

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CARACAS

**PROBLEMÁTICA PSIQUIÁTRICO - FORENSE EN EL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO DE CARACAS
ENERO 2001 – DICIEMBRE 2003**

Caracas, septiembre del 2008

Deisy Esther Figueredo P.
Jesús Baltazar Vielma R.

DEDICATORIA

Desvelo sin límite.

Depósito inconmensurable.

Tesoro inagotable de devoción infinita.

Afecto inextinguible, imperecedero.

Ternura perenne, calidez continua, invariable,

que envuelve y entrega cariño.

Valor eterno, inmutable,

que a todos abraza con un perdón que nunca expira.

Pasión celestial. Exquisito placer. Arrobamiento sin fin.

Luz radiante de divino éxtasis,

que embriaga, satisface

y fluye incesante.

Así es tu amor inmortal Señor.

GRACIAS.

Especialmente están dedicados a Dios....

INDICE

RESUMEN

1.-INTRODUCCIÓN.....	1
2.-OBJETIVOS.....	3
3.-MARCO TEÓRICO.....	4
4.-MÉTODOS	
4.1.-VARIABLES.....	28
4.2.-DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	31
4.3.-UNIVERSO.....	31
4.4.-TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
4.5.-ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	32
5.-ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	32
6.-DISCUSIÓN.....	45
7.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
8.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXO.	

Este estudio se realizó con la finalidad de determinar la problemática psiquiátrico-legal, que se presenta en el Hospital Psiquiátrico de Caracas. Se llevó a cabo un estudio de campo, retrospectivo longitudinal, de carácter descriptivo de los casos psiquiátricos-forenses del Hospital Psiquiátrico de Caracas (servicios 2 y 6). La investigación fue realizada en el período de Enero 2001 a Diciembre 2003.

Se revisaron 57 historias clínicas donde fue descrito el número de casos psiquiátricos forenses en ambos servicios, así como las patologías más frecuentes presentes en ellos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10). También el número de casos según el motivo de referencia de acuerdo a la solicitud del Juez. Dentro de la investigación, se consideró importante el número de días de hospitalización en estos servicios y la relación entre los diagnósticos y el promedio de días de hospitalización. Además se obtuvo la distribución por grupos etarios, tipos de delitos y los diagnósticos de egreso.

Se encontró que muchos de estos casos eran referidos y hospitalizados en estos Servicios, sin poseer enfermedad mental suficiente para su ingreso o su permanencia prolongada en estos. Uno de los diagnósticos más frecuentes fue los Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas con síndrome de dependencia (F 19.2) y (F90-98) correspondiendo estos códigos al trastorno disocial en niños socializados. Se obtuvo como diagnóstico de egreso Retardo mental, en un alto número.

Palabras Claves: casos psiquiátricos forenses, motivo de referencia, solicitud del Juez, delito y enfermedad mental suficiente.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se abordará, la problemática psiquiátrico-legal, que se presenta en el Hospital Psiquiátrico de Caracas (servicio de hospitalización 2 y 6), en los actuales momentos, referente a las experticias psiquiátrico-forenses realizadas en pacientes con enfermedad mental que requieren ingreso a un medio hospitalario; para determinar los diferentes casos forenses y la existencia objetiva de patología psiquiátrica que justifique su ingreso y permanencia.

A través de los años los servicios de salud mental de países europeos han sido utilizados por el sistema judicial como un centro de reclusión de casos forenses (1). En el año 1996, el Departamento de Promoción Social para la salud del Hospital Psiquiátrico de Caracas, llevó a cabo una investigación titulada “Modelo de atención en crisis para adolescentes transgresores referidos de los Tribunales de menores en el área metropolitana”, haciendo referencia a las deficiencias presupuestarias originadas por esta condición particular (2). Esta realidad ocasiona dentro de la institución limitaciones, deficiencias y gastos en los recursos presupuestados para la población aguda de los pacientes que requieren su ingreso en este centro psiquiátrico; por tanto se considera importante conocer esta situación y plantear soluciones concretas y viables para solventar en la medida de lo posible esta problemática que confrontan dichas instituciones y que va a repercutir en un adecuado desarrollo y funcionamiento de este hospital.

Por tal motivo se desarrollará la investigación revisándose las historias clínicas de los pacientes con problemas psiquiátrico-forenses, en el período comprendido Enero 2001-Diciembre 2003 de los servicios 2 y 6 del Hospital Psiquiátrico de Caracas, tomando en cuenta su ingreso, evolución y egreso, al igual que los criterios judiciales por los cuales estos pacientes fueron referidos e institucionalizados.

Para la realización de este trabajo, además de analizar dichas fuentes de información escritas sobre el tema, se realizarán entrevistas con especialistas en la materia relacionados con el problema en estudio. Asimismo, se realizará una revisión básica sobre los términos de peritaje psiquiátrico.

Finalmente, queremos señalar, que una investigación dirigida a esta área de la psiquiatría como lo es, la problemática psiquiátrico-forense asistencial; difícilmente puede ser abordada de manera exhaustiva por lo limitado del material bibliográfico publicado en nuestro país, así como la obtención adecuada y veraz de información de datos en este centro psiquiátrico; sin embargo, se tocarán los aspectos que sirvan de motivación a futuras investigaciones sobre el tema.

- **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la presencia de casos psiquiátrico-forenses en el Hospital Psiquiátrico de Caracas (Servicios de hospitalización 2 y 6), relacionado con la existencia o no de una patología psiquiátrica que justifique su ingreso y permanencia en esta institución.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Determinar el número de casos psiquiátrico-forenses en el H.P.C. (servicios 2 y 6), durante el período Enero 2001-Diciembre 2003.
2. Determinar la presencia de enfermedad mental según el CIE-10 en los casos psiquiátrico-forenses antes registrados.
3. Verificar las solicitudes del Juez o Tribunal que involucran a los casos estudiados según el motivo de referencia.
4. Evaluar la permanencia en números de días de hospitalización.
5. Evaluar si los días de hospitalización fueron requeridos por su condición psiquiátrica.
6. Elaborar un protocolo (Manual) de procedimientos para el Hospital Psiquiátrico de Caracas, en relación a los casos psiquiátrico-forenses que sean referidos a la institución.

- MARCO TEÓRICO.

Psiquiatría y Derecho Penal: Podemos definir el “*Derecho penal como el derecho fundamentalmente público que responde punitivamente ante conductas consideradas nocivas para el buen orden armónico de la sociedad. Los comportamientos prohibidos penalmente (denominados hechos antijurídicos) pueden dividirse en delitos o faltas según el grado de mayor o menor gravedad; tales como el homicidio, robo, agresiones físicas; ejemplos de infracciones tipificadas en el Código penal.*” (3)

Siguiendo en este mismo orden de ideas, se encuentra la **Psiquiatría Forense**, la cual proviene del latín forum, teniendo su origen en la Roma clásica, lugar o plaza en donde se debatían los asuntos públicos y en donde los pretores celebraban los juicios. Podemos definirla según la concepción de varios autores:

Cabanellas (1976) la concibe como “*...una ciencia auxiliar del Derecho Penal que estudia las enfermedades mentales de los delincuentes, a fin de determinar su responsabilidad atenuada o nula de los principios criminales clásicos a la necesidad de uno u otro de los tratamientos que por conveniencia individual y medidas de seguridad deba adoptarse.*” (4)

Como se observa la define como una ciencia parte del Derecho Penal, sin embargo, otras definiciones la tildan como parte de la medicina. Así tenemos a

Nerio Rojas (1936) quien la define como *“La Psiquiatría medico-legal abarca el estudio de todas las cuestiones legales vinculadas con los alienados.”* (5)

Para Vargas Alvarado (1980) *“La psiquiatría forense, como rama de la medicina legal, trata de aclarar los casos en que una persona, por el estado especial de su salud mental, requiere consideración particular ante la Ley.*

La psiquiatría forense es pues la rama de la medicina legal, cuya misión es el examen de todo sujeto a quien dentro del juicio civil o penal, se le presume afectado de enfermedad o anomalía psíquica para determinar así su grado de capacidad o de imputabilidad.”(6)

Bonnet estudia las personalidades anómalas no psicóticas en relación de dependencia con la legislación de cada país y agrega: *“la psiquiatría forense realiza el estudio de las formas de alienación mental en relación de dependencia con la legislación de cada país”.* (7)

La asociación de los términos “Medicina” y “Legal” es el resultado de la participación del Juez, en nombre de la sociedad, de hacer respetar los derechos del hombre. En muchas circunstancias, estos derechos tienen un carácter biológico o psicológico. EL organismo humano obedece a componentes psicosomáticos complejos que dirigen su existencia tanto desde un punto de vista biológico como social y moral. Para evitar muchas condenas abusivas, errores

judiciales, el Juez, técnico del Derecho, precisa ser informado por personas que estudian los fenómenos biológicos, patológicos y psicológicos.

