (enemas) Urofilia (orina) <p>Trastorno parafílico no especificado 302.9 (F65.9)</p>
B.	<p>El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento</p>
C.	<p>(Sólo para los siguientes diagnósticos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de voyeurismo: el individuo que experimenta la excitación y/o que actúa con un deseo irrefrenable tiene como mínimo 18 años de edad • Trastorno de pedofilia: el individuo tiene como mínimo 16 años y es al menos cinco años mayor que el niño/niños del Criterio A <p><i>Nota:</i> no incluir a un individuo al final de la adolescencia que mantiene una relación sexual continua con otro individuo de 12 o 13 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de fetichismo: los objetos fétiche no se limitan a prendas de vestir utilizadas para travestirse (como en el trastorno de travestismo) o a artilugios diseñados específicamente para la estimulación táctil de los genitales (p. ej., vibrador)

Los trastornos parafílicos que están contemplados en la normatividad penal vigente son entre otros:

Art. 183	Trastorno de exhibicionismo y otros (incluido tocamientos o froteurismo)
Art. 183- A	Trastorno de pedofilia (pornografía infantil)
Art. 183-B	Trastorno de pedofilia (acto sexual)
Art. 318	Trastorno de necrofilia (sexo con cadáveres) Ultrajar cadáveres de forma pública. Tenemos como duda que pasaría en los casos de tener relaciones con cadáveres en recintos privados (morgues, funerarias, etc.)—cuyo cambio será visto en las conclusiones.

Los casos de explotación sexual infantil, violaciones y feminicidios, no constituyen trastornos parafílicos y están debidamente penados por ley. Asimismo, se considera que el trastorno sexual de sadismo y masoquismo (incluido con asfixofilia), cuando es de forma consentida por las partes o participando en troilismo de orgías, asumiendo los riesgos de dichas prácticas sexuales, tampoco son actos de carácter delictivo, por tanto no constituyen delitos contemplados en la normativa penal.

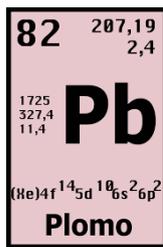
Gráfico¹³²:

Síndromes psicopatológicos. Clasificación categorial						
	Semiología	Etiología	Análisis estructural	Terapia	Relevancia médico-legal	Riesgo delictivo
Neurosis o trastornos de ansiedad	Angustia, defensas contra la angustia, tendencias depresivas	Psicógena +++ Somatógena +	Trastorno cuantitativo, continuo biográfico	Psicoterapia +++ Psicofármacos +	Nula o escasa, salvo excepciones (p. ej., trastornos disociativos)	Escaso
Psicosis	Delirio, alucinaciones, desorganización de la personalidad, autismo	Somatógena +++ Psicógena +	Trastorno cualitativo, «proceso» biográfico	Psicoterapia + Psicofármacos +++	Elevada	Escaso, salvo excepciones
Trastornos exógenos confusionales	Obnubilación de la conciencia, desorientación, clínica psicótica	Somatógena +++ Psicógena +	Trastorno cualitativo, generalmente transitorio	Etiológica del factor causal, cuidados generales y control conductual con psicofármacos	Elevada	Escaso, salvo toxicofilias
Demencias y retrasos mentales	Déficit cognitivo	Somatógena +++ Psicógena + (?): déficit de estimulación	Trastorno cualitativo	Paliativa (demencias), educacional (retraso), control conductual farmacológico	Elevada	Escaso
Trastornos de personalidad	Conflictividad social, impulsividad, inmadurez afectiva	Psicógena +++ Somatógena ++ (?)	Trastorno cuantitativo, continuo o desarrollo biográfico	Psicoterapia ++ Psicofármacos ++ (eventualmente)	Nula o escasa, salvo excepciones	Elevado

¹³² *Ibidem* pág. e169.

3. INTOXICACIÓN CRÓNICA POR METALES PESADOS

A continuación vamos a desarrollar las implicancias por la inhalación, digesta, cutánea o ingesta de algunos metales pesados y sus impactos neurológicos; esto es, la alteración del sistema nervioso central, así como las patologías derivadas de ello. Trataremos para tal efecto tres metales pesados (elementos químicos) extraños al organismo humano y que son altamente tóxicos:

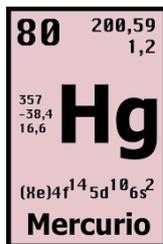


Elemento químico en estado sólido (concentrado).

Su nombre latino es *plumbum*.

Tiene un número atómico de 82 y 207.2 de masa atómica.

Proviene de la familia de los carbonoides.

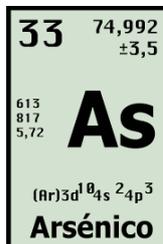


Elemento químico en estado líquido.

Su nombre latino es *hidrarqirium*.

Su número atómico es 80 y 200.59 de masa atómica.

Es un elemento de transición.



Elemento químico en estado sólido.

Su número atómico es 33 y 74.992 de masa atómica.

Pertenece a los elementos químicos nitrogenoideos.

3.1 PLOMO

Lo referido a la contaminación ambiental e intoxicación aguda y/o crónica de plomo en sangre—llamado *saturnismo*—es uno de los temas en los cuales me siento más directamente relacionado, o vinculado, en el presente trabajo—junto con el trastorno bipolar, que ya hemos mencionado. Esto se debe a que en mi condición de Alcalde de la Provincia Constitucional del Callao en los años 1996-2005, y luego como Gobernador Regional del 2006 al 2010, tuve que trabajar muy de cerca con este tema, de gran interés para la salud poblacional del principal puerto del Perú.

El Perú, por historia, tradición y desarrollo de sus actividades económicas extractivas primarias, es esencialmente minero. En el caso particular del concentrado de plomo, el Perú es

el cuarto mayor exportador de dicho *commodity* en el mundo. La exportación de los concentrados de minerales en el Perú, en más de un 90%, se realiza a través del Puerto del Callao y, especialmente, en los casos de zinc, cobre y plomo.

En mayo de 1999, USAID¹³³ en conjunto con la OPS¹³⁴ y la DIRESA¹³⁵ realizaron un importante estudio para evaluar el impacto por la exposición al plomo, el cual formara parte del compuesto químico denominado tetrametil plomo— $Pb(CH_3)_4$ —usado como antidetonante o aditivo para lograr una mayor combustión, especialmente en la gasolina de 84 octanos en el ámbito del Callao y Lima¹³⁶. Los resultados fueron reveladores y, en nuestro caso, ya que en aquel entonces tenía la condición de Alcalde del Callao, me reuní con el equipo médico mexicano que lidero este trabajo de campo.

Según se aprecia claramente, la población en general de Lima y Callao se encontraban dentro de los márgenes aceptados por la OMS. Sin embargo, las zonas cercanas al puerto tenían cifras extremadamente preocupantes. En el Callao operaban, en aquel entonces, 11 almacenes de concentrados de minerales. Casi todos en condiciones inadecuadas de depósito y manipulación de los concentrados minerales, ocasionando un gran pasivo ambiental. La mayoría de los almacenes se habían instalado en inicios del siglo pasado, para la exportación de Baritina y luego acopiaron otros metales pesados. Debimos adoptar medidas extremadamente rápidas y lo más eficaces posibles, así como lograr clausurar y promover el cierre de 9 de los 11 depósitos de concentrado, quedando solo en operaciones PERU BAR S.A. (Glencore) y MITSUI. Esto ya era un avance importante.

Expedimos tres normas legales que iniciaron el cambio parcial de la problemática:

- a) Decreto de alcaldía 000025-MPC (7 noviembre 1999) —el cual aprobó las medidas inmediatas de mitigación de la contaminación: pavimentación de concreto al interior de los depósitos, humedad entre el 6-9% de las rumas de plomo, enmallado perimetral, arborización, etc.
- b) Decreto de Alcaldía 00010-2001 (6 setiembre 2001)—ampliando las medidas a la zona de manipulación al interior del Puerto (zona de embarque) y, luego,

¹³³ Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional

¹³⁴ Organización Panamericana de la Salud

¹³⁵ Dirección Regional de Salud del Callao

¹³⁶ Capital del Perú

- c) Decreto de Alcaldía 021-2001-MPC—se refieren las zonas autorizadas para el ingreso de camiones con el concentrado a la ciudad y el puerto. Iniciaron la titánica labor de la mano de la comunidad y empresarios de limpieza de los pasivos ambientales.

Los siguientes cuadros y gráficos¹³⁷ muestran el nivel de contaminación plúmbica en Lima Metropolitana y el Callao, así como los asentamientos humanos colindantes con la zona portuaria, específicamente Puerto Nuevo¹³⁸, el cual cuenta con casi 90 años de fundación. Población mayoritariamente ligada a la actividad pesquera artesanal y laboran en el Establecimiento Terminal Zonal Pesquero (ETZ). También consideramos el asentamiento humano San Juan Bosco, con más de 60 años de fundación y población especialmente ligada al trabajo portuario y al servicio industrial de la Marina (SIMA). Asimismo, Ciudadela la Chalaca, Barrio Frigorífico, Chacaritas, Villa Pilsen, Obelisco, Santa Marina Sur, Santa Marina Norte, Supe y Centenario, fueron parte de la evaluación según se expresa a continuación.

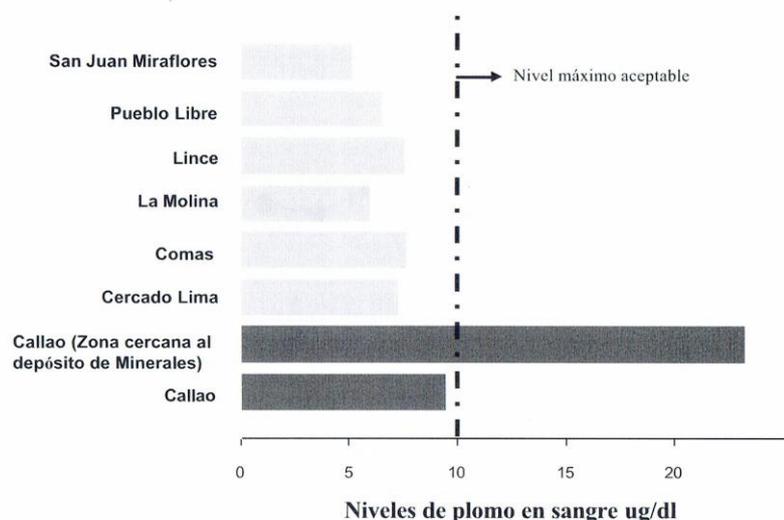
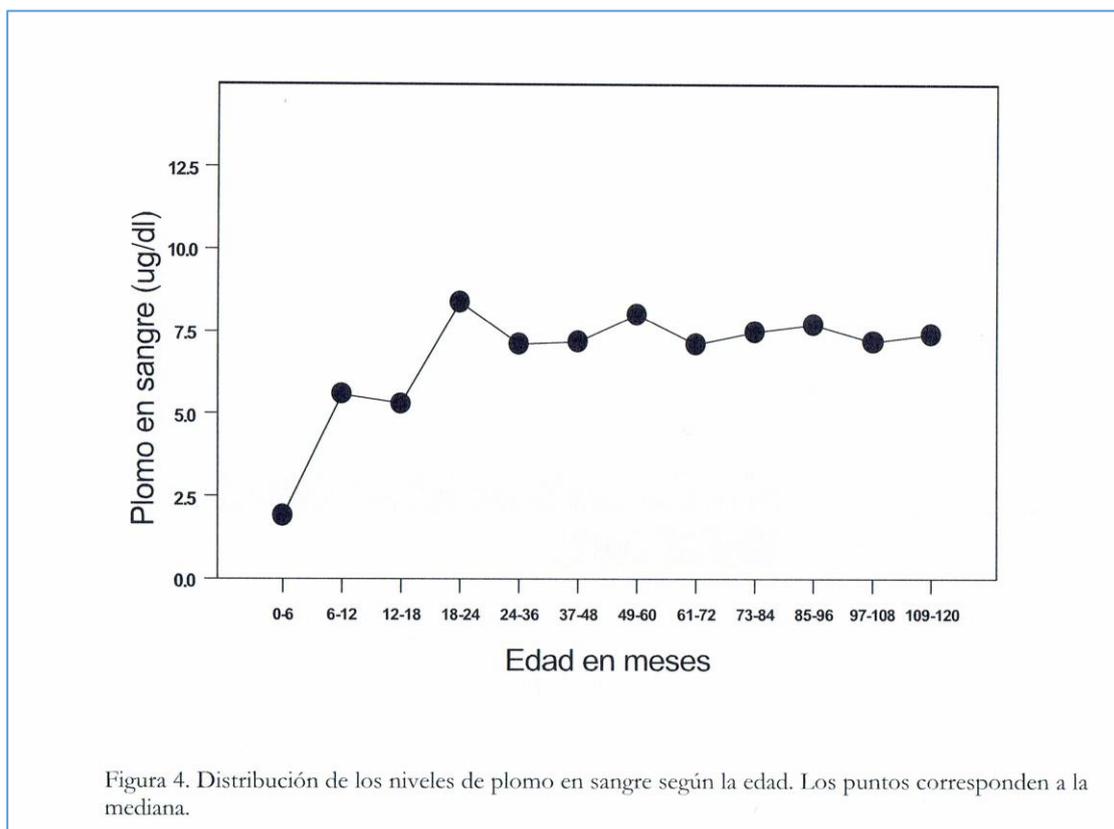


Figura 5. Niveles de plomo en sangre en población infantil de acuerdo al sitio de muestreo. Lima Metropolitana y Callao, 1998-1999.

¹³⁷ Fuente: Estudio USAID/OPS/DIRESA Pág. 53-57

¹³⁸ Antiguo barrio Las Latas



El problema de la contaminación con plomo no es exclusiva del Callao, es un problema global. Sin embargo, en el Perú se extiende a zonas mineras y siderúrgicas como la Oroya o comunidades como Quiulacocha y Campamarca (Simón Bolívar Pasco), también Sacra Familia y Cerrochuco, y Oroyoc, donde hay gran presencia de relaves mineros. En dichas comunidades se concluyó que 4/5 partes de la población infantil tenía intoxicación plúmbica y en los casos crónicos saturnismo. También donde el agua para consumo humano se extrae de la napa freática contaminada de metales pesados.

Para una mejor ilustración adjuntamos dos gráficos que evalúan los efectos neurológicos de la concentración crónica o saturnismo de plomo en sangre y luego cuales son las principales fuentes de exposición del plomo¹³⁹:

¹³⁹ ibídem.

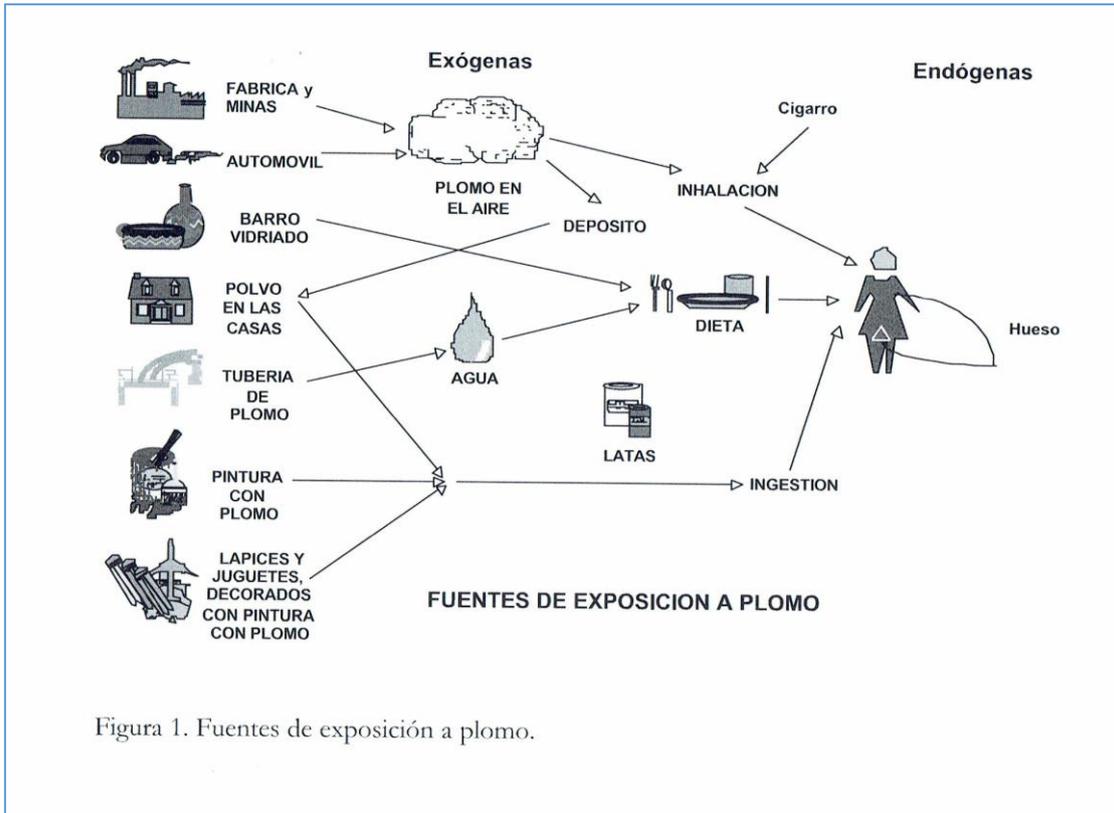


Figura 1. Fuentes de exposición a plomo.

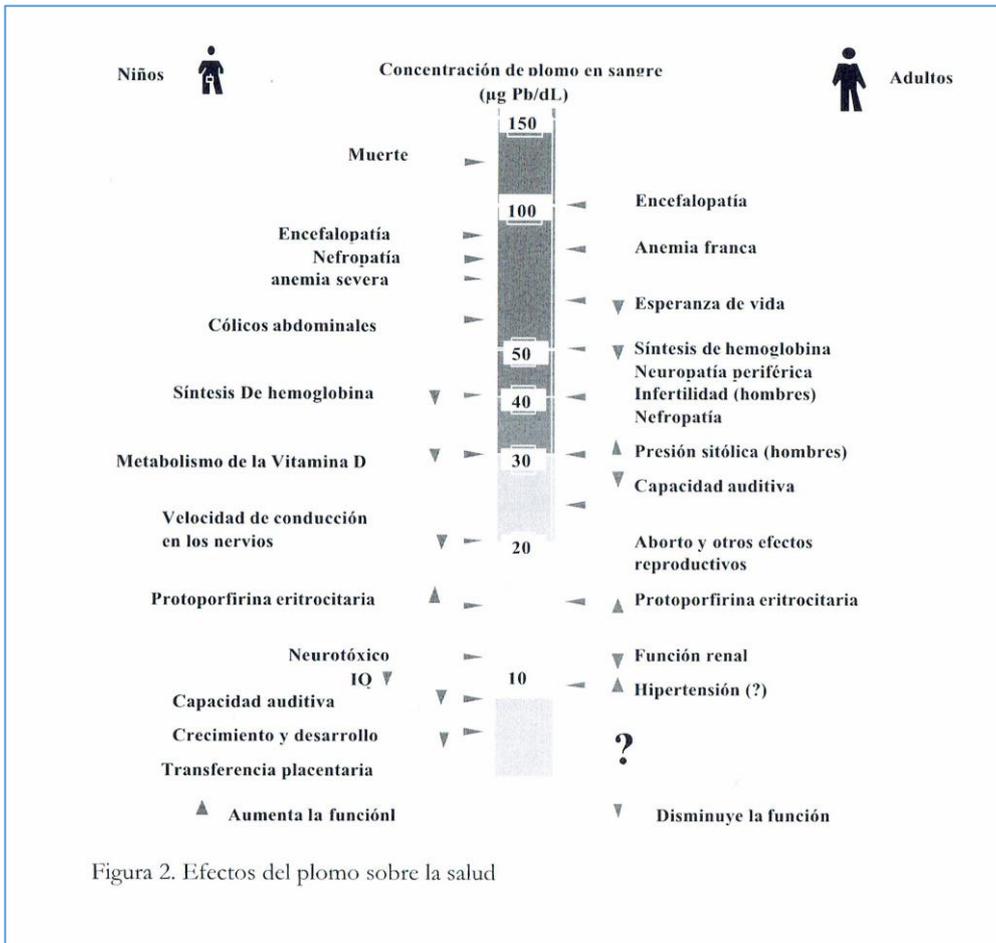


Figura 2. Efectos del plomo sobre la salud

Como lo señala Ascione¹⁴⁰: *“el plomo es un metal que no juega ningún papel en la fisiología humana, por lo que el nivel plasmático debería ser cero”*.

Al plomo se le atribuye su origen desde 6500 años A.C. en minas de Turquía, hasta la cultura hindú o el hebreo por medio de las Sagradas escrituras—EXODO capítulo XV, versículo 10 que dice: *“flavit spiritus tuus, et operiut ciud mare: submersit sunt quasi plumbum in aquisvehementibus”*¹⁴¹, según refiere Ciudad Catañas¹⁴². Luego, la cultura Helénica y Romana están íntimamente ligadas a este mineral, hasta nuestros días.

Los medios de intoxicación son cuatro: ingesta, inhalación, digestión y cutánea. Se acumula preferentemente en los huesos, reemplazando al calcio en la estructura ósea y permaneciendo dentro del cuerpo humano hasta 30 años para su total eliminación.

El plomo es maleable y dúctil. Su número atómico es 82 y su punto de fusión cercano a los 327°C. Algunos, como María Elena Reyes García¹⁴³, sostienen que la denominación de la intoxicación por plomo, también llamada ‘saturnismo’, se debe a que antiguamente se les denominaba “sales de Saturno”.

Esta tabla¹⁴⁴ de Ciudad Castaña grafica los compuestos del plomo, tanto en elementos orgánicos e inorgánicos:

¹⁴⁰ ASCIONE, Ignacio. “Intoxicación por Plomo en Pediatría”. Archivo pediátrico Uruguayo 2000, Montevideo. Pág. 135.

¹⁴¹ Traducido: “Sopló tu espíritu y cabrioles el mar: fueron sumergidos como plomo en aguas impetuosas”.

¹⁴² CIUDAD CABAÑAS, María José. “Estudios de los niveles de Plumbimia en la Comunidad Autónoma de Madrid”, tesis UCM. Madrid 1998. Pág. 1-3.

¹⁴³ REYES GARCÍA, María Elena. “Saturnismos en Cuba”. www.granma.cu/granmad/salud/consultas/s/c01.html.

¹⁴⁴ CIUDAD CABAÑAS, María José. Ob. Cit. Pág. 19.

Minerales de Plomo

- Galena, SPb . Regular
- Nagyagita, $\text{S}_{15}\text{Te}_8\text{Sb}_2\text{Au}_7\text{Pb}_{10}$. Rómbico
- Jamesonita, $\text{S}_3\text{Sb}_2\text{Pb}_2$. Rómbico
- Boulangerita, $\text{S}_{11}\text{Sb}_4\text{Pb}_3$. Rómbico
- Fraieslebenita, $\text{S}_{11}\text{Sb}_4(\text{PbAg}_2)_3$. Monoclínico
- Bournonita, $\text{S}_8\text{Sb}_2\text{Pb}_2\text{Cu}_2$. Rómbico
- Plattnerita, PbO_2 . Tetragonal
- Masicot, PbO . Tetragonal y Rómbico
- Cotunnita, Cl_2Pb . Rómbico
- Boleíta, $\text{Cl}_2\text{Pb}+\text{Cu}(\text{OH})_2+1/3\text{ClAg}$. Regular
- Cerusita, CO_2Pb . Rómbico
- Fosgenita, $\text{CO}_2\text{Pb,Cl}_2\text{Pb}$. Tetragonal
- Molibdomenita, SeO_3Pb . Rómbico
- Minio, PbO_4Pb_2
- Anglesita, SO_4Pb . Rómbico
- Crocoíta, CrO_4Pb . Monoclínico
- Wulfenita, MoO_4Pb . Tetragonal
- Stozita, WO_4Pb . Tetragonal
- Gumita, $\text{SiUr}_3\text{O}_{12}(\text{Pb, Ca, Ba})$
- Plumbojarosita, $\text{SO}_4\text{Fe}_2\text{OHPb}$. Hexagonal
- Linarita, $\text{SO}_4(\text{CuPb})(\text{OH})_2$. Monoclínico
- Lanarhita, $\text{SO}_4\text{Pb}(\text{PbO})$. Monoclínico
- Vauquelinita, $(\text{CrO}_4)_3\text{PbCo, Pb}_2\text{O}$. Monoclínico
- Caracolita, $\text{SO}_4\text{Na}_2+\text{ClPbOH}$. Rómbico
- Caledonita, $\text{SO}_4\text{Pb}+3\text{CO}_2(\text{CuPb})$. Rómbico
- Beresovita, $(\text{CrO}_4)_3\text{CO}_3\text{Pb}_2(\text{Pb}_2\text{O})_2$
- Leadhillita, $3\text{CO}_3\text{Pb}+\text{SO}_4\text{Pb}$. Monoclínico
- Susanita, $3\text{CO}_3\text{Pb}+\text{SO}_4\text{Pb}$. Hexagonal
- Arzrunita, $(\text{SO}_4\text{Pb}_2\text{O})\text{Cl}_6\text{Cu}_4(\text{OH})_2, 3\text{H}_2\text{O}$. Rómbico
- Partzita, $\text{Sb}_2\text{O}_6(\text{Ag}_2\text{Pb, Cu, Fe})_3+\text{NH}_2\text{O}$
- Nadorita, $\text{SbO}_2(\text{Pb, Cl})$. Rómbico
- Heliofilita, $(\text{AsO}_3)_2(\text{PbCl})_4\text{Pb}_2\text{O}$. Rómbico
- Ocroilita, $(\text{SbO}_2)_2(\text{PbCl})_4\text{Pb}_2\text{O}$. Rómbico
- Monimolita, $(\text{SbO}_4)_2(\text{Pb, Mn, Fe, Ca})$. Regular
- Carminita, $(\text{SbO}_4)_{12}\text{Fe}_{10}\text{Pb}_3$. Rómbico
- Piromorfita, $(\text{PhO}_4)_3\text{Pb}_3\text{Cl}$. Hexagonal
- Kampilita, $[(\text{AsPh})\text{O}_4]\text{Pb}_3\text{Cl}$. Hexagonal
- Mimetesita, $(\text{AsO}_4)_3\text{Pb}_3\text{Cl}$. Hexagonal
- Vananidita, $(\text{VO}_4)_3\text{Pb}_3\text{Cl}$. Hexagonal
- Endlichita, $[(\text{AsV})\text{O}_4]_3\text{Pb}_3\text{Cl}$. Hexagonal
- Decloizita, $\text{VO}_4\text{PbZn}(\text{Pb, OH})$. Rómbico
- Laxmannita, $\text{CrO}_4\text{Pb}+(\text{PhO}_4)_2(\text{PbCo})_2$. Monoclínico
- Bleinierita, $(\text{SbO}_4)_2\text{Pb}_3, 4\text{H}_2\text{O}$.
- Plumbogumita, $(\text{Co}_3)_2(\text{PhO}_4)_9\text{Pb}_3\text{Al}_{10}(\text{OH})_{30}\text{O}_3+\text{PhO}_4\text{Pb}_5\text{Cl}$.
- Barisilita, $\text{Si}_2\text{O}_7\text{Pb}_3$. Hexagonal

El plomo, según González Luque¹⁴⁵, por su acción tóxica sobre el cerebro es responsable de la llamada “encefalopatía saturnina”, como manifestación más grave en niños y adultos. Esto se grafica en diversos síntomas: epilepsia, trastorno mental orgánico de delirium y otros (alucinaciones, vértigos, irritabilidad, focos isquémicos múltiples). Estos últimos pueden derivar en demencia vascular.

A nivel bioquímico, se producen inhibiciones enzimáticas y alteraciones en el metabolismo, reduciendo el transporte de neurotransmisores, ácido glutamático y GABA. Asimismo, lo remarca Ciudad Cabañas¹⁴⁶, se interfiere en la liberación de la acetilcolina e inhibe la adenilato-cinasa del sistema nervioso central.

En estudios de laboratorio se presume, adicionalmente, una gran hiperactividad por reducción de la dopamina en el cerebro. Por otro lado, se evidencia una reducción del CI (cociente intelectual), tal como lo indica Lynebyc¹⁴⁷ y otros.

Existen múltiples patologías que afectan el SNP y otros órganos del cuerpo humano. Sin embargo, hemos detallado solamente lo relacionado al SNC, inclusive algunos como Brenner y otros establecen estudios que relacionan el plomo en el cigarrillo, con la enfermedad de Alzheimer¹⁴⁸.

Asconi¹⁴⁹ es claro al señalar que el plomo determina alteraciones permanentes de la arquitectura cerebral por la disminución de sinapsis y liberación de neurotransmisores, lo cual conlleva desde retardo mental, alteraciones del comportamiento, déficit intelectual, hiperactividad y retardo escolar.

Sería de interés realizar un tamizaje de las personas procesadas por diversos delitos o sentenciados, cuyo origen sea de aquellas zonas del Callao, para ver si tienen algunas secuelas

¹⁴⁵ GONZÁLEZ-LUQUE, Javier, MONTEGJO GONZÁLEZ, Luis. “Implicación del Saturnismo en la Psicopatología de Vincent Van Gogh”. *Neurología Psiquiátrica*, 1999. Salamanca. Pág. 10.

¹⁴⁶ Ob. cit. Pág. 41.

¹⁴⁷ AA.VV. “Learning disabilities in children: significancias of low-level lead exposure and confounding factors”. *Acta Paediatrica Scand.* 1990. Pág. 181.

¹⁴⁸ BRENNER, KUKULL, VAN BELLE. “Relationship between cigarette smoking and Alzheimer’s disease in a population based case- control study”. *Neurology* 1993. Pág. 193.

¹⁴⁹ ASCONI, Ignacio. Ob. cit.

orgánicas por exposición al plomo—tanto de los depósitos como también de su manipulación antes de la implementación de la faja transportadora. Se podría determinar en algunos casos excepcionales, causales de inimputabilidad por trastornos mentales o, eventualmente, semi-imputabilidad, conforme al Art. 21 del Código Penal peruano.

Finalmente en este capítulo deseo rendirle tributo y agradecimiento a quien en vida fue la doctora Mercedes Picón Silva, cercana colaboradora durante mis tres gestiones ediles y, especialmente, por su inmensa contribución en articular trabajos de campo para mitigar la contaminación de Pasivos Ambientales en el Primer Puerto del Perú.

3.2 MERCURIO

Su nombre es un tributo al dios romano por las características de su movilidad. Antiguamente, la sífilis se trataba con mercurio y, en la actualidad, tiene usos limitados en minería, agricultura y materiales odontológicos.

Como en los demás casos, puede haber intoxicación aguda o crónica por ingesta o vapores inhalados. En el caso específico del sistema nervioso central, según Guerra-Tapia¹⁵⁰, aparece un cuadro inicial psiquiátrico denominado “*eretismo mercurial*” que consiste en ansiedad, irritabilidad, depresión, pérdida de memoria, cambios de humor, entre otros.

También tiene un grave impacto dérmico—*síndrome de baboon*—conforme se aprecia en el gráfico adjunto¹⁵¹.

¹⁵⁰ AA.VV. Manifestaciones cutáneas de las intoxicaciones por arsénico, plomo, mercurio y plata. Ed. Glova S.L., 2014, Madrid. Pág. 4 y SS.

¹⁵¹ *Ibidem*. Pág. 10.

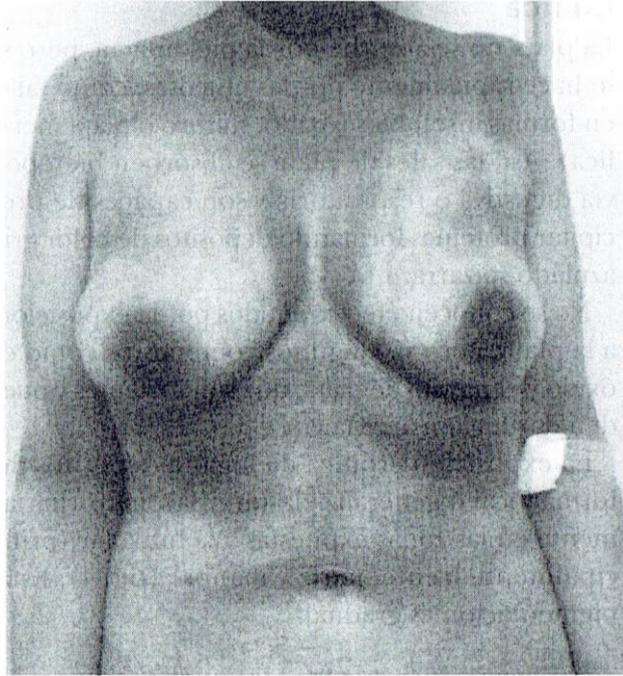


Figura 3. Exantema por contacto sistémico en el síndrome de baboon. (Cortesía de la Dra. Lidia Maroñas.)

3.3 ARSÉNICO

Constituye un metaloide con amplia presencia en la corteza terrestre, lo cual implica un importante nivel de contaminación en el agua extraída de la napa freática.

Tiene distintas presentación, sin embargo, las formas más tóxicas son los compuestos sulfurados y los óxidos, lo cual al ser expuestos al calor intenso, emiten S_2O_3 y SO_2 , así como la arsina (AsH_3) y su derivado el arsénico negro (As_4O_6).

Su uso industrial es muy variado: desde pesticidas, insecticidas, herbicidas, como pigmento, y también en la metalurgia, donde modifican la composición del plomo y cobre (perdigones, baterías, etc.). Luego se conoce a través de la historia su frecuente uso como potente veneno de efectos letales.

No debe superar concentración mayor en sangre a 3mg/dl, siendo 120 mg mortales. En cifras elevadas, impacta en el sistema nervioso central con neuropatías mixtas, especialmente alteraciones sensitivas de olfato y visión.

4. LEGISLACIÓN COMPARADA—INIMPUTABILIDAD POR RAZONES BIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS

Según observaremos a continuación en la legislación positiva comparada de diversos ordenamientos jurídicos penales, en la mayoría de ellos, incluido el caso peruano, se ha optado por el método mixto o biológico-psicológico para evaluar la potencial inimputabilidad del sujeto activo del hecho materia de análisis.

Entendemos por aspecto biológico aquel sobre el cual se destaca el estado de trastorno psíquico por el que se valora la capacidad cognitiva, intelectual y volitiva de la persona. Asimismo, en el ámbito psicológico se observa la incapacidad de comprender la ilicitud o antijuridicidad del hecho realizado.

En este caso—método mixto—corresponde en exclusiva al magistrado o Juez determinar el juicio de inimputabilidad, teniendo en consideración la evaluación y/o peritaje elaborado por el perito o especialista.

Somos conscientes de la asimetría del avance de las ciencias médicas psiquiátricas y neurociencias en relación a los cambios normativos o el derecho penal en los diversos países; por ello, consideramos que la actual redacción del Art. 20, inc. 1, del Código Penal peruano, deviene en anacrónico y contiene diversos vacíos que serán materia de propuesta en las conclusiones finales.

Es importante resaltar que el actual Código Penal peruano data del año 1991 y el DSM-V, así como el CIE-10, de los años 2013 y 2003 respectivamente, en los cuales se han introducido cambios sustantivos a la clasificación de las psicopatologías y neuropatologías correspondientes.

A continuación reproducimos la normativa comparada de diversos países-iniciando por la peruana- con el propósito de observar las coincidencias y discrepancias actualmente existentes.

PERÚ	Art. 20, inc. 1 - Está exento de responsabilidad penal: El que por anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia o por sufrir alteraciones en la percepción, que afectan gravemente su concepto de la
-------------	--

	<p>realidad, no posea la facultad de comprender el carácter delictuoso de su acto o para determinarse según esta comprensión</p>
ALEMANIA	<p>Art. 20- Incapacidad de culpabilidad por perturbaciones psíquicas Actúa sin culpabilidad quien en la comisión de un hecho es incapaz por una perturbación psíquica patológica, por perturbación profunda de la conciencia o por debilidad mental o por otra alteración psíquica grave de comprender lo injusto del hecho o actuar de acuerdo con esta comprensión.</p>
ARGENTINA	<p>Art. 34- No son punibles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades 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 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.
COLOMBIA	<p>Art 33- Inimputabilidad Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estado similares. No será inimputable el agente que hubiere preordenado su trastorno mental.</p>
CHILE	<p>Art. 10- Están exentos de responsabilidad criminal (tuvo como base el artículo 8 N° 1 del Código penal español de 1850) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón. Cuando el loco o demente hubiere ejecutado un hecho que la ley califique de delito grave, el tribunal decretará su reclusión en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo tribunal. En otro caso será entregado a su familia bajo fianza de custodia; i no prestándola, se observará lo dispuesto en el párrafo anterior”
MÉXICO	<p>Código Penal Federal de México (1931) Art. 15- El delito se excluye cuando: Al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquel o de conducirse con esa comprensión, en virtud de padecer <i>trastorno mental o desarrollo intelectual retardado</i>, a no ser que el agente hubiera preordenado su trastorno mental dolosa culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico...”</p>
ESPAÑA	<p>Art. 20- Están exentos de responsabilidad criminal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud el hecho o actuar conforme a esa comprensión.

	<p>2. El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esta comprensión.</p> <p>3. El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.</p>
--	---

5. TRASTORNOS MENTALES SEGÚN CIE-10

A modo de resumen, creemos que es importante proponer una potencial relación de psicopatologías de etiologías variadas, entre ellas neurológicas, que consideramos podrían, dependiendo de las condiciones particulares de cada caso: concurrencia, relación causal, evaluación transversal o longitudinal, consumo de fármacos, informe policial sobre la ocurrencia delictiva, testigos, etc. Establecerse como causal de inimputabilidad, según lo dispuesto en el Código Penal Peruano. Como resulta obvio, esta relación no es excluyente, sino una guía de referencia de trabajo.

Para ello, vamos a resumir algunas reflexiones expuestas en el texto de Alejandro Solís Espinoza¹⁵² en razón a la psicocriminología del dolo¹⁵³, el análisis realizado en la Revista electrónica Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)¹⁵⁴ y finalmente lo indicado en el CIE-10 (OMS) en su condición de clasificador estándar internacional a cargo de la Organización Mundial de la Salud, de la cual la República del Perú es parte.

Además de ello podemos incluir en algunos casos la disfunción severa medida por el Global Assessment Of. Functioning (GAF) para el funcionamiento laboral, familiar, etc. y, obviamente, los resultados de las entrevistas periciales, test de evaluación y demás elementos probatorios.

¹⁵² Doctor en Derecho y psicólogo peruano.

¹⁵³ SOLIS ESPINOZA, Alejandro. "Visión psicocriminológica del dolo y la Inimputabilidad (II)". Revista de Derecho de la UNED, N°. 5, 2009. Pág. 471 y ss.

¹⁵⁴ AA.VV. "Trastorno Mental Severo". Revista Gallega de Terapias Ocupacionales TOG N°. 5, Febrero 2007. www.revistatog.com

5.1 TRASTORNOS MENTALES DE BASE ORGÁNICA (F00- F09)

F00- Demencia por Alzheimer	F00.0 Alzheimer de inicio precoz F00.1 Alzheimer de inicio tardío
F01- Demencia vascular	F01.0 Vascular de inicio agudo F01.1 Multi-infarto F01.2 Vascular subcortical
F02- Otras demencias	F02.1 Enfermedad de Pick F02.2 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakobs F02.3 Enfermedad de Parkinson F02.4 Por Infección de VIH
F03- Demencia sin especificación	
F04- Síndrome amnésico orgánico	No inducido por ingesta de etanol o psicotrópicos
F05- Delirium	No inducido por ingesta de etanol o psicotrópicos
F06- Trastornos mentales por lesión, disfunción cerebral o somática	F06.0 Alucinaciones orgánicas F06.2 Ideas delirantes esquizoforme

5.2 TRASTORNOS DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL (F10)

a.	F10- Intoxicación aguda (IAE) F10.00- no complicada F10.07- intoxicación patológica
b.	F10.2- Síndrome de dependencia
c.	F10.3- Síndrome de abstinencia
d.	F10.4- Abstinencia con delirium, delirium tremens
e.	F10.5- Trastorno psicótico por consumo crónico

5.3 TRASTORNOS DEBIDO AL CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS (F11-F14)

a.	F11- Opioides
b.	F12- Cannabinoides
c.	F13- Sedantes e hipnóticos
d.	F14- Cocaína

Estos pueden tener subtipos de dependencia o crónica, abstinencia, abstinencia con delirium y la intoxicación aguda. Asimismo, debemos contemplar el caso de la intoxicación por metales pesados como el arsénico, mercurio y plomo, gasolina, pegamientos tóxicos, etc.

5.4 TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y DE IDEAS DELIRANTES (F20-F29)

a.	F20- Esquizofrenia F20.0- Paranoide
-----------	--

	F20.1- Hebefrénica F20.2- Catatónica F20.3- Indiferenciada
b.	F21- Trastorno esquizotípico
c.	F22- Ideas delirantes persistentes
d.	F23- Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

5.5 TRASTORNOS DEL HUMOR (F30-F39)

a.	F30- Episodio maníaco F30.2- Psicosis
b.	F31- Trastorno bipolar F31.2- Bipolar maníaco con psicosis F31.5- Bipolar depresivo grave con psicosis
c.	F32- Episodios depresivos F32.3- Episodios depresivos graves con síntomas psicóticos
d.	F33- Trastorno depresivo recurrente

5.6 NEUROSIS O TRASTORNOS NEURÓTICOS (F40-F49)

F44- Trastornos disociativos	F44.0- Amnesia disociativa F44.1- Fuga disociativa F44.2- Estupor disociativo F44.3- Trance y posesión
-------------------------------------	---

5.7 PSICOPATÍA (F60-F69)

F60.30	Personalidad de tipo impulsivo
---------------	--------------------------------

5.8 RETRASO MENTAL (F70-F79)

Son considerados inimputables los casos moderados, graves y profundos.