En nuestros días estamos observando una importante evolución de la medicina legal, porque la idea de justicia no se limita únicamente al derecho penal y civil. Es necesario darse cuenta de la extensión, de la diversidad y de la importancia social de la medicina legal contemporánea. La medicina legal judicial para satisfacer sus complejas y múltiples actividades se vale de conocimientos patológicos, toxicológicos, psiquiátricos, biológicos, criminológicos, sexológicos, así como también los correspondientes al derecho, jurisprudencia, sociología, etc.

Aportar una definición que abarque toda la relación de la psiquiatría con el Derecho y las ciencias del delito es difícil; para ello deberá tomarse en consideración dos tipos de criterios. "strictu sensu" y "latu sensu"; según el primero, sería la aplicación de los conocimientos psiquiátricos para determinar la capacidad jurídica de una persona en el momento en que, por mandato judicial, sea necesario, así en el campo penal, se determinará la capacidad de imputación, en relación a lo pautado en el artículo 62 del Código Penal vigente; en el campo civil, la capacidad de discernimiento y en el Laboral, la capacidad de trabajo. En sentido "latu sensu", comprendería la colaboración de la psiquiatría, en el Derecho penitenciario, con la criminología, con la criminalística y con las nuevas corrientes que se están desarrollando en Norteamérica y Europa cuyo objetivo es el estudio de todas aquellas situaciones psiquiátricas que se relacionan con el Derecho y que se ha denominado psiquiatría y ley. (8)

Peritaje Psiquiátrico: El peritaje psiquiátrico puede tener varios tener varios sinónimos, y varía de acuerdo a lugar y país en que se practique. Puede llamarse: peritación, experticia, reconocimiento, dictamen pericial, informe pericial, peritaje medico legal psiquiátrico, informe médico-legal.

“La pericia psiquiátrica puede ser definida como un documento científico, basado en el estudio de la condición mental de un individuo determinado, ordenada por la Ley, y que sirve a esta como uno de los elementos de juicio para pronunciarse acerca de su responsabilidad o irresponsabilidad relativa a un hecho delictivo, o bien, a su capacidad o incapacidad para el libre ejercicio de sus derechos civiles.”(6)

También Marín Marcano nos define el peritaje: *“El peritaje psiquiátrico, puede considerarse un acto médico legal en la psiquiatría forense, cuya finalidad es pronunciarse sobre la existencia o no de enfermedad mental, en un momento dado en la vida de un sujeto, y si guarda o no relación con la ejecución de un hecho punible.”(6)*

De manera que se define al peritaje psiquiátrico en ocasiones como *“documento científico”,* o *“acto médico legal”.* Ortiz Mata cita a Virota quien lo define como *“acto procesal continente de una declaración técnica jurada en virtud y por encargo del Juez, ejecutada esencialmente sobre la base de elementos técnicos que el perito evalúa, después de haberlos buscado, si es necesario.”(9)*

Según Arminio Rojas la experticia, es el medio de prueba por el cual las cuestiones cuya solución requieran conocimientos especiales, se someten al examen, análisis, reconocimiento e informe de personas que posean la respectiva competencia científica técnica o simplemente práctica.

Félix J. Amarista escribe: *“Para designar la prueba pericial se utilizan diversos términos: peritaje, peritación, experticia y pericia; asienta que los términos más correctos serían peritaje y peritación ya que experticia es un americanismo típico de Venezuela”.* (7) Aún así, es necesario señalar que la palabra usada en nuestra legislación positiva con más frecuencia es la de "experticia".

Según Miguel Santana Mújica: *"El Legislador venezolano define la experticia: Siempre que se trate de una comprobación o de una apreciación que exija conocimientos especiales (Art. 1422 Código Civil), agregando en el artículo 331 del Código de procedimiento civil que se efectuará sobre puntos de hecho".* (7)

El Peritaje psiquiátrico esta incluido en el Art. 191 del Código de Enjuiciamiento Criminal (C.E.C.), el cual fue sustituido por el actual Código Orgánico Procesal Penal (C.O.P.P.) en su Art. 239. La Ley establece que el informe pericial comprenderá en cuanto fuere posible:

1. La descripción de la persona o cosa que sea objeto del mismo, en el estado o

modo en que se halle.

2. La relación detallada de todas las operaciones practicadas por los peritos y de su resultado particular.
3. Las conclusiones que en vista de tales datos, formulen los peritos conforme a los principios o reglas de su ciencia o arte.

El experto debe tener capacidad, siendo indispensable su idoneidad; debe ser imparcial en razón de equipararse, y lo es, a un funcionario accidental de justicia.

Dentro del ámbito de las medidas de protección y seguridad en la legislación penal venezolana se plantean varios escenarios para la ocurrencia de la enfermedad mental y sus efectos procesales:

A). Que la enfermedad mental sobrevenga antes de pronunciarse la sentencia, es decir, la suspensión temporal, no definitiva, del proceso. En este caso en Venezuela operaría la normativa referida a la incapacidad prevista en el artículo 128 del COPP, es decir, la suspensión temporal, no definitiva, del proceso.

Hay tres vías procesales dentro de este escenario a saber:

1. Que el Fiscal solicite al Juez de control la aplicación de una medida de seguridad de conformidad con el artículo 419 del C.O.P.P. En este caso la solicitud contiene los requisitos pertinentes de la acusación, pero estima que conviene aplicar la medida de seguridad.

2. Si el Fiscal no estima la causal de incapacidad, la defensa puede alegarla como una cuestión de derecho en la audiencia preliminar y conseguir que el Juez de Control desestime la acusación por la Inimputabilidad del reo y decida la medida de seguridad correspondiente.

3. Que la inimputabilidad o atenuación de la responsabilidad penal se dilucide en el curso de juicio propiamente dicho y en ese caso la sentencia ordena la absolución o medida de seguridad pertinente.

B). El segundo escenario es que la enfermedad mental sobrevenga después de pronunciarse dicha sentencia, y en este caso, el Tribunal de Ejecución podrá disponer su traslado a un hospital psiquiátrico, de conformidad con las reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento del recluso que prohíben el internamiento o la permanencia de los alienados en prisiones.

El Art. 58 del Código Penal Venezolano manda que el penado enfermo sea trasladado a un centro especializado y si recupera su salud mental, cumplirá el resto de la pena pendiente, descontándole el tiempo que haya estado enfermo.

Hasta ahora la utópica Ley venezolana de régimen penitenciario ordena que en cada establecimiento existan las facilidades para atender a los presos en una sección de psiquiatría (Art. 47, ordinal b, Ley de Régimen Penitenciario) o en todo caso ratifica el traslado a un anexo psiquiátrico penitenciario para los penados que

presenten síntomas de enfermedad previo peritaje psiquiátrico forense correspondiente. Si esa enfermedad mental se proyecta como de muy larga y difícil curación, manda el traslado del interno enfermo mental a un Hospital Psiquiátrico (Art. 91); y también establece el traslado de los penados anormales a los hospitales y granjas psiquiátricas disponibles.

Un dilema que se deriva de este tema es lo relativo a la prolongación del internamiento. El doctor Abel Sánchez Peláez ha opinado así: *“Recluir en forma indefinida a los enfermos mentales que cometen delitos de importancia sin tomar en cuenta su pronóstico social ni la repercusión que sobre éste tiene la terapéutica psiquiátrica, es convertir al país con los años en un basto campo de reclusión”*.⁽⁷⁾

El doctor Juan Calistri relaciona el llamado “modelo conspirativo” que intenta explicar la reclusión de los enfermos mentales como una conspiración que hay en la sociedad moderna e industrial contra ese enfermo mental, con claros rangos discriminatorios, porque esta sociedad “no es capaz de admitir en su seno a los enfermos mentales”.