CAPITULO 4

PERICIA PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA: LA PRUEBA

1. ASPECTOS GENERALES

En este último capítulo esperamos concretar el entronque entre las ciencias jurídicas, particularmente penales, y la evaluación de las ciencias médicas especializadas en la evolución psiquiátrica del procesado o sujeto activo del hecho delictivo.

Como ya hemos expresado anteriormente, hay tres etapas que pueden ser evaluadas:

- a. Condiciones de capacidad o no del sujeto antes y de forma concurrente con los acontecimientos
- b. Los trastornos producto de la etapa posterior del hecho y durante el proceso legal
- c. Anomalías o trastornos desarrollados en la fase del cumplimiento de la condena.

Como hemos venido haciendo, solo nos vamos a enfocar en el literal a; esto es, la condición psico- y neuropática del sujeto activo en concurrencia ya relación en los hechos materia de juzgamiento. Los otros aspectos no están establecidos en el Art. 20 inc. 1 del Código Penal de 1991.

El juzgador es el “perito de peritos”; sin embargo, desde la *Constitutio Criminalis Carolina* (1532) se establece: “a la ciencia de los médicos se debe reunir en el caso que los jueces no pudieran explicar el caso por sus propias luces naturales”¹⁵⁵. Esto nos lleva a la importancia del perito psiquiátrico para evaluar la eventual inimputabilidad de la persona por trastorno mental, grave alteración de la percepción y la conciencia, al igual que otras capacidades ejecutivas del cerebro, que conlleva a la incapacidad de observar la antijuridicidad de sus actos.

¹⁵⁵ FLORES PRADA y SANCHEZ RUBIO. “Trastornos mentales y justicia penal”. Ob. cit. pág. 298.

2. EVALUACIÓN FORENSE

Según Carrasco Maza¹⁵⁶ la evaluación forense está basada en los mismos procedimientos, métodos y técnicas que la evaluación clínica psiquiátrica; sin embargo, tiene sus propias peculiaridades que son:

- a. Carece de una finalidad terapéutica; su propósito es pericial en un procedimiento penal.
- b. No existe la necesidad de ser requerida voluntariamente por el interesado
- c. Esa a petición (o imposición) de una autoridad judicial.
- d. La relación médico/interesado carece de las características de una relación médico/paciente.
- e. La confidencialidad o secreto resulta modificado.

Como resulta obvio, quien realiza la pericia debe ser una persona debidamente acreditada en su especialidad psiquiátrica. Conocer de conceptos jurídicos y de los manuales de diagnóstico, especialmente el CIE-10 (OMS). Como refiere Flores Prada, “la no utilización de términos aceptados en las clasificaciones internacionales (CIE-10 O DSM-V) conlleva, en el mejor de los casos, a confusión conceptual a la hora de explicar ante los tribunales, las cualidades psíquicas de la persona reconocida. En el peor, cuando se utilizan términos como síndromes (síndrome de la mujer maltratada, mobbing, síndrome de alienación parental, etc.) automáticamente estamos atribuyendo una etiología a una sintomatología, es decir, transmitimos al juez dos presuntas realidades: que la persona presenta una alteración psíquica y que ese trastorno es secundario a algo o alguien. Acabamos de generar una complicación innecesaria en el procedimiento”.¹⁵⁷

Adicionalmente a ello, la pericia médico-psiquiátrica es de carácter extra judicial, tal como lo señala Devis Echeandía¹⁵⁸, en vista de que exige como requisitos para la existencia jurídica de la peritación, entre otros:

- a. Que sea un acto procesal.
- b. Que sea consecuencia de un encargo judicial.

¹⁵⁶ CARRASCO. Maza en FLORES PRADA. Ob. cit. pág. 298.

¹⁵⁷ FLORES PRADA y SANCHEZ RUBIO. “Trastornos mentales y justicia penal”. Ob. cit. pág. 299.

¹⁵⁸ DEVIS ECHEANDIA, Hernando. “Tratado de la Prueba Judicial, Tomo 2, Pág. 322-323. Zavala Editores, Buenos Aires, Argentina, 1988.

Resulta de vital importancia tener en consideración que la evaluación tiene en la “entrevista personal” su mayor relevancia. Esta puede o debe ser ampliada con versiones de testigos, familiares o documentos de la ocurrencia de los hechos realizado por la Policía Nacional.

El estudio de los dictámenes periciales debe tener como características: claridad, concisión, fundamentación, justificación y congruencia. De preferencia, no se debe realizar la entrevista o evaluación en la presencia de terceros, especialmente personal policial, para contar, en lo posible, con la mayor colaboración de la persona, dado el carácter obligatorio de dicho acto.

Guija Villa¹⁵⁹ establece las diferencias entre “el diagnóstico se realiza de forma transversal y/o longitudinal. Así, transversalmente tratamos de poner de manifiesto el *estado del paciente aquí y ahora* mediante el estudio psicopatológico que nos revela posibles alteraciones de las funciones psíquicas en el momento del reconocimiento. Sin embargo, el estudio longitudinal absolutamente necesario para establecer diagnóstico de acuerdo a las clasificaciones internacionales, requiere una serie de elementos que, dependiendo de su ausencia o presencia, determinaran el contenido y utilidad del informe:

- Derivados del propio sujeto: la realización de más de una entrevista en la que pongan de manifiesto del modo más exhaustivo posible los antecedentes médicos, somáticos y psiquiátricos, así como antecedentes personales que ayuden a la persona
- Documentales: en los que se encuentran registradas las posibles alteraciones físicas o psíquicas con expresión en la época de su vida en que han acontecido. En este aspecto, aunque no se trate propiamente de información médica, hay que resaltar la importancia del atestado elaborado por las fuerzas del orden público pues nos lleva a situarnos en el momento más próximo a un hecho presuntamente delictivo.
- Información de familiares que ayuden a concretar cuál ha sido la evolución de la persona.

Teniendo como propósito establecer el momento de los hechos, la condición psíquica en el acto y previo a el del sujeto activo y la afectación de los referidas condiciones psíquicas en su conducta.

¹⁵⁹ FLORES PRADA y SANCHEZ RUBIO. “Trastornos mentales y justicia penal”. Ob. cit. pág. 303.

Momento del hecho delictivo y relación causal con la condición psíquica del individuo. “Es necesario establecer la relación de causalidad entre el hecho cometido y la psicopatología del paciente, motivo por el cual. Para la realización de la pericia psiquiátrica resulta esencial conocer cuál fue el delito y como se perpetro. Para ello es conveniente contar con el atestado de las Fuerzas de Orden Público, puesto que se recogen circunstancias importantes para situarse ante el hecho: día, hora, tipo de delito, declaraciones de testigos”.¹⁶⁰

3. LA PERICIA EN LA LEGISLACIÓN PERUANA VIGENTE

El actual Código Procesal Penal, aprobado por Decreto Legislativo 957 (29/07/2004) y de actual implementación progresiva en todas las sedes judiciales del Perú, regula en el Título II los medios de prueba, en su capítulo III, la pericia:

Art. 172	Norma la procedencia de la pericia, en virtud de la cual establece variados escenarios donde se requiera conocimiento especializado (científico, técnico, etc.) también es de aplicación para los casos de error culturalmente condicionado según el Art. 15 del Código Penal.
Art. 173	Establece quien es la autoridad competente en la designación del o los peritos y qué instituciones deben brindar su apoyo a dicho propósito.
Art. 174	Regula el procedimiento y obligaciones del perito. Aquí es muy importante en su inc. 2 que la autoridad deberá precisar el tema materia de la pericia, plazo y honorarios.
Art. 175	Causales de impedimento o subrogación del perito.
Art. 176	Acceso del perito al expediente y la consecuente reserva que debe asumir sobre el caso de análisis.
Art. 177	Nombramiento de peritos de parte, excepto cuando son sumamente urgentes o simples. Este punto es de vital importancia en la evaluación de la condición psiquiátrica del procesado.
Art. 178	Establece en detalle el contenido del informe pericial oficial. Un aspecto a resaltar es que dicho informe no puede contener juicios en cuanto a la determinación de responsabilidad.
Art. 179	Informe pericial de parte. Seguirá las pautas del Art. 178 y podrá criticar el contenido del informe oficial.
Art. 180	Reglas adicionales cuando los peritos oficiales tienen opiniones discrepantes y la notificación al perito oficial del contenido de la pericia de parte.
Art. 181	Reglas de debate del informe pericial entre peritos oficiales o con el perito de parte.

El Código de Procedimientos Penales anterior consideraba algunos puntos adicionales como:

¹⁶⁰ FLORES PRADA. Ob. Cit. pág. 311.

- a. Cuando retarden el informe pericial serán cumplidos a entregarlo en las siguientes 48 horas
- b. El examen psiquiátrico del inculpado según el art. 189 será realizado por dos psiquiatras y los peritos de parte, como una diligencia especial.

4. SIMULACIÓN¹⁶¹

Este aspecto es uno de los menos abordados por los textos especializados. Debemos considerar múltiples variables gracias a la capacidad y experiencia del perito, para saber cuándo el interrogado desea aparentar una condición psíquica distinta a la realmente existente.

En los casos de evaluación clínica, en la mayoría de los casos, los pacientes tratan de aparentar normalidad y distancia con los comportamientos patológicos para evitar ser reclusos en el centro psiquiátrico especializado. La vestimenta, el aseo, la compostura, el léxico, el lenguaje corporal y no verbal buscará impresionar favorablemente para evitar la hospitalización.

Totalmente distintos son los casos de peritajes forenses, donde en algunos casos, el sujeto activo del hecho delictivo pretende impresionar con su accionar para ser acreedor de una evaluación que pueda evitar ser recluso en un centro penitenciario y ser declarado INIMPUTABLE. En ese caso, consideran exitosa una medida de seguridad como el internamiento hasta su remisión y tratamiento ambulatorio.

Es un aspecto muy complejo y requiere, como ya hemos expresado, mucha habilidad y experiencia del perito y el uso de diagnósticos paraclínicos como el test de SIRS, para descubrir el pretendido acto simulatorio.

¹⁶¹ VALLEJO Y LOBO. Ob. Cit.

5. ALGUNOS TESTS ESTRUCTURADOS Y SEMIESTRUCTURADOS DE APOYO A LA EVALUACION PSIQUIATRICA-FORENSE

General	<ul style="list-style-type: none"> • SCL-90-R (sistemas psicopatológicos) • MMPI-2-RF (Inventario multifasica de personalidad de Minnessota) • I6PF-5 (factorial de personalidad) • ESPQ • CAMDEX (Universidad de Oxford- trastornos geriátrico mentales) • CAQ (cuestionarios de análisis clínico- Krug)
Evaluación Biográfica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ LHQ ➤ CB- Análisis conductual ➤ BAQ
Relaciones de pareja	<ul style="list-style-type: none"> ➤ MAS ➤ SEXInventory ➤ SOM ➤ Sex History Form ➤ CSFQ
Psicopatología Genérica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ BPRS, IMPOS, BCS, DES, GAS, CGI, GHQ-28, MDS ➤ Eje de Kennedy
Personalidad / Trastornos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ BDH1, SSS, BIS11, ECIR Y C, SCID-II, BIP-R
Estados Psicóticos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Escala de estados esquizofrénicos ➤ Escala para la evaluación de la esquizofrenia crónica ➤ PSS ➤ PSE ➤ SADS ➤ DIS ➤ PANNS ➤ CAARMS ➤ SIPS ➤ DIGS
Sustancias adictivas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DAST, AUDIT, PRIMS
Trastornos del comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A-D, STAXI-2, ADI-R (autismo)
Evaluación de inteligencia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Test de matrices progresivas de Raven ➤ D-48, D-70, TIG-1, TIG-2, Beta III, Naipes "G" (evaluación)
Escalas de inteligencia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ WAIS III, WISCIV, MSCA, K-ABC, K-BIT, RIAS, RITS, PMA, TEA, DAT-S, TRASI, PORTEUS, TONI-2
Técnicas proyectivas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicodiagnóstico de Rorschach ➤ TAT, HTP (dibujo de figuras humanas) ➤ T2F ➤ Test del dibujo de la familia
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> ➤ HRSD, BDI, BDI-II, SDS, HS (suicidio)
Simulación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SIRS
Diagnóstico de imágenes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TAC, EEG, RM
Análisis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sangre, orina, cabello, heces, fluidos.

CONCLUSIONES

Desde una observación inductiva, contrastando la realidad de las temáticas abordadas en el presente texto, confirmamos la hipótesis del avance asimétrico, por un lado exponencial y dinámico de las neurociencias y la psiquiatría—en especial en las últimas décadas—a su vez, la actitud conservadora del legislador en regular la realidad expuesta ante las nuevas evidencias generadas por las ciencias médicas.

La ley puede ser definida desde múltiples perspectivas; ya sea como “la expresión máxima del derecho”, como “una de las fuentes del derecho” o, con mayor propiedad, conceptualizado por el iusnaturalismo: “ordenamiento de la razón orientado hacia el bien común, cuya promulgación corresponde a la autoridad legítima”.

Por lo expuesto, no debe extrañarnos una mayor dinámica e impulso normativo ante el arrollador avance de la ciencia y, por ende, del conocimiento de la realidad, entendiendo la ciencia como el estudio de la realidad según sus causas (final, material, causal y formal).

La mayoría de las recomendaciones que proponemos estarán orientadas esencialmente al cambio de la normativa positiva penal, administrativa y tributaria del ordenamiento jurídico del Perú, en concordancia a las innovaciones de las neurociencias, así como de las nuevas clasificaciones y diagnósticos de los textos y manuales internacionales de la OMS.

1. MODIFICACIONES AL ART. 20, INC. 1 DEL CÓDIGO PENAL

Proponemos la modificación del actual artículo 20, inciso 1 del código penal peruano de 1991, cuyo texto actual es el siguiente:

“Esta exonerado de responsabilidad penal: Inc. 1. El que por anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia o por sufrir alteraciones en la percepción, que afectan gravemente su concepto de la realidad, no posea la facultad de comprender el carácter delictivo de su acto o para determinarse según esta comprensión”.

➤ PROPUESTA ALTERNATIVA DEL ART. 20 INC. 1 DEL CÓDIGO PENAL

“Está exento de responsabilidad penal: Inc. 1- el que por trastorno mental que afecta gravemente su juicio de la realidad y estando incapacitado de comprender la ilicitud de su acto o para determinarse según esta comprensión, realiza un acto delictivo de forma concurrente y en relación causal con los hechos. El trastorno mental agudo no eximirá de responsabilidad penal cuando haya sido provocado por el propio sujeto con el propósito de cometer el delito o provocar el mismo.”

Por tanto, los cambios sugeridos, son los siguientes:

➤ TRASTORNO MENTAL POR ANOMALÍA PSÍQUICA

Durante el devenir de la historia a las personas con psicopatologías se les ha adjetivado de diferente manera: enajenado, loco, orate, oligofrénico, imbecil, etc. Por ser carentes de la capacidad cognitiva y volitiva para obrar según los cánones sociales, afectando bienes jurídicos tutelados. En la actualidad, las herramientas de valoración de los instrumentos de clasificación estándar de enfermedades (CIE-10/OMS/2003), y el manual de diagnóstico de psicopatologías (DSM-V/AAP/2013), utilizan en ambos casos la denominación de trastorno mental al conjunto de síndromes (signos y síntomas), así como al contexto de enfermedades clínicamente significativas asociadas a un deterioro de una o más áreas de funcionamiento de la capacidad de la persona. A lo expuesto, y luego de 28 años de su inclusión en el actual código penal, el concepto de anomalía psíquica deviene en anacrónica.

➤ RETIRAR GRAVES ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA Y PERCEPCIÓN

Ambas facultades ejecutivas cerebrales tienen una importancia superlativa; sin embargo, no son las únicas, tal como lo hemos analizado convenientemente. Además, Las psicopatologías de la conciencia y de la percepción son trastornos mentales *per se*.

La inteligencia (bajo coeficiente intelectual – CI), memoria (demencias), orientación y atención (estado de vigilancia o aurosal), afectividad (trastorno bipolar, depresión, etc.), pensamiento, lenguaje y voluntad, también son facultades ejecutivas cerebrales y su inclusión sería innecesaria dado que sus psicopatologías graves y alteraciones constituyen

también trastornos mentales y, en la mayoría de los diagnósticos, inclusive de carácter clínico, se determina la comorbilidad en el deterioro o alteración de varias facultades en simultáneo.

La sola denominación de trastorno mental grave es inclusivo de la totalidad de los síndromes y las enfermedades que pueden desencadenar en una causal de inimputabilidad.

➤ TRASTORNO MENTAL CONCURRENTE AL HECHO DELICTIVO

Las causas de inimputabilidad dispuestas por los trastornos mentales conforme al Art. 20 inc. 1 del código penal son aquellas cuyo cuadro agudo o crónico se manifiesta de forma simultánea al hecho delictivo.

Cuando el trastorno mental sobreviene con posterioridad al hecho, es materia de regulación del Código Procesal Penal, o del Código de Ejecución Penal y su reglamento, así como en los casos en los que el trastorno se manifiesta en la etapa de ejecución de sentencia. En estos dos últimos casos, el código penal no tiene injerencia alguna y, por tanto, no son materia del presente estudio.

➤ DEBE EXISTIR RELACION CAUSAL DEL TRASTORNO MENTAL Y EL HECHO MATERIA DE IMPUTACIÓN

➤ INCLUIR EL PRINCIPIO “ACTIO LIBERA IN CAUSA”

Conforme se aprecia en la legislación comparada, este principio debería ser incorporado al artículo 20 inc. 1 mediante el cual no será eximido de responsabilidad aquel sujeto que se haya provocado un trastorno mental agudo (ingerir alcohol y/o drogas para robo agravado), con el propósito de cometer delito o prever su comisión.

➤ ANTIJUDICIDAD

Se debe mantener el concepto por el cual el imputado carece de la capacidad para comprender la ilicitud de su acto (formal y material) y actuar conforme al estado de trastorno mental en detrimento de un bien jurídico protegido.

➤ MANTENER EL MÉTODO BIOLÓGICO-PSICOLÓGICO

2. PARAFILIAS (NECROFILIA)

Siempre abordar los trastornos mentales parafilicos o sexuales ha sido, y será, un tema controversial. En muchas oportunidades contiene una alta variable subjetiva, ya que constituyen prácticas “anormales” para lograr la estimulación sexual según las costumbres, parámetros sociales y valores cuyos límites o bordes varían en el tiempo.

De las decenas de prácticas parafilicas, en la legislación penal peruana, solo cuatro trastornos están tipificados como delito:

- Exhibicionismo (CIE-10/F65.2), Art. 183
- Frotteurismo (CIE-10/F65.81). Art. 183
- Pedofilia (CIE-10/F65.4), Art. 183 A y B
- Necrofilia (CIE-10/F65.89), Art. 318

En este último caso, la tipificación es algo ambigua, ya que la normativa no resulta clara y en derecho penal no hay analogía y se debe respetar el principio de legalidad según el título preliminar del Código Penal.

Actualmente el Art. 318 está redactado en cuanto a la necrofilia de la siguiente forma:

“Será reprimido con pena privativa no mayor de dos años: inc. 1- el que profana el lugar donde reposa un muerto o públicamente lo ultraja”

➤ PROPUESTA ALTERNATIVA DEL ART. 318 DEL CÓDIGO PENAL

*“Será reprimido con pena privativa no mayor de dos años: inc. 4:
El que realiza un tocamiendo indebido o acto sexual a un cadáver humano.
La pena será el doble cuando el autor sea propietario administrador,
trabajador o vigilante de un centro de salud, clínica, hospital, morgue,*

cementerio, así como establecimientos de servicios funerarios públicos o privados.”

El vocablo “ultrajar” tiene diversas acepciones y, por tanto, se encuentra en variados artículos del código penal: delito de injuria (Art. 130), ultraje a un estado extranjero (Art. 335) o ultraje a los símbolos y valores patrios (Art. 344). Por lo expuesto, sugerimos incluir en el art. 318 del código penal, sobre la ofensa a la memoria de los muertos, un inciso cuarto, el cual consigne claramente que aquel que realiza un tocamiento indebido o acto sexual realizado a un cadáver (necrofilia), está penado conforme a ley, más aun con el agravante si el autor de la referida ofensa tiene la condición de propietario, administrador, trabajador o vigilante de un centro de salud, clínica, hospital, morgue, cementerio, así como establecimientos de servicios funerarios públicos o privados.

En el caso de otras parafilias, como por ejemplo escatología telefónica (llamadas obscenas), zoofilia (sexo con animales) de mayor incidencia en zonas rurales, coprofilia (heces), urofilia (orina), clesmafilia (enemas), fetichismo (uso de objetos inanimados), sado-masoquismo, entre otras, no tienen connotación delictiva en cuanto no afectan derechos de terceros y sean consensuados (obviamente con la excepción de la zoofilia).

3. MANIPULACIÓN GENÉTICA

La clonación o manipulación genética de organismos humanos está claramente tipificado en el Art. 324 del Código Penal, el cual actualmente estipula:

“Toda persona que haga uso de cualquier técnica de manipulación genética con la finalidad de clonar seres humanos, será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de seis ni mayor de ocho años e inhabilitación conforme al Artículo 36, incisos 4 y 8.”

Sin embargo, hemos abordado de forma amplia la clonación donde se ha aclarado la errada percepción de que su finalidad es crear individuos humanos como copia fiel de otro como única finalidad.

La clonación tiene múltiples y positivas aplicaciones en el desarrollo de la genética, medicina y, especialmente, las neurociencias en un futuro cercano. Lo importante para la ciencia no está centrado en la clonación de organismos humanos, sino de células en su reproducción, tejido nervioso y órganos para trasplantes.

La clonación de neuronas (células) puede generar nuevos procesos para revertir enfermedades como el Alzheimer o el Parkinson, que son neurodegenerativas y finalmente son factores de alto índice de demencia.

La clonación de órganos humanos para autotransplantes, en un país como el Perú, donde existe la increíble tasa de dos personas donante por millón de habitantes, clonar riñones para evitar la diálisis, corazones para trasplante, hígados con avanzada cirrosis, entre otros, sería un avance espectacular, con el adicional factor positivo que, siendo las células del propio individuo beneficiario, no existirá casi la probabilidad de rechazo, ni recurrir a cadáveres, donantes, o tráfico de órganos (mafias internacionales).

La clonación de tejidos y piel sería de excelente aplicación al igual que algunos órganos externos, para realizar cirugías reconstructivas. Según algunos científicos genéticos, esta próxima década será el inicio de la “medicina personalizada a nivel molecular”.

Dados los argumentos expresados, consideramos oportuno aclarar en el propio Art. 324 del Código Penal, la prohibición de la clonación de organismos humanos (que condenamos legal y bio-éticamente). Sin embargo, dejando constancia de que no es punible la clonación de células neuronales, tejidos nerviosos, órganos para autotrasplante, u otras figuras similares a futuro.

El legislador se debe adelantar al avance científico y evitar caer en los errores del pasado, donde, por falta de una clara legislación en el ámbito de la medicina de fertilidad asistida, tanto en bancos de semen, como de ovarios, generan diversas controversias cuando médicos de forma dolosa trafican con la ulterior venta sin fiscalización del MINSA o SUSALUD.

Asimismo, no se debe olvidar el último episodio generado con una pareja chilena que fue denunciada de forma errónea por supuesto caso de tráfico de personas, cuando era un caso

no legislado (vacío legal) de embarazo en vientre de alquiler de ovulo fecundado por espermatozoide del varón de la relación conyugal, con el consentimiento y apoyo de la esposa.

La ciencia avanza y muchas veces el legislador no comprende la importancia de no dejar vacíos normativos. Por tanto, se propone que el Art. 324 del Código Penal peruano sea reemplazado por lo siguiente:

➤ PROPUESTA ALTERNATIVA DEL ART. 324 DEL CÓDIGO PENAL

“Toda persona que haga uso de cualquier técnica de manipulación genética con la finalidad de clonar seres humanos, será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de seis ni mayor de ocho años e inhabilitación conforme al Artículo 36, incisos 4 y 8. No es punible la clonación de células, tejidos nerviosos y órganos humanos para fines de autotrasplante.”

4. INCESTO Y CRIBADO GENÉTICO

Uno de los actos delictivos más pueriles son los relacionados a la violencia contra la mujer y el entorno familiar, entre ellos la violación sexual de una menor de edad, con el agravante de tener vínculo de parentesco con su agresor, según lo contemplado en los artículos 170 (inc. 3) y 173 del Código Penal.

Podríamos evaluar las consecuencias genéticas a propósito de las referidas relaciones sexuales producto de la violación e intimidación con un menor de edad hasta un tercer grado de consanguinidad (lamentable hecho que constituye un alto porcentaje en nuestro país). Sin embargo, nos vamos a referir exclusivamente a aquellos casos donde el vínculo es de primer grado (padre/hija, hermano/hermana). En ambos casos, según lo hemos referido, se dan las siguientes potenciales consecuencias:

- 40% de “anomalía significativa” en el hijo producto del incesto
- 12% de trastorno autosómico recesivo (AR)
- 16% de “anomalía congénita”
- 10-15% deficiencia cognitiva severa

Por lo expuesto, consideramos que el Ministerio Público, adicional al justo pedido de cadena perpetua, debe solicitar la realización de un cribado genético de forma obligatoria (al nonato o al neonato). Es importante resaltar que salvo algunas comunidades endogámicas, por razones religiosas, o minorías en zonas específicas, los estudios antropológicos establecen el rechazo de la práctica incestuosa en la vida social, al ser antinatural y es involutiva al mestizaje genético.

5. LESIONES EN EL CUERPO O LA SALUD DEL CONCEBIDO

En el caso que una mujer en estado evidente de gestación se encuentra expuesta a algún teratógeno (factores ambientales a los que se expone una mujer en gestación de manera adversa al desarrollo del nonato) tales como: consumo de alcohol (etanol), inhalantes tóxicos, consumo de drogas ilegales (cocaína, LSD, cannabis, éxtasis, etc.) o cigarrillos, la autoridad policial debe actuar inmediatamente ante la flagrancia de los hechos.

El Art. 124-A del Código Penal es concluyente:

“El que causa daño en el cuerpo o la salud del concebido, será reprimido con una pena privativa de la libertad no menor de un año ni mayor de tres”.

La referida pena es inclusive mayor a lo dispuesto en los casos de aborto sentimental (violación) y eugenésico (graves taras físicas y /o psíquicas del nonato) que es de tres meses, conforme a lo previsto en el Art. 120 del Código Penal.

La actuación policial al momento de la intervención debe trasladar en primer término a la mujer gestante al centro de salud, clínica u hospital más cercano para efectos de desintoxicación y evaluar la condición fetal y posteriormente disponer la entrega de la detenida al Ministerio Público.

Como información adicional debemos resaltar que el consumo del alcohol (etanol) puede inducir en un 33% de posibilidades el grave síndrome del alcoholismo fetal, lo cual se verifica con un cribado genético en suero materno. Dicho síndrome puede ocasionar retraso mental, discapacidad del desarrollo neurológico, microcefalia, anomalías estructurales, etc. Los estudios actualizados refieren que en ningún momento del embarazo está recomendado el consumo de bebida alcohólica.

Al igual que con el caso del menor de edad, se debe prohibir la venta de cigarros y bebidas alcohólicas a las mujeres gestantes.

6. INCORPORACIÓN DEL ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL (ECI) AL CODIGO PROCESAL CONSTITUCIONAL

Luego del análisis del caso de habeas corpus y la respectiva sentencia vinculante del Tribunal Constitucional, en referencia a las personas declaradas absueltas por la comisión de algún delito por su condición de inimputable por trastorno mental (ej. Esquizofrenia paranoide), pero que en la resolución judicial se le impone como medida de seguridad—dada su peligrosidad—el internamiento en un hospital psiquiátrico, en la realidad la mayoría de los casos terminan reclusos en centros penitenciarios ordinarios ante la carencia de condiciones y espacio para recibirlos en los centros especializados. Ello constituye, en la práctica, la violación masiva y generalizada de diversos derechos constitucionales que afecta a un número creciente de inimputables que se encuentran, de forma irregular, en los establecimientos penitenciarios—desacatándose de forma manifiesta los mandatos judiciales.

Consideramos que si bien el Tribunal Constitucional en el año 2008 declaró, para el presente caso, el Estado de Cosas Inconstitucional (ECI), y en otras escasas oportunidades, la importancia de la misma, el cumplimiento y ejecución es deficiente. Por ello, proponemos que el ECI (figura jurídica tomada de la Corte Constitucional Colombiana) debe ser incorporada al Código Procesal Constitucional, estableciendo claramente sus procesos, consecuencias y plazos para el cumplimiento de la sentencia del Tribunal Constitucional.

El actual procedimiento es etéreo y se le transfiere de la Defensoría del Pueblo su aplicación, aun cuando esta carece de facultades correctivas, como podemos observar en la Jurisprudencia comentada.

7. PERITAJES

Conforme podemos advertir en la mayoría de los casos, los peritajes psiquiátricos realizados son esencialmente transversales; esto es, fundamentalmente una fotografía del momento, que en todos los casos se desarrolla con posterioridad al hecho delictivo, con el propósito de establecer las condiciones psíquicas del procesado. Sin embargo, el error radica en el hecho de

aplicar retroactivamente al momento del hecho delictivo, la condición mental del sujeto activo. Esto sucede con frecuencia en el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, tal como ha sido evaluado.

En muchos casos, el trastorno mental puede ser post-traumático, gatillado por el hecho o la ocurrencia del delito, no siendo por tanto eximente de responsabilidad penal el imputado. En atención a lo antes descrito, se sugiere que las partes de la defensa técnica y del agraviado puedan designar perito de parte, conforme lo dispone el Art. 177 y 179 del Código Procesal para la realización de un correcto diagnóstico longitudinal del procesado.

Es fundamental acreditar la concurrencia y relación de causalidad del trastorno mental y del delito, ingesta de medicamentos, antecedentes psiquiátricos, entre otros aspectos, para evitar también la simulación, mediante entrevista y test semi-estructurados.

Otro elemento importante en la práctica es exigir que la toma de muestra para el dosaje etílico y/o toxicológico, sea tanto de sangre como de orina. Esto con el propósito de poder solicitar en el plazo de ley las contrapruebas correspondientes. En algunos casos, los investigados invocando tener una fobia al uso de agujas, evitan el análisis de sangre, lo cual es permitido por la autoridad, lo cual reduce, significativamente, las posibilidades de una adecuada contraprueba y, a su vez, ser exigentes en confirmar a la hora de la toma de la muestra en el caso de tener que aplicar la fórmula de WIDMARK.

8. REGISTRO DE CONDENAS

La reciente publicación de la ley 30901 el pasado sábado 29 de diciembre 2018, constituye un paso importante en la identificación y registro de condenas de aquellas personas sentenciadas por diversos delitos contra la libertad personal, sexual, ofensas al pudor de menores de edad y mujeres, estableciendo de forma definitiva su inhabilitación en realizar actividades relacionadas con menores de edad.

Sin embargo, nos permitimos incorporar dos elementos que nos parecen importantes en una reforma parcial de la norma legal recientemente publicada:

- Adicional a los nombres y apellidos de los sentenciados, su DNI (incluye huellas y fotografía), nacionalidad, delito y número de expediente, se debería obtener una muestra de su ADN, con el propósito de conformar un banco de datos de ADN a cargo de la PNP o de la Fiscalía (Medicina Legal), para futuras investigaciones.
- En el caso de personas que sufren trastornos mentales severos, son absueltas y, por tanto no condenadas, estableciendo medidas de seguridad como internamiento o tratamiento ambulatorio dependiendo de su peligrosidad. Por ello, estarían excluidos del referido registro de condenas y muchos de ellos son depredadores sexuales que deben ser permanentemente monitoreados. Consideramos importante incluirlos en la referida norma para evitar actos delictivos que quedarían nuevamente impunes por la condición psíquica de su autor.

9. TEST PROSPECTIVOS

Consideramos de interés reproducir en parte la conclusión 13 de nuestro último libro “Yawar LLacta (la sangre del pueblo)”, cuyo tenor señala:

“Un claro efecto de nuestra informalidad fue el hecho que nunca se realizó a los internos por terrorismo una evaluación con métodos paraclínicos de diagnóstico psiquiátrico, para conocer su estructura de personalidad, motivaciones, rendimiento intelectual o estructura lógica y así tener en claro diagnósticos del nicho donde infiltrar el trabajo preventivo. Solo bastaba con hacer una técnica proyectiva (a pesar de sus limitaciones) del Psico diagnóstico de Rorschach, bajo los sistemas de evaluación Bohm o Exner. En todo caso, se pudo haber realizado tests estructurados, semi estructurados o libres para cumplir dicho propósito. Hoy seguimos caminando a oscuras esperando reaccionar a las acciones subversivas. Valdría la pena resaltar, en este punto, un hecho que expone la precariedad en el enfoque integran de la criminología y la política penitenciaria en nuestro país. Los establecimientos penitenciarios cuentan con profesionales psicólogos para el proceso de evaluación (Progresión y Regresión), así como informar a las autoridades judiciales el estado del interno, en cuanto su rehabilitación y readaptación, para acceder a diversos beneficios penitenciarios. Sin embargo, para la totalidad de prisiones del Perú, que congregan casi 90,000 internos, solo hay actualmente 1 (un) solo psiquiatra para tratar los diferentes

trastornos o síndromes psicopatológicos que aquejan a la población penal. Esto es realmente inaudito y debería involucrar mucho mayor esfuerzo del MINJUS (Ministerio de Justicia) y del INPE (Instituto Nacional Penitenciario), para revertir esta carencia de cobertura en salud mental.”

Lo antes expuesto, no pretendo establecer de ningún modo la inimputabilidad de los elementos de Sendero Luminoso, sino la importancia de utilizar todas las herramientas disponibles para establecer técnicas proyectivas para evitar que el Estado peruano este rezagado en la lucha anti-subversiva.

10. TRASTORNO MENTAL Y VACANCIA PRESIDENCIAL

En el marco de las investigaciones parlamentarias del llamado caso “Lava Jato”, relacionado con la entrega de contraprestación económica o contratación de empresas relacionadas con personajes que ocuparon cargos públicos en nuestro país, se acredita que la empresa brasileña ODEBRECHT requirió los servicios de asesoría de estructuración financiera de una empresa cuyo único accionista es el ex presidente Pedro Pablo Kuczynski.

Luego de haberlo negado en la primera instancia, el señor ex presidente aceptó dicha relación contractual, lo cual motivó que la mayoría parlamentaria en conjunto con otras fuerzas políticas de oposición, presentaran una moción de vacancia presidencial al amparo del Art. 113 de la Constitución Política del Perú, la cual señala:

“La Presidencia de la República vaca por: Inc. 2—Su permanente incapacidad moral o física declarada por el Congreso.”

Como es de conocimiento público, no prosperó la moción de vacancia, por tanto fue desestimada. Sin embargo, el tema de interés para nuestro propósito radica en el hecho que la defensa técnica del expresidente argumentó que la acepción moral descrita en dicho artículo constitucional se refería a una incapacidad psíquica permanente y no una valoración ética del desempeño en el cargo.

Dicha argumentación, a nuestro criterio, no es correcta. Sin embargo, evidencia un vacío legal que debe ser resuelto por el parlamento a la brevedad posible, o mediante interpretación del mismo por el Tribunal Constitucional.

En el caso de la suspensión temporal según el Art. 114 de la Constitución, el tema es más genérico, por tanto, calza tanto la razón moral y psíquica, sin problema alguno; es decir:

“sobre la suspensión del ejercicio de la Presidencia: Inc. 1—Por incapacidad temporal del Presidente declarada por el Congreso”

Por lo expuesto, consideramos que hay dos posibles opciones para resolver esta omisión en la causal de vacancia presidencial:

- 1) Adicionamos al Art. 113, inc.2 la permanente incapacidad por trastorno mental severo, ó
- 2) Mantener el referido inciso la fórmula utilizada en el inc. 1 del Art. 114 de forma genérica, con la salvedad que es permanente e intratable clínicamente.

Consideramos la necesidad de promulgar una ley de desarrollo constitucional que establezca los mecanismos y periodicidad con la cual el señor Presidente de la República y otros funcionarios o autoridades electas deben ser sometidos durante el mandato a evaluación psiquiátrica y toxicológica, conforme a ley.

En el caso que de las referidas autoridades sean diagnosticadas con trastornos mentales de ansiedad, obsesivo-compulsivo (TOC), fobias, estrés agudo, sueño, humor, entre otros, estos pueden ser correctamente diagnosticados y cuya medicación apropiada con fármacos psicotrópicos psicolípticos (sedantes) estabilizadores del humor o psicoanalépticos (estimulantes) les permitiría seguir ejerciendo sus funciones sin problema alguno.

➤ ACTUAL ART. 113 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ

“La Presidencia de la República vaca: inc. 2: Su permanente incapacidad moral o física, declarada por el congreso”.

➤ PROPUESTA ALTERNATIVA DEL ART. 113

“La Presidencia de la República vaca: inc. 2: Su permanente incapacidad moral, física o trastorno mental severo, declarada por el congreso”

BIBLIOGRAFIA

- AAVV “Learning disabilities in children: significancies of low-level lead exposure and confounding factors”. Acta Pediatric Scand, 1990, NY.
- AAVV “Manifestaciones cutáneas de las intoxicaciones por arsénico, plomo, mercurio y plata”. Editorial Glova S.L., 2014, Madrid.
- ACARIN, Nolasco. “El Cerebro del Rey”. RBA Libros, Barcelona 2015.
- AYMANI, M.N. “Psicopatología de la inteligencia”, en VALLEJO RUILOBA, J.
- BAARS, B. J. “Global Workspace theory of consciousness: Toward a cognitive neuroscience of human experience”. Program Brain, 2005.
- BALBUENA, A., CERVILLA, J. “Demencias”, en VALLEJO RUILOBA.
- BALLESTEROS, S. “Psicología General- un enfoque cognitivo para el siglo XXI”. Editorial Universitas, Madrid 2000.
- BERNARDO, M; BROGUE, M. “Esquizofrenia” en VALLEJO RUILOBA.
- BRADLEY SCHAEFER, G.; THOMPSON, James. “Genética Medica- un enfoque integrado”. Editorial McGrain-Hill, México, 2016.
- BRAIDOT, Néstor. “Como funciona tu cerebro- for dummies”. Grupo Planeta, Bogotá, 2013.
- BULDENA, A. en VALLEJO RUILOBA
- CORDONER, N.; URRETA VIZCAYA. “Psicopatología de la memoria” en VALLEJO RUILOBA.
- CRESPO, J.M. “Psicopatología de la afectividad” en VALLEJO RUILOBA
- CARRASCO GÓMEZ Y MAZA MARTÍN. “Tratado de Psiquiatría legal y forense”. 4ª edición. La ley- Actualidad, Madrid, 2010.
- DEVIS ECHEANDIA, Hernando. “Tratado de la prueba judicial”. Tomo 2, Zavala Editores, Buenos Aires, 1988. www.blog.pucp.edu.pe
- EY, BERNARD, BRISSET. “Tratado de Psiquiatría”. Editorial Masson, Barcelona, 1965.
- FLORES PRADA, I. (Dir). “Trastornos mentales y justicia penal”. Editorial Aranzadi, Navarra, 2017.
- FOUCAULT, Michael. “Los Anormales”. Curso en el Colleague de France (1974.1975), Ed. Fondo de Cultura Económica. Cuarta reimpresión. Buenos Aires, 2007.}
- GARDNER, Howard. “Inteligencias múltiples”. Editorial Mirbet SAC. Lima 2012.

- GASTÓN, Fernando. “La Valoración de la prueba pericial sobre la inimputabilidad”. Escuela Jurídica, Madrid, 2008.
- GISBERT CALABURG, J. “Medicina legal y toxicología”. 6ª edición, Ed. Elsevier Masson, Barcelona 2004.
- GUAL, A; MONDON, S.; LOPEZ, M.; SOLER, C. “Alcoholismo” en VALLEJO RUILOBA
- KOURI, Alexander. “Jurisprudencia Constitucional y Gobernanza local y regional”. Editorial Kinkos, Lima 2017.
- LIPTON, Bruce. “La Biología de la Creencia”. Ed. Palmyra. Madrid.
- LOBO, A. “Manual de psiquiatría general”. Editorial Médica Panamericana, Madrid 2013.
- LE VAY, Simón. “El Cerebro Sexual”. Ed. Alianza Editorial S.A. Madrid, 1995.
- MICHIO Kaku. “El Futuro de nuestra mente”. Editorial Debate, Lima 2015.
- MEDINA Y MORENO. “La percepción y su psicopatología” en VALLEJO RUILOBA
- OPPENHEIMER, Andrés. “Creas o Morir”. Editorial Debolsillo, México, 2017.
- ORTEGA MONASTERIO, GOMEZ DURAN. “Psiquiatría jurídica y forense” en VALLEJO RUILOBA.
- OTERO, A. & GÓMEZ, E. “Conducta y patología sexual” en VALLEJO RUILOBA.
- LANGELUDEKE, Albrecht. “Psiquiatría Forense”. Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1973.
- POSNER, M.J.; ROTHBART. Construction neuronal theories of mind”. Bradford Book, MIT Pres, Cambridge, 1994.
- PIFARRÉ, J. “Trastorno del pensamiento y del lenguaje” en VALLEJO RUILOBA.
- PINTOR, L.; RODRIGUEZ-URRUTIA, A. “Psiquiatría de interconsulta y enlace” en VALLEJO RUILOBA
- ROJO SIERRA. “En torno a la conciencia humana”. Promolibro, Valencia, 1995.
- ROSENZWEIG, Mark & LEIMAN, Arnold. “Psicología fisiológica”. 2ª edición, Editorial McGraw-Hill, Madrid, 1997.
- SANTILLANA EDITORIAL. “Ciencias de la vida”. Buenos Aires, 1997.
- SERRALONGA, J. “Psicopatología de la memoria” en VALLEJO RUILOBA
- VALLEJO RUILOBA, J. (Dir.). “Introducción a la psiquiatría y psicopatologías”. 8ª edición, Editorial Elsevier Masson, Barcelona, 2016.