Entre las soluciones propuestas para dirimir estas discrepancias se cuentan:

a.- Prueba pericial máxima o dictamen referida, la cual consiste en la formación de equipos periciales, no sólo médicos, de una sola especialidad, sino también de la medicina general y otras especialidades médicas y de personas expertas, ajenas a la ciencia médica, debidamente coordinados todos los peritos en un trabajo de

seminario, bajo la dirección del psiquiatra forense o del médico legista. Operarían como una instancia de dilucidación de las diferencias conceptuales entre los peritos en la búsqueda de un criterio uniforme sobre la verdadera condición del imputado.

b.- La fórmula mixta, expuesta por Rodríguez Corro, interpretando la legislación penal venezolana, plantea tres campos de actuación:

- El psiquiatra delimita las causas de la enfermedad
- El psiquiatra forense, en función de auxiliar de justicia, asesora al Juez sobre los efectos que tuvo esa enfermedad en la comisión del hecho punible
- El Juez decide con base a esos peritajes, pero suya es la competencia de decidir.

Es importante destacar la enorme responsabilidad profesional y humana que entraña el peritaje psiquiátrico forense. De su orientación, contenido, y específicamente, de su diagnóstico y pronóstico depende no sólo la vida, destino y nivel de atención para el imputado; también la aplicación de justas medidas, que al justificarse con el paso del tiempo mantengan la credibilidad de toda la sociedad en la misma justicia.

¿Cuándo se requiere la actuación de un perito? La actuación pericial de expertos de distintas disciplinas, surge del pedido de los Jueces, quienes en función de la materia sobre la que deben resolver, y ante la necesidad de contar con los aportes que son especificidad de otras ciencias, o actividades especializadas, ajenas al conocimiento directo de éste, solicita de aquellos su saber. El perito es convocado cuando existen “hechos controvertidos” que requieren del aporte de un experto. De este modo, el perito ocupa un rol de auxiliar de la Justicia, concurriendo con su conocimiento a aportar en un proceso judicial, la especificidad en su materia. En diversas disposiciones legales se especifica cuando es pertinente la intervención de un perito.

Importancia de la semiología delictiva en la peritación psiquiátrico-forense penal

El estudio de la semiología delictiva, comprende, el nexo o vinculación psiquiátrico-forense (caso particular) entre el estudio clínico-psiquiátrico del actor (problema médico) y las consideraciones del encuadre legal del delito (problema jurídico). Para ello se debe tener en cuenta la etiopatogenia de la afección del actor, las circunstancias de naturaleza ambiental en que se desarrolló la vida del actor antes del hecho delictivo (criminogénesis), durante el hecho delictivo (criminodinamia) y después de éste, así como las características psicológicas del hecho.

La prueba pericial psiquiátrica es uno de los elementos de relevancia que el magistrado deberá valorar en los casos donde la intervención de los peritos psiquiatras resulta insoslayable.

Así lo exige, el Código Procesal Penal que establece el "examen mental obligatorio" en su Art. 78, que dice: *"El imputado será sometido a examen mental siempre que el delito que se le atribuya esté reprimido con pena no menor de diez años de prisión, o cuando fuere sordomudo o menor de dieciocho años o mayor de setenta o si fuera probable la aplicación de una medida de seguridad."*(10)

Vemos pues, que en las circunstancias que prescribe, la norma legal impone la participación del perito psiquiatra, quien deberá informar sobre el estado de las facultades mentales del imputado.

Si bien ello implica un informe pericial previo donde el perito no tiene que expedirse en forma exhaustiva sobre las implicancias exigidas por el Art. 34 (las causales psiquiátricas de la inimputabilidad), ello no excluye la probabilidad de que el perito tuviere que destacar tal circunstancia.

Conociendo algunos de los aspectos que definen a la Psiquiatría Forense creemos conveniente mencionar las diferencias entre examen psiquiátrico clínico y examen psiquiátrico forense, indispensables al momento de evaluar a un paciente.

DIFERENCIAS ENTRE EL EXAMEN PSIQUIATRICO CLINICO Y EL EXAMEN PSIQUIATRICO FORENSE.

El examen psiquiátrico en estas dos modalidades se diferencia en lo siguiente:

1. El paciente en el examen forense, procesado o víctima, no elige al psiquiatra que lo va a examinar, sino que le es impuesto por el Tribunal de la causa o el organismo instructor. Tampoco se elige el lugar del examen el cual con mucha frecuencia es en la misma prisión y en ocasiones sin la debida privacidad. Es por ello que el paciente, en la mayoría de las ocasiones, viene a la defensiva, con cierto recelo y por lo tanto la relación psiquiatra-paciente no es la mejor.(6)
2. En el examen forense hay dudas sobre la información aportada. El individuo, en ocasiones, trata de tomar ventaja de una condición de trastorno mental sin serlo, y en este caso nos encontramos en presencia de lo que llamamos **simulación**. A veces el consultante intenta ocultar algún trastorno que presenta y en ese caso se da la **disimulación**. También en numerosas ocasiones se nos presenta la **sobresimulación**, en la cual el individuo con un trastorno mental leve pretende hacerlo más grave de lo que realmente es.(6)

3. En el examen forense no hay confidencialidad (solamente para el Juez). En la Ley de Ejercicio de la Medicina, en su Art.47, se declaran las circunstancias en las cuales no hay violación del secreto medico y en su aparte 5to. Dice: *“Cuando actúa en el desempeño de sus funciones como medico forense o legista.”*. Igualmente en el aparte 4to. Nos dice: *“Cuando el medico ha sido encargado por la autoridad competente para dictaminar sobre el estado físico y mental de una persona.”* (6)

4. Por último, en el examen forense hay que enfocar la relación delito-enfermedad, lo cual constituye uno de los objetivos principales del peritaje psiquiátrico.(6)

Para la Ley todos los ciudadanos son normales desde el punto de vista psíquico y para eximirle o atenuarle su responsabilidad ante ella, tendrá que haber una declaración de enfermedad mental por parte de un Tribunal de la República.

Así pues, para comprender mejor lo que debe establecer una experticia psiquiátrica es necesario conocer algunos conceptos básicos que deben manejarse en este campo:

Imputabilidad: es la conducta jurídica de una persona en virtud de la cual le es atribuida, en mayor o menor grado, la violación de una norma legal. En

nuestra legislación, tal como lo establece el Código Orgánico Procesal Penal:
es la capacidad de actuar con plena conciencia y libertad de los actos. (6)

El término imputabilidad tiene su origen en el verbo latino *imputare* que significa atribuir; en materia penal, es la atribuibilidad a un sujeto de un acto castigado por la ley, por la que se declara culpable y se imponen las sanciones (responsabilidad); la imputación de un delito a una persona, consiste así, en atribuírselo.

EL Dr. Rafael Mendoza Troconis llega a un concepto definitivo de imputabilidad al definirla como “las condiciones físicas y psíquicas exigidas por la ley para que una persona capaz de derecho penal pueda ser estimada violadora de una norma penal”. (8)

Inimputabilidad: constituye una condición psíquica que lo priva de comprender el carácter ilícito del hecho como consecuencia de una enfermedad mental o de una grave perturbación de la conciencia. En el caso de una enfermedad mental, la acción u omisión la realiza una personalidad anormal, por lo que no se puede imputarle el hecho. La imputabilidad disminuida se refiere a los casos en que el autor no posea sino incompletamente su capacidad de comprensión de lo ilícito de sus actos. (8)

Causas de inimputabilidad:

Breves conceptos sobre alteraciones morbosas e insuficiencia de las facultades. La alteración morbosa de las facultades y la insuficiencia de las mismas, al igual que los estados de inconsciencia no imputables, excluyen la imputabilidad cuando por su naturaleza o magnitud producen el efecto psicológico al autor de no permitir comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

Las causales psiquiátricas de la inimputabilidad según el Código Penal

El Código Penal en su Art. 34 establece lo que llamamos las causales psiquiátricas de la inimputabilidad. Dicho artículo dice: *"No es punible: el que en el momento del hecho, ya sea por alteración morbosa de las facultades, insuficiencia de las mismas o por un estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, no pudo comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones"*.