VIETA, E., GRANDE, I. “Trastornos bipolares y esquizofrénicos” en VALLEJO RUILOBA

NORMAS LEGALES Y CLASIFICADORES

CIE-10. Clasificador internacional estándar (OMS)

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ

CÓDIGOS PENALES (Perú, Alemania, Argentina, Colombia, Chile, Ecuador, México, Uruguay, España)

CÓDIGO PROCESAL PENAL PERUANO

CÓDIGO DE EJECUCION PENAL Y REGLAMENTO C.E.P. PERUANO

DSM-V

REVISTAS, WEB, TESIS UNIVERSITARIAS

AAVV “Intoxicación por plomo y otros problemas de salud en niños de poblaciones aledañas a relaves mineros”. Revista Médica Perú, Lima 2009.

AAVV “Trastorno Mental Severo”. Revista Gallega de Terapias Ocupacionales. TOG N°. 5, Febrero 2007. www.revistatog.com

AAVV. “El tratamiento del inimputable enajenado mental en el proceso penal chileno”. Revista de estudios de la Justicia (REJ), Santiago, N°. 10, 2008.

ASCIÓN, Ignacio. “Intoxicación por plomo en Pediatría”. Archivo Pediátrico Uruguayo, 2000, Montevideo.

BERRIOS, G.E. “Orientation failures in medicine and psychiatry: discussion paper”. J.R. Medic. 76.

BRENNER, KUKULL, VAN BELLE. “Relationship between cigarette smoking and alzheimer’s disease in a population-based case-control study”. Neurology, 1993.

CAMPOS PAEZ, Fabián. “La enfermedad mental en el derecho penal”. Manual de Gestión clínica y Sanitaria en Salud Mental, Madrid.

CIUDAD CABAÑAS, María José. “Estudio de los niveles de plumbemia en la comunidad autónoma de Madrid”. Tesis UCM, Madrid, 1998.

CORDOVA, Pablo. “Autonomía procesal del Tribunal Constitucional y Procesos Constitucionales”. Gaceta Constitucional, tomo 45, Lima, 2001.

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL.INDAGA. “Feminicidios en el Perú”. Boletín V, Lima, 2017.

DEMETRIO CRESPO, Eduardo. “La Actio Libera in Causa: Una excepción a las exigencia de la culpabilidad del hecho?”. Derecho y Sociedad, Lima, Julio 2008.

DONNA, Edgardo Alberto. “Capacidad de culpabilidad o imputabilidad”. Revista Jurídica de la Universidad de Palermo”. 1995.

FALLA, M.; ZAPATA, s. “Estado de cosas inconstitucional en el Perú, Análisis jurisprudencial y derecho comparado”. Jornada de Derecho Constitucional- Región Norte, Universidad Santo Toribio de Mogrovejo (USAM), Lima, 2014.

GONZALES-LUQUE, Javier; MONTEJO GONZALES, Luis. “Implicación del saturnismo en la psicopatología de Vincent Van Gogh”. Neurología Psiquiátrica, Salamanca 1999.

HERNÁNDEZ AVILA, M; ESPINOPZA LAIN, R.; CARBAJAL, L. “Estudio de plomo en población de Lima y Callao”. USAID, Lima 1999.

GAVIRIA TRESPALACIOS, Jaime. “La inimputabilidad: concepto y alcance en el código penal colombiano”. Revista colombiana de psiquiatría, suplemento N° 1, Vol. XXXIV, 2005.

NAKASAKI S., César. “El trastorno bipolar como causa de inimputabilidad”. d

NUÑEZ GAITAN Y LOPEZ MIGUEL. “Psicopatología y delincuencia”. Revista electrónica de ciencia penal y criminología, N°. 11, 2009.

REYES GARCIA, Elena. “Saturnismo en Cuba”. www.gramma.cu/gramma/salud/consultas

SENTENCIAS (jurisprudencia)

VASQUEZ ARMAS, Renato. “La técnica de la declaración del estado de cosas inconstitucional”. Revista IUS ET VERITAS, N°. 41, Lima.

VAN DER KULK, Bessel. “Dialogues in clinical neuroscience”. Editorial LAB, Les laboratoires Servier, Vol. 2, N°. 1, Paris, 2000

Páginas Web:

- https://www.google.com.pe/search?q=el+sistema+nervioso+humano&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjF-c6O5bPeAhURnlkKHxs4CRsQ_AUIDigB&biw=1584&bih=772#imgdii=op44zdgBSKAJcM:&imgsrc=Tcy57h1LmvZynM:

- https://www.google.com.pe/search?biw=1584&bih=772&tbm=isch&sa=1&ei=W0HbW56dKuvM5gLvwonwDg&q=el+cerebro+humano&oq=el+cerbro&gs_l=img.1.1.0i10k1I2j0i10i24k1I7.686192.688191.0.690395.11.9.1.0.0.0.269.1113.0j4j2.6.0....0...1c.1.64.img..4.7.1117...0j35i39k1j0i67k1j0i8i30k1j0i8i10i30k1j0i10i30k1.0.GqXZYT2Zsz4#imgrc=Den0R6v5MeNitM:
- https://www.google.com.pe/search?q=el+cerebro+humano&tbm=isch&tbs=rimg:CcOs2klwCOR3ljhmQS9K8ZD9kJ6BdD86Wp1eNto86_1kHDoCml0yoWZojTpuW1NDIKpusIFg-ppkPNFUOyFlcon_17zSoSCWZBL0rxkP2QEVL-IA7d2ApaKhIJnoF0PzpanV4RcAWiJrEFLUwqEgk22jzr-QcOgBGaBXPiez98EioSCaYjTKhZmiNOEf3j_11tNXBSdKhJm5bU0Mgqm6wRRm6nIZZHf6EqEgkgWD6mmQ80VRHJKjTk8WZhSoSCQ7IwVYif_1vNEYm6ZyX8BbtQ&tbo=u&sa=X&ved=2ahUKEwiN9tCW6bPeAhUOm1kKHcMkCuwQ9C96BAGBEs&biw=1584&bih=723&dpr=1#imgrc=jFjIVdeBcw3hgM:
- https://www.google.com.pe/search?biw=1600&bih=740&tbm=isch&sa=1&ei=3sDcW5KQG9Gu5wLXzamoBQ&q=neurona+transmision+del+impulso+nervioso&oq=neurona+transmision&gs_l=img.1.0.0.75560.80802.0.81461.19.13.0.3.3.0.276.1995.0j4j6.10.0....0...1c.1.64.img..6.13.2007...35i39k1j0i67k1j0i24k1.0.Z1WBWxkfZWc#imgrc=eV49XkwbqgCLuM:
- <http://es.nextews.com/ae49292c/>
- https://www.google.com.pe/search?q=tejido+nervioso&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjhoM2Y17beAhUpq1kKHUKdC-8Q_AUIDigB&biw=1600&bih=740#imgrc=komWWiEbGnA-uM:
- <http://www.psicomag.com/neurobiologia/LOS%20NEUROTRANSMISORES%20EN%20GENERAL.php>
- <https://www.google.com.pe/url?sa=i&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjsica397beAhUCk1kKHaa1AwlQjB16BAGBEAQ&url=https%3A%2F%2Fwebs.ucm.es%2Finfo%2Fgenetica%2FAVG%2Fpracticas%2Fcariotipo%2FcarioP.htm&psig=AOvVaw3YaQfbEVjg77oGnl-kf00Y&ust=1541290153395057>
- https://www.google.com.pe/search?tbm=isch&sa=1&ei=-bTkW5eNH07e5gLON4mwCQ&q=lobo+via+mesolimbica+dopamin%C3%A9rgica+%2B++circuito+cerebral+de+recompensa+pepel+fudamentl+en+las+drogodependencias&oq=lobo+via+mesolimbica+dopamin%C3%A9rgica+%2B++circuito+cerebral+de+recompensa+pepel+fudamentl+en+las+drogodependencias&gs_l=img.3...59274.72050.0.72388.33.28.0.0.0.0.277.2337.0j13j3.16.0...0...1c.1.64.img..20.0.0....0.XbAsSgfJBTI#imgdii=QkOOjE8jrMYuKM:&imgrc=g9PBDDClgPITpM:
- <https://pt.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>
- <https://www.elnuevodiario.com.ni/infografia/1445/>
- www.granma.cu/granmad/salud/consultas/s/c01.html

ANEXOS

Anexo 1—Glosario de términos

1	Acalculia	Falta de capacidad para realizar operaciones aritméticas.
2	Adicción	Enfermedad crónica del cerebro con recaídas. Se caracteriza por búsqueda contante y compulsiva del consumo inmediato de sustancias y/o drogas
3	Afasia	Deficiencias que afectan a las diversas modalidades del lenguaje.
	Agenesia	Falta de desarrollo de una estructura específica.
4	Agnosia	Deficiencia para reconocer situaciones, objetos o cosas.
5	Agudo	Enfermedad, trastorno o síndrome eventual o temporal.
6	Alelo(s)	Formas alternativas de un gen o una secuencia de un ADN en un locus particular.
7	Amnesias	Empobrecimiento de la capacidad cerebral afectando la memoria (NMESIAS) parcial o totalmente.
8	Anomalía congénita	Aquella anomalía que se observa en el recién nacido.
9	Apraxia	Deficiencia video-espacial, en la realización de maniobras aprendidas para manejar objetos u otras actividades.
10	Ataxia	Incapacidad para controlar los músculos.
11	Aurosal	Estado de vigilia
12	Autosoma (autosómico)	Vinculado con alguno de los 22 cromosomas numerales excepto el 23 (sexual).
13	Bipolar	Todo objeto o sustancia que tiene dos polos magnéticos de tipo opuesto.
14	Bucles	Constituyen “una unidad de conciencia” en la medición del nivel de conciencia.
15	Carcinógeno	Factor ambiental que induce la aparición del cáncer.

16	Cariotipo	Análisis Cromosómico Análisis citogenético para conocer el número y estructura de los cromosomas
17	Ciclos celulares	Interfase, profase, prometafase, metafase, anafase y telofase.
18	CIE	Clasificador de diagnóstico estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales. Se utiliza para convertir los términos diagnósticos de palabras a códigos alfanuméricos. Redactado por la OMS (Organización Mundial de la Salud).
19	CIE-10	Última publicación del CIE en 1992. El CIE-11 está próximo a su publicación.
20	Clonación	Elaboración de una copia exacta de algún elemento.
21	Coficiente de relación	Cálculo entre dos individuos para conocer el grado de consanguineidad.
22	Cribado genético	Búsqueda de personas sanas en una población específica que tengan algún cambio genético que cause o predisponga algún trastorno.
23	Cromosoma	Estructuras que albergan el ADN nuclear. El número normal es 46.
24	Crónico	Enfermedad, trastorno o síndrome de carácter permanente.
25	Despersonalización	Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego o ser observador externo del propio proceso mental o corporal (sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo).
26	Desrealización	Experiencia persistente o recurrente de una irrealidad del entorno.
27	Dismórfico	Literalmente de forma anormal.
28	DSM	Manual de diagnóstico redactado en 1994 por la American Psychiatric Association. Es un clasificador de trastornos mentales.
29	DSM-V	Es la quinta y última versión del DSM, publicado en el 2013.
30	Ectopia	Que aparece en el lugar equivocado.

31	Enfermedad	Trastorno de etiología conocida y proceso patofisiológico subyacente identificable.
32	Epigenésia	Modificación de la función de los genes sin cambiar secuencias.
33	Etiología	Origen o fuente de la patología.
34	E.P.T.	Evaluación Pericial Transversal Aquella cuyo ámbito de estudio se limita al estado mental del imputado al momento de la evaluación.
35	E.P. L.	Evaluación Pericial Longitudinal Aquella cuyo ámbito de estudio incluye los antecedentes, testimonios, historias clínicas, consumo de psicotrópicos, etc. del imputado
36	Exon	Parte del gen que codifican a un producto de proteína real.
37	Extravagante	Poco común o excesivamente original.
38	Farmacogenética	Medicina personalizada que utiliza datos genómicos para dirigir la solución y la dosis de fármacos.
39	Fenotipo	Presentación clínica o conductual de una variación genética de una persona.
40	Fondo común genético	Total de los genes en una población definida.
41	Fuga	Amnesia acompañada por un viaje repentino lejos del refugio de una persona.
42	Gametos	Ovocito o espermatozoide (cálculos germinativos AKA)
43	Gen	Unidad de herencia.
44	Genotipo	Información genética de una persona.
45	Grave	Síntomas aparecen en tres o más entornos.
46	Hereditario	Que se hereda o puede ser heredado a través de los gametos de los padres biológicos.

47	Juicio de realidad	Capacidad para reconocer la verdadera relación de las ideas y extraer conclusiones acertadas de una experiencia.
48	IMAO_s	Inhibidores de la monoaminooxidasa.
49	IRSN_s	Inhibidores selectivos de serotonina y noradrenalina / norepinefrina.
50	ISRN	Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina.
51	ISRS_s	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
52	Leve	Síntomas se limitan a un entorno de la vida.
53	Locus	Genético- es una posición o sitios específicos en un cromosoma.
54	Malformación	Anomalía del desarrollo durante la embriogénesis.
55	Mitosis	Proceso de duplicar cromosomas para replicar células somáticas.
56	Moderada	Síntomas aparecen en dos entornos (escuela, casa, trabajo, etc.)
57	Monogénico	Causado por un solo gen.
58	Muerte cerebral	Pérdida total de la conciencia, la motilidad, los reflejos, la sensibilidad y funciones vegetativas. Última fase de gravedad del coma.
59	Mutación	Cambio o desviación del código genético, a partir de una secuencia normal y natural.
60	(NASSA)	Fármacos noradrenérgicos, parcialmente serotoninérgicos.
61	Onírico	Del sueño o relacionado con las imágenes y sucesos que se imaginan mientras se duerme.
62	Patogenia	Proceso funcional de aparición de cualquier enfermedad.
63	Personalidad Esquizoide	Persona sin relaciones interpersonales o muy escasas. Carecen de afecto y tienen fuerte frialdad emocional.
64	Personalidad Esquizotípica	Comportamiento extraño, pensamientos distintos al común. Propensos a ser inducidos por sectas, brujería o adivinación.

65	Personalidad Paranoide	Personas muy sensibles y están a la defensiva. Desconfianza extrema hacia los demás.
66	Proteína	Sustancia bioquímica compuesta de hebras de aminoácidos.
67	Psicopatología	Enfermedad psíquica o mental.
68	Remisión parcial	Disminución parcial de un síntoma y/o enfermedad.
69	Remisión total	Desaparición de un síntoma en el curso de una enfermedad.
70	(RIMA)	Inhibidores reversibles de la MAO-A.
71	RNA	Ácido ribonucleico. Sustancia bioquímica que participa en varios procesos genéticos.
72	Síndrome	Conjunto o agrupaciones de signos y síntomas que se presentan simultáneamente de forma repetitiva
73	Telómero	Parte final del cromosoma compuesto de secuencias repetitivas de nucleótidos.
74	Teratógeno	Agente capaz de inducir una o más malformaciones en un embrión en desarrollo.
75	Test estructurados	Son entrevistas específicamente diseñadas con un propósito; por tanto, tienen un guion definido.
76	Test semi-estructurados	Son aquellas que permiten al peritado expresarse con libertad, aunque sin perder control de la entrevista.
77	Trastorno	Síndromes clínicamente significativos asociados a un deterioro en una o más áreas de funcionamiento.
78	Trastorno disfórico Sexual (género)	Marcada incongruencia entre el género que se siente el individuo y el asignado al nacer, lo cual condiciona un grado extremo de malestar y deseo de modificarlo.
79	Trastorno disociativo	Trastorno de personalidad múltiple.

80	Trastorno parafílico	Comportamientos u obtención de placer ante estímulos que se apartan de lo considerado sexualmente normal.
81	Trisomía	Tiene tres copias de un cromosoma.

Anexo 2—Caso 1: Alcoholismo etílico agudo, robo agravado

ETIOLOGÍA	Ingesta de sustancia – alcohol etílico agudo
PROCESADO	Víctor Alberto Cotaquispe
DELITO	Patrimonio (robo agravado)
SALA DE ORIGEN	Tercera sala penal superior de Lima de reos en cárcel (9/1/2014)
SALA REVISORA	Sala Penal Transitoria de la Corte Suprema
EXPEDIENTE	1377-2014 (9/7/2015)



CORTE SUPREMA
DE JUSTICIA
DE LA REPÚBLICA

SALA PENAL TRANSITORIA
R. N. N.º 1377-2014
LIMA

Inimputabilidad por grave alteración
de la conciencia

Sumilla. La grave alteración de la conciencia que se presenta por ingestión de sustancias como el alcohol, debe adquirir tal profundidad que afecte la facultad de comprender el carácter delictuoso del acto, para que constituya causa legal de exención de responsabilidad penal.

Lima, nueve de julio de dos mil quince.

VISTO: el recurso de nulidad formulado por don Víctor Alberto Cotaquispe Valerio (folio doscientos setenta y cinco), con los recaudos adjuntos. Oído el informe oral. Interviene como ponente en la decisión el señor Salas Arenas, Juez de la Corte Suprema.

1. DECISIÓN CUESTIONADA

La sentencia de nueve de enero de dos mil catorce (folio doscientos sesenta y cuatro), emitida por la Tercera Sala Penal para Procesos con Reos en Cárcel, de la Corte Superior de Justicia de Lima, que condenó al recurrente Cotaquispe Valerio, como autor del delito contra el patrimonio, en la modalidad de robo agravado, en perjuicio de don Edson Joel Nández Pérez, y se le impuso doce años de pena privativa de libertad, con lo demás que contiene.

2. SÍNTESIS DE LOS AGRAVIOS

El encausado Cotaquispe Valerio cuestionó la sentencia y alegó que:

2.1. No se consideró que al momento del evento delictivo el recurrente se encontraba en estado de ebriedad absoluta; con grave alteración de la conciencia, lo que no le permitió conocer el carácter antijurídico de su acto; por lo tanto, debió eximirse de responsabilidad penal.

2.2. Además, se le recortó el derecho de defensa, ya que durante su manifestación policial no fue asistido por su abogado defensor; en consecuencia, su declaración preliminar carece de valor probatorio.



**CORTE SUPREMA
DE JUSTICIA
DE LA REPÚBLICA**

**SALA PENAL TRANSITORIA
R. N. N.º 1377-2014
LIMA.**

VIA

3. SINOPSIS FÁCTICA SEGÚN LA IMPUTACIÓN

El veinte de octubre de dos mil doce, cuando el agraviado se encontraba en una tienda (establecimiento de venta de alimentos al menudeo) ubicada en el Asentamiento Humano San Fernando, en el distrito de San Juan de Lurigancho, a dos calles de su domicilio; fue interceptado por el encausado quien lo sujetó por el cuello bajo la modalidad de "cogoteo"¹, y con un trozo o pico de botella lo amenazó y lo sacó de la tienda, conjuntamente con la persona conocida con el apodo de "Pollo". Entre ambos lo condujeron a su vivienda (de Cotaquispe Valerio, ubicada a dos puertas de la tienda); allí lo despojaron de su celular marca Nokia y amenazaron para que no denuncie el hecho; después lo expulsaron a la calle; por tal motivo, el agraviado optó por dirigirse a su domicilio y posteriormente denunció el robo en la dependencia policial.

4. OPINIÓN DE LA FISCALÍA SUPREMA PENAL

Mediante Dictamen N.º 978-2014-1ºFSP-MP-FN (folio dieciocho, del cuadernillo formado en esta instancia), la Primera Fiscalía Suprema en lo Penal opinó que se debe declarar no haber nulidad en la sentencia recurrida; por cuanto la hipótesis inculpatoria contra el procesado por la comisión del precitado delito, así como respecto a su responsabilidad penal, quedaron acreditadas. Por lo tanto, los argumentos esgrimidos en el recurso impugnatorio no tienen sustento; por lo tanto, lo resuelto se encuentra arreglado a ley.

CONSIDERANDO

PRIMERO: ANÁLISIS DE LA VIGENCIA DE LA ACCIÓN PENAL

En consideración a la imputación penal, los hechos materia del presente proceso ocurrieron en octubre de dos mil doce; y en atención a la pena conminada para el delito materia de acusación fiscal y a lo previsto en el artículo ciento ochenta y ocho, e incisos tres y cuatro, del artículo ciento ochenta y nueve, del Código Penal, a la fecha, la acción penal se encuentra vigente.

¹ Entiéndase el "cogoteo" como "acogotar"; según la Real Academia Española de la Lengua esto es: "Derribar o vencer a alguien sujetándolo por el cogote".



CORTE SUPREMA
DE JUSTICIA
DE LA REPÚBLICA

SALA PENAL TRANSITORIA
R. N. N.º 1377-2014
LIMA

SEGUNDO: SUSTENTO NORMATIVO

2.1. El artículo ciento ochenta y ocho, concordado con los incisos tres y cuatro, del primer párrafo, del artículo ciento ochenta y nueve, del Código Penal, modificado por Ley N.º 29407, sanciona con pena privativa de libertad no menor de doce ni mayor de veinte años, cuando el robo es cometido a mano armada y con el concurso de dos o más personas.

2.2. El inciso uno, del artículo veinte, del citado Código Sustantivo, exime de responsabilidad penal, por inimputabilidad, el que por anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia o por sufrir alteraciones en la percepción, que afecten gravemente su concepto de la realidad, no posea la facultad de comprender el carácter delictivo de su acto o para determinarse según esta comprensión.

2.3. El anexo "Tabla de Alcoholemia", forma parte de la Ley N.º 27753, donde se establece valores referenciales para determinar los niveles de ingesta de alcohol por una persona, y aparece textualmente del modo siguiente:

1er. Periodo: 0.1 a 0.5 g/l: subclínico
No existen síntomas o signos clínicos, pero las pruebas psicométricas muestran una prolongación en los tiempos de respuesta al estímulo y posibilidad de accidentes. No tiene relevancia administrativa ni penal.
2do. Periodo: 0.5 a 1.5 g/l: ebriedad
Euforia, verborragia y excitación, pero con disminución de la atención y pérdida de la eficiencia en actos más o menos complejos y dificultad en mantener la postura. Aquí está muy aumentada la posibilidad de accidentes de tránsito, por disminución de los reflejos y el campo visual.
3er. Periodo: 1.5 a 2.5 g/l: ebriedad absoluta
Excitación, confusión, agresividad, alteraciones de la percepción y pérdida de control.
4to. Periodo: 2.5 a 3.5 g/l: grave alteración de la conciencia
Estupor, coma, apatía, falta de respuesta a los estímulos, marcada descoordinación muscular, relajación de los esfínteres.
5to. Periodo: niveles mayores de 3.5 g/l: Coma
Hay riesgo de muerte por el coma y el paro respiratorio con afección neurológica, bradicardia con vaso dilatación periférica y afección intestinal.



CORTE SUPREMA
DE JUSTICIA
DE LA REPÚBLICA

SALA PENAL TRANSITORIA
R. N. N.º 1377-2014
LIMA

2.4. El artículo setenta y tres, del Código Penal, dispone que las medidas de seguridad deben ser proporcionales con la peligrosidad delictual del agente, la gravedad del hecho cometido y las que probablemente cometerá si no fuese tratado.

2.5. El artículo doscientos ochenta y cuatro, del Código de Procedimientos Penales, establece los presupuestos absolutorios.

TERCERO: ANÁLISIS JURÍDICO FÁCTICO

3.1. El agraviado refirió la forma y circunstancias de cómo fue víctima de robo por parte del encausado y otro apodado como "Pollo", a escala preliminar (folio ocho) y de instrucción (folio ciento veintisiete) señaló que el sentenciado lo tomó por la espalda cuando se encontraba al interior de una tienda y con un pico de botella lo amenazó para que salga a la calle, y con esa otra persona lo condujeron a la casa del procesado, ubicada a dos puertas de la tienda, en la que lo despojaron de su celular. Por temor a las amenazas de las que fue víctima por parte de estos individuos no dio aviso inmediato a la policía, sino hasta cuando se apersonó a la comisaría.

3.2. El efectivo policial don Jaime Alberto Mariños Izquierdo, como testigo, manifestó a escala judicial (folio ciento veintinueve), que al constituirse al lugar de los hechos, el agraviado identificó al procesado como uno de los intervinientes en el robo en su perjuicio; y agregó que el imputado se encontraba en la puerta de una casa cerca de una tienda, con visibles síntomas de ebriedad, y ante su resistencia a ser intervenido, con ayuda de otro efectivo policial, lo trasladaron a la comisaría, donde aceptó su responsabilidad.

3.3. A escala preliminar, en presencia de la señora fiscal, el encausado reconoció los hechos imputados (folio diez), admitió haber sujetado al agraviado por la espalda, que lo amenazó con un pico de botella y lo hizo ingresar a su vivienda, apoyado por el conocido como "Pollo" donde le arrebataron su celular. Sin embargo, al rendir su declaración instructiva (folio noventa y cuatro) y en el plenario (folio doscientos nueve) se retractó, y alegó ser inocente de los cargos imputados; sostuvo que firmó su manifestación policial sin leer, ya que se encontraba en estado de ebriedad.



CORTE SUPREMA
DE JUSTICIA
DE LA REPÚBLICA

SALA PENAL TRANSITORIA
R. N. N.º 1377-2014
LIMA

15

Respecto a la inimputabilidad por grave alteración de la conciencia

3.4. La inimputabilidad puede ser consecuencia no solo de ciertos estados patológicos permanentes (anomalía psíquica) sino también de ciertos estados anormales pasajeros. El numeral uno, del artículo veinte, del Código Penal, expresa que están exentos de responsabilidad penal el que por una grave alteración de la conciencia no posea la facultad de comprender el carácter delictuoso de su acto o para determinarse según esta comprensión².

3.5. A diferencia de la anomalía psíquica, la grave alteración de la conciencia se presenta como producto de sustancias exógenas, como el alcohol, drogas, fármacos, etc. Este trastorno mental debe adquirir tal profundidad que afecte gravemente las facultades cognoscitivas y voluntativas del agente; deben incidir en la misma magnitud que las causas de anomalía psíquica³.

3.6. En el Certificado de Dosaje Etílico N.º 0001-057395 de veintitrés de octubre de dos mil doce (folio doscientos diecisiete), se consignó que la muestra fue extraída al procesado después de siete horas y cuarenta y siete minutos de ocurridos los hechos, y se obtuvo como resultado 1,58 g/l⁴ de alcohol por litro de sangre.

3.7. La eliminación del alcohol en el cuerpo humano fue estudiada por el químico sueco Erik Widmark⁵, que en mil novecientos veintidós desarrolló un método para determinar la concentración de alcohol en la sangre y concluyó que la desaparición del etanol en la sangre se da a un ritmo de 0,15 g/l por hora. Fue el primer científico que sistemáticamente midió la absorción, distribución y eliminación de alcohol en el cuerpo humano explorado, y sus resultados los plasmó

² VILLAVICENCIO TERREROS, Felipe A. *Derecho Penal, Parte General*. Primera edición. Lima: Editorial Jurídica Grijley, 2006, p. 603.

³ PEÑA CABRERA FREYRE, Alonso Raúl. *Derecho Penal peruano. Teoría General de la Imputación del delito*. Primera edición. Lima: Editorial Rodhas, 2006, p. 324.

⁴ Gramo de alcohol por litro de sangre.

⁵ Erik Mateo Prochet Widmark (1889-1945), químico sueco. En 1918 se convirtió en profesor asociado en fisiología y en 1920 fue nombrado profesor de Medicina y Química Fisiológica en la Universidad de Lund. En 1922, desarrolló un método para determinar la concentración de alcohol en la sangre. Entre los años 1929-1933 fue Presidente de la Asociación Médica. En 1938 fue elegido miembro de la Real Academia Sueca de Ciencias. En 1965, la Organización del Consejo Internacional sobre el Alcohol, Drogas y Seguridad del Tráfico (ICADTS) estableció el Premio Widmark para la investigación en su campo.



CORTE SUPREMA
DE JUSTICIA
DE LA REPÚBLICA

SALA PENAL TRANSITORIA
R. N. N.º 1377-2014
LIMA

en fórmulas matemáticas. El Método Widmark: " $C_0 = C_r + \beta \times T$ "⁶ es ampliamente utilizado con fines forenses, principalmente se aplica para: i) Estimar la cantidad de bebida alcohólica ingerida a partir del conocimiento de la concentración etílica en la sangre. ii) Conocer el tenor de alcohol en la sangre en un tiempo anterior a la toma de muestra (cálculo retrospectivo). iii) Efectuar proyecciones sobre la cantidad en la sangre según las cantidades de etanol ingeridas. En el siguiente cuadro ilustrativo se registran las variables utilizadas:

MÉTODO WIDMARK: $C_0 = C_r + \beta \times T$	
C_0	= Concentración de alcohol en sangre en el momento del hecho judicial.
C_r	= Alcoholemia en el momento de la toma de la muestra
β	= Coeficiente de etiloxidación (0,15 g/l por hora - 0,0025 g/l por minuto)
T	= Tiempo transcurrido entre el momento del hecho judicial y el momento de la toma de muestra.

3.8. Teniendo en cuenta el nivel de ebriedad que presentó el imputado luego de siete horas y cuarenta y siete minutos de ocurrido el suceso, esto es, de 1,58 g/l de alcohol por litro de sangre, es posible determinar el grado de alcoholemia que presentaba en el momento del robo, aplicando para ello el citado Método Widmark, cuya validez científica es inobjetable. El resultado se aprecia a continuación:

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE ALCOHOLEMIA ANTERIOR AL HECHO, UTILIZANDO EL MÉTODO WIDMARK: $C_0 = C_r + \beta \times T$	
C_0	= 1,58 g/l + 0,0025 g/l × 467 minutos (7 horas y 47 minutos)
C_0	= 1,58 g/l + 1,16 g/l
C_0	= 2,74 g/l

⁶ GIBBERT CALABUIG, Juan Antonio y VILLANUEVA CAÑADAS, Enrique. *Medicina Legal y Toxicología*. Sexta edición. Barcelona: Editorial Elsevier, 2004, p. 894.



CORTE SUPREMA
DE JUSTICIA
DE LA REPÚBLICA

SALA PENAL TRANSITORIA
R. N. N.º 1377-2014
LIMA

3.9. El resultado obtenido lleva a estimar que en el momento de la perpetración del ilícito el nivel de alcohol que presentaba el encausado era aproximadamente de 2,74 g/l de alcohol por litro de sangre (de acuerdo con la Tabla de Alcoholemia está considerado como el cuarto periodo: 2,5 a 3,5 g/l. grave alteración de la conciencia. Cfr. acápite 2.3, del sustento normativo de la presente Ejecutoria Suprema): es decir, se encontraba sumamente embriagado, lo que le produjo alteración de la conciencia, que fue en la gravedad que establece el citado numeral primero, del artículo veinte, del Código Sustantivo. Lo que excluye la imputabilidad no es que el procesado estuvo ebrio en el momento del hecho, sino que la cantidad de alcohol ingerido fue de tal volumen que la intoxicación lo condujo a un estado de grave alteración de la conciencia.

3.10. Ello lleva a estimar que no se podía dar cuenta de sus actos, por ello, redujo a una persona a dos puertas de su propia casa y de allí la condujo a su domicilio para asaltarlo, es decir, se expuso a la identificación y a la ubicación: circunstancias que no son propias de la habitualidad en la ejecución de los delitos, en que el agente procura no ser ubicado después de perpetrado el ilícito para no ser aprehendido y/o responsabilizado.

3.11. Al estar gravemente alterada la capacidad psíquica del recurrente (ausentes las funciones superiores), carece de valor probatorio el reconocimiento que efectuó a escala preliminar; ello se refuerza con lo afirmado por el efectivo policial Mariños Izquierdo, quien testificó que en el momento de la intervención el imputado se encontraba con visibles síntomas de ebriedad. Por lo tanto, no era factible recibirle una manifestación válida, hallándose el declarante sumamente intoxicado por la ingesta de alcohol. El Ministerio Público no debió permitir que a escala policial se procediera como si no mediara tal condición, menos aún haber intervenido en aquel acto.

3.12. Cabe resaltar que no hay base suficiente para sostener que el encausado se hubiera colocado en tal condición para delinquir (supuesto de *actio libera in causa*)⁷ o que se encontraba incapacitado para distinguir el mal del bien, por no haber tenido ni la

⁷ Los estados transitorios de inconsciencia, al ser producto de la voluntariedad del agente, con el propósito de cometer un delito o que hubiera debido prever su comisión (dolo o culpa); no operan como eximentes de responsabilidad criminal. Tomado de PEÑA CABRERA FREYRE, 2005, p. 325.



CORTE SUPREMA
DE JUSTICIA
DE LA REPÚBLICA

SALA PENAL TRANSITORIA
R. N. N.º 1377-2014
LIMA

conciencia ni el dominio de los propios impulsos, por ello, al ser inasequible frente a la prohibición penal deviene en inimputable y está exento de responsabilidad, por lo que debe ser absuelto de la acusación fiscal.

3.13. Por otro lado, no cabe disponer una medida de seguridad sino en los casos de inimputabilidad por grave alteración permanente de la conciencia, en tanto que la ebriedad no alcanza tal nivel, por tratarse de un estado anormal pasajero. Sin embargo, pese a que es posible que esta alteración de la conciencia y la voluntad no tenga una base patológica, es prudente que en la vía pertinente se determine si puede ser necesaria una interdicción por ebriedad habitual; que no solo se justifica porque persigue evitar la comisión de futuros delitos sino, sobre todo, por su trascendente finalidad de recuperación de la persona.

3.14. Sobre la alegada afectación al derecho de defensa, en el sentido de que el imputado no contó con la asistencia de su abogado defensor a escala preliminar; habiendo decidido este Supremo Tribunal absolver al recurrente, carece de objeto emitir pronunciamiento al respecto.

3.15. Con relación a la responsabilidad civil a la que hubiera lugar a consecuencia del perjuicio económico causado al agraviado, este lo podrá reclamar en la vía pertinente.

DECISIÓN

Por ello, con lo expuesto por la Primera Fiscalía Suprema en lo Penal, impartiendo justicia a nombre del pueblo, los integrantes de la Sala Penal Transitoria de la Corte Suprema de Justicia, **ACORDAMOS:**

I. Declarar **HABER NULIDAD** en la sentencia de nueve de enero de dos mil catorce (folio doscientos sesenta y cuatro), emitida por la Tercera Sala Penal para Procesos con Reos en Cárcel, de la Corte Superior de Justicia de Lima, que condenó a don **Víctor Alberto Cotaquispe Valerio** como autor del delito contra el patrimonio, en la modalidad de robo agravado, en perjuicio de don Edson Joel Nández Pérez (y no Edzon como erróneamente aparece en la sentencia), y se le impuso doce años de pena privativa de libertad, con lo demás que contiene:



CORTE SUPREMA
DE JUSTICIA
DE LA REPÚBLICA

SALA PENAL TRANSITORIA
R. N. N.º 1377-2014
LIMA

53

y. **REFORMÁNDOLA**, lo **absolvieron** de la acusación fiscal por el delito y agraviado anotados.

II. **ORDENAR** la inmediata libertad del procesado don Víctor Alberto Cotaquispe Valerio, la que se ejecutará siempre y cuando no exista mandato de detención en su contra, emanado de autoridad competente.

III. **MANDAR** se ponga en conocimiento del Ministerio Público el sentido de lo señalado en el acápite 3.13., de la presente Ejecutoria Suprema. Hágase saber y devuélvase.

S. S.

SAN MARTÍN CASTRO

PRADO SILDARRIAGA

PARIONA PASTRANA

SALAS ARENAS

PRÍNCIPE TRUJILLO

JS/cge

SE PUBLICO CONFORME A LEY


Diny Yuriana Chávez Veramendi
Secretaria (a)
Sala Penal Transitoria
CORTE SUPREMA

Anexos 2 y 3—Casos 2 y 3: Inimputabilidad por grave alteración de la percepción

- J.E.B.G.- Esquizofrenia paranoide, violación de la libertad sexual, atentado al pudor y violación
- PEDRO MANUEL FLORES YAURI- Esquizofrenia paranoide, lesiones graves

ETIOLOGÍA	Esquizofrenia Paranoide
PROCESADO	J.E.B.G.
DELITO	Violación de la libertad sexual y atentado contra el pudor
SALA DE ORIGEN	Sala Superior Penal de Ica
SALA REVISORA	
EXPEDIENTE	011-98

ETIOLOGÍA	Esquizofrenia Paranoide
PROCESADO	Pedro Manuel Flores Yauri
DELITO	Lesiones Graves
SALA DE ORIGEN	Sala Superior Penal de Junín
SALA REVISORA	
EXPEDIENTE	1400-95

CASO N° 33
INIMPUTABILIDAD PENAL:
Enfermedad mental

Al sufrir el inculpado de enfermedad mental que no le permite apreciar el carácter ilícito de su conducta, debe de declarársele exento de responsabilidad penal.

Distrito Judicial de Ica

Exp. N° 011-90

Ica, diecisiete de Mayo de mil novecientos noventinueve.

VISTA: En audiencia privada la instrucción número cero once – noventaiocho seguida contra JEB por el delito Contra la Libertad – Atentado contra el Pudor en agravio de EIFD y KCRM y por el delito de contra la Libertad – Tentativa de la Libertad Sexual en agravio de KCRH; **RESULTA DE AUTOS:** Que, por el mérito del atestado policial y denuncia del Fiscal Provincial, se aperturó instrucción contra el acusado por el delito y agraviado mencionados, y tramitada la causa por la vida correspondiente, vencido el término de la investigación judicial, se elevaron los autos a esta Superior Sala Penal con el respectivo dictamen e informe final del Juez y, remitidos al Fiscal Superior emite su acusación escrita en base a la cual se dicta el auto de enjuiciamiento, señalándose día y hora para el acto oral, el que se ha llevada a cabo en la forma, modo y circunstancias como emergen de las actas respectivas; oída la requisitoria oral del representante del Ministerio Público y el alegato de la defensa y analizadas las conclusiones alcanzadas por ambos Ministerios, ha llegado la oportunidad de dictar sentencia, **Y CONSIDERANDO:** PRIMERO.- Que, a través del Atestado Policial de fojas uno, denuncia Penal del Representante del Ministerio Público de fojas diecinueve y acusación fiscal de fojas doscientos treintidós a doscientos treintiséis se formula acusación sustancial contra JEGB por el delito Contra la Libertad – Violación de la Libertad Sexual, atentado

contra el Pudor en agravio de EIFD y por el delito contra la libertad – Violación de la Libertad Sexual en el grado de tentativa, en agravio de KCRH I; señalándose que los ilícitos penales se encuentran sancionados por el artículo ciento setentiséis y ciento setentitrés inciso tercero respectivamente, modificados por la ley número veintiséis mil doscientos noventitrés; SEGUNDO.- Que, se le reprocha al acusado JEGB que el día siete de junio de mil novecientos noventa y cuatro siendo aproximadamente las cero nueve treinta horas de la mañana, en circunstancias que la agraviada EIFD retornaba a su domicilio sito en Camino Real – Guadalupe del distrito de Salas de la Provincia de Ica, fue interceptada por el procesado JEGB, quien la cogió realizando una serie de tocamientos atentatorios a su pudor, lográndose la menor agraviada darse a la fuga; que asimismo se le reprocha al acusado que el mismo día a horas cero cinco de la tarde, en instantes que la menor KCRH, caminaba por el Camino Real del anteriormente citado lugar fue objeto de tocamientos deshonestos y atentatorios a su pudor y libertad sexual intentando violarla sexualmente, ajándole sus prendas íntimas hasta las rodillas, utilizando la fuerza, hecho que fue impedido por José Enrique Sigvas Camasca, quien acudió en defensa de la menor agraviada; TERCERO.- Que, a la luz de las investigaciones practicadas, tanto a nivel policial, como en la etapa instructoria, de las investigaciones ampliatorias y de lo actuado en la plenaria oral, determinamos los hechos y sometidas las pruebas al análisis crítico y sistemático se concluye que en efecto el comportamiento del acusado JEGB, señalado en el considerando anterior JEGB, señalado en el considerando anterior obedece a la insania de su salud mental, pues el Colegiado ha tomado convicción en los debates orales de que éste es inimputable, ya que no es capaz de responder de sus actos, debido a su enfermedad mental "esquizofrenia paranoide" de carácter crónico, irreversible, incapacitado para distinguir el bien del mal y responder por sus actos, como se acredita en el informe médico de fojas ochenticinco en los reconocimientos Médicos Legales de fojas noventa a noventa y dos, con el informe psicológico de fojas ciento veinticinco a ciento veintiséis, debidamente ratificados, con la historia Clínica Médica alcanzada ante esta Sala y que corre de fojas doscientos cuarentisiete a doscientos cincuenta y nueve que determina tratamiento médico continuo a que es sometido por su enfermedad mental que determina su trastorno psíquico que le hace no

poder apreciar el carácter de sus actos, por lo que se hace pasible aplicarse una medida de seguridad curativa adecuada a cargo de su cumplimiento se realice bajo la responsabilidad de su señora madre doña RBH; ya que la imposición de una pena puede perjudicarle a su vida y salud e interrumpir su tratamiento; en tal consecuencia es del caso declarar exento de responsabilidad penal al acusado JEGB, tal como lo proscribo el artículo veinte en su inciso primero del Código Penal. POR ESTOS FUNDAMENTOS evaluando los hechos y las pruebas con el criterio de conciencia que autoriza la ley, y, administrando justicia por potestad que emana del Pueblo; de conformidad con la norma legal adoptada; La Segunda Sala Penal de la Corte Superior de Justicia de Ica; **FALLA:** DECLARANDO exento de pena al acusado JEGB, cuyas generales de ley y demás datos que lo identifican obran autos, por el delito Contra la Libertad – Atentado contra el pudor en agravio de EIFD y KCRH y por el delito contra la Libertad – Tentativa de la Libertad Sexual en agravio de KCRH; **ORDENARON:** el internamiento de JEGB en el Hospital Regional de esta localidad para su tratamiento psiquiátrico; bajo la responsabilidad y cargo de su señora madre, a quien se le hará entrega del inimputable JEGB, debiendo informar a esta Sala periódicamente el Director de dicho Nosocomio sobre la evolución del tratamiento especializado a que será sometido; **MANDARON:** archivar el proceso provisionalmente; anulándose los antecedentes policiales y judiciales del encausado, cursándose los despachos correspondientes; DEJESE copia del presente fallo en el legajo respectivo.

SS.

AURES GUILLÉN,
TAMBINI VÁSQUEZ,
PÉRS FUENTES.

INIMPUTABILIDAD
CASO Nº 32
INIMPUTABILIDAD

Procede absolver al inculpado del delito de lesiones graves, al comprobarse que es una persona inimputable, que sufre de una enfermedad mental que no le permite comprender la antijuridicidad de su conducta.

Distrito Judicial de Junín

Exp. Nº 1400-95

Huancayo, treinta de setiembre de mil novecientos noventa y seis.

VISTOS; en audiencia pública y en juicio oral la causa seguida contra PEDRO MANUEL FLORES YALURI por el delito de lesiones graves en agravio de Iván Edmundo Huamán Hilario, **RESULTA:** Que en mérito del atestado policial de fojas uno y de la denuncia fiscal subsecuente, se abre Instrucción a fojas catorce, con orden de detención, tratada conforme a su naturaleza, el juzgado le concede libertad provisional la misma que es revocada por la Sala Penal ordenándose su recaptura, luego se eleva con el dictamen final del Señor Fiscal Provincial de fojas noventa y cinco y el informe de fojas noventa y nueve a la Sala Penal, la misma que remite los de la materia a la Señora Fiscal Superior para que formule acusación, la misma que se realiza a fojas ciento cuatro en mérito de la cual se emite el auto de enjuiciamiento, el mismo que se lleva adelante conforme las actas que anteceden, leída la requisitoria oral y el alegato de la defensa, el estado de la causa es el de dictar sentencia; y, **CONSIDERANDO:** PRIMERO.- Que, de autos y del mérito del atestado policial fluye que el día ocho de octubre de mil novecientos noventa y cinco a horas siete y cuarenticinco aproximadamente la persona de Iván Edmundo Huamán Hilario transitaba con su bicicleta llevando una canasta de pan sobre ésta, por la esquina de los jirones Dos de Mayo y Lima de la ciudad de Tarma, circunstancias en que se detuvo con su

bicicleta ante un rompemueble existente en dicha esquina, cuando improvisadamente hizo su aparición Pedro Manuel Flores Yauri, el mismo que le manifestó "estas loco o que..." para luego sacar mano debajo del saco que llevaba puesto y al parecer con un cuchillo clavarle en el estómago lado izquierdo luego retirarse caminando por el jirón Dos de Mayo hacia el Parque. SEGUNDO.- Que, el agraviado Iván Edmundo Huamán Hilerio, reconoce plenamente al acusado como la persona que le ocasionó las lesiones que presenta; de igual forma el testigo Jhony Arosemena Palomino, presentó la comisión del hecho delictivo, ya que se encontraba conduciendo su triciclo y reconoció y sindicó al acusado Flores Yauri como el causante del aduchillamiento. Que el acusado Pedro Manuel Flores Yauri, niega en todo momento haber atacado a Iván Huamán el día domingo ocho, con un cuchillo, aduciendo haberse levantado recién a las doce del día, luego de que desde el día anterior y hasta horas de la madrugada se encontraba libando licor con sus amigos y que no recuerda nada TERCERO.- Que, el delito de lesiones graves tipificado en el artículo ciento veintiuno del Código Penal inciso uno se encuentra fehacientemente probado con el mérito del certificado médico de fojas ocho debidamente ratificado a fojas treinta, con la declaración del testigo presencial Jhony Arosemena y con la imputación que le hace el propio agraviado. CUARTO.- Que, lo que debe analizarse es la responsabilidad penal del acusado Flores Yauri, toda vez que desde su manifestación policial ha manifestado haber estado internado en el Centro Psiquiátrico del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja en varias oportunidades. Que, la agresión que ha sufrido el agraviado no tiene una explicación lógica, habiendo actuado el acusado de manera anormal; que a las audiencias se ha presentado el acusado en un estado personal deplorable contestando en oportunidades a las preguntas del Colegiado en forma incoherente y agresiva; demostrando una conducta anormal que ha motivado que el colegiado ordene una pericia Psiquiátrica por parte de dos médicos; que a fojas nueve corre copias de la historia clínica del Hospital Olavegoya, de donde se desprende que estuvo internado en el Servicio de Psiquiatría en el año de mil novecientos ochentiséis con un diagnóstico de ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, a fojas treinticinco corre el informe de la Historia Clínica expedido por el doctor Carlos Huarínga Santisteban Director del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja de donde se desprende que el acusado padece de

un cuadro de ESQUIZOFRENIA PARANOIDE y estuvo siendo tratado hasta Julio de mil novecientos noventicuatro. Que asimismo de la razón de antecedentes emitida por el Secretario de la causa de fojas cuarenticinco se desprende que el acusado Flores Yauri tiene antecedentes por el mismo delito de lesiones en agravio de otras personas, en los años de mil novecientos noventitrés y mil novecientos noventicuatro en Tarma habiéndose cortado la secuela del proceso por haberse diagnosticado que padece de ESQUIZOFRENIA PARANOIDE. Sin embargo, del Examen Psiquiátrico realizado por los Peritos Médicos doctora Melva Pino Echegaray y el Médico Legista Alejandro Aliaga Rodríguez, concluyen que PEDRO FLORES YAURI PRESENTA PERSONALIDAD ANTISOCIAL – PSICÓPÁTICA – ALCOHOLISMO CRÓNICO. NO PSICOSIS, LO QUE NOS INDUCE A CONCLUIR QUE en ambos casos es un individuo peligroso que debe estar siempre bajo la tutela de otra persona o de una institución especializada en el tratamiento de ésta clase de problemas Psiquiátricos. Que, el profesor Eugenio Raúl Zaffaroni al respecto nos ilustra señalando que " ... las llamadas psicopatías o personalidades psicopáticas encuentran un difícil tratamiento en el Derecho Penal; porque la psiquiatría no define claramente que es un psicópata. Dada esta falla que proviene del campo psiquiátrico, no podemos decir como trataremos al psicópata en el Derecho Penal. Si por psicópata consideramos al sujeto que tiene una afección absoluta e irreversible de SU SENTIDO ÉTICO, es decir un sujeto incapaz de internalizar o introyectar pautas o normas de conducta, EL PSICÓPATA NO TENDRA CAPACIDAD PARA COMPRENDER LA ANTIJURIDICIDAD DE SU CONDUCTA Y POR ENDE SERÁ INIMPUTABLE. "Manuel de Derecho Penal Ediciones Jurídicas página quinientos cuarenta. De tratarse de un individuo que padece de una ESQUIZOFRENIA PARANOIDE estaríamos frente una psicosis frecuente y grave con desorganización de la mente, porque es la alienación por excelencia, comúnmente llamada locura, algunos Psiquiatras la llaman "demencia precoz" para diferenciarla de la "demencia senil" pues la esquizofrenia paranoide se presenta en la juventud, aumenta entre los treinta y treinticinco años para decrecer a los cincuenta, resultando muy raro que se presente después de esta edad, pero no es la regla que esta enfermedad se presente con demencia, porque puede haber esquizofrenias sin demencia, en esta cuadro el individuo conversa solo;

o tiene alucinaciones auditivas, cree que alguien lo insulta, cree escuchar a una muchedumbre que lo pretende agredir, tiene delirio de persecución, cree que lo atacan y por eso justifica su agresión a otra persona como en el caso de autos, donde le dice a su víctima "... estás loco o que" creyendo que el agraviado lo estaba atacando, en audiencia señala que escuchó una muchedumbre que venía. En ambos casos, sea PERSONALIDAD PSICÓPATICA O SEA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE el acusado no tenía capacidad de culpabilidad, es decir, en su conducta de lesionar no existió el elemento FUNDAMENTAL DEL DELITO QUE ES LA CULPABILIDAD, porque la culpabilidad se basa en que el autor de la infracción penal ósea del hecho típico antijurídico tiene la facultades psíquicas y físicas mínimas para comprende el carácter delictuoso de ese acto. Quien carece de esta capacidad, bien por tener la madurez suficiente o por sufrir graves alteraciones psíquicas NO PUEDE SER DECLARADO CULPABLE, y por consiguiente no puede ser responsable penalmente de sus actos, por más que éstos sean típicos y antijurídicos. La pena entonces para éste tipo de individuo es una institución inútil por ello es que se le ha reemplazado por la medida de seguridad, porque la pena tiene una función resocializadora y al desquizado mental no se le puede resocializar, lo que necesita es un tratamiento especializado. Por las consideraciones señaladas se establece que el acusado de alteraciones o desequilibrio mental, que adolecía incluso antes de perpetrar el delito de lesiones graves de lo que se colige que en el momento en que cometió el delito no tenía capacidad de discernimiento cabal de sus actos. Por lo que de conformidad con lo dispuesto por el inciso uno del artículo veinte del Código Penal vigente, concordaste con el artículo setentiuño inciso uno, setentidós, setentitrés, setenticuatro del mismo cuerpo de leyes administrando justicia a nombre de la Nación la Primera Sala Penal de la Corte Superior de Justicia de Junín: **FALLA DECLARANDO INIMPUTABLE Y EXCENTO DE RESPONSABILIDAD PENAL a PEDRO MANUEL FLORES YAURI**, por el delito de lesiones graves en agravio de Iván Edmundo Huamán Hilario, en consecuencia: **ORDENARON** el Internamiento del referido procesado en el Hospital Psiquiátrico Domingo Olavegoya de la ciudad de Jauja, para su tratamiento hasta que su estado de salud permita darle de alta; debiendo informar a la Sala del Director del referido centro de tratamiento en forma periódica sobre la evolución

del estado mental del inimputable, oficiándose con tal fin, **DISPUSIERON** que consentida o ejecutoriada que sea la presente sentencia se cursen los oficios pertinentes a las instituciones señaladas por ley para la anulación de los antecedentes policiales y judiciales del inimputable, por los hechos materia de ésta investigación y fecho archívese definitivamente el proceso donde corresponda con aviso al Juez de la causa.

SS.

**TORRES S.,
CHAPARRO G.,
ILAVE G.**

Anexo 4—Caso 4: Recurso de agravio constitucional

HABEAS CORPUS EN FAVOR DE PERSONA INIMPUTABLE --EJECUCION DE SENTENCIA:
CUMPLIR MEDIDA DE SEGURIDAD (INTERNAMIENTO) Y NO EN EL E.P. DE LURIGANCHO

ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL (ECI)

PEDRO GONZALO MARROQUIN SOTO- Homicidio calificado

ETIOLOGÍA	Esquizofrenia Paranoide
PROCESADO	Pedro Gonzalo Marroquín Soto
DELITO	Homicidio calificado Medida de seguridad por 4 años
SALA DE ORIGEN	Poder Judicial, Primera Sala Penal de Reos en Cárcel Corte Superior de Justicia de Lima Norte
SALA REVISORA	Tribunal Constitucional Exp. 03426-2008-PHC/TC Recurso de agravio constitucional, <i>habeas corpus</i>
EXPEDIENTE	2240-2007

2/6/2018

03426-2008-HC

EXP. N.º 03426-2008-PHC/TC
LIMA NORTE
PEDRO GONZALO
MARROQUÍN SOTO

SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

En Lima, a los 26 días del mes de agosto de 2010, la Sala Segunda del Tribunal Constitucional, integrada por los magistrados Vergara Gotelli, Álvarez Miranda y Urviola Hani, pronuncia la siguiente sentencia

ASUNTO

Recurso de agravio constitucional interpuesto por don Miguel Aurelio Baca Villar, abogado defensor de don Pedro Gonzalo Marroquín Soto, contra la sentencia expedida por la Primera Sala Penal de Reos en Cárcel de la Corte Superior de Justicia de Lima Norte, de fojas 126, su fecha 9 de junio de 2008, que declaró infundada la demanda de autos.

ANTECEDENTES

Con fecha 4 de marzo de 2008 don Pedro Tomás Marroquín Bravo interpone demanda de hábeas corpus a favor de don Pedro Gonzalo Marroquín Soto, y la dirige contra el Director del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), don Leonardo Caparrós Gamarra, a fin de que cumpla con ejecutar la medida de seguridad de internación que ha sido dispuesta judicialmente, y que, en consecuencia, el favorecido sea trasladado a un centro hospitalario y reciba tratamiento médico especializado, alegando que se vulnera su derecho constitucional a la integridad personal.

Refiere que la Segunda Sala Penal con Reos en Cárcel de la Corte Superior de Justicia de Lima Norte, mediante sentencia de fecha 29 de enero de 2008, declaró *inimputable* al beneficiario Marroquín Soto en el proceso penal que se le siguió por el delito de homicidio calificado (Exp. N.º 2240-2007), por padecer de síndrome psicótico esquizofrénico paranoide, en consecuencia lo declaró exento de responsabilidad penal, disponiéndose a su favor la medida de seguridad de internación por el plazo de 4 años, computados a partir de la fecha en que sea internado en el Hospital Víctor Larco Herrera o, en su defecto, en el Hospital Hermilio Valdizán o en el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi; no obstante ello refiere que hasta la fecha no se ha cumplido dicho mandato judicial, toda vez que el favorecido permanece recluido en el Pabellón N.º 11 del Penal de Lurigancho como si se tratara de un persona imputable y sujeto a responsabilidad penal, lo cual viola el derecho constitucional antes invocado.

Realizada la investigación sumaria y tomadas las declaraciones explicativas, el Director del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho, don Enrique Eduardo Abanto Herrera, y el Director Regional Lima, don Jorge Henry Cotos Ochoa sostienen que han realizado todas las acciones posibles para lograr el internamiento del favorecido, tales como la remisión de diversos oficios y el traslado del beneficiario a los nosocomios en varias oportunidades, habiéndose recibido por parte de estos la negativa de admisión, bajo el argumento que no poseen la infraestructura disponible (camas) para aceptar el internamiento o que sólo realizan labores de investigación.

El Tercer Juzgado Penal de Lima Norte, con fecha 14 de marzo de 2008, declaró fundada la demanda por considerar que se ha acreditado la vulneración del derecho a la integridad física, toda vez que existe un mandato expreso para que el favorecido sea trasladado a un centro hospitalario a efectos de que reciba el tratamiento requerido; e infundada la demanda respecto del Director de la Región INPE, don Jorge Henry Cotos Ochoa.

La Primera Sala Penal de Reos en Cárcel de la Corte Superior de Justicia de Lima Norte, revocando la apelada, declaró infundada la demanda por considerar que las autoridades demandadas han realizado todos los actos posibles para cumplir lo ordenado por el órgano jurisdiccional, siendo más bien las autoridades sanitarias las responsables del hecho denunciado, los que arguyen la escasez de recursos adecuados en sus

file:///C:/Users/user/Downloads/INIMPUTABLE%2003426-2008-HC.html

1/11

2/6/2018

03426-2008-HC

ambientes para brindar la atención especializada al favorecido, o que su condición de salud mental no es grave como para que merezca internamiento, según evaluación de los médicos tratantes de estas entidades.

FUNDAMENTOS

Delimitación del petitorio

1. La presente demanda tiene por objeto que el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) cumpla con ejecutar la medida de seguridad de internación dispuesta a favor de don Pedro Gonzalo Marroquín Soto por la Segunda Sala Penal de Reos en Cárcel de la Corte Superior de Justicia de Lima Norte en el proceso penal que se le siguió por el delito de homicidio calificado (Exp. N° 2240-2007), y que, en consecuencia, el favorecido sea trasladado a un centro hospitalario y sea internado para que reciba tratamiento médico especializado, toda vez que padece de *síndrome psicótico esquizofrénico paranoide*, pues el incumplimiento de la medida de seguridad decretada vulneraría su derecho a la integridad personal.

El principio *iura novit curia* y la suplencia de queja deficiente

2. En virtud del principio *iura novit curia* el juez constitucional tiene el poder-deber de identificar el derecho comprometido en la causa, aun cuando no se encuentre expresamente invocado en la demanda o lo haya sido erróneamente, mientras que a través de la *suplencia de queja deficiente*, el juez constitucional “únicamente podrá desvincularse de lo planteado en la demanda a fin de otorgar una protección eficaz a los derechos constitucionales lesionados [esto es, siempre a favor del quejoso y nunca en contra de él], cuando ello devenga de una voluntad implícita del recurrente a pesar de no haberla planteado correctamente en la demanda”(Exp. N° 0569-2003-AC, fundamento 8). Sobre esto último el juez constitucional no está supeditado a lo alegado y a lo pretendido por las partes en sus escritos iniciales, sino más bien se encuentra en aptitud de delimitar el objeto del proceso y pronunciarse sólo respecto de aquello que sea de relevancia constitucional. No se trata de que el juez constitucional se pronuncie respecto de todo lo alegado y pretendido [*sin omitir nada ni añadir cuestiones no hechas valer*] sino, específicamente, sobre aquello que forme parte de su convicción institucional (Exp. N° 3016-2007-HC/TC, fundamento 4).
3. Para resolver esta controversia constitucional y pese a que no ha sido invocado en la demanda, este Tribunal, de acuerdo al principio *iura novit curia*, también considera pertinente abordar el contenido del derecho a la salud, más concretamente, el derecho a la salud mental, y en consecuencia, realizarse el examen constitucional orientado a determinar si el alegado incumplimiento de internación del favorecido vulnera o no este derecho fundamental. Asimismo ha de analizarse la problemática existente en la ejecución de las medidas de seguridad (internación) dictadas a favor de personas que adolecen de enfermedad mental y las medidas inmediatas que el Estado debe adoptar a fin de que se puedan superar tales obstáculos.
4. En cuanto al uso de la *suplencia de queja deficiente*, cabe precisar que la demanda ha sido interpuesta contra el Director del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), don Leonardo Caparrós Gamarra, sin embargo se advierte que es el Director E.P. Lurigancho, don Enrique Eduardo Abanto Herrera quien tiene a su cargo el traslado del favorecido a los centros hospitalarios y quien incluso ha comparecido al presente proceso, habiendo tenido la oportunidad de conocer los hechos de la demanda y ejercitar su derecho de defensa no sólo en su indagatoria (fojas 43), sino en las demás etapas del proceso constitucional.
5. Asimismo aun cuando el accionante en la demanda sólo alega como acto lesivo que las autoridades del INPE no han hecho efectiva la medida de internación dictada por el órgano jurisdiccional, de lo actuado, de manera implícita se advierte que dicho acto alegado de lesivo se desprendería también de la actuación de las autoridades de los centros hospitalarios. Y es que el hecho de que en la demanda no se haya alegado la afectación del derecho fundamental por personas distintas al demandado -y que, por lo mismo, la controversia constitucional no sólo debe girar en torno a él sino también respecto de otros-, ello no es óbice para que este Colegiado pueda también considerarlos como emplazados. Ahora si bien estos últimos no han comparecido al proceso, de autos se advierte con absoluta claridad la posición que asumieron y las razones en las que se apoyan respecto de los hechos de la demanda.

El derecho fundamental a la salud mental y a la integridad personal

6. El artículo 12º, inciso 1, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A su vez, el artículo 7º de la Constitución señala que todas las personas *“tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”*.
7. Ya en sentencia anterior este Tribunal había precisado que el derecho a la salud implica la facultad que tiene todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, así como de prevenirlo y restituirlo ante una situación de perturbación del mismo, lo que implica que el Estado debe efectuar acciones de prevención, conservación y restablecimiento, a fin de que las personas disfruten del más alto nivel de bienestar físico y mental, para lo cual debe invertir en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo adoptar políticas, planes y programas en ese sentido (Exp. N° 2945-2003-AA/TC, fundamento 28).
8. Asimismo, en cuanto al derecho a la salud mental, este Tribunal ha precisado que: **i)** el derecho a la salud mental es parte integrante del derecho a la salud; **ii)** el derecho a la salud tiene como único titular a la persona humana; **iii)** el derecho a la salud mental tiene como contenido el derecho a disfrutar del mayor nivel posible de salud mental que le permita a la persona humana vivir dignamente; y, **iv)** la salud protegida no es únicamente la física, sino que comprende, también, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico y mental de la persona humana (Exp. N° 2480-2008-AA/TC, fundamento 11).
9. Si bien el derecho a la salud es un derecho social (*derecho prestacional*), pues su efectividad requiere de determinadas acciones prestacionales, no por ello deja de pertenecer del complejo integral único e indivisible de los derechos fundamentales. Sobre esta base el Estado debe adoptar todas las medidas posibles para que bajo los principios de continuidad en la prestación del servicio, eficacia, eficiencia, solidaridad y progresividad, etc., hagan viable su eficacia en la práctica, de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo y eficaz.
10. De otro lado, en cuanto al derecho a la integridad personal se tiene que a nivel del Derecho Internacional de los Derechos Humanos el artículo 5º, incisos 1 y 4, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece que: *“1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”*, y que, *“4. Los procesados deben estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas”*.
11. Asimismo el artículo 2º.1 de la Norma Fundamental señala que toda persona tiene derecho a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. Sobre el particular tiene dicho este Tribunal que el derecho a la integridad personal se encuentra vinculado con la dignidad de la persona, el derecho a la vida, a la salud y a la seguridad personal. Tiene implicación con el derecho a la salud en la medida que la salud tiene como objeto el normal desenvolvimiento de las funciones biológicas y psicológicas del ser humano; deviniendo así en una condición indispensable para el desarrollo existencial y en un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo (Exp. N° 6057-2007-PA/TC, fundamento 6).

Las medidas de seguridad de internación: naturaleza, objeto y límites

12. El artículo 71º del Código Penal señala que las medidas de seguridad son: **1)** la internación, y **2)** el tratamiento ambulatorio, las que sólo pueden ser ordenadas por intereses públicos predominantes y en casos razonablemente necesarios. Asimismo, el artículo 74º del mismo cuerpo legal establece que: *“La internación consiste en el ingreso y tratamiento del inimputable en un centro hospitalario especializado u otro establecimiento adecuado, con fines terapéuticos o de custodia. Sólo podrá disponerse la internación cuando concurra el peligro de que el agente cometa delitos considerablemente graves”*.

13. En el derecho penal las penas tienen una naturaleza distinta respecto de las medidas de seguridad. Mientras que la pena constituye la sanción tradicional que caracteriza al derecho penal y es un mal con el que este amenaza en el caso de que se realice un acto considerado como delito; las medidas de seguridad no suponen la amenaza de un mal en el caso de que se cometa un delito, sino un tratamiento dirigido a evitar que un sujeto peligroso nuevamente llegue a cometerlo. No obstante ello, desde la perspectiva constitucional, la medida de seguridad de internación se justifica no sólo porque persigue evitar la comisión de futuros delitos, sino también porque *su finalidad es la recuperación de la persona*. Por ello, es una exigencia constitucional que, a fin de que dicha medida cumpla su finalidad, la persona sea internada en un centro hospitalario que cuente con tratamiento médico especializado y la adecuada atención profesional.
14. Sin embargo las medidas de seguridad (internación) no pueden ser impuestas por el juez penal con absoluta y entera discrecionalidad; antes bien, para que una medida de seguridad sea constitucionalmente legítima, esta debe dictarse dentro de los límites que la Constitución y la ley prevén y en estricta observancia del principio de proporcionalidad. Así, según lo establece el artículo 72° del Código Penal, para el dictado de las medidas de seguridad, cuando menos deben concurrir las siguientes circunstancias: *a) que el agente haya realizado un acto previsto como delito, y b) que del hecho y de la personalidad del agente puede deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele una elevada probabilidad de comisión de nuevos delitos*. Asimismo, tal como se dijo *supra*, las medidas de seguridad también están, y deben estarlo, sujetas a la observancia del principio de proporcionalidad; de ahí que el artículo 73° del Código Penal haya señalado que las medidas de seguridad *“deben ser proporcionales a la peligrosidad delictual del agente, la gravedad del hecho cometido y los que probablemente cometiera si no fuese tratado”*.
15. En tal virtud, dado que la medida de internación consiste en el ingreso y tratamiento del inimputable en un centro hospitalario u otro establecimiento adecuado, con fines terapéuticos o de custodia, dicho ingreso no puede ser por un tiempo indefinido sino limitado, motivo por el cual se ha previsto que *“la duración de la medida de internación no podrá exceder el tiempo de duración de la pena privativa de libertad que hubiera correspondido aplicarse por el delito cometido”* (artículo 75 del CP). Finalmente, cabe señalar que la imposición de la medida de internación comporta una facultad para el juez que la dictó y un deber para la autoridad del centro en el cual se encuentra internada la persona. Así, el juez penal puede solicitar cada 6 meses a la autoridad del centro de internación un peritaje a fin de conocer si las causas que dieron lugar al dictado de la medida de internación han desaparecido o no. Sin perjuicio de ello la autoridad del centro de internación está obligada a remitir dicho informe, al margen de que el Juez lo solicite o no (artículo 75 del CP). En cualquier caso, si las causas que hicieron necesaria la aplicación de la medida han desaparecido *“el juez hará cesar la medida de internación impuesta”*.

El tratamiento y rehabilitación de la salud mental y su relación con la ejecución de la medida de seguridad de internación

16. Actualmente existe un marcado consenso en el hecho de que la mayoría de los desórdenes mentales pueden controlarse, tratarse y en muchos casos prevenirse. En tal sentido el desarrollo de la política estatal de tratamiento y rehabilitación de la salud mental de las personas que se encuentran sujetas a medidas de seguridad de internación que han sido dictadas en un proceso penal recae tanto en el Ministerio de Justicia como en el Ministerio de Salud, este último como “ente rector” en salud mental. Sobre esta base, mediante Resolución Ministerial N° 336- 2006-PCM de fecha 18 de setiembre de 2006, se creó una Comisión Multisectorial encargada de **“Evaluar la Problemática del Sistema Penitenciario y Propuestas de Solución”** integrada por la Presidencia del Consejo de Ministros, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas, entre otros.
17. Esta Comisión en su Informe Final, que contiene propuestas de urgencia a corto y mediano plazo para su solución, publicado en el diario oficial “El Peruano” el 15 de diciembre de 2006, en el rubro Salud Penitenciaria, apartado 4.- Traslado de internos psiquiátricos a Hospitales de Salud Mental, señaló que **“Se propone que los Hospitales de Salud Mental amplíen su capacidad de albergue para recibir a los internos inimputables sujetos a medidas de seguridad, así como a internos sentenciados a penas privativas de libertad que, por efecto de la privación de libertad, han desarrollado alguna enfermedad mental”**. Tales propuestas han sido consideradas en el Plan Estratégico del Instituto Nacional

Penitenciario (INPE) para el período 2007-2011, cuyo rubro V Lineamientos Estratégicos: Salud Penitenciaria, señala que, es prioridad para el INPE: “Desarrollar y/o fortalecer los vínculos con el Ministerio de Salud en los respectivos niveles regional y local, así como la asistencia y traslado de internos psiquiátricos a Hospitales de Salud Mental”.

18. El artículo 11° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, prescribe que: “El alcoholismo, la farmacodependencia, los trastornos psiquiátricos y los de violencia familiar se consideran problemas de salud mental. La atención de la salud mental es responsabilidad primaria de la familia y del Estado”. En ese sentido, resulta de especial relevancia la activa y oportuna intervención del Ministerio de Salud para desarrollar la política estatal de tratamiento y rehabilitación de la salud mental de las personas que se encuentran sujetas a medidas de seguridad de internación. Sin embargo, tal labor se concretiza a través de los centros hospitalarios, que en estricto actúan como órganos de recepción y de ejecución de dichas medidas; ello porque según el artículo 28° del Decreto Supremo N° 013-2002-SA, Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud: “La misión general de los hospitales es prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural”.
19. El Estado debe asumir la política de tratamiento y rehabilitación a personas con problemas de salud mental teniendo como fundamento el respeto de todos sus derechos fundamentales, pues las personas que adolecen de enfermedades mentales (esquizofrenia, paranoia, depresión, etc.), dentro de las que se incluyen a las personas sujetas a medidas de internación se encuentran en un estado de especial vulnerabilidad. Así las cosas, parece no haber duda sobre el reconocimiento de los derechos sociales (salud mental); no obstante el problema se presenta en el bajo nivel de cumplimiento, respecto al cabal desenvolvimiento de estos derechos, de los establecimientos de salud mental, por lo que el Estado adoptar todas las medidas destinadas a superar dicha problemática, fortaleciendo los niveles de coordinación intra e interstitucional: Ministerio de Justicia, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Salud, Congreso de la República, Poder Judicial, etc.

Análisis del caso materia de controversia constitucional

20. En el caso de autos, a fojas 8 se aprecia que la Segunda Sala Penal con Reos en Cárcel de la Corte Superior de Justicia de Lima Norte, mediante resolución de fecha **29 de enero de 2008**, declaró *inimputable* al beneficiario Pedro Gonzalo Marroquín Soto en el proceso penal que se le siguió por el delito de homicidio calificado (Exp. N° 2240-2007), por padecer de *síndrome psicótico esquizofrénico paranoide*, y en consecuencia lo declaró *exento* de responsabilidad penal, disponiéndose a su favor la medida de seguridad de internación por el plazo de 4 años, computados a partir de la fecha en que sea internado en el Hospital Víctor Larco Herrera o, en su defecto, en el Hospital Hermilio Valdizán o en el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi. Esta resolución ha sido confirmada por la Primera Sala Penal Transitoria de la Corte Suprema, mediante ejecutoria suprema de fecha 1 de octubre de 2009 (fojas 26 del Cuernillo de este Tribunal).
21. En ese sentido la cuestión central radica en determinar si el favorecido Marroquín Soto, a la fecha, ha sido internado o no en un centro hospitalario conforme o lo ordenado por el órgano jurisdiccional, o si, en caso ello no se hubiera producido, establecer cuáles son las razones por las que no se hace efectivo. Previamente a ello, este Tribunal procederá a relatar de manera detallada todas las acciones realizadas, tanto por las autoridades del INPE como por las autoridades de salud:

1) Hospital Víctor Larco Herrera (VLH)

a) Mediante los Oficios N.º 684-02-08, 1334-02-08, 2049-08 y 2154-02-08-DIRSEPEN-PNP-EP-LURIGANCHO/Sec, de fechas **7 de febrero** y **15 de febrero de 2008**, y **13 y 17 de marzo del 2008** (fojas 27, 38, 35 y 60, respectivamente), el Director E.P. Lurigancho, don Enrique Eduardo Abanto Herrera, pone a disposición del Hospital VLH al favorecido para su internamiento por mandato judicial.

b) Mediante el Parte N.º 003-2008 DIRSEPEN-PNP-EP-LURIGANCHO, de fecha **8 de febrero de 2008** (fojas 40), el SO1 PNP Enrique Orozco Mamani da cuenta del traslado del favorecido al Hospital VLH y de su evaluación médica por doña Juana Villa Moroch (Psiquiatra) y don Carlos Mesía Ramos

2/6/2018

03426-2008-HC

(Psicólogo) de dicho Hospital, quienes indicaron que *el paciente tendría que retornar el día 15 de febrero de 2008*.

c) Mediante el Oficio N.º 903-2007-DIRSEPEN-PNP-EP-LURIGANCHO/Sec, de fecha **9 de febrero de 2008** (fojas 39), el Director E.P. Luriganchó, don Enrique Eduardo Abanto Herrera, *pone en conocimiento del Presidente de la Segunda Sala Penal con Reos en Cárcel de Lima Norte*, don Guillermo Fernández Ceballos, la imposibilidad de internamiento del favorecido Marroquín Soto en el Hospital VLH.

d) Mediante el Oficio N.º 045 DG-HVLH-2008, de fecha **26 de febrero de 2008** (fojas 26), la Directora General del Hospital VLH, doña Cristina Eguiguren Li, comunica al Director E.P. Luriganchó la imposibilidad material de hospitalización inmediata del beneficiario, *el mismo que está incluido en la lista de espera con el número N.º 41. Asimismo, señala que en la actualidad no han variado las condiciones en el Hospital VLH, pues los juzgados no autorizan el alta médica de algunos pacientes, a pesar de las reiteradas solicitudes de variación de la medida de seguridad de internación por la de tratamiento ambulatorio*.

e) Mediante el Parte N.º 001-2008 DIRSEPEN-PNP-EP-CIA "A".JS de fecha **13 de marzo de 2008** (fojas 34), el Capitán PNP Pablo Encinas Collao da cuenta del traslado del favorecido al Hospital VLH y de su evaluación médica por don Carlos Salcedo Valenzuela (Psiquiatra), quien manifestó que *no podía quedarse internado por contar con tan sólo 12 camas, las cuales estaban ocupadas*.

f) Mediante el Oficio N.º 065 DG-HVLH- 2008, de fecha **17 de marzo de 2008** (fojas 61), la Directora General del Hospital VLH, doña Cristina Eguiguren Li, comunica al Director E.P. Luriganchó la imposibilidad material de hospitalización del beneficiario, toda vez que *cuenta sólo con 12 camas para el internamiento de pacientes varones por mandato judicial, las que están ocupadas por pacientes que se encuentran cumpliendo medida de internación desde hace varios años; que la mayoría están en condición de alta médica, habiéndose gestionado en forma reiterada para que los jueces autoricen se proceda con el alta y posterior control ambulatorio, sin tener respuesta favorable*. Asimismo, precisa que son respetuosos de las decisiones judiciales, pero que debido a que no disponen de camas libres, *se ha incluido en la lista de espera con el N.º 70*.

g) Con fechas **17 y 19 de marzo de 2008** se realizó una intervención fiscal a cargo de la Fiscalía Provincial de Prevención del Delito de Turno de Lima y la Fiscalía Provincial Penal de San Juan de Luriganchó (fojas 70 y 72, respectivamente), donde una vez más se constata que no se ha hecho efectivo el internamiento del favorecido, toda vez que *las 12 camas están ocupadas por otros pacientes, incluso algunos están en condición de alta médica, sin que exista respuesta de los jueces*. Asimismo, se aprecia que se exhorta y recomienda a las autoridades de dicho hospital que *realicen todas las acciones y gestiones necesarias para cumplir con lo ordenado por la Segunda Sala Penal con Reos en Cárcel de la Corte Superior de Justicia de Lima Norte*.

2. Hospital Hermilio Valdizán (HV)

a) Mediante los Oficios N.º 1494-02-08 y 2163-02-08-DIRSEPEN-PNP-EP-LURIGANCHO/Sec, de fechas **18 de febrero y 18 de marzo del 2008** (fojas 37 y 66, respectivamente), el Director E.P. Luriganchó, don Enrique Eduardo Abanto Herrera, pone a disposición del Hospital HV al favorecido para su internamiento por mandato judicial.

b) Mediante el Oficio N.º 227-DG-HHV-2008, de fecha **14 de marzo de 2008** (fojas 67), el Director General de dicho Hospital comunica al Director E.P. Luriganchó, que el favorecido *debe recibir atención médica por consulta externa y que su estado de salud mental no amerita hospitalización*.

3. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi

a) Mediante Oficio N.º 0128-2008, SA-DG-OAJ N.º 02-INSM-"HD-HN", de fecha **28 de enero de 2008** (fojas 36), el Director General de dicho Instituto de Salud Mental comunica a la Segunda Sala Penal con Reos en Cárcel de Lima Norte la imposibilidad material de internación del favorecido, toda vez que, *por*

2/6/2018

03426-2008-HC

ley, dicha institución sólo se dedica a la investigación y la docencia y además no cuenta con la infraestructura física necesaria.

b) Mediante el Oficio N.º 2165-02-08 DIRSEPEN-PNP-EP-LURIGANCHO/Sec, de fecha **18 de marzo del 2008** (fojas 63), el Director E.P. Luriganchó, don Enrique Eduardo Abanto Herrera, pone a disposición del Instituto de Salud Mental al favorecido para su internamiento por mandato judicial.

c) Mediante el Oficio N.º 557-2008, SA-DG-OAJ N.º 009-INSM-“HD-HN”, de fecha **18 de marzo de 2008** (fojas 64), el Director General de dicho Instituto de Salud Mental comunica al Director E.P. Luriganchó, don Enrique Eduardo Abanto Herrera, la imposibilidad material de internación del favorecido, toda vez que, *por ley, dicha institución sólo se dedica a la investigación y la docencia, y que, además, no cuenta con la infraestructura física necesaria.*

22. Sobre la base de lo expuesto, este Tribunal concluye que las autoridades del INPE han realizado algunas diligencias necesarias para dar cumplimiento a lo ordenado por el órgano jurisdiccional que es la internación del favorecido Marroquín Soto en un centro hospitalario a fin que reciba tratamiento médico especializado por padecer de enfermedad mental (síndrome psicótico esquizofrénico paranoide), habiéndose verificado que en varias oportunidades se ha realizado el traslado del favorecido para tal fin; no obstante ello, se aprecia que, a la fecha, no se ha hecho efectivo dicho mandato judicial, por haberse producido la negativa de admisión del favorecido por parte de los directores de los centros hospitalarios, bajo el argumento de que no cuentan con la disponibilidad suficiente de recursos logísticos (camas), lo que hace imposible la internación o, que incluso, luego de evaluaciones médicas realizadas al beneficiario, éste no merecería internación.
23. De lo desarrollado hasta aquí se aprecia que uno de los principales problemas que impide la ejecución de la medida de internación del favorecido ordenada en un proceso penal es la falta de recursos logísticos (camas) en los establecimientos de salud mental. En efecto, de autos se aprecia que una de las razones por las que el Hospital Víctor Larco Herrera no procedió al internamiento del beneficiario Marroquín Soto es la falta de camas, pues según la Directora General de este Hospital, doña Cristina Eguiguren Li, esta área cuenta con tan sólo 12 camas, las mismas que se encuentran ocupadas por otros pacientes varones que se encuentran cumpliendo medida de internación (fojas 61).
24. Por cierto esta situación de hecho no es nueva ni aislada, sino antigua y frecuente, toda vez que la Defensoría del Pueblo en su Informe Defensorial N° 102 de diciembre de 2005, titulado “**Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental**”, puso de relieve que “*la falta de camas en los hospitales que brindan servicios de salud mental ha llevado a que actualmente permanezcan internas en establecimientos penitenciarios 58 personas con enfermedades mentales. Algunas de estas personas se encuentran de manera permanente en el tópico del penal o, incluso, en celdas denominadas cuartos de meditación*”. (En: <http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php>).
25. Tal estado de cosas ha permitido que los médicos en ocasiones se vean impedidos de admitir a las personas con medidas de internación, o que cuando, habiéndolas admitido decidan de *motu proprio* darles de alta, lo que, si bien parece difícil que ocurra, no resulta ajeno para este Tribunal. En efecto en el Exp. N° 0516-2006-PHC/TC, fundamento 4, este Colegiado constató que la persona internada permaneció en el Hospital Víctor Larco Herrera durante 3 días y que según las autoridades de salud, “*Se evaluó la necesidad de cumplir con el mandato judicial (...), pero en el Pabellón N° 5 (...) había falta de camas (...), por estos motivos no se procedió a la hospitalización del paciente, siendo dado de alta (...), con indicaciones médicas y entregado a su familia*”. Sobre esta base, este Tribunal precisó que, dado que el proceso penal se encuentra en ejecución, es “*obligación del centro hospitalario efectuar exámenes periódicos al beneficiario, a fin de determinar su estado psiquiátrico, mas no determinar el cese o suspensión de la medida de internación impuesta, pues esta es facultad exclusiva del Juez*”.
26. Más todavía, ya en sentencia anterior este Tribunal ha señalado que: “**b) El Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud mental, así como programas preventivos, curativos y de rehabilitación. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, así como condiciones sanitarias adecuadas (...), d) El Estado debe abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las**

file:///C:/Users/user/Downloads/IINMPUTABLE%2003426-2008-HC.html

7/11

2/6/2018

03426-2008-HC

obligaciones que supongan la supresión del servicio de salud mental, la suspensión injustificada de los tratamientos una vez iniciados o el suministro de medicamentos, sea por razones presupuestales o administrativas” (Exp. N° 2480-2008-PA/TC, fundamento 16).