(10)

Ampliando las causales psiquiátricas tenemos:

a) Insuficiencia de las facultades:

EL concepto de insuficiencia de las facultades está vinculado con los cuadros que podemos denominar síndrome por falta de desarrollo del psiquismo, y según el criterio diagnóstico seguido por el DSM IV- R dentro del capítulo "Trastorno del desarrollo-retraso mental". Está basado en el llamado coeficiente intelectual y de acuerdo con el manual mencionado, los niveles de gravedad se

clasifican en "leve" (CI entre 70 y 55-50) "moderado" (CI entre 55-50 y 40-35), "grave" (CI entre 40-35 y 25-20) y "profundo" (por debajo de 25-20). Por las características psíquicas de los dos últimos (grave y profundo) son los que indiscutiblemente quedan comprendidos en la causal de inimputabilidad. En cambio el tipo moderado sería el "estado fronterizo".

b) Alteración morbosa de las facultades:

El concepto de alteración morbosa de las facultades involucra aquellas patologías psiquiátricas que se identifican como "alienación mental" o "enajenación", término un tanto restrictivo, ya que limita la idea de morbosos (enfermo) al área intelectual, excluyendo la extensa y variada gama de los cuadros psicopatológicos que configuran auténticas enfermedades mentales.

Así quedan comprendidas en esta causal todos los cuadros psicóticos, cualquiera fuese su etiología, evolución y pronóstico, pero también podrían quedar incluidas algunas formas de neurosis y/o trastorno grave de la personalidad que pudieran tener importancia según algún caso en particular.

c) Estados de inconsciencia:

El concepto de estado de inconsciencia no debe interpretarse etimológicamente, sino en un sentido psicológico, es decir, como una alteración

grave de la conciencia. En este sentido, como lo señala Frías Caballero, *“El Código no exige, pues, una falta absoluta de conciencia, sino una profunda perturbación de ella”*. (11)

Entre los cuadros más frecuentes que pueden incluirse en esta causal psiquiátrica cabe señalar la epilepsia (en sus distintas manifestaciones), la ebriedad alcohólica y por drogas toxicomanígenas, y en forma muy discutida la ebriedad del sueño y el hipnotismo.

Otros cuadros psicopatológicos vinculados con las causales psiquiátricas:

- Los trastornos de la personalidad.
- Las reacciones vivenciales anormales.

Consideramos a este último concepto de especial importancia en razón de resultar un aporte significativo para la dilucidación de los problemas psiquiátrico-forenses en su proyección jurídico-penal de la inimputabilidad.

Binder fue quien analizó y expuso con acabada claridad conceptual esta particular manifestación psicopatológica. Estudia así *“aquellos trastornos que se producen cuando ciertas vivencias a las que se llaman psicotraumáticas provocan determinadas respuestas psicológicas anormales”*, y designa como vivencias psicotraumáticas *“aquellas que sacuden o minan el equilibrio anímico de una persona o que trastornan más o menos el balance interno previamente alterado. Se producen porque circunstancias del medio ambiente, que pasando por los*

órganos de los sentidos entran en la psique afectando a ciertas disposiciones sensibles de la persona". (12)

Responsabilidad: Es la propiedad del hombre en virtud de la cual debe dar cuenta de sus actos y se origina desde el mismo momento en que se actúa en un hecho delictivo, en los casos que nos ocupa. Es pues, posterior a la imputabilidad. (13)

Deriva esta palabra de verbo latino *respondeo*, que significa: prometer, obligar a, pagar su turno o a su vez.

La responsabilidad está fundamentada en la imputabilidad y de la culpabilidad; es responsable sólo quien tiene capacidad para sufrir las consecuencias del acto delictivo y éste será el sujeto imputable y culpable.

Es conveniente aclarar que, si bien los sujetos declarados inimputables son siempre irresponsables, puede ocurrir que, personas imputables, con conocimiento y voluntad plena del hecho que ejecutan, sean irresponsables: así lo especifica el legislador en el Código Penal cuando se considera lo siguiente:

Artículo 65 ordinal: No es punible:

1. El que obre en cumplimiento de un deber o en ejercicio legítimo de un derecho, autoridad, oficio o cargo, sin traspasar los límites legales.

2. El que obre en virtud de obediencia legítima y debida. En este caso, si el hecho ejecutado constituye delito o falta, la pena correspondiente se le impondrá al que resultare haber dado la orden ilegal.

3. El que obra en defensa de su propia persona o derecho, siempre que concurren las circunstancias siguientes:
 - a. Agresión ilegítima por parte del que resulta ofendido por el hecho.

 - b. Necesidad del medio empleado para impedirlo o repelerlo.

 - c. Falta de provocación, suficiente de parte del que pretenda haber obrado en defensa propia.

4. El que obra constreñido por la necesidad de salvar su persona, o la de otro, de un peligro grave e inminente, al cual no haya dado voluntariamente causa, y que no pueda evitar de otro modo.

La responsabilidad, por ser cuestión jurídica es únicamente competencia del jurista.

Culpabilidad: es la declaración por un organismo competente que un individuo imputado y responsable de sus actos delictivos, debe merecer una sanción. *Culpable es el que ha cometido un hecho descrito como punible por la Ley.* (13)

Este concepto reviste cierta complejidad ya que su significado varía considerablemente si se le estudia desde el punto de vista psiquiátrico o desde el punto de vista jurídico.

Para algunos autores, culpabilidad sería la reprobación del agente porque no ha obrado conforme a su deber; para Del Rosal ésta se cimienta en la imputabilidad y en la intencionalidad (dolo). De lo expuesto, podremos deducir que si es imputable, es responsable y, por lo tanto culpable; esto es cierto, pero existen delitos culposos (culpa) y delitos dolosos (dolo) en el Derecho Penal; en éste último, el elemento fundamental es la intención de producir un hecho dañoso y en el primero no, ya que se actúa con culpa en base a cuatro elementos: Negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia de los reglamentos.

Enfermedad Mental Suficiente: es un trastorno psíquico, temporal o permanente, en el cual no existe:

- ⊕ Capacidad de Juicio.
- ⊕ Capacidad de Raciocinio.
- ⊕ Capacidad de actuar libremente.

Capacidad de Juicio: Es la capacidad de entender plenamente lo que se hace, es decir, tener conocimiento psicológico pleno de la acción que se realiza.

Capacidad de Raciocinio: Es la facultad que se tiene de conocer las consecuencias del acto que se está ejecutando.

Capacidad de actuar libremente: es el poder ejecutar acciones sin presiones de alguna índole, sin impulsos que no se pueda controlar. (6)

Evolución Del Concepto En La Legislación Penal Venezolana:

El artículo 62 del Código Penal Venezolano actual el cual dice: *"No es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o de la libertad de sus actos"*. (14)

Evolución Histórica del mismo en nuestro Derecho Penal:

Código Penal de 1873: Están exentos de responsabilidad criminal: *el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de demencia o delirio o estando de cualquier otra manera, privado absolutamente de la razón.*

Código Penal de 1898: Artículo 46: *No es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de demencia o delirio, o estando de cualquier otra manera, privado de la razón, sea por causa constitucional o permanente, sea por causa accidental u otra que no sea la embriaguez.*

Código Penal de 1904: *Están exentos de responsabilidad criminal: el que ejecuta la acción hallándose dormido o estando de cualquier otra manera privado de la razón.*

Código Penal de 1912: Ídem a lo expuesto en el Código Penal del año 1904.

Código Penal de 1915: *No es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o de la libertad de sus actos. Sin embargo, cuando el loco o demente hubiere ejecutado un acto que equivalga en un cuerdo a delito grave, el Tribunal decretará su reclusión en uno de los hospitales o establecimientos destinados a esta clase de enfermos, del cual no podrá salir sin previa autorización del Tribunal. No siendo el delito grave o no siendo el establecimiento adecuado, será entregado a su familia bajo fianza de custodia a menos que ella no quiera recibirlo.*

Código Penal de 1926: Está concebido en idénticos términos a los del Código de 1915, igual que en la reforma parcial de 1958 y en la de 1964, que es la vigente.

En los **Códigos de 1873 y 1898**, se fijan tres conceptos fundamentales para definir la eximente: 1°. Sueño (cometer el hecho dormido). 2°. Demencia o delirio. 3°. Privación absoluta de la razón por cualquier causa.

En los **Códigos de 1904 y 1912**: los conceptos anteriores se reducen a dos: 1°. Sueño. 2°. Privación de la razón por cualquier causa.

En los restantes, los conceptos son: 1°. Sueño. 2°. Enfermedad mental suficiente para privar al sujeto de la conciencia o de la libertad de sus actos (15).

Enfoque psiquiátrico - legal en algunos países.