27. Sobre esta base este Colegiado considera que no puede alegarse deficiencias del propio Estado para evitar el cumplimiento de un mandato judicial que dispone la internación de una persona que padece una enfermedad mental a efectos de que sea sometida a un tratamiento médico especializado. Por tanto, constituye un imperativo que se adopten las medidas inmediatas, a fin de reducir, y mejor aún, desaparecer el déficit de los recursos logísticos y otros, por lo que, el Ministerio de Economía y Finanzas debe incrementar el presupuesto al Ministerio de Salud y éste ampliar la cobertura correspondiente en los centros hospitalarios para mejorar la condiciones de vida de las personas que adolecen de enfermedad mental.
28. Asimismo, otro de los factores no menos importante que impide la ejecución de las medidas de internación es la omisión del Poder Judicial, más concretamente de los jueces que conocen los procesos penales en etapa de ejecución, quienes no emiten pronunciamiento sobre los informes médicos que le son remitidos por los directores de los centros hospitalarios recomendando el cese de dicha medida. Esta situación tampoco es nueva o aislada, sino antigua y frecuente, toda vez que, la Defensoría del Pueblo en su Informe Defensorial N° 102 de diciembre de 2005, titulada “**Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental**”, señaló que “*aun cuando en muchos casos los directores de los hospitales emiten los referidos informes médicos, indicando que los/las pacientes se encuentran en condiciones de alta, estos informes no son tomados en consideración por los/las jueces que dispusieron las medidas de internación*” (En: <http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php>). En ese sentido, resulta preciso señalar que los jueces que conocen los procesos en ejecución deben cumplir con evaluar periódicamente sobre la base de los informes médicos que les son remitidos, la conveniencia o no de levantar las referidas medidas de seguridad de internación o, en su caso, la posibilidad de que dichas personas reciban tratamiento ambulatorio.
29. De otro lado, este Tribunal también ha tenido conocimiento que el Hospital Víctor Larco Herrera actualmente tiene una lista de espera de internación de por los menos **71** personas que padecen de enfermedad mental, tal como se aprecia del Oficio N.º 065 DG-HVLH- 2008, de fecha **17 de marzo de 2008**, dirigido por la Directora General de dicho Hospital, doña Cristina Eguiguren Li, al Director del E.P de Lurigancho, don Enrique Eduardo Abanto Herrera (fojas 61). Esta situación también parece ser invariable en los centros hospitalarios de salud mental, toda vez que, tal como se expresó *supra*, la Defensoría del Pueblo en su Informe Defensorial N° 102 de diciembre de 2005, titulado “**Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental**”, señaló que “*la falta de camas en los hospitales que brindan servicios de salud mental ha llevado a que actualmente permanezcan internadas en establecimientos penitenciarios 58 personas con enfermedades mentales. Algunas de estas personas se encuentran de manera permanente en el tópic del penal o, incluso, en celdas denominadas cuartos de meditación*”. (En: <http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php>). La falta de camas, o en su caso, la omisión del pronunciamiento judicial, como es previsible, genera la existencia con carácter permanente de una larga lista de personas a la espera de su internación en un centro hospitalario, sin que reciban el tratamiento médico especializado por padecer de enfermedad mental.
30. La situación descrita en los fundamentos que preceden permite constatar a este Tribunal Constitucional la violación masiva y/o generalizada de uno o varios derechos fundamentales (derecho a la salud, integridad personal, etc.) que afectan a un número significativo de personas que adolecen de enfermedad mental. Pero además, esta situación de hecho contraria a la Constitución, permite reconocer a este Colegiado la existencia de un estado de cosas inconstitucional respecto de las personas que adolecen de enfermedad mental, dentro de las que se encuentran las personas sujetas a medidas de internación. En efecto, se aprecia que existen escasos planes, programas y servicios de salud mental dirigidos a personas que se encuentran sujetas a medidas de seguridad de internación. Los existentes no están debidamente articulados entre los sectores e instituciones del Estado, lo cual se aleja por entero del Plan Estratégico del Instituto Nacional Penitenciario (INPE) para el período 2007-2011, que recoge las propuestas de la Comisión Multisectorial, creada por la Resolución Ministerial N° 336- 2006-PCM de fecha 18 de setiembre de 2006, e integrada por la Presidencia del Consejo de Ministros, el Ministerio de Justicia, el

file:///C:/Users/user/Downloads/IINMPUTABLE%2003426-2008-HC.html

8/11

2/6/2018

03426-2008-HC

Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas, entre otros, y que en el rubro V Lineamientos Estratégicos: Salud Penitenciaria, señala que es prioridad para el INPE: “Desarrollar y/o fortalecer los vínculos con el Ministerio de Salud en los respectivos niveles regional y local, así como la asistencia y traslado de internos psiquiátricos a Hospitales de Salud Mental”.

31. Sobre esta base este Tribunal Constitucional en cuanto garante último de los derechos fundamentales, considera que para la superación del problema, que es de naturaleza estructural, se hace necesaria la intervención activa y oportuna no sólo de las autoridades emplazadas, sino fundamentalmente, coordinada y/o mancomunada, de los demás sectores o Poderes del Estado (Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas, Congreso de la República, Poder Judicial, etc.). Por tanto, este Tribunal exige el replanteamiento de la actuación de los poderes públicos, a fin de que adopten un conjunto de medidas de carácter administrativo, legislativo, judicial y de otra índole que tengan por objeto superar de manera inmediata y eficaz las situaciones de hecho que dan lugar al quebrantamiento de la Constitución.
32. Sentado lo anterior, y teniendo en cuenta los efectos generales de la sentencia en la que se declara el estado de cosas inconstitucional, este Tribunal, de conformidad con lo establecido en el artículo VI del Título Preliminar del Código Procesal Constitucional, señala que cualquier persona o personas que se encuentren en las mismas circunstancias a las descritas en esta sentencia, esto es, que sufran agravio por el mismo o similares actos lesivos, podrán acogerse a los efectos de la presente sentencia o a la doctrina constitucional sentada por este Tribunal, no siendo necesaria la interposición de nueva demanda de hábeas corpus. Y es que, tal como ha señalado este Colegiado “La expansión de los efectos de una sentencia más allá de las partes intervinientes en el litigio no debe causar mayor alarma, puesto que, tratándose de un Tribunal encargado de la defensa de la supremacía constitucional, es claro, que sus decisiones -no sólo en los juicios abstractos de constitucionalidad, sino también en los casos concretos de tutela de derechos subjetivos- vincula a todos los poderes públicos” (Exp. N° 3149-2004-AC/TC, fundamento 14).
33. Tal como se dijo *supra*, si bien el problema es de orden estructural; sin embargo, de autos también se aprecia que las autoridades del INPE, así como las autoridades de salud, sólo se han limitado, de *un lado*, a la remisión de documentos y al traslado del favorecido a los centros hospitalarios, y de *otro lado*, a señalar la imposibilidad material para el internamiento del beneficiario por falta de camas, debido a que los jueces no disponen el cese de la medida pese a haberse recomendado el alta médica; no han realizado tampoco gestiones intra e interinstitucionales para superar el problema, tales como la puesta en conocimiento de los titulares del sector, la solicitud de los recursos materiales y económicos necesarios, la celebración de determinados convenios o acuerdos interinstitucionales o de otra índole, etc.
34. Ahora bien, este Tribunal en reiterada jurisprudencia ha precisado que cuando se alegue la afectación (amenaza o violación) de los denominados derechos conexos, tales como el derecho al debido proceso, a la defensa, salud, etc., dicha afectación también debe manifestarse, de manera concurrente o posterior, en alguno de los concretos derechos que comprende el género de la libertad individual (libertad personal, integridad personal, libertad de tránsito, etc.). En efecto, la violación del derecho fundamental a la salud mental puede suponer a la vez la violación de otros derechos fundamentales, como son el derecho a la vida, a la integridad física o al libre desarrollo de la personalidad. En el caso, ha quedado acreditado de manera objetiva que la permanencia del favorecido Marroquín Soto en un centro destinado para personas condenadas a pena privativa de la libertad (E.P. Lurigancho), en lugar de encontrarse internado en un centro hospitalario a efectos de recibir un tratamiento médico especializado que le permita conservar su estado de normalidad orgánica funcional tanto física como mental, por padecer de síndrome psicótico esquizofrénico paranoide, vulnera por omisión y de manera concurrente los derechos fundamentales a la salud y a la integridad personal.
35. En efecto, este Tribunal considera que por el particular estado del favorecido, quien se encuentra en una situación de riesgo palpable, toda vez que no recibe tratamiento médico especializado que haga posible la rehabilitación de su salud mental por estar en un establecimiento de naturaleza distinta a la que sus necesidades exigen de acuerdo con la enfermedad que padece, a lo que debe agregarse el hecho de que se encuentra alejado de su familia y de la atención que ésta le pueda brindar, debe ser trasladado e internado de manera inmediata en un centro hospitalario superando para ello cualquier imposibilidad material que se presente, a fin de que reciba la atención integral que requiere su enfermedad, en atención a los fines sobre los cuales se basan las medidas de seguridad (internación) y las que se señalan en la sentencia que

file:///C:/Users/user/Downloads/INMPUTABLE%2003426-2008-HC.html

9/11

2/6/2018

03426-2008-HC

dispuso dicha medida. Por lo demás, prolongar la permanencia del favorecido en un lugar que carece de condiciones para el tratamiento médico especializado de este tipo de dolencias, supondría la agravación de la violación de sus derechos a la salud mental y a la integridad personal incluso hasta convertirse en irreparable.

36. Por último, se aprecia que la mayor parte de las gestiones destinadas a cumplir lo ordenado por el órgano jurisdiccional -traslado e internamiento del favorecido en un centro hospitalario-, han sido realizadas con el Hospital Víctor Larco Herrera, en el que incluso el favorecido fue sometido a exámenes médicos y luego fue incluido en la lista de espera, pero, fue rechazada su admisión por las razones ya descritas (fojas 26, 34, 40 y 61), lo que no ha ocurrido con los demás centros hospitalarios, pues se advierte que al Hospital Hermilio Valdizán apenas se le ha remitido dos oficios, mientras que el Instituto Nacional de Salud Mental “Hideyo Noguchi” es sólo una institución que se dedica a la investigación y a la docencia. En ese sentido, este Tribunal considera que el favorecido Marroquín Soto debe ser inmediatamente trasladado e internado en el Hospital Víctor Larco Herrera, para lo cual la Oficina Ejecutiva de Administración y la Oficina de Logística de este Hospital habrá de superar cualquier imposibilidad material, a fin que el favorecido reciba el tratamiento especializado requerido. En conclusión demanda debe ser estimada.

Por estos fundamentos, el Tribunal Constitucional, con la autoridad que le confiere la Constitución Política del Perú

HA RESUELTO

1. Declarar **FUNDADA** la demanda de hábeas corpus de autos por haberse producido la violación del derecho fundamental a la salud mental y a la integridad personal; en consecuencia: i) **ORDENAR** al Director del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho que, en el día, proceda al traslado del favorecido don Pedro Gonzalo Marroquín Soto al Hospital Víctor Larco Herrera; ii) **ORDENAR** al Director General del Hospital Víctor Larco Herrera para que una vez ejecutado el traslado del favorecido, proceda a su admisión, debiendo la Oficina Ejecutiva de Administración y Oficina de Logística de dicho Hospital superar cualquier imposibilidad material, a fin de que reciba el tratamiento médico especializado.
2. Declarar, como un **estado de cosas inconstitucional**, la falta de una política de tratamiento y rehabilitación de la salud mental de personas que se encuentran sujetas a medidas de seguridad de internación por padecer de una enfermedad mental; en consecuencia:
 - a. **ORDENAR** al Ministerio de Economía y Finanzas para que adopte las medidas necesarias que permitan el incremento gradual del presupuesto destinado al Ministerio de Salud, y concretamente, a los centros hospitalarios de salud mental de país.
 - b. **ORDENAR** al Poder Judicial la adopción de las medidas correctivas para que todos los jueces del país emitan pronunciamiento oportuno sobre los informes médicos que les son remitidos por las autoridades de salud, que recomiendan el cese de la medida de seguridad de internación.
 - c. **EXHORTAR** al Congreso de la República para que proceda a la aprobación de una ley que regule el tratamiento, supervisión, procedimiento, ejecución y cese de las medidas de seguridad de internación.
 - d. **EXHORTAR** al Poder Ejecutivo que adopte las medidas necesarias que tengan por objeto superar de manera inmediata y eficaz las situaciones de hecho que dan lugar al quebrantamiento de la Constitución, fortaleciendo los niveles de coordinación con el Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas, etc.
3. **DISPONER** que los principios desarrollados en el *fundamento* 32 de la presente sentencia constituyen doctrina jurisprudencial, conforme al artículo VI del Título Preliminar del Código Procesal Constitucional.

2/6/2018

03426-2008-HC

4. **DISPONER** que la Defensoría del Pueblo, en el marco de sus competencias constitucionales, se encargue del seguimiento respecto del cumplimiento de la presente sentencia, informando al Colegiado en el término de 90 días y emitiendo, si así lo considerara pertinente, un Informe al respecto.
5. **DISPONER** la notificación de la presente sentencia, a través de la Secretaría General de este Colegiado, a todas las instancias involucradas o referidas en el fallo para los fines pertinentes.

Publíquese y notifíquese.

SS.

VERGARA GOTELLI
ÁLVAREZ MIRANDA
URVIOLA HANI

Anexo 5—Caso 5: Trastorno bipolar, asesinato

SO3 JOSE SEGUNDO GUTIÉRREZ HERRADA

Autor: César Nakasaki Servignón

ETIOLOGÍA	Trastorno Bipolar (fase maníaco con síntomas psicóticos)
PROCESADO	José Segundo Gutiérrez Herrada
DELITO	Asesinato (Código Penal peruano de 1924, Art. 152)
SALA DE ORIGEN	Sala Colegiado “C” de la Sala Penal Nacional
SALA REVISORA	
EXPEDIENTE	26-2009

5.2 Hechos probados en el examen global de las pruebas.

Corresponde efectuar la tercera etapa, la apreciación global; a fin de comprobar si las pruebas individuales forman el "tejido probatorio" respecto de los hechos constitutivos subjetivos del delito alegados por la Acusación; o, por el contrario, si forman la "masa pruebas" del hecho impenitente que alega la Defensa del imputado.

El examen global de las pruebas, periciales y documentales, en el proceso que estoy analizando determinó que:

- 1) Se probó que el acusado José Segundo Gutiérrez Herrada padece trastorno bipolar.
- 2) Se probó que el trastorno bipolar que padece José Segundo Gutiérrez Herrada es una enfermedad endógena y constitucional (de nacimiento por su origen genético), que formó su personalidad premórbida a los 11 años de edad.
- 3) Se probó que José Segundo Gutiérrez Herrada ingresó al Ejército padeciendo trastorno bipolar.
- 4) Se probó que el SO3 José Segundo Gutiérrez Herrada en agosto de 1985 fue asignado y sirvió en la Base Contra Guerrilla de Castropampa, padeciendo trastorno bipolar.
- 5) Se probó que el SO3 José Segundo Gutiérrez Herrada en agosto de 1985 en la Base Contra Guerrilla de Castropampa, tenía el cargo de chofer, habiéndose asignado el rancho, era el cocinero.
- 6) Se probó que el SO3 José Segundo Gutiérrez Herrada fue evacuado e ingreso, el 10 de octubre de 1985, al Hospital Central Militar con el diagnóstico de psicosis maniaca aguda, antigua denominación que tuvo el trastorno bipolar en fase maniaca con síntomas psicóticos; teniendo en cuenta que los hechos fueron el 7 de agosto de 1985, 2 meses y 3 días después.
- 7) Se probó que la fase maniaca con síntomas psicóticos del trastorno bipolar (llamada antes psicosis maniaca aguda) que sufrió el SO3 José Segundo Gutiérrez Herrada tuvo un periodo de duración que osciló entre 4 a 6 meses.
- 8) Se probó que el SO3 José Segundo Gutiérrez Herrada fue objeto de examen el 8 de enero de 1986 por médicos psiquiatras del Hospital Central Militar y que el diagnóstico psiquiátrico fue "psicosis maniaca aguda en remisión parcial" desencadenado ante situaciones de stress en la zona de emergencia; teniendo en cuenta que los hechos fueron el 7 de agosto de 1985, el diagnóstico psiquiátrico fue 4 meses y 1 día después.
- 9) Se probó que la fase maniaca con síntomas psicóticos del trastorno bipolar (llamada antes psicosis maniaca aguda) que sufrió el SO3 José Segundo Gutiérrez Herrada en enero de 1986, se encontraba en remisión parcial, esto es, todavía presentaba algunos síntomas o signos de la fase maniaca con síntomas psicóticos¹⁰⁴; a pesar de haber transcurrido 4 meses y 1 día de los hechos el 7 de agosto de 1985.
- 10) Se probó que los psiquiatras que examinaron el SO3 José Segundo Gutiérrez Herrada el 8 de enero de 1986 le prescribieron un tratamiento en internamiento, a partir de esa fecha, de 6 meses prorrogables, y que al salir de alta seguiría en tratamiento ambulatorio con controles semanales o quincenales; por lo que al volver al servicio tendría que ser en guarniciones de Lima para sus controles médicos.
- 11) Se probó que los psiquiatras que examinaron el SO3 José Segundo Gutiérrez Herrada el 8 de enero de 1986 fue calificado como apto "C" conforme al Reglamento RE 611-101; esto es no estaba en condiciones de cumplir ningún servicio militar.
- 12) Se probó que durante el tiempo de privación de la libertad el interno José Segundo Gutiérrez Herrada viene presentando un comportamiento que ha originado diversos requerimientos, incluso de la Defensoría del Pueblo, de examen y tratamiento psiquiátrico, habiéndose diagnosticado que ha vuelto a manifestarse el trastorno bipolar en fase hipomaniaca, estado que se mantiene hasta la actualidad porque no se cumple con el tratamiento médico y psicológico requerido.
- 13) Se probó que el 7 de agosto de 1985, José Segundo Gutiérrez Herrada, chofer y cocinero de la Base Contra Guerrilla de Castropampa, al recibir y ejecutar la orden de matar del Jefe de la Base, el Mayor E.P. Wilber Campos Hermoza, con el arma de fuego proporcionada por el Comandante David Norberto Lama Romero, representante del Jefe Político Militar de Ayacucho, sufrió un episodio maniaco con síntomas psicóticos del trastorno bipolar.

8. Conclusiones.

1° Los elementos objetivos y subjetivos del delito son, dentro del tipo penal, elementos descriptivos, no normativos. Su existencia o inexistencia debe ser objeto de prueba. Son hechos a probar, no simples valoraciones.

2° El juicio de valor es una calificación, la atribución de una cualidad, y, por tanto, como tal, la afirmación que lo contiene no es en rigor, verdadera ni falsa y tampoco verificable mediante la prueba.

3° Quien sostiene que un determinado hecho se ha realizado con una intención también determinado (parte subjetiva del delito), expresa el resultado de una inferencia inductiva en virtud de la cual tiene por cierta la existencia de un dato, un dato de hecho que puede comprobarse mediante la prueba. De ese hecho se puede predicar además la calidad de verdadero o falso, pues obviamente, no es un juicio de valor.

4° Los hechos constitutivos del delito son los que fundamentan la pretensión de la parte activa del proceso, al referirse al supuesto de hecho de la norma cuya aplicación se solicita. Estos hechos necesariamente deben ser objeto de prueba por la garantía de la presunción de inocencia.

5° Los hechos impositivos son aquellos que impiden el nacimiento de la pretensión sostenida por la contraparte. No permiten la aplicación de la norma jurídica solicitada por la otra parte.

6° En el caso de José Segundo Gutiérrez Herrada, el trastorno bipolar en episodio maniaco con síntomas psicóticos consistió en un hecho impositivo, que la defensa debió probar para descartar la aplicación de la norma penal que regula el tipo de asesinato.

7° El trastorno bipolar en fase maniaca, con o sin síntomas psicóticos, constituye una causa de inimputabilidad; aplicando el artículo 85 inciso 1 del Código Penal de 1924, por constituir

una enfermedad mental; y aplicando el artículo 20 inciso 1 del Código Penal de 1991, una grave anomalía psíquica que afecta gravemente el concepto de la realidad.

8° El episodio maniaco con síntomas psicóticos hace que la persona no posea la facultad de comprender el carácter delictuoso del hecho; y en el episodio maniaco sin síntomas psicóticos porque le impide determinarse según esta comprensión.

9° En la doctrina penal, el reconocimiento del trastorno bipolar como causa de inimputabilidad, se ubica más fácilmente si se emplea su anterior denominación, psicosis maniaco depresiva, pues los penalistas acostumbrados a trabajar con categorías generales, la psicosis y la psicopatía, prefieren el término psicosis maniaco depresiva, psicosis cíclica o ciclotimia, a trastorno bipolar; ello pues esta última denominación para este tipo de trastorno mental es moderno en la psiquiatría y psicología, con mayor razón en la medicina forense y por ende en el derecho penal.

10° La doctrina penal depende de la psiquiatría o la psicología forense para determinar los casos de inimputabilidad por enfermedad mental; el penalista poco se atreve a acudir directamente a la psiquiatría o a la psicología, lo cual es una desventaja pues el avance de los estudios de medicina legal permite la actualización de los conceptos sobre inimputabilidad por falta de salud mental que en el ámbito penal se manejan.

11° El conflicto armado interno que se dio en nuestro país hace casi dos décadas dejó innumerables y gravísimas secuelas. Los tribunales en la actualidad deben valorar todo el contexto en que se vivió y analizar con la mayor minuciosidad los casos que se presentan; el caso de José Segundo Gutiérrez Herrada no fue el caso de un monstruo asesino de civiles y violador de derechos fundamentales, sino el lamentable caso de un enfermo mental, como quizá tantos otros, que sufrieron y sufren igual que todos los tormentos que causó una época tan oscura para el país como la del terrorismo.

Anexo 6—Ley 17.774 (Uruguay)

Consideramos importante adjuntar la ley 17.774 relacionada con la obligatoriedad de incluir extracción de sangre sobre contaminación plúmbica en la República Oriental del Uruguay, que puede servir de fuente para la elaboración de una ley de mayor amplitud para nuestro país.

PROMULGACION: 20 de mayo de 2004

PUBLICACION: 27 de mayo de 2004

Ley 17.774 - Obligatoriedad de incluir extracción de sangre venosa para dosificación de plombemia al sacar el carné de salud de los trabajadores de diversas ramas.

PODER LEGISLATIVO

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN

ART. 1°.-

En los exámenes que comprende el carné de salud de los trabajadores de las ramas que se definen en el Anexo I, se incluirá obligatoriamente la extracción de sangre venosa para dosificación de plombemia.

Esta disposición comprende a toda persona, cualquiera sea la vinculación jurídica que regule su relación laboral.

Se tendrá particularmente en cuenta la necesidad de fijar valores límites diferenciados para los menores de edad, mujeres embarazadas, así como para los hombres y mujeres en edad fértil.

ART. 2°.-

El examen de plombemia al que refiere el artículo 1° se incorporará en los estudios comprendidos en el carné de salud de quienes ingresan a trabajar o ya estuvieren trabajando en las ramas definidas en el Anexo I. La periodicidad de los estudios de plombemia de quienes trabajen en actividades y ocupaciones de exposición alta será semestral, excepto la de quienes trabajen en el área administrativa, que será cada doce meses; para los que trabajen en actividades y ocupaciones de exposición mediana será cada doce meses, excepto para los del área administrativa que será

cada dieciocho meses y para todos los que trabajen en actividades y ocupaciones de baja exposición será cada veinticuatro meses.

ART. 3°.-

Los análisis de plumbemia establecidos en la presente ley, se realizarán en laboratorios reconocidos que cuenten con el aval del Ministerio de Salud Pública.

ART. 4°.-

Se incorpora el saturnismo a la lista de enfermedades cuya constatación obliga a los médicos a hacer las denuncias ante el Ministerio de Salud Pública y ante el Banco de Seguros del Estado.

Asimismo, los casos de exposición al plomo deberán ser denunciados ante la División de Salud de la Población, del Ministerio de Salud Pública.

ART. 5°.-

Los fondos necesarios para instrumentar la presente ley en áreas asistenciales del Ministerio de Salud Pública serán con cargo a esa Secretaría; los de las empresas que tengan asegurado a su personal en el Banco de Seguros del Estado serán con cargo a éste y los estudios realizados en áreas privadas de asistencia médica correrán por cuenta de las instituciones que presten el servicio (DISSE).

ART. 6°.-

La limpieza de polvo de plomo o del polvo de materiales que lo contengan, se efectuará por medios húmedos o por aspiración seca.

ART. 7°.-

Toda vez que un proceso productivo, de reciclaje o de almacenamiento que utilice plomo o materiales que lo contengan, origine residuos, obligatoriamente se adoptarán las siguientes precauciones:

- A) Los efluentes industriales deberán ser recogidos y canalizados impidiendo su libre escurrimiento por los pisos y conducidos a un lugar de captación y alejamiento para su posterior evacuación. Los desagües serán canalizados por conductos cerrados cuando exista riesgo de contaminación ambiental.
- B) Los residuos y efluentes deberán ser evacuados a lugares o plantas de tratamiento, de manera que no se conviertan en un riesgo para la salud de quienes trabajan en la empresa ni un factor de contaminación ambiental. Los ventiladores, extractores u otros aparatos colocados a efectos de la extracción de residuos por vía aérea y ventilación

del local de trabajo, deberán contar con filtros adecuados al tamaño de la partícula, así como estar diseñados de tal forma que no constituyan factor de contaminación ambiental con plomo, dentro o fuera de la planta donde se trabaja. Dichos aparatos deberán estar ubicados a la altura necesaria para evitar la exposición al plomo a través de las vías respiratorias.

C) En ningún caso los residuos contaminantes de plomo ("la escoria") podrán ser utilizados para relleno de terrenos, construcciones u otros fines que pongan en riesgo la calidad ambiental o la salud.

El incumplimiento a las disposiciones del presente artículo será sancionado de acuerdo a la normativa vigente en materia de protección ambiental.

ART. 8°.-

Todos los establecimientos de las ramas que se mencionan en el Anexo I dispondrán de vestuarios donde habrá lugares separados para guardar la ropa de calle y la de trabajo, así como espacios para el lavado de las últimas. La empresa será responsable de proporcionar al personal el calzado, la vestimenta y los guantes u otros elementos protectores en caso de ser necesarios, a efectos de evitar la exposición al plomo, los que serán de uso obligatorio.

ART. 9°.-

Los establecimientos en los que se cumplan jornadas de trabajo de régimen de horario continuo deben disponer o facilitar un local destinado a comedor que esté fuera del ambiente donde se trabaja con plomo, se lo deposita, se traslada, se almacena el polvo o la "escoria" o donde la calidad ambiental ponga en riesgo la salud de los trabajadores. Se facilitará, asimismo, un lugar adecuado para que los trabajadores puedan cambiar su ropa de trabajo antes de ingerir los alimentos.

ANEXO I

OCUPACIONES Y ACTIVIDADES CON EXPOSICION POTENCIAL AL PLOMO CLASIFICADAS SEGUN INTENSIDAD DE LA EXPOSICION

Exposición alta (actividad de alto riesgo)

Acumuladores, fabricantes de

Alambre, fabricantes de

Alfarería, trabajadores en el vidriado de

Automóviles, reparadores de

Barcos, desmanteladores o desguazadores de
Baterías (acumuladores), fabricantes de
Cerámica, fabricantes de
Combustibles para motores, mezcladores de
Equipos químicos que contienen plomo, fabricantes de
Estearato de plomo, fabricantes de
Galvanizadores
Insecticidas a base de plomo, fabricantes de
Limadores
Masillas con plomo, fabricantes de
Metal de desecho, refinadores de
Metal de desecho, trabajadores de
Metales, refinadores de
Metales, soldadores de
Metales con plomo, trabajadores de planchas de
Metales con plomo, trituradores de
Metales no ferrosos, fundidores de
Pigmentos para pinturas, fabricantes de
Pintores con pistola de aire comprimido
Plásticos (PVC), trabajadores de
Plomo, fabricantes de contrapesos de
Plomo, fabricantes de hojas de
Plomo, fabricantes de pisos de
Plomo, fabricantes de protecciones de
Plomo, fabricantes de sales de
Plomo, fabricantes de tuberías de
Plomo, fundidores de tuberías de
Plomo, moldeadores de
Plomo de baterías, recuperadores y recicladores de
Plomo, soldadores con soldadura de
Plomo, trabajadores de
Plomo, trabajadores de molinos de
Policloruro de vinilo, mezcladores de estabilizadores de
Soldadura, fabricantes de
Tetraetilo de plomo, fabricantes de
Tetrametilo de plomo, fabricantes de

Tipos de imprenta, fundidores de
Tuberías, ajustadores de
Vidrio, mezcladores manuales de masa de

Exposición mediana (actividades con mediano riesgo)

Baldosas, fabricantes de
Bronceadores
Cables, empalmadores de
Cables eléctricos y telefónicos, fabricantes de
Cartuchos, fabricantes de
Central eléctrica, trabajadores en
Colorantes, fabricantes de
Electro galvanizadores
Electrotipia, trabajadores en
Metales, cortadores de
Metales, pulidores de
Municiones, fabricantes de
Petróleo crudo, trabajadores en refinerías de
Pinturas, fabricantes de
Plomeros
Radiadores de automóviles, reparadores de
Remachadores
Soldadores a soplete
Tapas para botella, fabricantes de
Techadores vidrio, fabricantes de
Vidrio, pulidores de
Vidrio plomado, sopladores de
Zinc, cargadores de hornos de
Zinc, trabajadores de molinos de

Exposición baja (actividad de bajo riesgo)

Barnices, fabricantes de
Calzado, tintoreros de
Caucho, fabricantes de
Caucho, pulidores de
Curtiembre, trabajadores de

Demoliciones, trabajadores de
Empleados en recintos para estacionamiento de vehículos
Esmaltadores
Esmalte, operadores de hornos de
Esmaltes, fabricantes de
Estaño, fabricantes de hojas de
Fundiciones, moldeadores en
Gasolinería, trabajadores de
Hojalateros
Latón, fundidores de
Linotipistas
Litograbadores
Pintores
Ruedas de esmeril, fabricantes de
Taller de reparación de vehículos, trabajadores en
Viruta, trabajadores que la obtienen al labrar metal

El Poder Ejecutivo podrá, por resolución fundada, modificar el presente Anexo, incorporando, dando de baja o modificando el nivel de exposición de las actividades y ocupaciones en él comprendidas.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 5 de mayo de 2004.
LUIS HIERRO LOPEZ, Presidente; MARIO FARACHIO, Secretario.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PUBLICAS
MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGIA Y MINERIA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE GANADERIA, AGRICULTURA Y PESCA
MINISTERIO DE TURISMO
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO
AMBIENTE
MINISTERIO DE DEPORTE Y JUVENTUD

Montevideo, 20 de mayo de 2004

Anexo 7—Ley 29889

Garantiza los derechos de personas con problemas de salud mental. Dispositivo esencialmente declaratorio, sin embargo, la realidad contrasta con la real situación de la salud mental en nuestro país. Desde el mes de junio del 2012 a la fecha no hay avances significativos.

Aprueban el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental¹⁶²

DECRETO SUPREMO

N° 033-2015-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, establece que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, tiene por objeto garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención;

Que, la precitada Ley, establece en su Segunda Disposición Complementaria Final que el Poder Ejecutivo la reglamentará;

Que, el Reglamento de la precitada Ley permitirá garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación

¹⁶² <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-reglamento-de-la-ley-n-29889-ley-que-modifica-decreto-supremo-n-033-2015-sa-1296283-1/>

psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención;

Que, en ese sentido, resulta necesario aprobar el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental;

De conformidad con lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú y el numeral 3 del artículo 11 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación

Apruébese el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, que consta de cinco (5) títulos, veintisiete (27) artículos, dos (2) disposiciones complementarias transitorias y una (1) disposición complementaria final, que forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 2.- Publicación

El presente Decreto Supremo y el Reglamento que aprueba, serán publicados en el Portal del Estado Peruano (www.peru.gob.pe) y en el portal institucional del Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pe), el mismo día de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Artículo 3.- Refrendo

El presente Decreto Supremo será refrendado por el Ministro de Salud.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los cinco días del mes de octubre del año dos mil quince.

OLLANTA HUMALA TASSO

Presidente de la República

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA

Ministro de Salud

REGLAMENTO DE LA LEY N° 29889, LEY QUE MODIFICA EL ARTÍCULO 11 DE LA LEY N° 26842, LEY GENERAL DE SALUD, Y GARANTIZA LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL TÍTULO PRIMERO

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto

El presente Reglamento regula las disposiciones establecidas en la Ley 29889; Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, tiene como objeto garantizar que las personas con problemas

de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación

Las disposiciones contenidas en el presente Reglamento son de aplicación general para los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud-IGSS, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud - EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, así como para los establecimientos de salud privados y otros prestadores que brinden atención de salud en todo el país.

Artículo 3.- Definiciones y acrónimos

Para los efectos del presente Reglamento se entenderá por:

1. Adicción.- Trastorno mental y del comportamiento que consiste fundamentalmente en alteraciones de la voluntad e implica incapacidad para abstenerse de consumir una sustancia, o la necesidad incontrolada y reiterada de realizar una conducta nociva. La adicción es un trastorno tratable y la recuperación es posible.

2. Discapacidad mental.- En concordancia con la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, la persona con discapacidad mental es aquella que tiene una o más deficiencias mentales o intelectuales de carácter permanente que al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerce o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos; y de su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás. Incluye cualquier restricción o falta de capacidad para llevar a cabo o completar una actividad determinada, aparecida como consecuencia de un trastorno mental.

3. Capacidad de juicio afectado.- Alteración cuantitativa y/o cualitativa del pensamiento consistente en percibir cognitivamente la realidad de manera distorsionada.

4. Crisis.- Episodio de pérdida total o parcial de la capacidad de control sobre sí mismo y/o sobre su situación vital, que una persona experimenta por primera vez o en forma intermitente, de duración variable, a raíz de un trastorno mental conocido o probable, según criterio médico.

5. Emergencia psiquiátrica.- Alteración mental que pone en riesgo la integridad del paciente y/o de terceros, determinada por el médico evaluador.

6. Equipo interdisciplinario de salud mental.- Equipo interdisciplinario conformado por profesionales de la salud y técnicos capacitados y dedicados a la salud mental, que toman decisiones conjuntas y realizan acciones articuladas en este campo.

7. Internamiento u Hospitalización.- Proceso por el cual el usuario es ingresado a un establecimiento de salud para recibir cuidados necesarios, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación, así como procedimientos médico-quirúrgicos, y que requieran permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de doce (12) horas, por su grado de dependencia o

riesgo, según corresponda al nivel de atención. En establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, categoría I-4, se desarrolla la actividad de internamiento, y en los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención se desarrolla la actividad de hospitalización.

8. Intervención en salud mental.- Toda acción, incluidas las propias de la medicina y de otras profesiones relacionadas, tales como psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y otras según sea procedente, que tengan por objeto potenciar los recursos propios de la persona para su autocuidado y favorecer factores protectores para mejorar la calidad de vida de la persona, la familia y la comunidad.

9. Intervenciones de salud mental en la comunidad.- Actividades o acciones de carácter promocional, preventivo, terapéutico, de rehabilitación y reinserción social que se realizan con la participación activa de la población organizada en beneficio de las personas con trastornos mentales o la promoción y protección de la salud mental individual y colectiva.

10. Junta Médica.- Se denomina así a la reunión de dos o más médicos psiquiatras, convocados para intercambiar opiniones respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de una persona. Es convocada por el médico tratante, a iniciativa propia, a solicitud del paciente o de sus familiares, u ordenada para aspectos legales por la autoridad competente, o de acuerdo al requerimiento de la ley, en el caso de personas con adicciones, para la determinación de su capacidad de juicio para tratamiento o internamiento involuntario.

11. Médico tratante.- Profesional médico que siendo competente para manejar el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico.

12. Modelo de atención comunitario de salud mental.- Es un modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad, que promueve la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con la participación protagónica de la propia comunidad.

13. Problema psicosocial.- Es una dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas y/o entre estas y su ambiente, por ejemplo: la violencia, la desintegración familiar, la desintegración comunitaria y social, la discriminación, entre otros.

14. Salud mental.- La salud mental es un proceso dinámico, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Lo dinámico también incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva. Implica un proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de auto-cuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición -propia y ajena- de ser sujetos de derecho.

15. Servicios médicos de apoyo.- Son establecimientos que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y

tratamiento de los problemas clínicos. Pueden funcionar independientemente o dentro de un establecimiento de internamiento.

16. Trastorno mental y del comportamiento.- Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Los trastornos mentales a que se refiere el presente Reglamento, se encuentran contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

17. Tratamiento del trastorno mental y del comportamiento.- Acciones propias de la medicina, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y de otras profesiones relacionadas según sea procedente, dirigidas por un médico tratante y que tengan por objeto producir la recuperación o mejoría, adaptación y/o habilitación de una persona con trastorno mental y del comportamiento.

Listado de Acrónimos.-

- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.

TÍTULO SEGUNDO
CAPÍTULO I
DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS
A LA SALUD MENTAL

Artículo 4.- Derecho a acceder a los servicios de salud mental

Se rige por los derechos establecidos en el artículo 15 de Ley N° 26842, Ley General de Salud, y la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud; y adicionalmente asisten a las personas con problemas de salud mental los siguientes derechos específicos:

- a. A ser atendido por su problema de salud mental en el establecimiento de salud más cercano a su domicilio, protegiéndose la vinculación con su entorno familiar, comunitario y social.
- b. A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.
- c. A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su estado de salud mental, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren.

- d. A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o recuperar su salud, según lo requiera, garantizando su acceso en forma oportuna, continua, integral y digna.
- e. A servicios de internamiento u hospitalización como recurso terapéutico de carácter excepcional.
- f. A servicios de internamiento u hospitalización en ambientes lo menos restrictivos posibles que corresponda a su necesidad de salud a fin de garantizar su dignidad y su integridad física.
- g. A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento indicado.
- h. A ser informado sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa.
- i. A la protección contra el abandono por parte de la familia, así como de los servicios del Estado, mediante la implementación de servicios de fortalecimiento de la vinculación familiar y comunitaria y de protección residencial transitoria.
- j. A contar con acceso al tratamiento de mayor eficacia y en forma oportuna, a través del uso pleno de sus respectivos seguros, incluida la protección financiera en salud del Estado.
- k. A recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.
- l. A recibir tratamiento lo menos restrictivo posible, acorde al diagnóstico que le corresponda.
- m. A no ser privado de visitas durante el internamiento u hospitalización cuando éstas no estén contraindicadas por razones terapéuticas, y nunca por razones de sanción o castigo.
- n. A recibir la medicación correspondiente con fines terapéuticos o de diagnóstico, y nunca como castigo o para conveniencia de terceros.
- o. A la libertad de movimiento y comunicación con el interior y exterior del establecimiento, siempre y cuando sea compatible con el tratamiento programado.
- p. A autorizar, o no, la presencia de personas que no están directamente relacionados a la atención médica, en el momento de las evaluaciones.
- q. A ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida. Para estos efectos el servicio de salud debe contar con mecanismos claros para la recepción, tratamiento y resolución de quejas.
- r. A que su consentimiento conste por escrito cuando sea sujeto de investigación para la aplicación de medicamentos o tratamientos.
- s. A no ser objeto de aplicación de algún método de anticoncepción sin previo consentimiento informado, emitido por la persona cuando no se encuentre en situación de crisis por el trastorno mental diagnosticado.
- t. A tener acceso a servicios de anticoncepción independientemente de su diagnóstico clínico, incluido el retardo mental, con el apoyo pertinente del servicio para el ejercicio de su capacidad para obrar y la defensa de sus derechos.
- u. A no ser discriminado o estigmatizado por tener o padecer, de manera permanente o transitoria, un trastorno mental o del comportamiento.

- v. A recibir efectiva rehabilitación, inserción y reinserción familiar, laboral y comunitaria, en los servicios comunitarios de salud mental y de rehabilitación psicosocial y/o laboral.
- w. Otros derechos que determine la Ley.

TÍTULO TERCERO
CAPÍTULO I
DE LA REFORMA DE LA ATENCIÓN
EN SALUD MENTAL

Artículo 5.- De la conformación de redes de atención para la atención de personas con problemas de salud mental

a. A la clasificación de establecimientos de salud de la red de servicios de salud existentes en el país establecidos en los artículos 45, 52 y 85 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se incorporan las siguientes estructuras:

1) *Establecimientos de salud sin internamiento:*

- Establecimientos de salud del primer nivel de atención, no especializado con servicios de atención de salud mental.
- Centros de salud mental comunitarios.

2) *Establecimientos de salud con internamiento:*

- Unidades de hospitalización de salud mental y adicciones de los Hospitales Generales.
- Unidades de hospital de día de salud mental y adicciones de los Hospitales Generales.

3) *Servicios médicos de apoyo:*

- Hogares protegidos
- Residencias protegidas
- Centros de rehabilitación psicosocial
- Centros de rehabilitación laboral

b. Las estructuras mencionadas en el literal precedente, constituyen en conjunto la red de atención comunitaria de salud mental, como parte integrante de la red de atención de salud.

c. El gobierno nacional, los gobiernos regionales y locales impulsan, implementan y sostienen la red de atención comunitaria de salud mental dentro de las redes de atención integral, incluyendo servicios médicos de apoyo para la atención de la salud mental.

d. Los servicios médicos de apoyo para la atención de salud mental cumplen sus funciones asegurando la continuidad de cuidados de la salud que se requiera para cada caso, incluida la rehabilitación psicosocial.

e. Las instituciones descritas en el ámbito de aplicación del presente Reglamento, realizan gestiones necesarias con los Gobiernos regionales y/o locales para la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones de reforma de la atención en salud mental, fundamentalmente en lo relacionado a la implementación de hogares o residencias protegidas u otros servicios de protección residencial.

Artículo 6.- De los establecimientos de salud del primer nivel de atención con servicios de atención de salud mental.

- a. Todas las redes de salud garantizan que los centros de salud nivel I-3 y I-4 tengan profesionales psicólogos.
- b. Todas las redes de salud garantizan que los equipos básicos de salud de los establecimientos de salud bajo su responsabilidad se encuentren en capacitación continua, en servicio, para afrontar los problemas de salud mental de su población asignada.

Artículo 7.- De los centros de salud mental comunitarios

- a. Los centros de salud mental comunitarios son establecimientos de salud categoría I-3 o I-4 especializados, que cuentan con psiquiatra y servicios especializados para niños/as y adolescentes, adultos y adultos mayores, adicciones y participación social y comunitaria.
- b. Realizan actividades para la atención ambulatoria especializada de usuarios con trastornos mentales y/o problemas psicosociales, el fortalecimiento técnico de los establecimientos del primer nivel de atención y la activación de la red social y comunitaria de su jurisdicción.

Artículo 8.- De las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones

- a. La Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones es un servicio de hospitalización de estancia breve (hasta 60 días), dependiente del hospital general, desde el nivel II -2, con capacidad según la demanda proyectada.
- b. Tiene como finalidad la estabilización clínica de personas en situación de emergencia psiquiátrica, agudización o reagudización del trastorno mental diagnosticado.

Artículo 9.- De las Unidades de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones

- a. La Unidad de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones es un servicio ambulatorio especializado, de estancia parcial (6-8 horas por día), dependiente del hospital general o psiquiátrico, desde el nivel II-2, con capacidad según la demanda proyectada.
- b. Brinda servicios complementarios a la hospitalización psiquiátrica, durante el lapso necesario para lograr la estabilización clínica total y su derivación al servicio de salud mental ambulatorio correspondiente, más cercano al domicilio del usuario.

Artículo 10.- De los Centros de Rehabilitación Psicosocial

- a. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial, son servicios médicos de apoyo, de atención especializada en rehabilitación psicosocial, destinados a personas con trastornos mentales con discapacidades, para recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, y promover su mantenimiento e integración en la comunidad, así como apoyar y asesorar a sus familias; cuentan con psicólogos.
- b. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial dependen de la red de salud y coordinan con el Centro de Salud Mental Comunitario, los Centros de Rehabilitación Laboral y los Hogares o Residencia Protegidas y las organizaciones sociales y comunitarias de su ámbito territorial.

Artículo 11.- De los Centros de Rehabilitación Laboral

- a. Los Centros de Rehabilitación Laboral, son servicios médicos de apoyo, especializados en rehabilitación laboral, destinados a personas con discapacidad laboral de diversa severidad producida por algún trastorno mental, para ayudarles a recuperar o adquirir los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder a la inserción o reinserción laboral, y apoyar su integración y mantenimiento en la misma; cuentan con psicólogos y terapeutas ocupacionales.
- b. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial dependen de la red de salud y coordinan con el Centro de Salud Mental Comunitario, los Centros de Rehabilitación Psicosocial y los Hogares o Residencia Protegidas y las organizaciones sociales y comunitarias de su ámbito territorial.

Artículo 12.- De los Hogares y Residencias Protegidas

- a. Los Hogares y Residencias Protegidas, son servicios médicos de apoyo que brindan servicios residenciales transitorios, alternativos a la familia, para personas con algún grado de discapacidad de causa mental que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de su familia.
- b. Los hogares protegidos se orientan a pacientes en condiciones de alta hospitalaria, que requieren cuidados mínimos y no cuentan con soporte familiar suficiente.
- c. Las residencias protegidas, se orientan a pacientes clínicamente estables, en condiciones de alta hospitalaria, pero con secuelas discapacitantes, pero que aún requieren cuidados por las secuelas discapacitantes.
- d. Los hogares y residencias protegidas dependen de la red de salud correspondiente y coordinan, según el estado del paciente con problemas de salud mental en tratamiento, con la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones, la Unidad de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones del hospital general local, con el Centro de Salud Mental Comunitario y con los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

CAPÍTULO II

DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Artículo 13. De la atención de la salud mental

- a. La atención de la salud mental se realiza obligatoriamente desde el primer nivel de atención y en el marco de la política de redes integradas de servicios de salud y de acuerdo al nivel de complejidad.
- b. La autoridades que dirigen las instancia comprendidas en el ámbito de aplicación del presente Reglamento son responsables de:

- Garantizar la continuidad de cuidados de salud que cada persona con problemas de salud mental requiere, sean problemas psicosociales o trastornos mentales y del comportamiento, protegiendo su vinculación familiar y comunitaria.
 - La implementación de la atención ambulatoria especializada en salud mental a través de los centros de salud mental comunitarios, siendo éstos prioridades para cada red de servicios de salud.
 - Garantizar el funcionamiento de unidades de hospitalización de salud mental y adicciones, y unidades de hospital de día en sus establecimientos de salud de segundo nivel de atención.
 - Priorizar la implementación de centros de salud mental comunitarios y servicios médicos de apoyo (hogares y residencias protegidas, centros de rehabilitación psicosocial y laboral) en el primer nivel de atención, que aseguren la continuidad de cuidados de la salud mental individual y colectiva de la población bajo su responsabilidad.
- c. Todos los establecimientos de salud públicos realizan la vigilancia activa o tamizaje de problemas psicosociales y/o trastornos mentales y del comportamiento más comunes, entre sus usuarios y/o poblaciones asignadas.
- d. Todos los establecimientos de salud públicos deben programar sus actividades preventivas a partir de una meta anual, correspondiente a la magnitud de la prevalencia del problema o el trastorno en la población usuaria o asignada.
- e. Todos los servicios de salud públicos incorporan la atención de la salud mental de sus usuarios o su población asignada. Los médicos, principalmente los médicos generales, internistas, pediatras, gineco-obstetras y geriatras, deben evaluar y atender los aspectos mentales básicos que presenten sus usuarios, en todas las etapas de vida.
- f. Es de responsabilidad del médico tratante, principalmente de los médicos generales, internistas, pediatras, gineco-obstetras y geriatras, formular el plan de tratamiento básico relacionado a la salud mental orientado por las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y/o su formación universitaria básica, incluyendo, de ser necesaria, la referencia o interconsulta del paciente a un servicio especializado.
- g. En la historia clínica se incluye la sección de evaluación básica del estado mental del paciente, de llenado, supervisión y auditoría obligatoria, según nivel de atención y capacidad resolutive.

Artículo 14.- De la reestructuración de los hospitales generales para garantizar la atención de la salud mental, y el establecimiento de camas para los usuarios.

Todos los hospitales generales, desde la categoría II-2, y especializados no psiquiátricos, o sus equivalentes públicos y privados, deben:

- a. Contar con unidades de hospitalización y de hospital de día de salud mental y adicciones, y atención de emergencias psiquiátricas en el servicio de emergencias.
- b. Brindar atención de salud mental de emergencia, hospitalización breve (hasta 60 días) y hospital de día, a usuarios provenientes de sus ámbitos de influencia, inclusive de ámbitos colindantes, en caso que éstos no contasen con estos servicios, independientemente de que el paciente cuente o no con seguro, y de la condición y tipo de seguro, en el marco de los convenios de intercambio prestacional.

- c. Contar con médicos psiquiatras en su equipo.
- d. Brindar la atención de las emergencias psiquiátricas en su servicio de emergencia, por el equipo de emergencia o de guardia, y/o el médico psiquiatra del hospital.
- e. Contar con unidades asistenciales que integren los recursos de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y disciplinas afines, para garantizar la calidad de las intervenciones basadas en equipos interdisciplinarios especializados, en coordinación con los departamentos o servicios respectivos.
- f. Coordinar con el sistema de referencia y contrarreferencia la atención del paciente, a través de sus departamentos o servicios de salud mental, de ser necesario.
- g. Brindar, a través de sus departamentos o servicios de salud mental o sus equivalentes, el apoyo técnico, monitoreo y supervisión de las atenciones de salud mental en los Centros de Salud de su área de influencia, en los territorios donde no se hayan instalado Centros de Salud Mental Comunitarios.

Artículo 15.- Del internamiento u hospitalización

La persona con problemas de salud mental, que requiera internamiento u hospitalización para su tratamiento, lo recibe considerando las siguientes premisas:

- a. El internamiento u hospitalización forma parte del proceso de cuidado continuo de la salud.
- b. Requiere el consentimiento informado libre y voluntario del paciente, o de su representante legal, cuando corresponda.
- c. Se realiza cuando brinda mayores beneficios terapéuticos que la atención ambulatoria.
- d. Se prolonga el tiempo estrictamente necesario para la estabilización clínica.
- e. Se lleva a cabo en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del paciente.
- f. Al momento del alta médica, debe asegurarse la continuidad de cuidados de la salud ambulatorios que requiere cada caso.

Artículo 16.- Del consentimiento informado

La atención de la persona con problemas de salud mental, requiere del consentimiento informado para su estudio y tratamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

- a. Es previo a cualquier procedimiento médico.
- b. El documento en el que se refrenda el consentimiento informado del paciente, debe hacer evidente por escrito el proceso de información y decisión que ha recibido. Constituye un documento oficial.
- c. En caso de emergencia psiquiátrica, en que por su condición clínica el paciente no se encuentre en capacidad de discernir, su familiar directo firma los documentos de autorización correspondiente; en caso contrario, se procede a comunicar a la Fiscalía de turno correspondiente la necesidad del internamiento u hospitalización o del procedimiento, para que la autoridad expida los documentos de autorización pertinentes.
- d. En caso que el paciente o su familiar directo no supiera firmar, imprimirá su huella digital.

e. En caso de personas con adicciones que presentan capacidad de juicio afectada, su tratamiento o internamiento involuntario indicado por el médico tratante, procederá previa evaluación de la capacidad de juicio por una junta médica.

Artículo 17.- Del acceso universal y gratuito al tratamiento de problemas de salud mental

a. Las personas con trastornos mentales y del comportamiento o con discapacidades mentales que cuentan con seguros públicos o privados tienen acceso a través de su seguro al tratamiento de mayor eficacia y en forma oportuna, incluyendo el diagnóstico, tratamiento ambulatorio y/o de hospitalización, recuperación y rehabilitación.

b. Los seguros públicos y privados incluyen en sus coberturas los trastornos mentales y del comportamiento reconocidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y sus planes complementarios.

Artículo 18.- De la disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención

a. La provisión de psicofármacos deberá basarse fundamentalmente en las Guías de Práctica Clínica vigentes y en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos. El Ministerio de Salud promueve el uso racional de los mismos.

b. Los establecimientos de salud disponen permanentemente de psicofármacos desde el primer nivel de atención, en forma sostenida, y preferentemente de aquellos psicofármacos de mayor demanda entre sus usuarios y/o poblaciones asignadas bajo su responsabilidad.

c. Los médicos cirujanos pueden prescribir medicamentos psicofármacos orientados por las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y su formación universitaria básica.

CAPÍTULO III DE LA DEINSTITUCIONALIZACIÓN

Artículo 19.- De las personas con discapacidad mental con estancia prolongada en el establecimiento de salud

Son aquellas personas que pese a tener un diagnóstico de alta médica, por diferentes circunstancias ajenas a su voluntad, permanecen innecesariamente internadas en los hospitales donde fueron llevados para tratar un episodio propio de su discapacidad mental.

Artículo 20.- De la desinstitucionalización de la persona con discapacidad mental

a. Es el proceso por el cual un establecimiento de salud debe implementar para sus pacientes hospitalizados por discapacidad mental, que tienen un periodo de internamiento mayor a los cuarenta y cinco días (45) días, y que se encuentran en condición de alta médica, y que ya no requieren internamiento para su tratamiento, o puede continuarlos de manera ambulatoria, pero que por razones no médicas no pueden dejar el hospital.

Esta situación debe evitarse en los establecimientos de salud, para lo cual se deberá hacer uso de la red de atención comunitaria de salud mental.

b. Todo establecimiento de salud con internamiento y que atienda a personas con problemas de salud mental, debe constituir el Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental, ante el cual se presentará la situación del paciente con un informe médico emitido por el médico tratante.

c. Es el Servicio Social del establecimiento de salud, quien hace conocer los casos al Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental, de aquellos pacientes que reúnan la condición descrita en el artículo 19 del presente Reglamento y es además quien gestiona el informe médico del paciente con su médico tratante.

Artículo 21.- Del Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental

a. Es el órgano adscrito a la Dirección del establecimiento de salud con internamiento, y que está integrado por un médico psiquiatra, un abogado, una trabajadora social así como por un representante de la Defensoría del Pueblo.

b. El referido Comité es responsable de realizar las siguientes funciones:

- Evaluar el informe médico y social del paciente que se encuentra en condición de estancia prologada.
- Realiza las indagaciones para determinar el lugar más apropiado de reinserción del paciente, determinando si tiene familiares u otras personas o instituciones que puedan hacerse cargo del paciente, en tanto no requieran atención médica.
- Coordina con las instituciones públicas y privadas, así como con los servicios médicos de apoyo correspondientes, la incorporación y acogida para aquellos pacientes que no tienen familiares que se hagan cargo de ellos.
- Elabora en base a los antecedentes clínicos e informe social del paciente un Informe Final dirigido al director del establecimiento de salud.
- Realiza el seguimiento periódico y supervisión continua de los pacientes que fueron desinstitucionalizados, dando cuenta de sus acciones al Director del establecimiento de salud.

Artículo 22.- De la reinserción del paciente luego de su desinstitucionalización

a. Las personas con discapacidad mental que permanecen en establecimientos de salud y que clínicamente no requieren hospitalización, son reinsertadas con su familia o derivadas a las instituciones públicas o privadas conformadas para tal fin, como hogares o residencias protegidas, procurando una recuperación gradual del ejercicio de su autonomía, dependiendo de su grado de discapacidad, respetando su dignidad personal y derechos humanos.

b. Las personas con discapacidad mental que presenten periodos de recidiva o recurrencia, que requiera cuidados especializados de hospitalización total, son derivados a la unidad de hospitalización de salud mental y adicciones del establecimiento de salud correspondiente, hasta lograr su recuperación; una vez que reciban el alta médica son derivados al lugar donde fueron

acogidos. De presentarse nuevas circunstancias son nuevamente reevaluados por el Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental, para decidir la continuidad de su tratamiento.

CAPÍTULO IV DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Artículo 23. Del modelo de atención comunitario

a. El modelo de atención comunitario para la salud mental tiene las siguientes características:

- 1) Prioriza la promoción y protección de la salud mental y la continuidad de los cuidados de la salud de las personas, familias y comunidad.
- 2) Promueve la participación de la comunidad organizada, a través de las asociaciones de personas afectadas por problemas de salud mental y sus familiares, así como de organizaciones sociales de base comprometidas en el proceso de identificación de necesidades, planificación, gestión y evaluación de planes y programas de intervención local.
- 3) Cubre necesidades de atención en salud mental de una población jurisdiccionalmente determinada, en una red de servicios de salud.
- 4) Funciona en red, logrando la coordinación y articulación de los servicios, y programas de la red asistencial, asegurando la continuidad de cuidados de salud.
- 5) Promueve un entorno familiar saludable para las personas usuarias, a través de la propia familia y su comunidad, o de su incorporación en hogares o residencias protegidas, en caso de no contar con familia.
- 6) Se basa en la identificación y respuesta a las necesidades de salud mental de una población determinada en general y de los usuarios y usuarias en particular.
- 7) Promueve la atención integral: Bio-psico-social, con equipos multidisciplinarios y abordajes interdisciplinarios.
- 8) Impulsa la reinserción socio-laboral en función a la articulación de los recursos intersectoriales y de la propia comunidad.
- 9) Asegura la atención especializada e integrada en el primer nivel de atención dentro del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, mediante los centros de salud mental comunitarios.
- 10) Promueve la capacitación continua en salud mental de los equipos de salud, respetando las especificidades de formación y labor de los profesionales de la salud y agentes comunitarios.

Artículo 24.- De la participación social y comunitaria

a. Las agrupaciones de familiares y de usuarios así como las organizaciones sociales de base se incorporan en redes locales, regionales y/o nacionales que les permita participar organizadamente en la formulación e implementación de políticas y planes y la vigilancia comunitaria en sus ámbitos correspondientes.

b. Las agrupaciones de familiares y de personas usuarias de servicios de salud mental o de organizaciones aliadas facilitan el apoyo emocional entre sus participantes, la educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, así como la resolución conjunta y solidaria de aquellos problemas que les son comunes. Estas agrupaciones se orientan a ser una instancia de autoayuda y reciben el apoyo del Gobierno Regional y de la Dirección Regional de Salud, o quien haga sus veces, de acuerdo a su lugar de residencia.

Artículo 25.- De la Coordinación intersectorial

a. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo participan en forma coordinada con el Ministerio de Salud para las intervenciones en salud mental, en correspondencia a sus competencias y funciones.

b. Los gobiernos regionales y locales participan activamente en las acciones del Ministerio de Salud en materia de salud mental, conforme a sus competencias y funciones en beneficio de la población.

c. El Instituto Nacional de Salud Mental tiene la responsabilidad de gestionar y realizar programas y proyectos de investigación para el fortalecimiento de las políticas y normas públicas en salud mental.

**TÍTULO CUARTO
CAPÍTULO I
DE LA SUPERVISIÓN**

Artículo 26.- Ente Supervisor

a. La autoridad sanitaria en los niveles nacional y regional, según corresponda, realiza la verificación sanitaria de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo destinados a la atención de personas que sufren trastornos mentales, con el fin de brindar asistencia técnica en el cumplimiento de las condiciones relativas al internamiento u hospitalización, tratamiento y alta de los pacientes.

b. La verificación sanitaria se realiza a través de inspecciones ordinarias y extraordinarias y con el personal calificado multidisciplinario.

c. Las inspecciones ordinarias se realizan periódicamente y son programadas de acuerdo a un plan debidamente aprobado.

d. Las inspecciones extraordinarias se realizan en cualquier momento, con la finalidad de prever o corregir cualquier circunstancia que ponga en peligro la salud de los pacientes. Estas inspecciones se realizan en aquellos supuestos en los que existan indicios razonables de irregularidad o de comisión de alguna infracción.

e. La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) ejerce la supervisión de las atenciones de la persona con problemas de salud mental a las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el ámbito de su competencia.

f. Para realizar la visita de verificación sanitaria, la autoridad de salud podrá solicitar, de ser pertinente, la participación del Ministerio Público, Policía Nacional del Perú y la Municipalidad Distrital correspondiente.

TÍTULO QUINTO
CAPÍTULO I
DE LA FORMACIÓN, ESPECIALIZACIÓN
Y CAPACITACIÓN

Artículo 27.- De la incorporación del componente de salud mental en la formación de profesionales y técnicos de la salud

- a. Las instituciones formadoras de profesionales y técnicos de la salud, son responsables de implementar un curso, de no menos de tres (3) créditos en la formación de los profesionales y técnicos de la salud que se oriente a los diversos aspectos de la salud mental y con enfoque comunitario.
- b. Los programas de segunda especialización médica (Residentado Médico), incluyen un curso, de no menos de tres (3) créditos, que se oriente a los diversos aspectos de la salud mental, en el último año de la currícula de los médicos residentes de todas las especialidades.
- c. Los programas de segunda especialización médica (Residentado Médico), incluyen no menos del 10% de plazas para la especialidad de Psiquiatría, para lo cual las Universidades y las instituciones prestadoras de servicios de salud generan campos clínicos, bajo responsabilidad de la autoridad del Comité Nacional del Residentado Médico (CONAREME).
- d. La Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, es responsable de formular e implementar el Plan Nacional de Capacitación en Salud Mental, en coordinación con la Dirección de Salud Mental, con la finalidad de fomentar la capacitación continua en servicio, para el personal asistencial de todas las redes de servicios de salud.
- e. Las instituciones de los diversos sub sectores de salud designan no menos del 10% de su presupuesto de capacitación y desarrollo de recursos humanos al fortalecimiento y mantenimiento de competencias de sus equipos para la atención de salud mental.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera.- En un plazo que no excederá de treinta (30) días calendario a partir de la publicación del presente Reglamento, en cumplimiento de la Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 03426-2008-PHC/TC, mediante Resolución Suprema se conformará la Comisión Multisectorial de naturaleza temporal, adscrita al Ministerio de Salud, encargada de proponer una política de tratamiento y rehabilitación de salud mental de las personas a quienes se les ha impuesto judicialmente una medida de seguridad de internación, por padecer de una enfermedad mental.

Segunda.- En un plazo que no excederá de ciento veinte (120) días a partir de la publicación del presente Reglamento el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial, aprobará los

documentos técnicos que correspondan al Modelo de atención Comunitario de Salud Mental, Centro de Salud Mental Comunitario, Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones de Hospitales Generales, Unidades de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones de Hospitales Generales, Hogares y Residencias Protegidas, Centros de Rehabilitación Psicosocial y Centros de Rehabilitación Laboral.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

Única.- Los internamientos u hospitalizaciones indicados por la autoridad judicial competente consideran los criterios de internamiento establecidos en el presente reglamento, los mismos que se ciñen a las Convenciones y tratados sobre Derechos Humanos vigentes de los cuales el Estado Peruano es parte.

1296283_1

Anexo 8—Decreto Supremo 023-2016-SA¹⁶³

Constituye una norma de vital importancia al aprobar la relación de medicamentos e insumos para enfermedades oncológicas y de VIH/SIDA para su in afectación del impuesto general a las ventas (IGV) y derecho arancelarios. De igual manera, existe una norma que infecta a los fármacos para la atención de la diabetes. Consideramos de vital importancia extender estos beneficios a los fármacos destinados a salud mental como: IMAD, Trazodona, IR Dopamina (NA), ISRS, ISRN_s, ISRN, entre otros.

¹⁶³ <https://www.mef.gob.pe/es/normatividad-sp-9322/por-instrumento/normas-externas-tributos/18299-decreto-supremo-n-023-2016-sa-2/file>

SALUD

Aprueban relación actualizada de medicamentos e insumos para el tratamiento de enfermedades oncológicas y del VIH/SIDA para efecto de la inafectación del pago del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios

DECRETO SUPREMO
N° 023-2016-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, los numerales 1 y 2 del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover la protección de la salud;

Que, la Ley N° 27450, Ley que exonera del Pago del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios a los medicamentos para tratamiento oncológico y VIH/SIDA, incorporó el literal p) al artículo 2 del Texto Único Ordenado de la Ley del Impuesto General a las Ventas e Impuesto Selectivo al Consumo, aprobado por Decreto Supremo N° 055-99-EF, estableciendo que no están gravados con el Impuesto General a las Ventas, la venta e importación de los medicamentos y/o insumos necesarios para la fabricación nacional de los equivalentes terapéuticos que se importan (mismo principio activo) para tratamiento de enfermedades oncológicas y del VIH/SIDA, efectuados de acuerdo a las normas vigentes;

Que, el literal h) del artículo 147 del Decreto Legislativo N° 1053, que aprueba la Ley General de Aduanas, señala que están inafectos del pago de los derechos arancelarios, de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos en el Reglamento y demás disposiciones legales que las regulan, los medicamentos y/o insumos que se utilizan para la fabricación nacional de equivalentes terapéuticos para el tratamiento de enfermedades oncológicas, del VIH/SIDA y de la diabetes;

Que, el artículo 3 de la Ley N° 27450 dispone que el Poder Ejecutivo aprobará mediante Decreto Supremo, a propuesta del Ministerio de Salud, la relación de medicamentos e insumos, materia de inafectación del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios, cuyos alcances serán anualmente evaluados y actualizados, bajo responsabilidad, a fin de que los beneficios se destinen a la población comprendida en la precitada Ley;

Que, el artículo 1 del Decreto Supremo N° 004-2011-SA, aprobó la actualización de la relación de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH/SIDA, contenida en los Anexos N°s 01 y 02 de la citada norma, para efecto de la liberación del pago del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 27450;

Que, los artículos 2 y 7 del precitado Decreto Supremo dispusieron la creación de la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente adscrita al Ministerio de Salud, encargada de evaluar los beneficios destinados a la población comprendida en la Ley N° 27450 y que su reglamento interno debe ser aprobado por acuerdo de sus miembros;

Que, el numeral 3 del artículo 36 de la Ley N° 29158, Ley del Poder Ejecutivo dispone que las Comisiones Multisectoriales de naturaleza permanente, son aquellas creadas con fines específicos para cumplir funciones de seguimiento, fiscalización, o emisión de informes técnicos, las cuales se crean formalmente mediante decreto supremo refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros y los titulares de los Sectores involucrados, contando con un Reglamento Interno aprobado por Resolución Ministerial del Sector al cual están adscritas;

Que, el Ministerio de Salud ha elaborado la relación actualizada de medicamentos e insumos para el tratamiento de enfermedades oncológicas y del VIH/SIDA, los cuales quedarán inafectos del pago del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios, conforme a lo señalado en la Ley N° 27450, proponiendo asimismo la modificación del artículo 7 del Decreto Supremo N° 004-2011-SA a fin de adecuarlo a lo dispuesto en la Ley N° 29158;

De conformidad con lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú y la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación

Apruébese la relación actualizada de medicamentos e insumos para el tratamiento de enfermedades oncológicas y del VIH/SIDA, para efecto de la inafectación del pago del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios, contenida en los Anexos 1 y 2 respectivamente, que forman parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 2.- Modificación

Modifíquese el artículo 7 del Decreto Supremo N° 004-2011-SA, de acuerdo al siguiente detalle:

***Artículo 7.- Reglamento Interno**

El Reglamento Interno de la Comisión Multisectorial es aprobado por Resolución Ministerial del Ministerio de Salud, como Autoridad Nacional de Salud, según propuesta de los miembros que la integran*.

Artículo 3.- Derogatoria

Deróguese el artículo 1, así como los Anexos N°s 01 y 02 del Decreto Supremo N° 004-2011-SA.

Artículo 4.- Publicación

El presente Decreto Supremo y los Anexos que aprueba son publicados en el Portal del Estado Peruano (www.peru.gob.pe) y en los portales institucionales del Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pe) y del Ministerio de Economía y Finanzas (www.mef.gob.pe), el mismo día de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano".

Artículo 5.- Refrendo

El presente Decreto Supremo será refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros, el Ministro de Economía y Finanzas y el Ministro de Salud.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los ocho días del mes de julio del año dos mil dieciséis.

OLLANTA HUMALA TASSO
Presidente de la República

PEDRO CATERIANO BELLIDO
Presidente del Consejo de Ministros

ALONSO SEGURA VASI
Ministro de Economía y Finanzas

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud

ANEXO 1

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS INAFECTOS DEL IMPUESTO GENERAL A LAS VENTAS Y DE LOS DERECHOS ARANCELARIOS

1. Abiraterona acetato
2. Acido zoledrónico (*)
3. Acido zoledronico monohidrato (*)
4. Afatinib dimaleato
5. Afibercept
6. Aldesleukina
7. Anastrozol

Anexo 9—Ley 30314: Prevención y sanción de acoso sexual

Prevención y sanción de acoso sexual en espacios públicos. Es una norma genérica y de difícil implementación. Más aun, existen incluidas algunas parafilias que ya son consideradas como delitos.

LEY N° 30314

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY PARA PREVENIR Y SANCIONAR EL ACOSO SEXUAL EN ESPACIOS PÚBLICOS

SECCIÓN I

DISPOSICIONES GENERALES

TÍTULO I

OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA LEY

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto prevenir y sancionar el acoso sexual producido en espacios públicos que afectan los derechos de las personas, en especial, los derechos de las mujeres.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

La presente Ley se aplica en espacios públicos que comprenden toda superficie de uso público conformado por vías públicas y zonas de recreación pública.

Artículo 3. Los sujetos

Para efectos de la presente Ley:

- a. Acosador o acosadora es toda persona que realiza un acto o actos de acoso sexual en espacios públicos.
- b. Acosado o acosada es toda persona que es víctima de acoso sexual en espacios públicos.

TÍTULO II CONCEPTO, ELEMENTOS Y MANIFESTACIONES DEL ACOSO SEXUAL EN ESPACIOS PÚBLICOS

Artículo 4. Concepto

El acoso sexual en espacios públicos es la conducta física o verbal de naturaleza o connotación sexual realizada por una o más personas en contra de otra u otras, quienes no desean o rechazan estas conductas por considerar que afectan su dignidad, sus derechos fundamentales como la libertad, la integridad y el libre tránsito, creando en ellas intimidación, hostilidad, degradación, humillación o un ambiente ofensivo en los espacios públicos.

Artículo 5. Elementos constitutivos del acoso sexual en espacios públicos

Para que se configure el acoso sexual en espacios públicos se deben presentar los siguientes elementos:

- a. El acto de naturaleza o connotación sexual; y
- b. el rechazo expreso del acto de naturaleza o connotación sexual por parte de la víctima, salvo que las circunstancias del caso le impidan expresarlo o se traten de menores de edad.

Artículo 6. Manifestaciones del acoso sexual en espacios públicos

El acoso sexual en espacios públicos puede manifestarse a través de las siguientes conductas:

- a. Actos de naturaleza sexual, verbal o gestual.
 - b. Comentarios e insinuaciones de carácter sexual.
 - c. Gestos obscenos que resulten insoportables, hostiles, humillantes u ofensivos.
 - d. Tocamientos indebidos, roces corporales, frotamientos contra el cuerpo o masturbación en el transporte o lugares públicos.
 - e. Exhibicionismo o mostrar los genitales en el transporte o lugares públicos.
-

SECCIÓN II

COMPETENCIA DE LOS SECTORES INVOLUCRADOS

TÍTULO I

COMPETENCIA DE LOS GOBIERNOS REGIONALES, PROVINCIALES Y LOCALES

Artículo 7. Obligación de los gobiernos regionales, provinciales y locales para prevenir y sancionar el acoso sexual en espacios públicos

Los gobiernos regionales, los gobiernos provinciales y los gobiernos locales adoptan, mediante sus respectivas ordenanzas, las siguientes medidas contra el acoso sexual en espacios públicos:

- a. Establecen procedimientos administrativos para la denuncia y sanción del acoso sexual en espacios públicos mediante multas aplicables a personas naturales y a personas jurídicas que toleren dicho acoso respecto a sus dependientes en el lugar de trabajo.
- b. Incorporan medidas de prevención y atención de actos de acoso sexual en espacios públicos en sus planes operativos institucionales.
- c. Brindan capacitación a su personal, en especial a los miembros de sus servicios de seguridad.

TÍTULO II

OBLIGACIONES DEL MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES

Artículo 8. Obligaciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables adopta las siguientes medidas contra el acoso sexual en espacios públicos:

- a. Incorpora en su plan operativo institucional la problemática del acoso sexual en espacios públicos.
- b. Incorpora en el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer acciones concretas contra el acoso sexual en espacios públicos.

TÍTULO III

OBLIGACIONES DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Artículo 9. Obligaciones del Ministerio de Educación

El Ministerio de Educación adopta, en todos los niveles educativos, las siguientes medidas contra el acoso sexual en espacios públicos:

- a. Incluye en la malla curricular la enseñanza preventiva contra el acoso sexual en espacios públicos como forma de violación de derechos humanos.
- b. Establece mecanismos de prevención del acoso sexual en espacios públicos.
- c. Exige la capacitación del personal docente y administrativo contra el acoso sexual en espacios públicos.
- d. Establece sistemas de denuncia contra el acoso sexual en espacios públicos.
- e. Desarrolla estrategias y acciones institucionales para que las Unidades de Gestión Educativa Local y las Direcciones Regionales de Educación a nivel nacional, incorporen las acciones establecidas por el Ministerio de Educación para la prevención y atención de los actos de acoso sexual en espacios públicos.

TÍTULO IV

OBLIGACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD

Artículo 10. Obligaciones del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud formula, difunde y evalúa estrategias para el desarrollo de acciones a favor de la prevención y atención de casos de acoso sexual en espacios públicos e incorpora como parte de la atención de la salud mental en los servicios médicos a nivel nacional, la atención de casos derivados por esta causa.

TÍTULO V

OBLIGACIONES DEL MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES

Artículo 11. Obligaciones del Ministerio de Transportes y Comunicaciones

El Ministerio de Transportes y Comunicaciones adopta las siguientes medidas contra el acoso sexual en espacios públicos:

- a. Establece como medida de prevención en los servicios de transporte público a nivel nacional que se pegue un aviso en donde se señale que las conductas de acoso sexual se encuentran prohibidas y son objeto de denuncia y sanción.
- b. En coordinación con los gobiernos regionales, provinciales y locales, incluye en los cursos de formación del personal del servicio público de transporte urbano, información sobre el acoso sexual en espacios públicos y su impacto negativo en la dignidad y los derechos de libertad, libre tránsito e integridad en las mujeres.

TÍTULO VI

OBLIGACIONES DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

Artículo 12. Obligaciones del Ministerio del Interior

El Ministerio del Interior adopta las siguientes medidas contra el acoso sexual en espacios públicos:

- a. Incorpora en el Código Administrativo de Contravenciones de la Policía Nacional del Perú, como una contravención específica los actos de acoso sexual en espacios públicos. Asimismo, la obligación de establecer las medidas correctivas y sanciones que estime conveniente para estos casos en la norma antes referida.
- b. Constituye, administra y actualiza un "Registro Policial de Denuncias por Acoso Sexual en Espacios Públicos" de acceso público, en el que se inscriben las personas denunciadas que hayan sido encontradas responsables de estos actos.
- c. Elabora y aprueba un "Protocolo de Atención de Casos de Acoso Sexual en Espacios Públicos", que especifique la forma, las características, los espacios destinados a la entrevista, el procedimiento, entre otros aspectos fundamentales a ser considerados en la atención de estas denuncias.
- d. Tipifica como infracción en el régimen disciplinario de la Policía Nacional del Perú la conducta del personal policial que se niegue a recibir las denuncias de actos de acoso sexual en el ámbito público por parte de cualquier persona agraviada, así como el procedimiento administrativo disciplinario. La sanción aplicable incluye la amonestación hasta la sanción de retiro por medida disciplinaria, previa investigación del órgano disciplinario correspondiente.
- e. Incorpora en los cursos de formación de la Policía Nacional del Perú, a cargo de la Dirección Ejecutiva de Educación y Doctrina Policial (DIREDDUD), la capacitación contra el acoso sexual en espacios públicos.
- f. Realiza acciones dirigidas a la prevención del acoso sexual en espacios públicos dentro de las campañas que ejecuta la Dirección de Comunicación e Imagen de la Policía Nacional del Perú (DIRCIMA).

Comuníquese al señor Presidente Constitucional de la República para su promulgación.

En Lima, a los cinco días del mes de marzo de dos mil quince.

ANA MARÍA SOLÓRZANO FLORES
Presidenta del Congreso de la República

NORMAN LEWIS DEL ALCÁZAR
Segundo Vicepresidente del Congreso de la República

Anexo 10—Test SCL-90-R (síntomas psicopatológicos generales)

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

María Martina Casullo. 1999/2004.

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
 - 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
 - 3) Sensitividad interpersonal (SI)
 - 4) Depresión (DEP)
 - 5) Ansiedad (ANS)
 - 6) Hostilidad (HOS)
 - 7) Ansiedad fóbica (FOB)
 - 8) Ideación paranoide (PAR)
 - 9) Psicoticismo (PSIC).
-
- 1) Índice global de severidad (IGS)
 - 2) Índice positivo de Malestar (PSDI)
 - 3) Total de síntomas positivos (TP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias).

OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre:

Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN

Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

- 19: Poco apetito
- 44: Problemas para dormir
- 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir
- 60: Comer en exceso
- 64: Despertarse muy temprano.
- 66: Sueño intranquilo.
- 89: Sentimientos de culpa.

INDICES GLOBALES

1) Índice de Severidad Global: es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas)

2) Total de síntomas positivos (STP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (Imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Positivo (PSDI): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan.

Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

Evaluación e interpretación del inventario

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

1) SOMATIZACIONES:

1..... 4..... 12..... 27..... 40..... 42..... 48..... 49..... 52..... 53..... 56..... 58..... Total (dividir):.....

2) OBSESIONES Y COMPULSIONES:

3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51..... 55..... 65..... Total (dividir):.....

3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:

6..... 21..... 34..... 36..... 37..... 41..... 61..... 69..... 73..... Total (dividir):.....

4) DEPRESIÓN:

5..... 14..... 15..... 20..... 22..... 26..... 29..... 30... 31... 32.....54... 71... 79..... Total (dividir):.....

5) ANSIEDAD :

2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... Total (dividir):.....

6) HOSTILIDAD:

11..... 24..... 63..... 67..... 74..... 81..... Total (dividir):.....

7) ANSIEDAD FÓBICA:

13..... 25..... 47..... 50..... 75..... 82..... Total (dividir):.....

8) IDEACIÓN PARANOIDE:

8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... Total (dividir):.....

9) PSICOTICISMO:

7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85..... 87..... 88..... 90..... Total(dividir):.....

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (IGS): Total:.....

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS (SP) Total:.....

MALESTAR SINTOMATICO POSITIVO (PSDI) Total:.....

ITEMES ADICIONALES 19..... 44..... 59..... 60..... 64..... 66..... 89.....

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.
 Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).
 Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:
NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.
 No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

	Nada	Muy POCO	Poco	Bastante	Mucho

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

VALORES PROMEDIOS Y DE DISPERSIÓN OBTENIDOS EN EL ESTUDIO PILOTO

Buenos Aires. 1998. SCL-R- 90 Edad promedio: 15 años.

CATEGORÍAS DE SINTOMAS	MUJERES (N:313)		VARONES (N:275)	
	M	d.t.	M	d.t.
Somatizaciones	0,92	0,69	0,47	0,47*
Obsesiones, compulsiones	1,28	0,78	0,98	0,70
Sens. Interpersonal	1,22	0,78	0,74	0,57*
Depresión	1,19	0,80	0,65	0,53*
Ansiedad	1,09	0,81	0,56	0,54*
Hostilidad	1,10	0,90	0,91	0,80
Ansiedad fóbica	0,52	0,60	0,27	0,44*
Ideaciones paranoides	1,07	0,89	0,75	0,71*
Psicoidismo	0,69	0,65	0,41	0,46*
I. Severidad Global	0,17	0,11	0,11	0,08*
Síntomas Positivos	43,29	18,8	30,53	18,8
P.S.T.	1,97	0,55	1,77	0,55

* Se han encontrado diferencias significativas según género p<= 0.01

SCL-R- 90 Baremos Buenos Aires. 1998.

Adolescentes. N: 275. 13-17 años. VARONES.												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,94	5
50	0,47	0,98	0,75	0,65	0,55	0,90	0,27	0,75	0,40	0,10	1,77	30
65	1,15	2	1,60	1,40	1,35	2,10	0,95	1,85	1,10	0,23	2,60	55
80	1,83	3,02	2,45	2,15	2,15	3,30	1,63	2,95	2,80	0,36	3,43	80

Adolescentes N: 313 13-17 años MUJERES												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,40	0,16	0,10	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	1,14	23
50	0,90	1,28	1,22	1,20	1,10	1,10	0,50	1,07	0,70	0,17	1,97	43
65	1,60	2,50	2,40	2,40	2,20	2,40	1,40	2,40	1,70	0,33	2,80	63
80	2,30	3,72	3,60	3,60	3,40	3,70	2,30	3,70	2,70	0,49	3,60	83

Anexo 11—Test MMPI-2-RF



Conde Peñalver, 45. 5º Izq.
28006 Madrid - España
Tel.: +34 91 444 90 20
Fax: +34 91 309 56 15
secop@cop.es
www.cop.es

EVALUACIÓN DEL TEST MMPI-2-RF



RESUMEN DE LA VALORACIÓN DEL TEST

Descripción general

Características	Descripción
Nombre del test	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 Reestructurado – (MMPI-2-RF).
Autor	Yosef S. Ben-Porath y Auke Tellegen
Autor de la adaptación española	Pablo Santamaría Fernández
Editor de la adaptación española	TEA Ediciones, S.A.
Fecha de la última revisión del test en su adaptación española	2009
Constructo evaluado	Personalidad
Área de aplicación	Todas aquellas en las que se precise evaluar rasgos de Personalidad
Soporte	Papel y lápiz

Valoración del test

Características	Valoración	Puntuación
Calidad de los Materiales y documentación	Excelente	5
Fundamentación teórica	Excelente	5
Adaptación Española	Buena	4
Análisis de los ítems	No se aporta	
Validez de contenido	Excelente	4,5
Validez de constructo	Excelente	4,5
Análisis del sesgo	No se aporta	
Validez predictiva	Buena	4
Fiabilidad: equivalencia	No se aporta	
Fiabilidad: consistencia interna	Excelente	4,5
Fiabilidad: estabilidad	Buena	4
Baremos	Buena	4

Comentarios generales

El MMPI-2-RF es un test clásico en Psicología. Se trata de un instrumento para la evaluación de las características psicopatológicas globales y específicas del individuo (escalas clínicas reestructuradas), trastornos psicopatológicos, intereses y personalidad psicopatológica, así como de distintos aspectos de sinceridad en las respuestas de los individuos. Por lo tanto supone un instrumento muy útil tanto para la psicología clínica, psicología educativa, neuropsicología, selección de personal, psicología del tráfico, peritajes forenses, etc. La prueba consta de 338 ítems que cubren un total de 50 escalas. Tres de estas escalas son de segundo orden y agrupan todas las anteriores, como son las de alteraciones emocionales o internalizadas, alteraciones del pensamiento y alteraciones del comportamiento o externalizadas. La presente versión, el MMPI-

2-RF es una versión corta y reestructurada de su hermano mayor el MMPI-II. El MMPI-2-RF aporta a la práctica profesional una serie de ventajas con respecto al MMPI-2, que pueden resumirse en las siguientes:

- El MMPI-2-RF recoge la tradición del MMPI-2, ya que la prueba está basada en la validez empírica de los ítems, que cuentan con más de 60 años de investigación. En este sentido, su validación ha sido adecuada y se ha realizado de modo minucioso y concienzudo.
- Tiempo de administración más reducido (35-50 mins.)
- Mayor precisión en la valoración de la validez del protocolo, ya que incorpora los resultados de la investigación del MMPI-2 en simulación y disimulación obtenidos durante la última década.
- Permite realizar una interpretación directa, centrada en el contenido de las escalas, y se caracteriza por una mayor especificidad en la interpretación de las escalas, ya que los ítems son menos heterogéneos.
- Reducción de la redundancias e incoherencias interpretativas. Esto supone una menor complejidad interpretativa que el MMPI-2, lo que favorece su empleo entre los clínicos, especialmente aquellos que no tengan amplia experiencia en el MMPI-2. De esta manera el cuestionario se adapta a las modernas concepciones sobre la personalidad clínica. La estructura interpretativa del MMPI-2-RF se ha actualizado considerablemente en dos grandes apartados y cada uno de ellos presenta subapartados relevantes: (1) *Validez del protocolo* que incluye el estudio de la consistencia de la respuesta, y posible presencia de patrones de exageración de síntomas o minimización de síntomas; (2) *Escalas sustantivas*: las 42 escalas sustantivas se agrupan para estudiar específicamente la posible existencia de alteraciones somáticas/cognitivas, alteraciones emocionales, alteraciones del pensamiento, alteraciones comportamentales, relaciones interpersonales, intereses del sujeto evaluado, consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

El Manual profesional resulta claro y útil para la ayuda a la interpretación clínica del MMPI-2-RF, basado en puntos de corte para la toma de decisiones en la interpretación clínica del significado de cada escala, correlatos empíricos asociados a cada escala, consideraciones diagnósticas y consideraciones terapéuticas específicas.