Hemos observado como en diferentes países, entre ellos España, Italia y otros de la unión europea, el sistema judicial ejerce presión sobre el campo psiquiátrico, forzándolo a realizar evaluaciones a sujetos por ellos considerados como enfermos mentales. Es así como en trabajos realizados en los Servicios de salud mental en la ciudad de Vallecas-España (1), ante el acoso percibido por ellos, por parte de la administración de justicia, determinado por el número de intervenciones solicitadas que muchas veces no acababan de ser enmarcadas en la labor terapéutica con la población; deciden llevar a cabo un estudio para conocer descriptivamente las demandas de la administración de justicia durante un período breve (2001-2002).

Las peticiones más frecuentes son de diferente tipo:

- ⊕ Peticiones por parte de los jueces de valoraciones psiquiátricas de personas para considerar la posibilidad de ingreso psiquiátrico involuntario.
- ⊕ Peticiones por parte de los fiscales de valoraciones psiquiátricas y sociales de la capacidad de las personas.
- ⊕ Peticiones por parte de los Jueces de realizar un tratamiento ambulatorio involuntario a un paciente.

Como se mencionó el estudio descriptivo fue llevado a cabo en el período Diciembre 2001 hasta Noviembre 2002, en los servicios de salud mental de Vallecas, donde se analizaron dichas peticiones del sector justicia. Se recoge la

información tomando en cuenta los diagnósticos presuntivos obtenidos de los datos que se disponían de los individuos enviados para su valoración; encontrándose que en su mayoría eran: Psicosis (35,5%), Farmacodependencia (12,9%) y diagnósticos no psiquiátricos (somáticos y otros) eran de un 29.1%.

Con las intervenciones psiquiátricas se comprobó que la distribución de las enfermedades confirmadas según estadísticas eran las siguientes: Demencia 10.3%, Esquizofrenia 6.9%, T. afectivos 13.8%, T. delirantes 17.2%, T. de Personalidad 3.4%, T. relacionados con alcohol 10.3%, Retraso mental 17.2%, otros 10.3%.

En cuanto al tipo de demanda judicial, se comprueba que la mayoría eran valoraciones para ingreso judicial (54.3%) y el 25.7% eran peticiones de informes psiquiátricos y social por parte de la fiscalía. *Así mismo, se encuentra que no todos los individuos propuestos para ingreso se hizo efectiva, sino que algunos (17.1%) se asumen en la consulta del s.s.m. (servicios de salud mental). Un 8.6% se derivan a otras instancias, principalmente los problemas sociales sin patología psiquiátrica, y las peticiones de la Fiscalía de informes exclusivamente sociales que se remiten a los servicios sociales.*

Además se logra determinar que para dichas intervenciones por parte del médico psiquiatra hay una media de horas de trabajo al año que bien podrían ser utilizadas en labor asistencial y no en evaluaciones forenses para lo cual debería estar asignado un personal especializado en el área.

Por todo lo antes expuesto, se tiene la impresión de que la demanda de intervención por parte de la Administración de Justicia a los servicios de salud mental (s.s.m.) está sobredimensionada. Esto supone un aumento de la presión de trabajo en los servicios comunitarios, que tan saturados están. Está sobredimensionada porque los psiquiatras están realizando funciones que en la mayor parte realizan los forenses de cada juzgado. Los recursos de estos centros son asistenciales, claramente escasos y organizados para un fin exclusivamente sanitario, terapéutico y no “auxiliador de la justicia.”

MÉTODOS

- **VARIABLES:**
 - 1.-Casos Psiquiátricos Forenses.
 - 2.-Enfermedad Mental: según el CIE-10 en los Ejes I-II.
 - 3.-Motivo de referencia: evaluación, tratamiento, informe médico,

medida de protección, otras específicas.

- DEFINICION DE VARIABLES.

1.-CASOS PSIQUIÁTRICOS FORENSES.

Definición Conceptual: “La psiquiatría forense, como rama de la medicina legal, trata de aclarar los casos en que una persona por el estado especial de su salud mental, requiere consideración particular ante la ley... cuya misión es

el examen de todo sujeto a quién dentro del juicio civil o penal, se le presume afectado de enfermedad o anomalía psíquica para determinar así su grado de capacidad o imputabilidad” (6).

Definición operacional: Se consideran todos los casos que llegan al Hospital Psiquiátrico de Caracas con orden de un Juez penal para su ingreso.

2.-ENFERMEDAD MENTAL:

Definición conceptual: “La enfermedad mental es una alteración de las funciones mentales y de la conducta, que perturba la vida subjetiva y objetiva del individuo, sus relaciones interpersonales, su capacidad para adaptarse a la vida social y su comportamiento general.”(13)

Definición operacional: La enfermedad mental se definirá tomando en cuenta los criterios clínicos según el CIE-10 en su capítulo V y en su Eje I-II, la cual comprende todos los procesos psicopatológicos susceptibles de presentarse en el ser humano, los cuales son estudiados por la psiquiatría como especialidad de la medicina.

El concepto de enfermedad mental desde el punto de vista **Psiquiátrico:** *“Encierra variados y heterogéneos desórdenes del psiquismo humano, incluyendo los disturbios patológicos de las funciones mentales (psicosis), la disminución del desarrollo psíquico (oligofrenia), la pérdida irreversible de las funciones mentales (demencias), la desarmonía entre los diferentes factores psíquicos (psicopatías) y las reacciones vivenciales anormales de la personalidad humana (neurosis)”.* (13)

En el plano **Jurídico** el concepto de enfermedad mental es mucho más restringido que en el psiquiátrico. *“En Derecho, sólo cuenta las perturbaciones graves de la mente, que producen una alteración de cierta magnitud de las funciones psíquicas superiores, como la inteligencia, la conciencia y la voluntad”* (16). No obstante en Venezuela, la “Ley penal exime de responsabilidad al que comete el acto hallándose dormido, aunque no sea enfermedad mental” (**Art. 62**) (14).

En la Jurisprudencia Española, la delimitación de concepto de enfermedad mental fue sintetizado por el Tribunal Supremo así: *“Un trastorno del psiquismo total o parcial, permanente o transitorio, de base psicopatológica, no buscado de propósito para delinquir, que produce la anulación o alteración de las facultades superiores en diversos grados”* (13).

3.-MOTIVO DE REFERENCIA:

Definición operacional: Es toda acta u oficio emitida y firmada por un Juez, donde se ordena el internamiento de los diferentes casos psiquiátricos-forenses referidos a instituciones psiquiátricas; entendiéndose por **internamiento** según el **Art. 129** del Código Orgánico Procesal Penal: *“Cuando para la elaboración de la experticia sobre la capacidad del imputado sea necesario su internamiento, la medida podrá ser ordenada por el Juez, a solicitud de los expertos, sólo cuando el imputado haya sido objeto de una medida cautelar sustitutiva, y el internamiento no sea desproporcionado*

respecto de la gravedad de la pena o medida de seguridad aplicables. El internamiento podrá ser hasta por ocho (8) días” (17).

Según el motivo de referencia podrá ser: evaluación, tratamiento, informe psiquiátrico, medida de protección y otras específicas.

- **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

Se realizó un estudio de campo, retrospectivo longitudinal, de carácter descriptivo de los casos psiquiátricos-forenses en el Hospital Psiquiátrico de Caracas (servicios 2 y 6) durante el período comprendido de Enero 2001-Diciembre 2003.

- **UNIVERSO :**

Se incluyeron en el presente estudio todos los casos que fueron enviados por un Juez Penal al H.P.C. (servicios 2 y 6), durante el período comprendido de Enero 2001-Diciembre 2003; siendo seleccionados estos dos servicios, por las características físicas (infraestructura) requeridas en estos casos.

- **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Se realizó la revisión de cada una de las historias clínicas de los casos psiquiátricos – forense ingresados a los Servicios 2 y 6 del Hospital Psiquiátrico de Caracas, durante el período enero 2001- diciembre 2003.

- **ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS:** El tratamiento estadístico de los datos obtenidos se basó en el cálculo de:
 - Promedios.
 - Porcentajes.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Se puede observar en la primera tabla la distribución de la población (número de casos psiquiátrico-forenses) en los servicios 2 y 6 del Hospital Psiquiátrico de Caracas durante los años 2001-2003.

Se puede evidenciar que en el servicio 2 existe un total de 20 casos y en el servicio 6, 37; siendo éste último con el mayor número de casos hospitalizados durante este periodo.

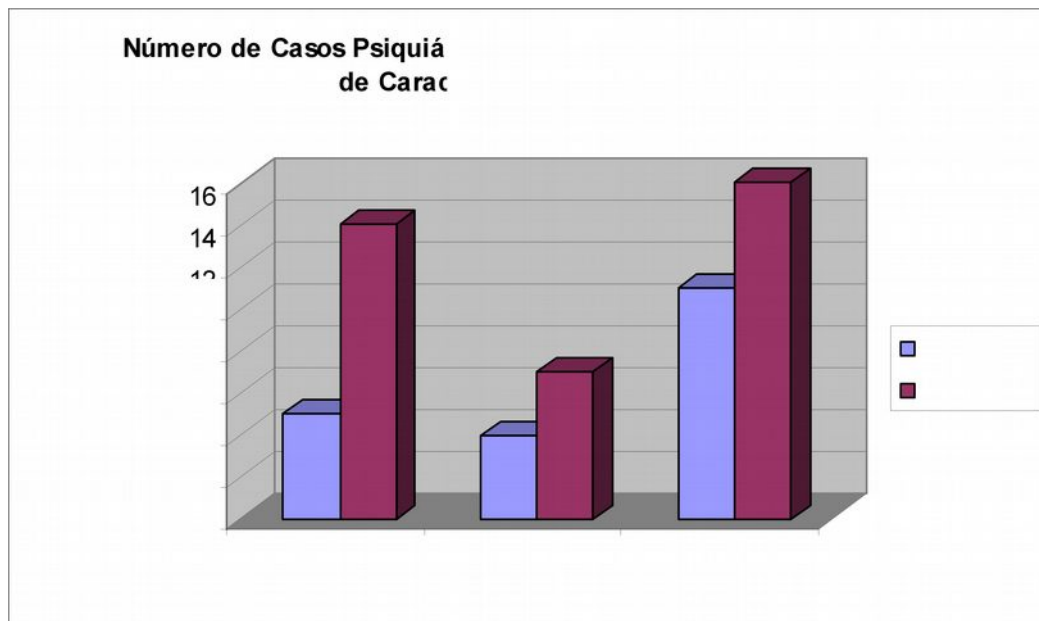
También es importante observar que durante el año 2003 se presentó el mayor número de casos psiquiátrico-forenses en ambos servicios.

TABLA 1
Número de Casos Psiquiátrico- Forenses del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Período 2001 – 2003

Servicios	Años			Total
	2001	2002	2003	
Servicio 2	5	4	11	20
Servicio 6	14	7	16	37
Total	19	11	27	57

Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

GRAFICO 1



Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

En cuanto a la distribución del número de casos según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en los servicios 2 y 6 del Hospital Psiquiátrico de Caracas durante el período 2001-2003, se tiene como primer renglón el código F06 (Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática) observándose 4 casos en el servicio 6. De igual forma del código F07 (Trastornos de la personalidad y del

comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral) se tiene 1 caso en el servicio 2.

Para los códigos F10-F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas) encontramos un total de 31 casos distribuidos en 10 para el servicio 2 y 21 para el servicio 6. Dentro de esta categoría se encontró que para el código F19.2 (Síndrome de dependencia) hubo un total de 11 casos en el servicio 6 y 5 en el servicio 2.

Para los códigos F20-29 (Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes) había un total de 8 casos para el servicio 2 y para el servicio 6, 2 casos.

En el renglón de los trastornos del humor (F30-39) se obtuvo un caso para el servicio 2 y 4 para el servicio 6. De igual manera para los códigos F60-69 (trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto) 3 casos para el servicio 2 y 2 para el servicio 6. Otros de los grupos codificados fue el de Retardo mental, específicamente F70-79, con 1 caso para el servicio 2 y 7 para el servicio 6.

Para la clasificación de enfermedades, en relación a los códigos F80, F90-98 (Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje y Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia respectivamente) se obtuvo un total de 8 casos en el servicio 6

(servicio de adolescentes). Se encontró en el renglón de Epilepsia (G40) 1 paciente en el servicio 2 y 4 en el servicio 6.

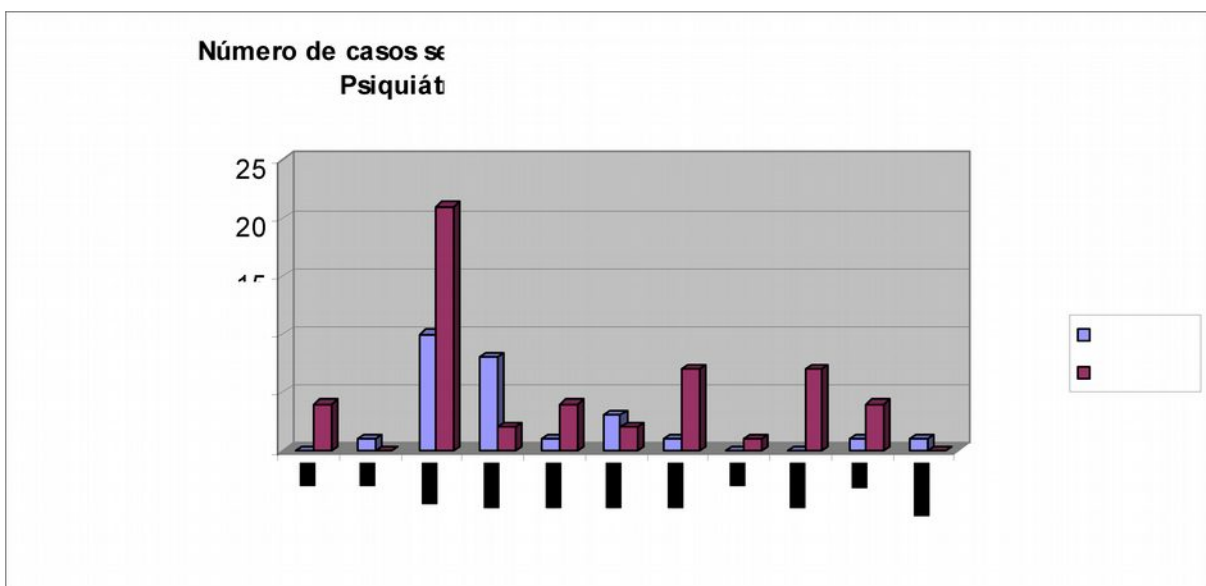
Se quiere destacar como un elemento importante la presencia de 1 caso en el servicio 2 sin evidencia de enfermedad mental.

TABLA 2
Número de Casos según la C.I.E- 10 en los Servicios 2 y 6, Hospital Psiquiátrico de Caracas. Período 2001 – 2003

Casos según C.I.E-10	Servicio 2	Servicio 6	Total	%
F 06	0	4	4	5
F 07	1	0	1	1
F10-19	10	21	31	41
F20-29	8	2	10	14
F30-39	1	4	5	6
F60-69	3	2	5	6
F70-79	1	7	8	10
F80	0	1	1	1
F90-98	0	7	7	9
G40	1	4	5	6
S.E.E.M.	1	0	1	1

Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

GRAFICO 2



Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

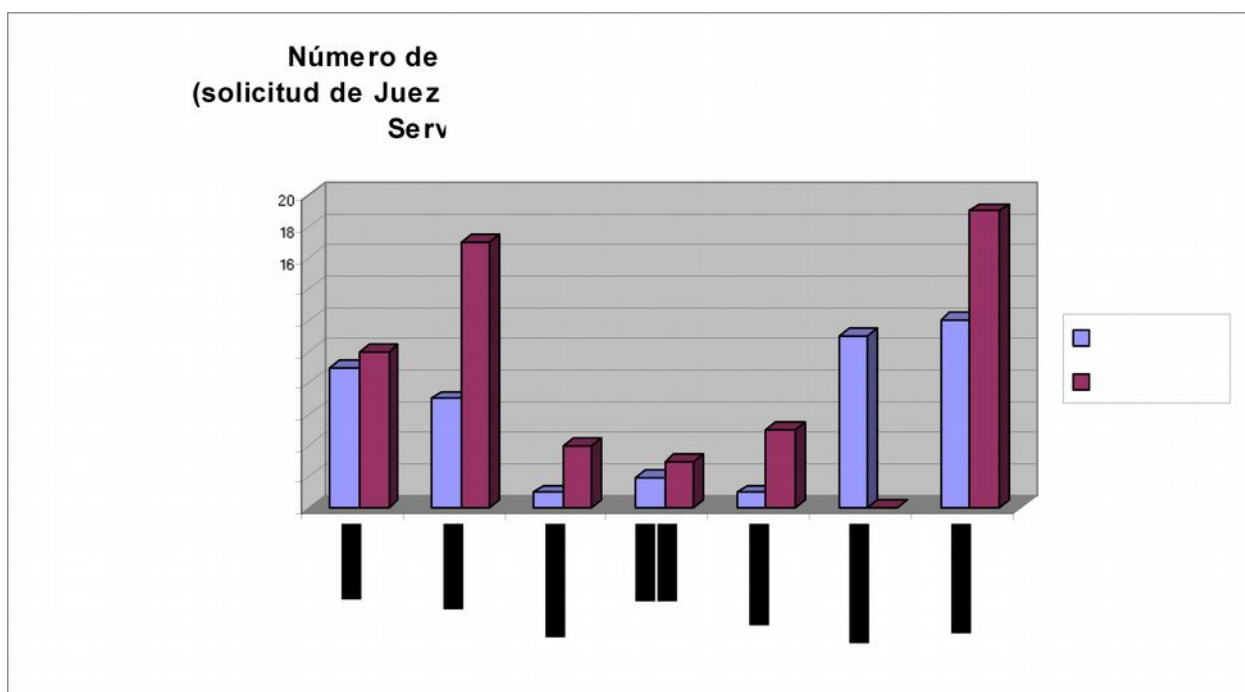
En cuanto a la solicitud del Juez prevalece en el servicio 2 como motivo de referencia la hospitalización y medida cautelar y en el servicio 6 la hospitalización y tratamiento.

TABLA 3
Número de Casos según el motivo de Referencia (Solicitud del Juez)
Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6, Período 2001 – 2003

Motivo de Referencia (Solicitud del Juez)	Servicio 2	Servicio 6	Total
Evaluación	9	10	19
Tratamiento	7	17	24
Informe médico	1	4	5
Medida de protección	2	3	5
Rehabilitación	1	5	6
Medida cautelar	11	0	11
Hospitalización	12	19	31

Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

GRAFICO 3



Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

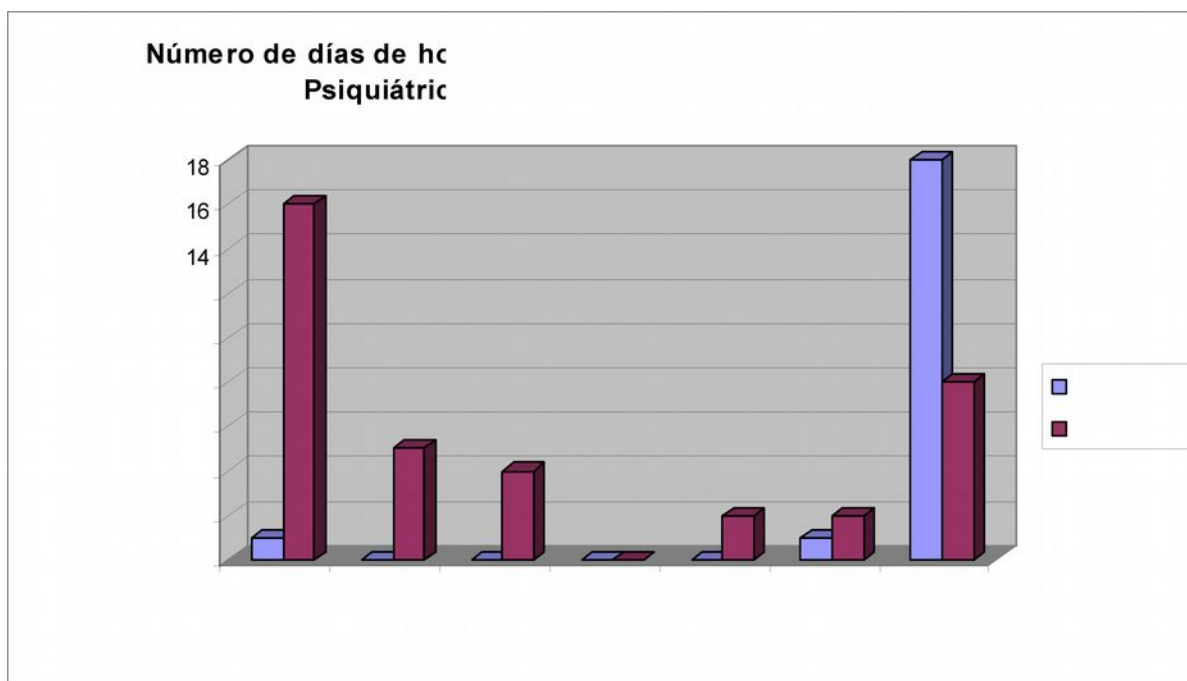
En la siguiente tabla se puede observar en el servicio 2 en cuanto a los días de hospitalización que la mayoría de los pacientes se ubican en el renglón 91 y más. Al igual que en el servicio 6 el mayor renglón están en los días 0 a 30. Aunque también se puede destacar en el renglón 91 y mas un total de 8 casos.

TABLA 4
Número de días de hospitalización Servicios 2 y 6, Hospital Psiquiátrico de Caracas, Período 2001 – 2003

Días de Hospitalización	Servicio 2	Servicio 6	Total	%
0 - 30	1	16	17	31
31 - 40	0	5	5	9
41 - 50	0	4	4	7
51 - 60	0	0	0	0
61 - 70	0	2	2	4
71 - 90	1	2	3	5
91 y más	18	8	24	44

Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

GRAFICO 4



Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

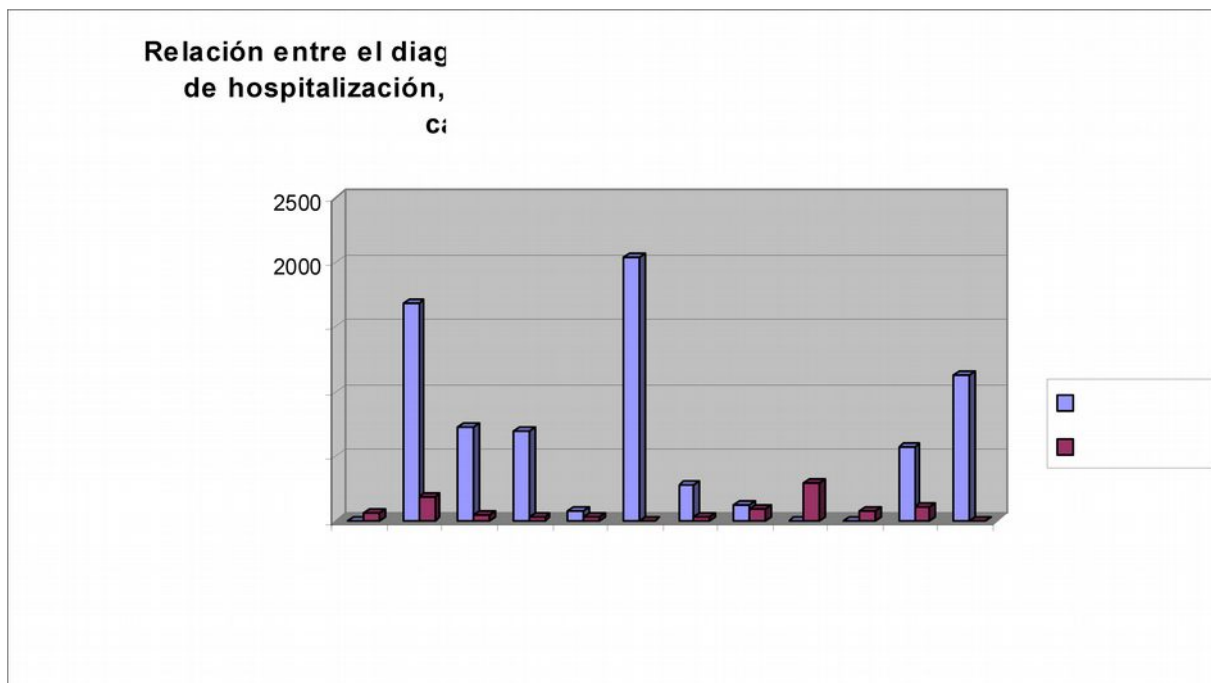
La siguiente tabla demuestra que para el código F07 (Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral), se tenían 1675 como promedio de días de hospitalización en el servicio 2, de igual forma para los códigos F44 (amnesia disociativa), se observó un alto promedio de días de hospitalización. Se destaca como elemento importante en el servicio 2, el promedio de 1126 días para el diagnóstico de sin evidencia de enfermedad mental. En relación al servicio 6 para el código F80, F07 y G40, representan el mayor promedio de días de hospitalización. Es importante tomar en cuenta que el total de días de hospitalización en el Hospital Psiquiátrico de Caracas, corresponde a 90 días.