Muñíz y Fernández-Hermida (2010) señalan que el MMPI-2-RF se encuentra entre los cinco tests más utilizados por los psicólogos españoles y es una de las pruebas más utilizadas a nivel mundial en psicología clínica, psicología forense y neuropsicología (Camara, Nathan y Puente, 2000; Greene, 2008). Las escalas clínicas reestructuradas (el “corazón” del MMPI-2-RF) llevan utilizándose en EEUU desde 2003 y sin múltiples las investigaciones que se han centrado en ellas. **Diversas investigaciones posteriores a la publicación de la prueba han seguido aportando información** sobre su funcionamiento en relación con múltiples campos como los trastornos afectivos (Watson, Quilty, & Bagby, 2011), la conducta antisocial (Aslan, 2010), las

relaciones sexuales (Reid, Carpenter, & Draper, 2011), el dolor crónico (Gironda & Clark, 2009), los problemas cognitivos (Gervais, Ben-Porath, & Wygant, 2009), el abuso de sustancias (Moran, 2011), las quejas somáticas (Thomas & Locke, 2010), la epilepsia (Locke & Thomas, 2010; Locke et al., 2010), el maquiavelismo (Ingram, Kelso, & McCord, 2011), los trastornos de personalidad (Ayearst, 2011; Smith, 2010), su equivalencia transcultural (Khoury, 2011; Moran, 2011; Poizner, 2010; Shemer, 2011) o su convergencia con diversos criterios externos en población universitaria (Forbey, Lee, & Handel, 2010). Específicamente, **sus escalas de exageración de síntomas** han sido objeto de distintas investigaciones que han respaldado su uso y eficacia en distintos contextos tanto civiles como criminales (Gervais, Ben-Porath, Wygant, & Sellbom, 2010; Marion, Sellbom, & Bagby, 2011; Santamaría Fernández, González Ordi, Capilla Ramírez, Blasco, & Pallardo Durá, 2010; Sellbom & Bagby, 2010; Sellbom, Toomey, Wygant, Kucharski, & Duncan, 2010; Weiss, Bell, & Weiss, 2009; Wygant et al., 2009; Wygant et al., 2011, 2010).

A pesar de que la prueba cuenta con una sólida base empírica, psicométrica y clínica, **dada su relativa novedad** (en 2008 en EE.UU. y 2009 en España), **es recomendable ir consultando las investigaciones que van estudiando su uso en cada una de las áreas clave**, de tal manera que se vayan acumulando evidencias empíricas acerca de la prueba en su adaptación española, y el MMPI-2-RF constituya una herramienta de primera magnitud en la evaluación de la personalidad clínica.

- Aslan, C. (2010). *A comparison of two psychological tests: The MMPI-2-Scale 4 and Restructured Clinical (RC) Scale 4 using an incarcerated sample*. FIELDING GRADUATE UNIVERSITY, Santa Barbara, CA.
- Ayearst, L. E. (2011). *The creation and construct validity of MMPI-2-RF based personality disorder scales*. YORK UNIVERSITY.
- Forbey, J. D., Lee, T. T., & Handel, R. W. (2010). Correlates of the MMPI-2-RF in a College Setting. *Psychological Assessment*, 22(4), 737-744. doi:10.1037/a0020645
- Gervais, R. O., Ben-Porath, Y. S., & Wygant, D. B. (2009). Empirical Correlates and Interpretation of the MMPI-2-RF - Cognitive Complaints (COG) Scale. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(6), 996. doi:10.1080/13854040902748249
- Gervais, R. O., Ben-Porath, Y. S., Wygant, D. B., & Sellbom, M. (2010). Incremental Validity of the MMPI-2-RF Over-reporting Scales and RBS in Assessing the Veracity of Memory Complaints. *Arch Clin Neuropsychol*, 25(4), 274-284. doi:10.1093/arclin/acq018
- Gironda, R., & Clark, M. (2009). Psychometric properties of the MMPI-2 restructured form. *The Journal of Pain*, 10(4), S11. doi:10.1016/j.jpain.2009.01.048
- Ingram, P. B., Kelso, K. M., & McCord, D. M. (2011). Empirical Correlates and Expanded Interpretation of the MMPI-2-RF Restructured Clinical Scale 3 (Cynicism). *Assessment*. doi:10.1177/10731911110388147

- Khouri, R. (2011). *MMPI-2 RF vs. MMPI-2: Latinos with depression*. ALLIANT INTERNATIONAL UNIVERSITY, SAN DIEGO, San Diego, CA.
- Locke, D. E. C., & Thomas, M. L. (2010). Initial development of Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form (MMPI-2-RF) scales to identify patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1-9. doi:10.1080/13803395.2010.518141
- Locke, D. E., Kirlin, K. A., Thomas, M. L., Osborne, D., Hurst, D. F., Draskowski, J. F., Sirven, J. I., et al. (2010). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form in the epilepsy monitoring unit. *Epilepsy & Behavior*, 17(2), 252-258. doi:10.1016/j.yebeh.2009.12.004
- Marion, B. E., Sellbom, M., & Bagby, R. M. (2011). The Detection of Feigned Psychiatric Disorders Using the MMPI-2-RF Overreporting Validity Scales: An Analog Investigation. *Psychological Injury and Law*. doi:10.1007/s12207-011-9097-0
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010) La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo* 31, 108-121.
- Moran, C. (2011). *MMPI-2-RF scale comparisons of American and Mexican women entering into substance abuse treatment: An international study*. ALLIANT INTERNATIONAL UNIVERSITY, SAN DIEGO.
- Poizner, J. (2010). *A cross-cultural examination of the MMPI-2-RF Substance Abuse scale: Comparing samples from Mexico and the United States*. ALLIANT INTERNATIONAL UNIVERSITY, SAN DIEGO.
- Reid, R., Carpenter, B., & Draper, E. (2011). Disputing the Notion of Psychopathology Among Women Married to Hypersexual Men Using the MMPI-2-RF. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(1), 45-55. doi:10.1080/0092623X.2011.533585
- Santamaría Fernández, P., González Ordi, H., Capilla Ramírez, P., Blasco, J., & Pallardo Durá, L. (2010, Julio). *La exageración de síntomas en el MMPI-2-RF*. Comunicación presented at the VII Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo, Asturias, España. Recuperado a partir de http://www.teaediciones.com/teaasp/Ejemplos/Exageracion_MMPI-2-RF.pdf
- Sellbom, M., & Bagby, R. M. (2010). Detection of Overreported Psychopathology With the MMPI-2 RF Form Validity Scales. *Psychological Assessment*, 22(4), 757-767. doi:10.1037/a0020825
- Sellbom, M., Toomey, J. A., Wygant, D. B., Kucharski, L. T., & Duncan, S. (2010). Utility of the MMPI-2-RF (Restructured Form) validity scales in detecting malingering in a criminal forensic setting: A known-groups design. *Psychological Assessment*, 22(1), 22-31. doi:10.1037/a0018222
- Shemer, H. (2011). *Cross-cultural equivalence of the MMPI-2 RF: A comparison between an Israeli and an American normal sample*. ALLIANT INTERNATIONAL UNIVERSITY, SAN DIEGO.

- Smith, A. M. (2010). *Assessing Personality Disorders Using the MMPI-2-RF*. Kent State University.
- Thomas, M. L., & Locke, D. E. C. (2010). Psychometric properties of the MMPI-2-RF Somatic Complaints (RC1) Scale. *Psychological Assessment*, 22(3), 492-503. doi:10.1037/a0019229
- Watson, C., Quilty, L. C., & Bagby, R. M. (2011). Differentiating Bipolar Disorder from Major Depressive Disorder Using the MMPI-2-RF: A Receiver Operating Characteristics (ROC) Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1–7. doi:10.1007/s10862-010-9212-7
- Weiss, P. A., Bell, K. J., & Weiss, W. U. (2009). Use of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales in Detecting Criminal Malingering. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 25(1), 49-55. doi:10.1007/s11896-009-9056-9
- Wygant, D. B., Ben-Porath, Y. S., Arbisi, P. A., Berry, D. T., Freeman, D. B., & Heilbronner, R. L. (2009). Examination of the MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) Validity Scales in Civil Forensic Settings: Findings from Simulation and Known Group Samples. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24(7), 671-680. doi:10.1093/arclin/acp073
- Wygant, D. B., Anderson, J. L., Sellbom, M., Rapier, J. L., Allgeier, L. M., & Granacher, R. P. (2011). Association of the MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) Validity Scales with Structured Malingering Criteria. *Psychological Injury and Law*. doi:10.1007/s12207-011-9098-z
- Wygant, D. B., Sellbom, M., Gervais, R. O., Ben-Porath, Y. S., Stafford, K. P., Freeman, D. B., & Heilbronner, R. L. (2010). Further Validation of the MMPI-2 and MMPI-2-RF Response Bias Scale: Findings From Disability and Criminal Forensic Settings. *Psychological Assessment*, 22(4), 745-756. doi:10.1037/a0020042

ANÁLISIS DETALLADO DE LA PRUEBA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TEST

1.1. Nombre del test

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 Reestructurado

1.2. Nombre del test en su versión original

MMPI-2-RF. Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 Restructured Form.

1.3. Autor

Yossef S. Ben-Porath y Auke Tellegen

1.4. Autor de la adaptación española

Pablo Santamaría Fernández (I+D TEA Ediciones)

1.5. Editor del test en su versión original

University of Minnesota Press, Minneapolis, Minnesota, EE.UU.

1.6. Editor de la adaptación española

TEA Ediciones, España.

1.7. Fecha de publicación del test original

2008

1.8. Fecha de la publicación del test en su adaptación española

2009

1.9. Fecha de la última revisión del test en su adaptación española

2009

1.10. Área general de la variable que pretende medir el test

- Personalidad

- Escalas Clínicas

1.11. Breve descripción de la variable que pretende medir el test

El MMPI-2-RF proporciona, en 50 escalas, una evaluación eficiente y actualizada de las variables clínicamente relevantes que subyacen al conjunto de ítems del MMPI, reduciendo considerablemente el número de ítems, ya que consta de 338, y el tiempo de aplicación (35-50 minutos), respecto al MMPI-2. El objetivo perseguido en la reestructuración del MMPI-2 ha sido un conjunto más reducido de escalas independientes entre sí, no redundantes, que evalúen los constructos subyacentes al MMPI-2 de una manera más eficiente, centrada en el contenido y más coherente en su estructura y organización (Tellegen y Ben-Porath, 2009).

Contiene **ocho escalas de validez** que permiten detectar eficazmente las principales amenazas a la interpretación del protocolo: dos escalas que exploran inconsistencia en la respuesta al contenido de los ítems; cuatro escalas creadas para la detección de patrones de exageración de síntomas y dos escalas para la detección de patrones de minimización de síntomas.

Las escalas sustantivas se estructuran en tres niveles, desde una visión más global a una más específica. En primer lugar, las *dimensiones globales*, que son tres escalas que evalúan el funcionamiento global del sujeto en las áreas emocionales, conductuales y de pensamiento. En segundo lugar, las *escalas clínicas reestructuradas*, nueve escalas que representan el núcleo de la prueba y que resultan del análisis de los componentes principales de cada una de las escalas clínicas básicas originales del MMPI-2, ofreciendo una información mucho menos heterogénea y más específica, discriminante y con una interpretación directa y más intuitiva en relación a: desmoralización, quejas somáticas, escasez de emociones positivas, desconfianza, conducta antisocial, ideas persecutorias, emociones negativas disfuncionales, experiencias anormales y activación hipomaniaca. El último nivel lo integran las *escalas de problemas específicos*, veintitrés escalas que proporcionan una evaluación más fina y detallada de: quejas somáticas y

cognitivas (malestar general, quejas gastrointestinales, dolor de cabeza, quejas neurológicas y quejas cognitivas), internalización (ideación suicida, indefensión, inseguridad, ineficacia, estrés y preocupación excesiva, ansiedad, propensión a la ira, miedos incapacitantes y miedos específicos), externalización (problemas de conducta juveniles, abuso de sustancias, agresión y activación) y problemas interpersonales (problemas familiares, pasividad interpersonal, evitación social, timidez y misantropía).

Adicionalmente, proporciona información sobre el estilo general de los intereses del sujeto evaluado (estético-literarios y mecánico-físicos) y cinco escalas de personalidad psicopatológica que representan dimensiones de personalidad clínica con una amplia base empírica (agresividad, psicoticismo, falta de control, emocionalidad negativa e introversión).

1. Escalas sobre la validez del protocolo	
a) Ausencia de respuesta al contenido:	
<ul style="list-style-type: none"> - Interrogante (¿) - Inconsistencia de las respuestas variables (VRIN-r) - Inconsistencia de las respuestas verdadero (TRIN-r) 	
b) Exageración de síntomas	
<ul style="list-style-type: none"> - Psicopatología infrecuente (Fp-r) - Quejas somáticas infrecuentes (Fs) - Validez de los síntomas (FBS-r) - Infrecuencia (F-r) 	
c) Minimización de síntomas	
<ul style="list-style-type: none"> - Virtudes inusuales (L-r) - Validez de ajuste (K-r) 	
2. Escalas sustantivas	
a) Escalas de segundo orden (dimensiones globales)	
<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones emocionales o internalizadas (EID) - Alteraciones del pensamiento (TDH) - Alteraciones comportamentales o externalizadas (BXD) 	
b) Escalas clínicas reestructuradas (RC)	
<ul style="list-style-type: none"> - Desmoralización (RCd) - Quejas somáticas (RC1) - Escasez de emociones positivas (RC2) - Desconfianza (RC3) - Conducta antisocial (RC4) - Ideas persecutorias (RC6) - Emociones negativas disfuncionales (RC7) - Experiencias anormales (RC8) - Activación hipomaniaca (RC9) 	
c) Escalas de problemas específicos	
c.1) Escalas somáticas y cognitivas	
<ul style="list-style-type: none"> - Malestar general (MLS) - Quejas gastrointestinales (GIC) - Quejas de dolor de cabeza (HPC) - Quejas neurológicas (NUC) - Quejas cognitivas (COG) 	
c.2) Escalas de internalización	
<ul style="list-style-type: none"> - Ideación suicida (SUI) - Indefensión/desesperanza (HPL) - Ineficacia (NFC) - Estrés/preocupaciones (STW) - Ansiedad (AXY) - Propensión a la ira (ANP) - Miedos incapacitantes (BRF) - Miedos específicos (MSF) 	
c.3) Escalas de externalización	
<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de conducta juveniles (JCP) - Abuso de sustancias (SUB) - Agresión (AGG) - Activación (ACT) 	

c.4) Escalas interpersonales
- Problemas familiares (FML) - Pasividad interpersonal (IPP) - Evitación social (SAV) - Timidez (SHY) - Misantrópia (DSF)
c.5) Escalas de intereses
- Intereses estético-literarios (AES) - Intereses mecánico-físicos (MEC)
d) Las cinco escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5)
- Agresividad-revisada (AGGR-r) - Psicoticismo-revisada (PSYC-r) - Falta de control-revisada (DISC-r) - Emocionalidad negativa/Neuroticismo-revisada (NEGE-r) - Introversión/Escasa emocionalidad positiva-revisada (INTR-r)

1.12. Áreas de aplicación

- Todas aquellas en las que se precise evaluar rasgos de Personalidad

1.13. Formato de los ítems

- Respuesta dicotómica

1.14. Número de ítems

- 338 ítems

1.15. Soporte

- Papel y lápiz

1.16. Cualificación requerida para el uso del test de acuerdo con la documentación aportada

- Nivel C

1.17. Descripción de las poblaciones a las que el test es aplicable

Adultos de 18 o más años. Se requiere nivel de 6º de primaria o mayor para su comprensión.

1.18. Existencia o no de diferentes formas del test y sus características

No existen diferentes formas del test.

1.19. Procedimiento de corrección

- Lectora óptica
- Automatizada por ordenador

1.20. Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas

Procedimiento automatizado. Las respuestas del sujeto deben codificarse a través del software de corrección, que permite la obtención de un perfil con las puntuaciones directas y las puntuaciones T.

1.21. Transformación de las puntuaciones

- Normalizada

1.22. Escalas utilizadas

- T (Media 50 y desviación típica 10)

1.23. Posibilidad de obtener informes automatizados

- Actualmente no está disponible un informe automatizado para el MMPI-RF, si bien está entre los objetivos futuros su desarrollo.

1.24. Oferta por parte del editor de un servicio para la corrección y/o elaboración de informes

Si

1.25. Tiempo estimado para la aplicación del test

- En aplicación individual: 35-50 minutos
- En aplicación colectiva: 35-50 minutos

1.26. Documentación aportada por el editor

- Manual
- Software de corrección
- Cuadernillo y hoja de respuesta

1.27. Precio de un juego completo de la prueba

- Juego Completo (cuadernillo y kit de 25 correcciones): 170 Euros

1.28. Precio y número de ejemplares del paquete de cuadernillos

- Cuadernillos (10 unidades): 35,60 Euros

1.29. Precio y número de ejemplares del paquete de hojas de respuesta

- Hojas de respuesta mecanizada (50 unidades): 14 Euros

1.30. Precio de la corrección y/o elaboración de informes por parte del editor

- No se aporta información

1.31. Bibliografía básica acerca del test aportada en la documentación

El listado de referencias bibliográficas que proporciona el manual es amplio y comprensivo.

2. VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TEST

Aspectos generales

Contenido	Valoración	Puntuación
2.1. Calidad de los materiales del test	Excelente	5
2.2. Calidad de la documentación aportada	Excelente	5
2.3. Fundamentación teórica	Excelente	5
2.4. Adaptación del test	Buena	4
2.5. Calidad de las instrucciones	Excelente	4,5
2.6. Facilidad para comprender la tarea	Excelente	4,5
2.7. Facilidad para registrar las respuestas	Buena	4
2.8. Calidad de los ítems (aspectos formales)	Excelente	4,5
2.9. Datos sobre el análisis de los ítems	No se aporta	

Validez de contenido

Contenido	Valoración	Puntuación
2.10. Calidad de la representación del contenido o dominio	Excelente	4,5
2.11. Consultas a expertos	Excelente	4,5

Comentarios sobre la validez de contenido

□ **Procedimiento de selección de las muestras:** En distintos puntos de la geografía nacional, estratificado por regiones geográficas. Incluye tanto muestras de personas normales como clínicas.

Validez de constructo

Contenido	Valoración	Puntuación
2.12. Diseños empleados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Correlaciones con otros tests ▪ Análisis Factorial Exploratorio ▪ Diseños experimentales ▪ Diferencias entre grupos 	
2.13. Tamaño de las muestras	Excelente	5
2.14. Procedimiento de selección de las muestras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidental 	
2.15. Correlaciones del test con otros test similares	Buena	4
2.16. Calidad de los test empleados como criterio o marcador	Excelente	4,5
2.17. Datos sobre el sesgo de los ítems	No se aporta	

Validez predictiva

Contenido	Contenido	Puntuación
2.18. Diseño de selección del criterio	Concurrente y retrospectivo	
2.19. Tamaño de las muestras	Excelente	5
2.20. Procedimiento de selección de las muestras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidental 	
2.21. Correlaciones del test con los criterios	Buena	3,5

Comentarios generales sobre validez

□ En su conjunto, los estudios empíricos realizados por Tellegen y Ben-Porath (2008) respaldan la validez de las escalas del MMPI-2-RF, evidenciando la existencia de correlatos externos relevantes a sus escalas en diversos contextos. Hay que hacer notar que el manual profesional de la adaptación al castellano del MMPI-2-RF documenta extensamente los múltiples estudios llevados a cabo para determinar la validez de sus escalas, destacando un conjunto amplio de criterios externos y una gran variedad de contextos y muestras.

Fiabilidad

Contenido	Valoración	Puntuación
2.22. Datos aportados sobre fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coeficientes de fiabilidad para diferentes grupos de sujetos ▪ Error típico de medida para diferentes grupos de sujetos 	

Equivalencia formas paralelas

Contenido	Valoración	Puntuación
2.23. Tamaño de las muestras	No se aporta	
2.24. Coeficientes de equivalencia	No se aporta	

Consistencia interna

Contenido	Valoración	Puntuación
2.25. Tamaño de las muestras	Excelente	5
2.26. Coeficientes de consistencia	Buena	4

Estabilidad (test-retest)

Contenido	Valoración	Puntuación
2.27. Tamaño de las muestras	Buena	3,5
2.28. Coeficientes de estabilidad	Buena	4

Comentarios generales sobre fiabilidad

□ Los coeficientes de consistencia interna y estabilidad de las escalas sustantivas del MMPI-2-RF son buenos en la mayoría de ellos. Sin embargo, alguna de las escalas tiene una fiabilidad baja o inadecuada (ej., para las escalas VRIN-r y TRIN-r la fiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach oscila de 0,18 a 0,40 en las distintas muestras).

Baremación

Contenido	Valoración	Puntuación
2.29. Calidad de las normas	Adecuada	3
2.30. Tamaño de las muestras	Excelente	5
2.31. Procedimiento de selección de las muestras	Incidental	

Comentarios generales sobre baremación

□ **Procedimiento de selección de las muestras:** Amplio número de muestras incidentales con una adecuada estratificación. Esto lleva a que las muestras sean tanto representativas de la población general española (N=1.468) como de muestras clínicas (N=525).

ANEXO 12—Test 16-PF-5 (factorial de personalidad)



Corde Petalver, 45, 5º Izq.
28006 Madrid - España
Tel.: +34 91 444 90 20
Fax: +34 91 309 56 15
secop@cop.es
www.cop.es

Evaluación del test

16-PF

RESUMEN DE LA VALORACIÓN DEL TEST

Descripción general

Características	Descripción
Nombre del test	16PF-5
Autor	Raymond B. Cattell, A. Karen S. Cattell y Heather E.P. Cattell
Autor de la adaptación española	Nicolás Selsdedos Cubero
Editor de la adaptación española	TEA Ediciones
Fecha de la última revisión del test en su adaptación española	2011
Constructo evaluado	Personalidad
Área de aplicación	Psicología Clínica Psicología Educativa Psicología Forense Psicología del Trabajo y de las organizaciones Psicología del Deporte
Soporte	Papel y lápiz Informatizado

Aspectos generales

Características	Valoración	Puntuación
Calidad de los Materiales y documentación	Excelente	4,5
Fundamentación teórica	Excelente	4,5
Adaptación Española	Buena	4
Análisis de los ítems	Buena	4
Validez de contenido	Buena	4
Validez de constructo	Buena	4
Análisis del sesgo	No se aporta	
Validez predictiva	No se aporta	
Fiabilidad: equivalencia	No se aporta	
Fiabilidad: consistencia interna	Buena	4
Fiabilidad: estabilidad	No se aporta	
Baremos	Excelente	4,5

Comentarios generales

El 16PF-5 es uno de los cuestionarios de personalidad más utilizados desde diferentes ramas de la Psicología. Desde sus primeras versiones en la década de los años 40 del siglo XX, la construcción de este instrumento se ha basado en procedimientos empíricos, fundamentalmente el análisis factorial, convirtiéndose en un referente de la construcción psicométrica de instrumentos de evaluación. Tal y

como señalan Aluja y Blanch (2003), esta quinta edición del 16PF presenta buenas propiedades psicométricas, donde ha mejorado sensiblemente su validez y fiabilidad respecto a versiones anteriores.

Los **16 rasgos de primer orden** dan una información rica y detallada de la personalidad del sujeto. Estos factores utilizan una terminología actual y son fácilmente entendibles a través de la descripción mediante adjetivos de las polaridades altas y bajas. Las **dimensiones globales**, por su parte, se asemejan a los factores resultantes del modelo de los “Big Five”, por lo que la comparación con otras pruebas y la comprensión de estas dimensiones de segundo orden se hace muy sencilla, incluso para profesionales con poca experiencia en el campo de la evaluación de la personalidad. Por último, las **escalas sobre estilos de respuesta** pueden servir como filtro para aquellas situaciones en las que la deseabilidad social o ciertas tendencias en las respuestas puedan estar sesgando los resultados en el test. Se recomienda interpretar el cuestionario empezando por los estilos de respuesta, siguiendo por las dimensiones globales para acabar con los 16 rasgos de primer orden.

Este instrumento se ha utilizado en diversas situaciones de evaluación en las que obtener un perfil de personalidad del sujeto sea necesario. Las aplicaciones en el ámbito de **Psicología Clínica** van desde la detección de ciertos rasgos indicadores de trastornos psicológicos a través del perfil del sujeto hasta la evaluación de la eficacia del tratamiento mediante cambios en las respuestas pre y post intervención, pasando por la individualización de determinados componentes terapéuticos en función de las características de personalidad del paciente. El 16PF-5 permite interpretar ciertas combinaciones específicas de escalas que pueden resultar muy útiles en la práctica clínica (tendencia al suicidio, tendencias paranoides, sociopatía, etc.). En el ámbito de la **Psicología del trabajo o selección de personal**, el 16PF tiene una larga historia de estudios destinados a descubrir los perfiles más adecuados para diferentes perfiles profesionales (pilotos, policías, docentes o vendedores), así como para el estudio de otros factores como el “potencial de liderazgo”. El 16PF-5 también resulta útil para la **orientación escolar** mediante el análisis de ciertos rasgos de personalidad relacionados con rasgos comportamentales o volitivos determinantes en la elección de futuro profesional. Por último, este instrumento puede resultar muy útil en la investigación de **cualquier rama de la Psicología en la que la personalidad sea una variable implicada**.

Existen, no obstante, algunos puntos débiles que conviene reseñar:

- Al eliminar la posibilidad de corrección manual del test, **no es posible saber qué ítems forman parte de cada uno de los rasgos de primer orden ni cómo éstos se combinan para formar las cinco dimensiones globales de personalidad.** La automatización de todo este proceso hace que se pierda información interesante para el evaluador al no conocer cuáles son los ítems concretos que conforman cada factor, impidiendo, en ocasiones, analizar o comprender los resultados de forma más profunda que con el mero resultado electrónico.
- Si bien se ofrecen evidencias de validez relativas a la versión original del instrumento, es aconsejable ir incorporando en el manual información adicional acerca de las evidencias de validez de la versión española, a medida que éstas vayan estando disponibles.
- En la adaptación de tests y cuestionarios son necesarios diseños adecuados de investigación que garanticen tanto la calidad de la traducción como la “comparabilidad métrica” de las mediciones obtenidas entre las diferentes versiones (Hambleton, Merenda y Spielberg, 2005; Muñiz y Hambleton, 1996, 2000). En la versión española del 16PF-5 **no se ofrece información sobre el diseño de traducción empleado** siendo necesario aportar evidencias del nivel de equivalencia lingüística alcanzado entre la versión original y la versión adaptada.

Hambleton, R. K., Merenda, P.F., y Spielberger, C.D. (Eds.) (2005). *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70. Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (2000). Adaptación de los tests de unas culturas a otras. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 2, 129-149.

ANÁLISIS DETALLADO DE LA PRUEBA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TEST

1.1. Nombre del test

16PF-5

1.2. Nombre del test en su versión original

16PF Fifth edition

1.3. Autor

Raymond B. Cattell, A. Karen S. Cattell y Heather E.P. Cattell

1.4. Autor de la adaptación española

Nicolás Seisdedos Cubero

1.5. Editor del test en su versión original

IPAT, Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois

1.6. Editor de la adaptación española

TEA Ediciones

1.7. Fecha de publicación del test original

1993

1.8. Fecha de la publicación del test en su adaptación española

1995

1.9. Fecha de la última revisión del test en su adaptación española

2011

1.10. Área general de la variable que pretende medir el test

Personalidad

1.11. Breve descripción de la variable que pretende medir el test

El **Cuestionario Factorial de Personalidad, 16PF-5**, es un instrumento de medida de **espectro amplio de personalidad para adolescentes mayores de 16 años y adultos** que tiene como finalidad la apreciación de dieciséis rasgos de primer orden (o escalas primarias de personalidad) y cinco dimensiones globales de personalidad (antes factores de segundo orden). Las dimensiones globales resumen la interrelación entre los rasgos primarios y permiten una perspectiva de la personalidad más amplia que encaja bien con el modelo de los “Big Five”. Los **dieciséis rasgos primarios** que evalúa son: Afabilidad (A), Razonamiento (B), Estabilidad (C), Dominancia (E), Animación (F), Atención a las normas (G), Atrevimiento (H), Sensibilidad, (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Privacidad (N), Aprensión (O), Apertura al cambio (Q1), Autosuficiencia (Q2), Perfeccionismo (Q3) y Tensión (Q4). Las **cinco dimensiones globales de**

personalidad son: Extraversión (Ext), Ansiedad (Ans), Dureza (Dur), Independencia (Ind) y Auto-control (AuC). La comprensión de los constructos se facilita mediante una descripción a través de adjetivos de los polos o decatipos altos (+) o bajos (-). Incluye además **tres medidas para evaluar estilos de respuesta para controlar los sesgos en las respuestas**: Manipulación de la imagen (MI), Infrecuencia (IN) y Aquiescencia (AQ). El instrumento consta de 185 ítems con tres alternativas de respuesta (dos extremos y una alternativa intermedia señalada siempre con un interrogante"?)") con las que se obtienen las puntuaciones de las 16 escalas primarias, los tres índices de estilos de respuesta y las dimensiones globales. La aplicación puede ser individual o colectiva con una duración de entre 40 y 45 minutos.

RASGOS PRIMARIOS	DESCRIPCIÓN
Afabilidad	Se refiere a la tendencia que va desde ser una persona social e interpersonalmente reservada hasta estar cálidamente implicada.
Razonamiento	Capacidad del individuo para resolver problemas. Esta escala no es un rasgo de personalidad, sin embargo se conoce que el estilo cognitivo es una variable moduladora de las variables de personalidad.
Estabilidad	Se refiere al estilo de afrontamiento de los problemas cotidianos de la vida y sus retos
Dominancia	Se refiere a la tendencia a ejercer la voluntad de uno mismo sobre la de los demás
Animación	Evalúa el grado de espontaneidad y sociabilidad del individuo frente a la seriedad y la inhibición de la espontaneidad.
Atención a las normas	La escala pretende medir el grado en que las normas culturales de lo correcto/incorrecto se han interiorizado y se emplean para gobernar la conducta humana (Cattell, 1970).
Atraviesamiento	Evalúa el grado de atravesamiento, seguridad en las relaciones sociales y carácter emprendedor del individuo frente a la timidez y retraimiento social.
Sensibilidad	Evalúa el grado de empatía, sentimentalismo y gusto por lo estético
Vigilancia	Evalúa el grado de suspicacia, escepticismo, desconfianza frente al polo contrario.
Abstracción	Evalúa si el individuo está más orientado a los procesos mentales e ideas que a los aspectos pragmáticos y realistas.
Privacidad	En esta escala se pretende medir la tendencia a la naturalidad y apertura del individuo frente a la tendencia a la privacidad de las emociones.
Aprensión	Los ítems de la escala pretenden medir el grado de seguridad y despreocupación del individuo frente a la inseguridad, preocupación y aprensión.
Apertura al cambio	Los ítems de esta escala pretenden diferenciar a individuos tradicionales y apegados a lo familiar frente a aquellos de mentalidad abierta y analítica, innovadores
Autocuidado	Se refiere al mantenimiento del contacto o proximidad de los otros

	frente al individualismo.
Perfeccionismo	En esta escala se pretende medir la flexibilidad y tolerancia con el desorden y las faltas frente a la organización y la disciplina.
Tensión	Esta escala está asociada con la tensión nerviosa, impaciencia e intranquilidad.

1.12. Áreas de aplicación

- Todas aquellas áreas en la que se precise Personalidad

1.13. Formato de los ítems

- Tres opciones de respuesta

1.14. Número de ítems

- 185

Rasgos primarios	Nº ítems
Afabilidad	11 ítems
Razonamiento	15 ítems
Estabilidad	10 ítems
Dominancia	10 ítems
Animación	11 ítems
Atención a las normas	11 ítems
Atrevimiento	10 ítems
Sensibilidad	11 ítems
Vigilancia	10 ítems
Abstracción	11 ítems
Privacidad	10 ítems
Aprensión	10 ítems
Apertura al cambio	14 ítems
Autosuficiencia	10 ítems
Perfeccionismo	10 ítems
Tensión	10 ítems

1.15. Soporte

- Papel y lápiz
- Informatizado

1.16. Cualificación requerida para el uso del test de acuerdo con la documentación aportada

- Nivel B

1.17. Descripción de las poblaciones a las que el test es aplicable

Población a partir de 16 años con baremos conjuntos y separados para hombres y mujeres. Se requiere una capacidad lectora de nivel de enseñanza primaria o nivel de 2º de la ESO, información que no queda clara en el Manual.

1.18. Existencia o no de diferentes formas del test y sus características

El 16 PF-5 está disponible en dos formatos de aplicación: a) tradicional (papel y lápiz), para el cual el profesional realiza la corrección de manera automática mediante TEAcorrige, y b) aplicación on-line o por Internet, en la cual los ítems se presentan directamente en pantalla a la persona evaluada y la corrección también se realiza de manera automática.

1.19. Procedimiento de corrección

- El usuario realiza la corrección de manera automática por medio de una plataforma de corrección por Internet accesible a los profesionales
- Los profesionales que realicen evaluaciones colectivas pueden solicitar el servicio de corrección mecanizada, que evita el tener que realizar la introducción de las respuestas de forma manual

1.20. Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas

La versión actual del 16PF-5 no permite la corrección manual para la obtención de las puntuaciones directas. Las respuestas del sujeto se introducen en la aplicación e-perfil de TEA Ediciones, obteniendo así las puntuaciones directas, decatipos y perfil. La aplicación para la corrección del test es sencilla: se dispone de una plantilla mecanizada donde cada casilla se refiere a una de las preguntas del test y el usuario debe introducir la respuesta que el sujeto ha dado (1 si la respuesta ha sido a la opción A, 2 si la respuesta ha sido a la opción B y 3 si la respuesta ha sido a la opción C, por último se introduce un 0 cuando el sujeto ha dejado el ítem en blanco). Una vez introducidas las respuestas la corrección se realiza de forma automática por el sistema.

1.21. Transformación de las puntuaciones

- Normalizada

1.22. Escalas utilizadas

- Decatipos

1.23. Posibilidad de obtener informes automatizados

- Sí

El informe automatizado recoge tanto la información cuantitativa del cuestionario (decatipos tanto en los rasgos de primer orden como en las dimensiones globales de personalidad y estilos de respuesta) como la interpretación cualitativa de dichas puntuaciones. La estructura es clara, con una breve descripción de qué constructo mide cada uno de los rasgos, dimensiones y estilos, así como un análisis de las puntuaciones del sujeto basado en los descriptores mediante adjetivos de las polaridades altas y bajas en las distintas escalas. Teniendo en cuenta que se trata de un informe automático, la claridad, el estilo y tono son adecuados. No obstante, deberá complementarse con la experiencia del profesional y con otras guías de interpretación del 16PF-5 como la de Karson, Karson y O'Dell (2002)¹, que proporciona la empresa suministradora con el juego completo de materiales del 16PF-5.

¹Karson, M., Karson, S., & O'Dell, J. (2002). 16PF-5. *Una guía para su interpretación en la práctica clínica*. Madrid: TEA ediciones.

1.24. Oferta por parte del editor de un servicio para la corrección y/o elaboración de informes

- Sí

1.25. Tiempo estimado para la aplicación del test

- En aplicación individual: 40-45 minutos
- En aplicación colectiva: 40-45 minutos

1.26. Documentación aportada por el editor

- Manual
- Libros o artículos complementarios

1.27. Precio de un juego completo de la prueba

1.28. Precio y número de ejemplares del paquete de cuadernillos

1.29. Precio y número de ejemplares del paquete de hojas de respuesta

1.30. Precio de la corrección y/o elaboración de informes por parte del editor

Para obtener los precios actualizados consultar la página web de la compañía editora:

<http://web.teaediciones.com>

1.31. Bibliografía básica acerca del test aportada en la documentación

- Se incluyen alrededor de 75 referencias relacionadas con distintos aspectos de la prueba

2. VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TEST

Aspectos generales

Contenido	Valoración	Puntuación
2.1. Calidad de los materiales del test	Excelente	5
2.2. Calidad de la documentación aportada	Buena	4
2.3. Fundamentación teórica	Excelente	4,5
2.4. Adaptación del test	Buena	4
2.5. Calidad de las instrucciones	Excelente	5
2.6. Facilidad para comprender la tarea	Excelente	5
2.7. Facilidad para registrar las respuestas	Buena	4
2.8. Calidad de los ítems (aspectos formales)	Buena	4
2.9. Datos sobre el análisis de los ítems	Buena	4

Validez de contenido

Contenido	Valoración	Puntuación
2.10. Calidad de la representación del contenido o dominio	Buena	4
2.11. Consultas a expertos	No se aporta	

Comentarios sobre la validez de contenido

▪ A pesar de que los datos sobre **validez de contenido** son escasos en el manual, dado que se trata de uno de los test con una trayectoria de más de cuatro décadas y basado en una de las teorías de la personalidad con mayor aceptación, se puede considerar que la fundamentación y justificación teórica es más que suficiente. Por lo tanto sería aconsejable que en futuras ediciones del manual se documenten las evidencias de validez de contenido

Validez de constructo

Contenido	Valoración	Puntuación
2.12. Diseños empleados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio ▪ Diferencias entre grupos 	
2.13. Tamaño de las muestras	Excelente	4,5
2.14. Procedimiento de selección de las muestras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidental 	
2.15. Correlaciones del test con otros test similares	No se aporta	
2.16. Calidad de los test empleados como criterio o marcador	No se aporta	
2.17. Datos sobre el sesgo de los ítems	No se aporta	

Procedimiento de selección de las muestras: Para la edición experimental, se trabajó con una muestra extraída al azar del banco de datos españoles del 16PF-A, una versión anterior del 16PF-5 de 600 sujetos, en los que se seleccionaron 15 elementos más a los 185 originales. Esta versión se aplicó a una muestra pequeña con el objetivo de depurar el borrador. La muestra actual de tipificación está formada por 115.712 personas evaluadas en numerosos procesos y situaciones entre los años 2006 y 2010. El 54,4% de la muestra está formada por varones. Las edades de la muestra oscilan entre los 16 y los 69 años, con una media de 31,21 años y una desviación típica de 8,85.

▪ **En el manual se incluye información sobre otras evidencias de validez de constructo obtenidas en otras poblaciones.** En concreto los resultados de las investigaciones realizadas por Conn y Rieke (1994) con población norteamericana y los resultados de la adaptación argentina obtenidos por Petkevicius. En cuanto a los resultados de Conn y Rieke (1994) se encontraron correlaciones moderadas y en el sentido esperado, entre las dimensiones primarias y globales del 16PF-5 con las escalas

de diferentes tests de personalidad (Personality Research Form (PRF), Inventario Psicológico de California (CPI), NEO-PIR y el MBTI). Si bien estos datos constituyen evidencias de la validez de constructo del test, es conveniente ir ampliando esta información, incorporando datos obtenidos a partir de la versión española de la prueba.

Validez predictiva

Contenido	Contenido	Puntuación
2.18. Diseño de selección del criterio	No se aporta	
2.19. Tamaño de las muestras	No se aporta	
2.20. Procedimiento de selección de las muestras	No se aporta	
2.21. Correlaciones del test con los criterios	No se aporta	

Comentarios sobre la validez predictiva

- Los datos que se presentan acerca de la validez predictiva son numerosos y basados en diversos estudios publicados en revistas científicas de calidad. Los estudios que se presentan han sido realizados con la versión original del cuestionario, por lo que sería aconsejable ir complementando estos datos con los que se vayan obteniendo mediante la versión española de la prueba. Se han relacionado las puntuaciones obtenidas en el 16PF-5 con las siguientes variables: autoestima, ajuste, habilidad social, empatía, potencial creativo, y potencial de liderazgo. A pesar de los buenos resultados, se insiste en que al tratarse de un test de personalidad de amplio espectro, el valor predictivo es limitado y no debería ser la única base para tomar decisiones de selección o evaluación. **Los procedimientos de selección de las muestras en estos estudios son diversos.** No obstante, prevalece la selección incidental con muestras amplias de militares, estudiantes, jubilados o en situaciones de orientación o selección de personal.

Comentarios sobre validez en general

- Sería recomendable que en futuras ediciones del manual se incluyeran evidencias de validez en la versión española de la prueba

Fiabilidad		
Contenido	Valoración	Puntuación
2.22. Datos aportados sobre fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Un único coeficiente de fiabilidad 	

Equivalencia formas paralelas		
Contenido	Valoración	Puntuación
2.23. Tamaño de las muestras	No se aporta	
2.24. Coeficientes de equivalencia	No se aporta	

Consistencia Interna		
Contenido	Valoración	Puntuación
2.25. Tamaño de las muestras	Buena	4
2.26. Coeficientes de consistencia	Adecuada	3

Estabilidad (test-retest)		
Contenido	Valoración	Puntuación
2.27. Tamaño de las muestras	No se aporta	
2.28. Coeficientes de estabilidad	No se aporta	

Comentarios generales sobre fiabilidad

▪ Los datos presentados sobre fiabilidad hacen referencia a estudios tanto con la versión original, en inglés, como con la versión española. Los estudios originales (dos sobre estabilidad y uno sobre consistencia interna) contaron con muestras grandes y con índices entre adecuados y buenos. En los estudios de fiabilidad españoles se proporcionan tres indicadores de fiabilidad calculados con una muestra grande: la correlación entre la mitad par e impar, el coeficiente alfa, y el índice de homogeneidad de las puntuaciones. La consistencia interna resultó adecuada (0,76). Sería conveniente complementar esta información con datos sobre la estabilidad temporal de la versión española del instrumento.

Baremación		
Contenido	Valoración	Puntuación
2.29. Calidad de las normas	Buena	4
2.30. Tamaño de las muestras	Excelente	5
2.31. Procedimiento de selección de las muestras	<ul style="list-style-type: none"> Incidental 	

- **Procedimiento de selección de las muestras:** Incidental.

La muestra actual de tipificación está formada por 115.712 personas evaluadas en numerosos procesos y situaciones entre los años 2006 y 2010. El 54,4% de la muestra está formada por varones. Las edades de la muestra oscilan entre los 16 y los 69 años, con una media de 31,21 años y una desviación típica de 8,85.

Comentarios generales sobre baremación

- La muestra de tipificación es muy amplia y representativa, cubriendo de forma satisfactoria ambos sexos y los rangos de edad a los que se dirige el instrumento. Sería aconsejable incluir más información acerca de los datos sociodemográficos de esta muestra.

ANEXO 13—Test 16PF, HSPQ, ESPQ

Test desarrollado y comentado de los cuestionarios de Cattell 16PF (factores de personalidad), 16PF-5 (factores primario de personalidad), HSPQ (cuestionario para adolescentes), CPQ (cuestionario para niños) y ESPQ (cuestionario factorial de personalidad)

Cuestionarios de personalidad de Cattell. Documento de trabajo

Juan Antonio Amador Campos

Maria Forns Santacana

Teresa Kirchner Nebot

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico**

Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona

El cuestionario 16PF.

El desarrollo del cuestionario 16 PF fue iniciado por Cattell y sus colaboradores en la universidad de Illinois en la década de los 40, concretamente a partir de 1943 (Cattell, 1993). El objetivo era construir un instrumento que midiera las dimensiones más fundamentales de la personalidad del adulto. El primer problema fue encontrar un conjunto de categorías descriptivas suficientemente amplias que abarcaran las muchas variaciones de la personalidad humana.

Cattell partió de los trabajos de Allport y Odbert, que habían hallado en el diccionario 4.000 adjetivos que se referían a la personalidad humana. Tras una meticulosa inspección los agrupó en 180 categorías, que fueron reducidas después a 45, mediante métodos de correlación (si dos categorías correlacionaban 0,60 o más se agrupaban). Estas 45 categorías fueron sometidas a una prueba empírica, solicitando a observadores entrenados que calificaran la conducta de los sujetos, de acuerdo con ellas. Un análisis factorial posterior puso de manifiesto la existencia de 15 factores, que fueron nombrados alfabéticamente de la A a la O. A medida que se desciende en el alfabeto, los factores pierden algo en su valor explicativo, aunque todos resultan útiles. Después se crearon preguntas para cada uno de estos factores y se administraron, como un cuestionario, a un grupo de sujetos. Los análisis factoriales replicaron la estructura observada con las escalas de calificación. Algunos factores básicos no resultaron muy constantes entre los adultos, principalmente los factores D, J y K, que no aparecieron en los cuestionarios (aunque sí se observaron en las escalas de calificación) y fueron eliminados del 16PF. Además, en la estructura factorial resultante de los análisis de los cuestionarios, aparecían cuatro factores, que fueron nombrados Q₁, Q₂, Q₃ y Q₄. Estos factores sólo se encontraron en los cuestionarios. No se observaron en el análisis del lenguaje ni en las escalas de calificación pero, puesto que aparecen a partir de datos subjetivos, parecía claro que medían respuestas internas, que no tenían manifestaciones externas claras. Cattell consideró adecuado incluirlos en los cuestionarios. La denominación Q denotaba que estos factores sólo aparecían en los cuestionarios y podían estar afectados por la distorsión y, por ello, presentar resultados menos satisfactorios. Esta es otra razón por la que los situó al final del cuestionario. Sin embargo, estos factores han resultado más válidos de lo que en un principio se pensó.

1. La adaptación española de los cuestionarios de Cattell.

1.1. El cuestionario de dieciséis factores de personalidad: 16PF (Cattell, 1970-1975).

Desde su aparición en 1939, el 16PF ha sido objeto de numerosas revisiones. La adaptación que disponemos en nuestro país la hizo TEA en 1975, a partir de la revisión de

1970, publicada en 1972.

Presenta varias formas: A, B, C, D y E. Las formas A, B, C y D se han adaptado a la población española. Las dos primeras constan de 187 elementos, la última de 105. Puede ser administrado individual y colectivamente y se aplica a adolescentes y adultos con niveles culturales medios para las formas A y B, y más bajos para la C. Cada elemento presenta tres opciones de respuesta.

1.2. El 16PF-5 (Cattell y Cattell, 1995)

La quinta edición del 16PF continúa midiendo los mismos dieciséis factores primarios de personalidad identificados por Cattell en la década de los 40.

Los factores primarios se siguen denominando con letras, de la A a la Q₄, aunque la denominación de los factores se adapta más al contenido de los items que conforman el factor.

El cuestionario consta de 185 elementos, con tres alternativas de respuesta y puede aplicarse a adolescentes y adultos.

1.3. El Cuestionario de personalidad para adolescentes: HSPQ (Cattell, Beloff y Coan, 1958, 1981).

Puede aplicarse entre los 12 y los 18 años. Existen 4 formas: A, B, C, y D. Consta de 140 enunciados. Cada item presenta tres opciones de respuesta. En nuestro país existe una adaptación de la forma A, aunque según Roig Fusté (1992) es difícil de identificar con alguna de las originales.

1.4. El cuestionario de personalidad para niños: CPQ (Porter y Cattell, 1968, 1981).

Se administra a sujetos con edades entre 8 y 12 años. Consta de 140 items con dos alternativas de respuesta, excepto en la escala B, que contiene tres. Está dividido en dos partes y puede aplicarse en dos momentos distintos, para evitar la fatiga del niño.

1.5. El cuestionario factorial de personalidad: ESPQ (Coan y Cattell, 1966, 1981).

Se aplica a niños entre 6 y 8 años de edad. El examinador lee los enunciados al sujeto, para evitar problemas de comprensión lectora. Como el anterior, está dividido en dos partes, y cada elemento presenta dos alternativas de respuesta, que deben señalarse en una hoja de respuesta, que presenta unos símbolos que permiten identificar cada elemento y su respuesta.

Tabla 1. Factores que recogen las diferentes adaptaciones españolas de los cuestionarios de personalidad de Cattell.

RASGO		ESPQ	CPQ	HSPQ	16PF	16PF-5
A	Reservado/Abierto	*	*	*	*	*
B	Inteligencia baja/alta	*	*	*	*	*
C	Afectado emocionalmente/Estable	*	*	*	*	*
D	Calzado/Excitable	*	*	*		
E	Sumiso/Dominante	*	*	*	*	*
F	Sobrio/Entusiasta	*	*	*	*	*
G	Despreocupado/Consciente	*	*	*	*	*
H	Cohibido/Atrevido	*	*	*	*	*
I	Sensibilidad dura/blanda	*	*	*	*	*
J	Seguro/dubitativo	*	*	*		
L	Confiado/Suspicaz				*	*
M	Práctico/Imaginativo				*	*
N	Espontáneo/Calculador	*	*		*	*
O	Sereno/Apreensivo	*	*	*	*	*
Q ₁	Tolerante/Crítico				*	*
Q ₂	Sociable/Autosuficiente			*	*	*
Q ₃	Menos integrado/ más (Autocontrol)		*	*	*	*
Q ₄	Relajado/Tenso	*	*	*	*	*
Q ₅	AJUSTE/ANSIEDAD	*	*	*	*	(Ans) *
Q ₆	INTROVERSIÓN/EXTRAVERSIÓN	*	*	*	*	(Ext) *
Q ₇	CALMA/EXCITABILIDAD		*	*		
Q ₈	POCA/MUCHA SOCIALIZACIÓN				*	
Q ₉	DEPENDENCIA/INDEPENDENCIA			*	*	(Ind) *
Dur	DUREZA					*
AuC	AUTOCONTROL					*

2. Las escalas de validez.

2.1. La escala de Distorsión motivacional o Buena Imagen (DM).

Consta de 15 ítems y sirve para detectar a los sujetos que intentan ofrecer una buena imagen de sí mismos. Fue construida por Winder, O'Dell y Karson (1975), contrastando las respuestas de un grupo de sujetos que habían respondido el cuestionario en condiciones normales, con otro grupo al que se le pidió que lo contestara presentándose de la forma más favorable posible. Una nota de 6 o más puntos permite discriminar el 85% de los sujetos que intentan dar una buena imagen de sí mismos (Karson y O'Dell (1980). Una puntuación muy elevada, por encima de 11 puede indicar un intento deliberado de distorsión o una necesidad de ofrecer una buena imagen de sí mismo, negando la existencia de problemas de relativa importancia. En los casos en que la DM sea alta hay que ser cautos en la interpretación del cuestionario, ya que el sujeto ha tendido a A+, C+, G+, H+, L-, O-, Q3+ y Q4-. En situación de selección de personal no es extraño encontrar puntuaciones elevadas.

Una puntuación baja no tiene un sentido unívoco, en la práctica se suele encontrar en personas sinceras como en sujetos exhibicionistas, a los que no les importa lo que piensen de ellos (Roig Fusté, 1992).

Tabla 2. Baremo de la escala DM.

Puntuación DM	Calificación
0 - 3	Muy sincero
4 - 6	Sincero
7 - 10	Algo distorsionador
10 - 15	Distorsionador

2.2. Escala de azar o negación.

Se construyó buscando, las respuestas más infrecuentes en 250 protocolos, pues se partió de la idea de que un protocolo contestado al azar, por un sujeto poco colaborador, tendría mayor número de estas respuestas.

Tabla 3. Baremo de la escala de negación.

Puntuación negación	Calificación
0 - 5	Cooperativo
6 - 9	Negativo
10 - 22	Muy negativo

3. Los 16 factores.

1. Reservada - Abierta (Factor A).

A-	Fría, mimuciosa, precisa y desapasionada.
A+	Cálida, tolerante, generosa, abierta y afable

2. Inteligencia baja /alta (Factor B).

B+	Inteligente. Modula otros factores
B-	Algún tipo de limitación intelectual por retraso o bloqueo

3. Afectada por los sentimientos - Estable emocionalmente (Factor C).

C-	Inestable emocionalmente, afectada por los sentimientos, turbable.
C+	Estable realista, calmada, serena, objetiva.

4. Sumisa - Dominante (Factor E).

E-	Sumisa, débil, acomodaticia, conformista.
E+	Dominante, independiente, agresiva, competitiva, obstinada y dogmática.

5. Sobria - Entusiasta (Factor F).

F-	Sobria, prudente, seria, taciturna, pesimista, cautelosa.
F+	Impulsiva, apasionada, emprendedora, jovial y descuidada.

6. Despreocupada - Escrupulosa (Factor G).

G-	No ha interiorizado las normas sociales, se las salta y se muestra despreocupada.
G+	Laboriosa, ordenada metódica, perfeccionista, autoexigente.

7. Cohibida - Emprendedora (Factor H).

H-	Cohibida, reprimida, tímida, falta de confianza, se mantiene al margen de las relaciones sociales.
H+	Desinhibida, audaz, socialmente atrevida.

8. Sensibilidad dura - Blanda (Factor I).

I-	Endurecida, templada, capaz de sobreponerse. Firme y consistente, segura de sí misma.
I+	Sensible, tierna, dependiente, sobreprotegida, benevolente, comprensiva, agradable.

9. Confiable - Suspicao (Factor L).

L-	Confiada, adaptable, de trato fácil, buena colaboradora
L+	Suspicao, engreída, difícil de engañar, desconfiada, ambigua

10. Práctica - Imaginativa (Factor M).

M-	Práctica, convencional, regulada por necesidades externas, formal, correcta.
M+	Imaginativa, despreocupada de lo práctico, creativa.

11. Franca - Astuta (Factor N).

N-	Franca, sencilla, natural, espontánea, poco hábil socialmente.
N+	Astuta, mundana, cortés, atenta a lo social, capaz de captar las intenciones.

12. Apacible - Apreensiva (Factor O).

O-	Bien adaptada a las circunstancias, no admite culpas, no se desasosiega
O+	Tendencia a sentirse culpable, inquieta, apreensiva, insegura.

13. Conservadora - Analítico-crítica Factor (Q₁).

Q ₁ -	Precavida con lo nuevo, se opone a cambios radicales, inmovilista.
Q ₁ +	Liberal, experimental, le gusta percatarse de las cosas por su experiencia, tolerante con las ideas nuevas

14. Dependiente - Autosuficiente (Factor Q₂).

Q ₂ -	Dependiente del grupo, seguidora, necesita la aprobación social.
Q ₂ +	Autosuficiente, llena de recursos, prefiere sus propias decisiones, no depende del grupo

15. Autoconflictiva - Controlada Factor Q₃.

Q ₃ -	Autoconflictiva, despreocupada de protocolos y orientada por sus propias necesidades
Q ₃ +	Controlada, socialmente adaptada y atenta.

16. Relajada - Tensa Factor Q₄.

Q ₄ -	Reposada, relajada, tranquila, libre de síntomas de ansiedad.
Q ₄ +	Tensa, angustiada, hipervigilante.

4. Los factores de segundo orden.

Q₁: Ansiedad.

La ansiedad en el 16PF es el principal índice de psicopatología. La persona que puntúa alto puede presentar importantes áreas de desajuste, que es necesario investigar. Suelen ser personas cohibidas, emotivas, con tendencia a culparse y tensas. También aparecen puntuaciones elevadas en sujetos que, por algún motivo, quieren presentar una imagen negativa o están intentando pedir ayuda.

Una puntuación baja indica que la persona percibe la vida como agradable y se siente adaptada. Sin embargo, no es, necesariamente, indicativa de salud mental, sobre todo si se acompaña de una puntuación alta en DM. Puede indicar falta de motivación ante tareas difíciles.

Q₁₁: Introversión/Extraversión.

Una puntuación baja (INTROVERSIÓN) nos presenta a una persona reservada, autosuficiente e inhibida en los contactos personales. Cuando la puntuación es moderada no es un rasgo patológico. Puede ser favorable o desfavorable, según la situación particular del individuo. Puntuaciones de 1 ó 2 indican una posible retirada o aislamiento, y deben ser tenidas en cuenta.

La puntuación alta describe a un individuo desenvuelto, no inhibido y con buena capacidad para mantener contactos sociales. Una puntuación extremadamente alta puede ser un inconveniente, por la necesidad constante de interacción con los demás, especialmente si el sujeto debe trabajar en soledad. También puede traducir un cierto descontrol, si se acompaña de E+, F+, H+ y Q1+.

QIII: Poca/ mucha socialización controlada.

Los sujetos que puntúan bajo se despreocupan de las normas, no aceptan obligaciones, son espontáneos, animados e impulsivos.

Los sujetos con puntuaciones elevadas son responsables, organizados, escrupulosos en su manera de actuar, se rigen por las normas y se acomodan a las costumbres del entorno.

QIV: Dependencia/Independencia.

Puntuaciones bajas corresponden a sujetos pasivos, que se dejan llevar por las opiniones de los demás y se apoyan excesivamente en otros.

Puntuaciones altas describen a personas que suelen ser críticas, agresivas, mordaces, emprendedoras e independientes.

5. Algunas covariaciones de las escalas.

ANSIEDAD	C-, L+, O+, Q3- y Q4+ (H-, a veces)
DEPRESIÓN	O+ A- C- E- F- H- Q3- Q4+
TENDENCIA A LA REGRESIÓN	A-, H-.
TENDENCIA PARANOIDE	A-, H-, L+
INDEPENDENCIA	B+, E+, Q1+, (L+, varones) y (A-, M+, mujeres).
EXTRAVERSIÓN	A+, F+, H+, (Q2-, varones), (E+, L+, mujeres)
DUREZA	A-, I-, M-.
OBSESIÓN Y RIGIDEZ	G+, L+, Q3+
FUERTE DESORGANIZACIÓN	A-, C-, F-, H-, L+, N+, O+, Q4+.
PERFIL NEURÓTICO	C-, E-, F-, G-, H-, I+, O+, Q4+. En ocasiones se añaden: L+, M+, Q3- QI+ y QII-.

6. Pasos para interpretar un perfil.

1. Si se dispone de ellos, lo primero es mirar y hacer referencia a los índices DM y N.
2. A continuación se pasa a los factores de segundo orden, especialmente Ansiedad y Extraversión, que son un resumen sucinto del perfil. Si la ansiedad es alta, hay que tenerla en cuenta ya que esta dimensión es uno de los indicadores de psicopatología. Si la puntuación es baja, conviene contrastarla con la de la escala DM, para ver si el sujeto

- ha distorsionado sus respuestas en el cuestionario.
3. Si las puntuaciones en DM y Azar (N) no son extremas se interpretan las puntuaciones altas y bajas de las escalas del perfil (decatipos 8-10 y 1-3). En este paso es importante especificar las interpretaciones debidas a cada factor o combinación de factores.
 4. Integrar los datos provenientes de las distintas puntuaciones obtenidas en los diferentes factores, y confirmar/descartar las hipótesis que han ido surgiendo a lo largo del paso anterior.
 5. Integrar los datos obtenidos en el 16PF con los provenientes de otras pruebas, observaciones y la historia clínica.
 6. Procurar obtener datos del seguimiento del sujeto para contrastar nuestras interpretaciones y predicciones.
7. **Casos prácticos**

CASO 1

Mujer de 24 años, soltera. Desde hace unos 10 años presenta síntomas de ansiedad y de depresión. Vive sola y tiene muchas dificultades para relacionarse.

1. Transformar las puntuaciones directas en decatipos
2. Hallar los factores de segundo orden
3. Trazar el perfil
4. Comentar los aspectos más destacados del perfil.

CASO 2

Varón de 38 años que acude para una orientación profesional. Cree que sus capacidades intelectuales son superiores a las exigidas por el puesto de trabajo que ocupa en la actualidad, que cree que es poco motivador y con escasa perspectivas de prosperar.

Se considera más inteligente y capaz que sus jefes. Ha empezado a estudiar derecho y el motivo de consulta es constatar si tiene suficiente capacidad para seguir la carrera. El 16PF se administró junto con otras pruebas en el proceso de evaluación.

CASO 3.

Varón de 24 años, soltero, estudiante universitario. Desde hace unos cuatro años presenta síntomas de ansiedad, de depresión y ha tenido alguna crisis de angustia. Tiene muchas dificultades para relacionarse y hacer amistades.

El perfil 1 corresponde a la puntuación anterior a la intervención; el 2 a la evaluación realizada después de la intervención, antes de empezar el seguimiento.

FACTOR	P. DIRECTA CASO 1 (Forma A)	P. DIRECTA CASO 2 (Forma B)	P. DIRECTA CASO 3 (Forma A)	
			ANTES INTERVENCIÓN	DESPUÉS INTERVENCIÓN
A	6	7	5	10
B	10	9	13	12
C	8	7	5	17
E	2	9	7	17
F	6	16	2	11
G	13	10	12	15
H	0	10	1	13
I	8	9	15	8
L	9	16	6	6
M	7	11	13	18
N	18	9	13	14
O	20	20	14	3
Q _I	4	11	15	13
Q _{II}	16	14	18	13
Q _{III}	16	11	11	16
Q _{IV}	22	21	20	2
Q _I				
Q _{II}				
Q _{III}				
Q _{IV}				
DM	2		3	6
N	3		1	2

ANEXO 14—Escala de valoración de síntomas psicóticos (PSYRATS)

Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS) (Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999)

ALUCINACIONES

Instrucciones generales

La siguiente entrevista estructurada está diseñada para elicitarse detalles específicos que tenga en cuenta diferentes dimensiones de las alucinaciones auditivas. Cuando se hacen las preguntas, la entrevista está diseñada para valorar las experiencias del paciente en la **última semana** para la mayoría de los ítems. Hay dos excepciones para esto, por ejemplo, cuando se pregunta sobre las creencias que tienen que ver con las causas de las voces, se valoran las respuestas de los pacientes basadas en lo que ellos creen en el momento de ser entrevistados. La intensidad de las voces también sería valorada de acuerdo con la intensidad de las voces en el momento de la entrevista o en el último momento en el que el paciente la experimentó.

Criterios de puntuación.

1. Frecuencia

¿Con qué frecuencia escuchas voces? (por ejemplo, cada día, a lo largo de todo el día).

0. Las voces no se presentan o se presenta menos de una vez a la semana.
1. Las voces ocurren al menos una vez a la semana.
2. Las voces ocurren al menos una vez al día.
3. Las voces ocurren al menos una vez a la hora.
4. Las voces ocurren continuamente o casi constantemente, por ejemplo, sólo paran unos pocos segundos o minutos.

2. Duración

Cuándo escuchas tus voces, ¿Cuánto tiempo duran? (por ejemplo, unos pocos segundos, minutos, todo el día).

0. Las voces no se presentan.
1. Las voces duran unos pocos segundos, son fugaces.
2. Las voces duran unos pocos minutos.
3. Las voces duran al menos una hora.
4. Las voces duran cuatro horas a la vez.

3. Localización

Cuándo escuchas tus voces ¿De dónde te parecen que vienen? ¿de dentro de tu cabeza o de fuera de tu cabeza? Si te parecen que vienen de fuera de tu cabeza, ¿de dónde te parecen que vienen?

0. Las voces no se presentan.
1. Las voces parecen estar solamente dentro de la cabeza.
2. Las voces están fuera de la cabeza, pero cerca de los oídos o cara. Las voces también pueden estar dentro de la cabeza.
3. Las voces parecen como si estuvieran dentro o cerca de los oídos y fuera de la cabeza lejos de los oídos.
4. Las voces parecen estar solamente fuera de la cabeza.

4. Intensidad

¿Son muy fuertes tus voces? ¿Las escuchas más fuerte que tu propia voz o son más calladas, como un cuchicheo?

0. Las voces no se presentan
1. La intensidad de las voces es más baja que la propia voz, son susurros.
2. Más o menos de igual intensidad que la propia voz.
3. Más alta que la propia voz.
4. Extremadamente alta, gritan.

5. Creencias sobre la procedencia de las voces

¿Qué crees que produce o causa tus voces? ¿Son producidas por factores relacionados contigo mismo o debido a otras personas o factores externos?

Si el paciente expresa un origen externo: ¿En qué medida crees que tus voces son causadas por..... (añade la atribución del paciente) sobre una escala de 0 a 100, siendo 100 que estás totalmente convencido, que no tiene dudas y 0 que no estás completamente convencido?

0. Las voces no se presentan.
1. El paciente cree que las voces son solamente generadas internamente y relacionadas con el yo.
2. El paciente mantiene una convicción menor del 50% de que las voces son originadas por causas externas.
3. El paciente mantiene una convicción del 50% o más (pero menos del 100%), de que las voces son originadas por causas externas.
4. El paciente cree que las voces son solamente debidas a causas externas (100% de convicción).

6. Cantidad de contenido negativo de las voces.

¿Las voces te dicen cosas desagradables o negativas? ¿Puedes darme algún ejemplo de lo que te dicen las voces? (registra los ejemplos) ¿Cuántas veces las voces te dicen ese tipo de cosas desagradables o negativas?

0. Las voces no presentan un contenido desagradable.
1. Presentan ocasionalmente un contenido desagradable.
2. Una minoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (menos del 50%).
3. La mayoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (50% o más).
4. El contenido de todas las voces es desagradable y negativo.

7. Grado del contenido negativo.

(Valorar usando los criterios sobre una escala, pidiéndole al paciente que los detalle más si es necesario).

0. Las voces no presentan un contenido desagradable o negativo.
1. Las voces presentan algún grado de contenido negativo, pero no son comentarios personales relacionados con el yo o la familia, por ejemplo, palabrotas o comentarios no dirigidos al yo ("el lechero es peligroso").
2. El contenido de las voces son insultos personales, comentarios sobre la conducta, por ejemplo, "no deberías hacer esto", "no digas esto".
3. El contenido de las voces son insultos personales relacionados con el autoconcepto, por ejemplo, "perezoso", "feo", "loco", "pervertido".
4. El contenido de las voces son amenazas personales al yo, por ejemplo, amenazas de dañar al yo o a la familia, instrucciones extremas u órdenes de dañarse a sí mismo u a otros e insultos personales como en el ítem número 3.

8. Cantidad de angustia.

¿Son tus voces angustiantes? ¿Por cuánto tiempo son angustiantes?

0. Las voces no son totalmente angustiantes.
1. Las voces ocasionalmente son angustiantes, la mayoría no lo son. (<10%)
2. Se presentan igual cantidad de voces angustiantes y no angustiantes. (50%)
3. La mayoría de las voces son angustiantes, una minoría no lo son. (>50%)
4. Las voces son siempre angustiantes.

9. Intensidad de la angustia.

Cuando las voces son angustiantes, ¿cuánta angustia te causan? ¿Te causan una angustia mínima, moderada o grave?, ¿Son las más angustiantes que jamás has tenido?

0. Las voces no son totalmente angustiantes.
1. Las voces son ligeramente angustiantes.
2. Las voces son moderadamente angustiantes.
3. Las voces son muy angustiantes, aunque el paciente podría sentirse peor.
4. Las voces son extremadamente angustiantes, el paciente no puede sentirse peor.

10. Trastorno causado por las voces en la vida del paciente.

¿Causan las voces mucho trastorno en tu vida diaria? ¿Las voces te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Interfieren en tus relaciones con amigos y/o familiares? ¿Ellas te impiden que te cuides a ti mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?

0. Las voces no producen un trastorno en la vida diaria del paciente, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria.
1. Las voces causan un mínimo trastorno en la vida del paciente, por ejemplo, interfieren en la concentración aunque es capaz de mantener las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales y familiares, es capaz de mantener vida independiente sin apoyo.
2. Las voces provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida del paciente, causando alguna perturbación en la actividad diaria y/o en las actividades familiares y sociales. El paciente no está en el hospital aunque puede vivir en un alojamiento protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades de la vida diaria.
3. Las voces provocan un trastorno severo en la vida del paciente de forma que su hospitalización es normalmente necesaria. El paciente es capaz de mantener algunas actividades diarias, autocuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en un alojamiento protegido pero experimentando una severa perturbación de la vida en términos actividades, habilidades para la vida diaria y/o relaciones.

4. Las voces provocan un completo trastorno en la vida diaria del paciente requiriendo hospitalización. Es incapaz de mantener actividades y relaciones sociales. El auto-cuidado está también gravemente trastornado.

11. Control sobre las voces.

¿Piensas que tienes algún control sobre las voces para que ocurran? ¿Puedes a voluntad disminuir o aumentar las voces?

0. El paciente cree que tiene control sobre las voces y puede siempre provocarlas y eliminarlas a voluntad.
1. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces en la mayoría de las ocasiones.
2. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces aproximadamente la mitad de las veces.
3. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces pero solo ocasionalmente. La mayoría de las veces el paciente experimenta voces incontrolables.
4. El paciente no tiene ningún control sobre la ocurrencia de las voces y no puede disminuirlas o aumentarlas.

Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS)

(Haddock et al., 1999)

DELIRIOS

Instrucciones generales

La siguiente entrevista estructurada está diseñada para elicitar detalles específicos que tenga en cuenta diferentes dimensiones de las creencias delirantes. Cuando se hacen las preguntas, la entrevista está diseñada para valorar las experiencias del paciente en la **última semana** para la mayoría de los ítems. Hay una excepción para esto. Cuando valoramos la convicción, preguntar al paciente su convicción en el momento de la entrevista.

Criterios de puntuación

1. Cantidad de preocupación sobre los delirios.

¿Cuánto tiempo dedicas a pensar en tus creencias? (todo el tiempo, diariamente, semanalmente, etc.)

0. El paciente no refiere delirios o refiere pensar en ellos menos de una vez a la semana.
1. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la semana.
2. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez al día.
3. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la hora.

4. El paciente piensa en sus delirios continuamente o casi constantemente.

2. Duración de la preocupación con los delirios.

Cuando piensas en tus creencias, ¿cuánto tiempo piensas en ellas? (unos pocos segundos, minutos, horas, etc.)

0. El paciente no refiere ningún delirio.

1. Los pensamientos sobre las creencias duran unos pocos segundos, son pensamientos fugaces.

2. Los pensamientos sobre las creencias duran varios minutos.

3. Los pensamientos sobre las creencias duran al menos una hora.

4. Los pensamientos sobre las creencias normalmente duran varias horas a la vez.

3. Convicción (en el momento de la entrevista).

En este momento, ¿qué grado de convicción tienes que tus creencias son verdaderas? ¿Puedes valorarlas en una escala de 0 a 100, donde 100 significa que estás totalmente convencido de que tus creencias son auténticas y 0 significa que no estás convencido de ellas?

0. El paciente no está convencido de sus creencias.

1. Muy poca convicción en la realidad de sus creencias, menos del 10%.

2. Algunas dudas con relación a la convicción de sus creencias, entre 10 y 49%.

3. La convicción en sus creencias es muy fuerte, entre 50 y 99%.

4. La convicción es del 100%.

4. Cantidad de angustia.

¿Te causan angustia tus creencias? ¿Cuántas veces te provocan angustia?

0. Las creencias nunca provocan angustia.

1. Las creencias provocan angustia en unas pocas ocasiones.

2. Las creencias provocan angustia aproximadamente en el 50% de las ocasiones.

3. Las creencias provocan angustia en la mayoría de las ocasiones, esto es, entre el 50 y 99% de las veces.

4. Las creencias siempre provocan angustia cuando ocurren.

5. Intensidad de la angustia.

Cuando tus creencias te provocan angustia, ¿con qué grado de intensidad lo sientes?

0. Las creencias no provocan angustia.
1. Las creencias provocan una ligera angustia.
2. Las creencias provocan una moderada angustia.
3. Las creencias provocan una marcada angustia.
4. Las creencias provocan una angustia extrema, no pueden ser peor.

6. Trastorno en la vida diaria causado por las creencias.

¿Cuánto trastorno te provocan tus creencias en tu vida diaria? ¿Te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Interfieren en tus relaciones con amigos y/o familiares? ¿Te interfieren en tus habilidades para cuidarte a tí mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?

0. Las creencias no trastornan su vida, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria. Es capaz de mantener relaciones familiares y sociales (si se presentan).
1. Las creencias provocan una mínima cantidad de trastorno de la vida diaria, por ejemplo, interfieren en la concentración aunque es capaz de mantener las actividades diarias y las relaciones sociales y familiares y también en capaz de mantener una vida independiente sin apoyo.
2. Las creencias provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida, causando algún trastorno en las actividades diarias y/o en las actividades sociales o familiares. El paciente no está ingresado en el hospital aunque puede vivir en recurso protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades para la vida diaria.
3. Las creencias provocan un trastorno severo en la vida del paciente, de forma que la hospitalización es normalmente necesaria. Es capaz de mantener algunas actividades diarias, auto-cuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en recurso protegido pero experimentando un trastorno severo en su vida con relación a actividades, habilidades para la vida diaria, y/o relaciones.
4. Las creencias provocan un completo trastorno en su vida diaria siendo necesario la hospitalización. El paciente es incapaz de mantener cualquier actividad diaria y relaciones sociales. El auto-cuidado está gravemente trastornado.

HOJA DE PUNTUACIÓN DE LAS ALUCINACIONES

Nombre:

Edad:

Sexo: V / M

Diagnóstico:

Tiempo que ha estado experimentando las voces (años):

Alucinaciones de otras modalidades: Visual / Olfativa /Gustativa / Táctil

Items	Puntuación
1. Frecuencia	
2. Duración	
3. Localización	
4. Intensidad	
5. Creencias sobre procedencia	
6. Cantidad de contenido negativo	
7. Grado de contenido negativo	
8. Cantidad de angustia	
9. Intensidad de la angustia	
10. Trastorno	
11. Control sobre las voces	

NUMERO DE VOCES

¿Cuántas voces diferentes has escuchado en la última semana?

Número de voces :

FORMA DE LAS VOCES

- En primera persona: SI / NO (N=)
- En segunda persona: SI / NO (N=)
- En tercera persona: SI / NO (N=)
- Palabras únicas o frases sin pronombres: SI / NO (N=)

ANEXO 15—Tabla de enfermedades relacionadas a neurotransmisores

TABLA 166-1. EJEMPLOS DE TRASTORNOS ASOCIADOS CON DEFECTOS EN LA NEUROTRANSMISIÓN

Enfermedad	Fisiopatología	Tratamiento
Desequilibrio de neurotransmisores		
Ansiedad	Puede reflejar una disminución de la actividad del GABA, quizás debido a un desequilibrio de los inhibidores o estimuladores endógenos del receptor del GABA.	Las benzodiazepinas aumentan la probabilidad de apertura de los canales del Cl ⁻ modulados por el GABA mediante la activación del receptor GABA _A .
Autismo	Posible hiperserotoninemia, que aparece en el 30-50% de los pacientes autistas, sin evidencia de anomalías de la 5-HT en el SNC.	No existe tratamiento farmacológico específico.
Depresión	Caracterizada por reducción de los niveles de noradrenalina y 5-HT y por un aumento del número de receptores 5-HT ₂ b-adrenérgicos. Los receptores presinápticos α ₂ -adrenérgicos, que regulan la liberación de noradrenalina pueden ser hiperactivos, disminuyendo la cantidad de la misma en la hendidura sináptica. La acetilcolina y varias hormonas han sido implicadas en la génesis de la depresión.	Los fármacos antidepresivos infrarregulan los receptores indirecta o directamente mediante la inhibición de la recaptación de 5-HT (como los ISRS) y la noradrenalina, o bloqueando la MAO. La activación de los receptores 5-HT ₂ (como con la nefazodona) también está implicada en el efecto antidepresivo.
Dolor	En las vías neuronales del dolor están implicadas varias sustancias iniciadoras (p. ej., bradicininas, prostaglandinas) y NT; estos últimos pueden ser estimuladores (p. ej., la sustancia P, que transmite los impulsos nerviosos) o inhibidores (p. ej., las encefalinas y endorfinas, que interfieren con la transmisión de los impulsos).	Los AINE inhiben la síntesis de prostaglandinas y disminuyen la formación de impulsos dolorosos; los analgésicos opiáceos (p. ej., morfina) estimulan los receptores de endorfina-encefalina (m, d y k), reduciendo la transmisión de impulsos dolorosos.
Enfermedad de Alzheimer	Caracterizada por pérdida de las células cerebrales del sistema límbico, incluyendo el hipocampo y el área de asociación de la corteza; algunas de estas áreas sintetizan y utilizan acetilcolina.	Ausencia de tratamiento farmacológico específico, aunque los anticolinérgicos (p. ej., beztropina) pueden mejorar la función cognitiva.
Enfermedad (corea) de Huntington	Lesión neuronal fundamental en la corteza y el cuerpo estriado, debida a un aumento de la poliglutamina (codificada por la repetición CAG), producida por un gen anómalo en el cromosoma 4. Este gen da lugar a una sobreproducción de la proteína huntingtina, que puede combinarse con moléculas que inducen una estimulación excesiva de las células por NT aminoacídicos (como el glutamato), intensificando la apoptosis oxidativa.	No existe tratamiento específico, pero se piensa que los fármacos que bloquean los receptores de NMDA pueden bloquear a su vez los efectos tóxicos del exceso de glutamato. Los GABA-miméticos no son efectivos.
Enfermedad de Parkinson	Pérdida de neuronas dopaminérgi-	La levodopa alcanza la hendidura sináptica, es captada por el axón y

TABLA 166-1. EJEMPLOS DE TRASTORNOS ASOCIADOS CON DEFECTOS EN LA NEUROTRANSMISIÓN (cont.)

Enfermedad	Fisiopatología	Tratamiento
Enfermedad de Parkinson (cont.)	cas de la pars compacta de la sustancia negra y otras áreas, con disminución de los niveles de dopamina y metencefalina, lo que origina una hiperactividad de la acetilcolina en el núcleo estriado.	descarboxilada a dopamina; ésta se libera hacia la hendidura y activa los receptores dopaminérgicos de las dendritas. La amantadina incrementa la liberación presináptica de dopamina; la pergolida, como la dopamina, estimula los receptores D ₁ y D ₂ . Los fármacos anticolinérgicos disminuyen la actividad del sistema colinérgico, restaurando el balance de dopamina y acetilcolina. Los inhibidores de la MAO-B disminuyen la recaptación de dopamina, incrementando sus niveles. La selegilina, un inhibidor de la MAO-B, prolonga la respuesta a la levodopa y permite disminuir la dosis de carbidopa/levodopa.
Epilepsia	Las convulsiones consisten en una descarga de alta frecuencia, súbita y sincronizada de grupos neuronales de ciertas áreas del cerebro, quizás causada por una actividad disminuida del GABA.	La difenilhidantoina estabiliza las membranas neuronales y reduce la liberación excesiva del NT. El fenobarbital se une al complejo canal de cloro-receptor GABA _A , aumentando el tiempo de apertura de los canales de Cl ⁻ modulada por el receptor GABA _A .
Esquizofrenia	Aumento de la liberación presináptica o la síntesis de dopamina y/o incremento de la densidad o la sensibilidad de los receptores postsinápticos de dopamina.	Los antipsicóticos bloquean los receptores de dopamina y reducen la hiperactividad dopaminérgica a niveles normales. El haloperidol bloquea preferentemente los receptores D ₂ y D ₃ (alta afinidad) y los receptores D ₄ (baja afinidad) en áreas mesocorticales, ejerciendo así su acción antipsicótica. La clozapina tiene una elevada afinidad por los receptores D ₄ y 5-HT ₂ , lo que sugiere una implicación del sistema de la 5-HT en la patogenia de la esquizofrenia y su respuesta al tratamiento. La clozapina presenta un riesgo significativo de leucopenia. La olanzapina y la risperidona también tienen alta afinidad por los receptores 5-HT ₂ y D ₂ , similar al haloperidol.
Lesión cerebral	Asociada con convulsiones prolongadas, traumatismo o hipoxia-isquemia. La lesión estimula una liberación excesiva de glutamato que origina aumento de calcio y sodio y la muerte neuronal.	Los bloqueantes de los canales de calcio, la glicina y los antagonistas de los receptores de NMDA pueden disminuir la extensión de la pérdida neuronal en áreas que contienen NT viable.
Mania	Resulta de un aumento en los niveles de noradrenalina, una disminución de los niveles de 5-HT y una reducción del número de receptores adrenérgicos.	El litio aún se considera el tratamiento de elección. Disminuye la liberación de noradrenalina y la síntesis del
Parkinsonismo		

La tabla continúa en la página siguiente.

TABLA 166-1. EJEMPLOS DE TRASTORNOS ASOCIADOS CON DEFECTOS DE LA NEUROTRANSMISIÓN (cont.)

Enfermedad	Fisiopatología	Tratamiento
Discinesia tardía	Hipersensibilidad de los receptores de dopamina debida al bloqueo crónico por fármacos antipsicóticos.	La disminución de las dosis de neurolepticos puede reducir la hipersensibilidad de los receptores de dopamina.
Miastenia grave	Refleja una inactivación de los receptores de acetilcolina y cambios histoquímicos postsinápticos en la unión neuromuscular debido a reacciones autoinmunes. Posible destrucción de las neuronas motoras como resultado de una estimulación aumentada por el glutamato, que induce la producción de óxido nítrico causando toxicidad neuronal. Canales de potasio dependientes del voltaje de cadena ramificada leucina, isoleucina y valina, y puede reducir la toxicidad del glutamato.	Los anticolinesterásicos inhiben la acetilcolinesterasa, aumentan los niveles de acetilcolina en la unión y estimulan los receptores indemnes, aumentando la actividad muscular. La gabapentina disminuye la síntesis de glutamato desde los aminoácidos
Neurotransmisores normales con malfunción de los receptores		
Esclerosis lateral amiotrófica		
Disminución de la recaptación neuronal de neurotransmisores		
Neurotransmisores normales con defecto de los canales iónicos		
Ataxia episódica/mioquimia	taje defectuosos, que producen incoordinación y mioquimias distales.	La carbamazepina puede tener utilidad en las mioquimias.
Encefalitis de Rasmussen	Canales glutamato-dependientes; la forma más distintiva de epilepsia parcial continua.	Los corticoides y los fármacos antivirales suelen ser inefectivos. La hemisferectomía funcional puede controlar las crisis cuando no hay remisión espontánea.
Enfermedad de Startle	Canales dependientes de la glicina; trastorno caracterizado por hiperreflexia y caídas.	El valproato o el clonazepam pueden inducir cierta mejoría.
Parálisis periódica hiperpotasémica	Disminución de la inactivación de los canales de sodio, que produce debilidad muscular episódica.	Las crisis pueden abortarse con gluconato cálcico, glucosa e insulina. La acetazolamida puede disminuir el número de ataques.
Parálisis periódica hipopotasémica	Defecto de los canales de calcio dependientes del voltaje, que producen una depolarización de membrana sostenida.	Las crisis agudas pueden ceder con sales de potasio. La acetazolamida es un buen fármaco profiláctico.
Paramiotonia congénita	Canales de sodio dependientes del voltaje defectuosos, que producen miotonía inducida por el frío y debilidad muscular episódica.	La hidroclorotiazida previene las crisis. El gluconato cálcico es beneficioso en los ataques graves.
Síndrome de Eaton-Lambert	Anticuerpos, generalmente originados en un carcinoma de célula pequeña, que antagonizan los canales de calcio presinápticos de la unión neuromuscular, produciendo una disminución de la liberación de acetilcolina.	Los corticoides y los inmunosupresores, la plasmaféresis y la gammaglobulina i.v. son efectivos.
Intoxicaciones		
Botulismo	Inhibición de la liberación de acetilcolina desde las neuronas motoras por la toxina de <i>Clostridium botulinum</i> .	No existe un tratamiento específico; las dosis mínimas de la toxina se utilizan para el tratamiento de ciertas distonias y de la espasticidad.

TABLA 166-1. Continuación

Enfermedad	Fisiopatología	Tratamiento
Intoxicación por setas	<i>Amanita muscaria</i> : Inhibición de la acetilcolinesterasa y bloqueo de los receptores de acetilcolina por derivados isoxazólicos. Especies de <i>Inocybe</i> y <i>Clitocybe</i> : Estimulación de los receptores muscarínicos por la muscarina y compuestos relacionados.	Medidas intensivas de soporte para evitar la insuficiencia renal o hepática. La atropina protege los receptores muscarínicos.
Organofosforados	Inhibición irreversible de la acetilcolinesterasa y marcado incremento de los niveles de acetilcolina en la hendidura sináptica.	La pralidoxima libera la acetilcolinesterasa de su unión a la toxina; la atropina protege los receptores de los niveles elevados de acetilcolina.
Veneno de serpiente (<i>Bungarus multicinctus</i>)	La toxina de α - <i>Bungarus</i> bloquea los receptores de acetilcolina en la unión neuromuscular.	Existe un antídoto disponible.

GABA: ácido γ -aminobutírico; 5-HT: serotonina; NMDA: *N*-metil-D-aspartato; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; NT: neurotransmisor; PIP₂: fosfatidil-inositol 4,5-bisfosfato; MAO-B: monoaminoxidasa tipo B.