TABLA 5
Relación entre el diagnóstico según la CIE.10 y el promedio de días de hospitalización, Servicios 2 y 6, Hospital Psiquiátrico de Caracas, Período 2001 – 2003

Diagnóstico según CIE-10	Promedio de días de hospitalización	
	Servicio 2	Servicio 6
F06	0	65
F07	1675	186
F10 - 19	719	48
F20 - 29	696	36
F30 - 32	78	31
F44	2040	0
F60 - 69	270	23
F70 - 79	126	85
F80	0	290
F90 - 98	0	73
G40	576	104
S.E.E.M.	1126	0

Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

GRAFICO 5



Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

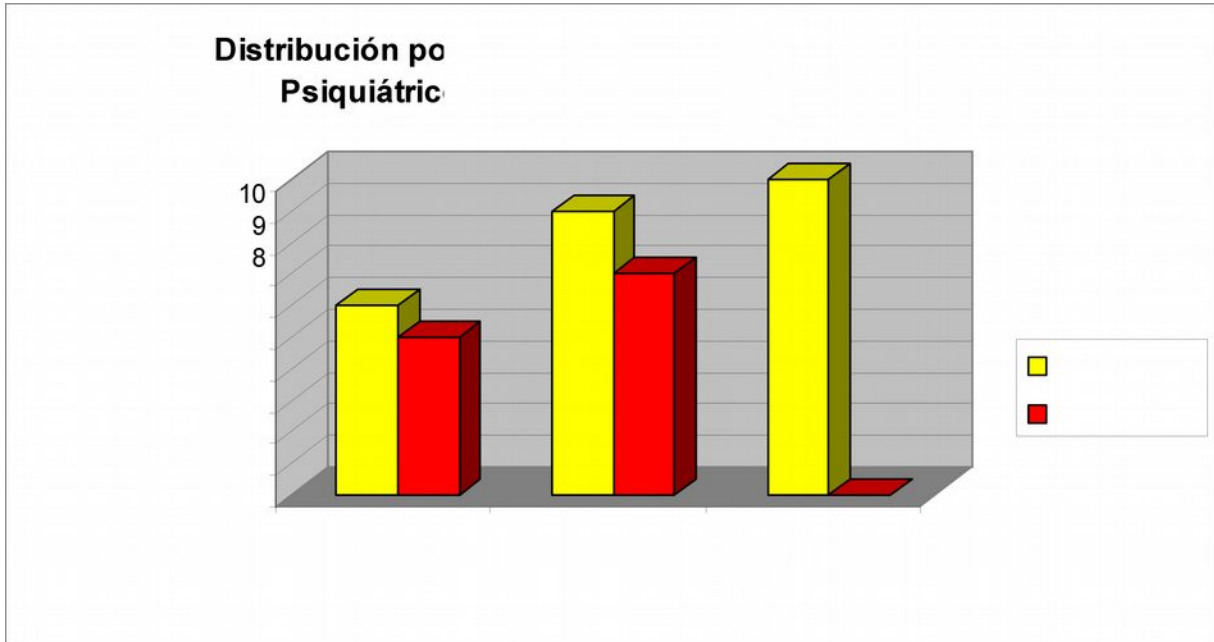
De la población estudiada en el servicio 6 (adolescente) hubo un total de 25 sujetos que correspondían al sexo masculino y 12 al sexo femenino, con un predominio del sexo masculino en las edades de 15 a 18 con un total de 19 casos, y en el sexo femenino entre las edades 15 a 16 con un total de 7 casos.

TABLA 6
Distribución por edad y sexo, Servicio 6, Hospital Psiquiátrico de Caracas, Período 2001 – 2003

Edad	Sexo			
	Masculino	%	Femenino	%
12 – 14	6	24	5	42
15 – 16	9	36	7	58
17 – 18	10	40	0	0
Total	25	100	12	100

Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

GRAFICO 6



Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

En cuanto a la distribución por edad y sexo en el servicio 2 hubo un total de 13 sujetos para el sexo masculino y 7 para el femenino, con un predominio de las edades de 25 a 35 años para el sexo masculino, con 7 casos. De igual forma para el sexo femenino con un total de 4 casos.

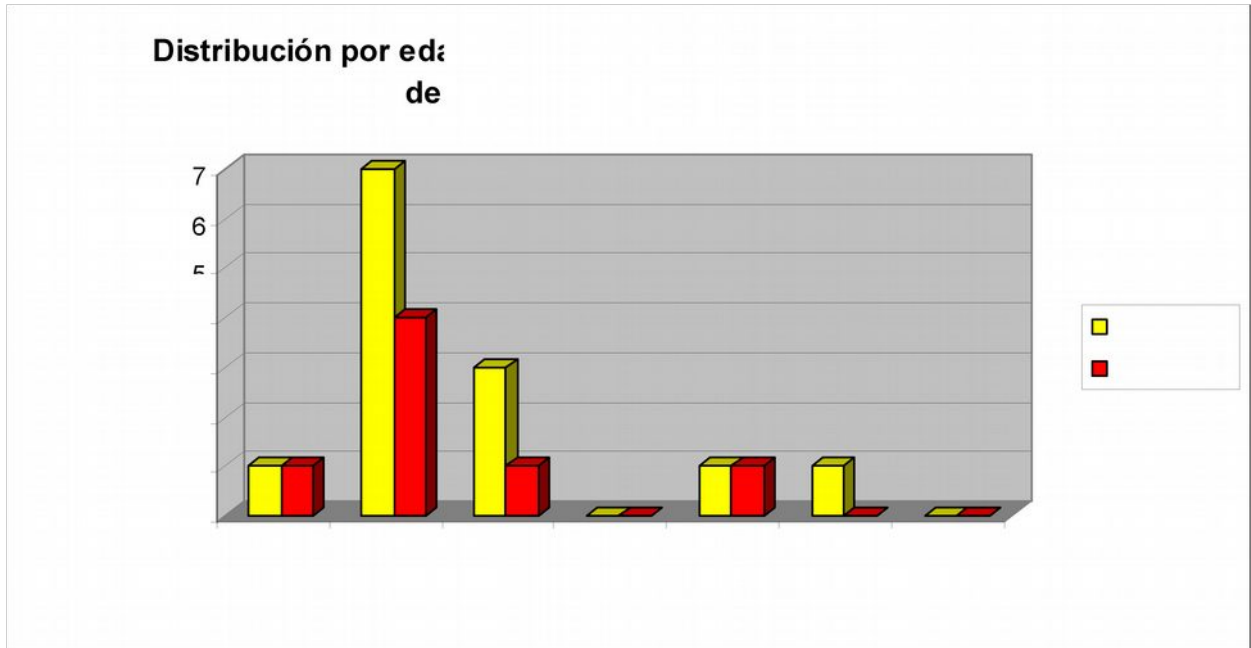
TABLA 7
Distribución por edad y sexo, Servicio 2, Hospital Psiquiátrico de Caracas, Período 2001 – 2003

Edad	<u>Sexo</u>			
	Masculino	%	Femenino	%
18 – 24	1	8	1	14
25 – 35	7	53	4	58
36 – 45	3	23	1	14
46 – 55	0	0	0	0
56 – 65	1	8	1	14
66 – 75	1	8	0	0
76 y más	0	0	0	0
Total	13	100	7	100

Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

De igual forma para el sexo femenino con un total de 4 casos como se puede observar en el siguiente grafico:

GRAFICO 7



Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

En relación a la distribución de la población según el tipo de delito en los servicios estudiados, podemos observar que el mayor volumen de casos esta representado por posesión de drogas, con 10 casos para el servicio 2 y 20 para el servicio 6. Seguidos de otros delitos (hurtos, daño a la propiedad privada) con 14 para el servicio 6 y 4 casos para el servicio 2.

TABLA 8

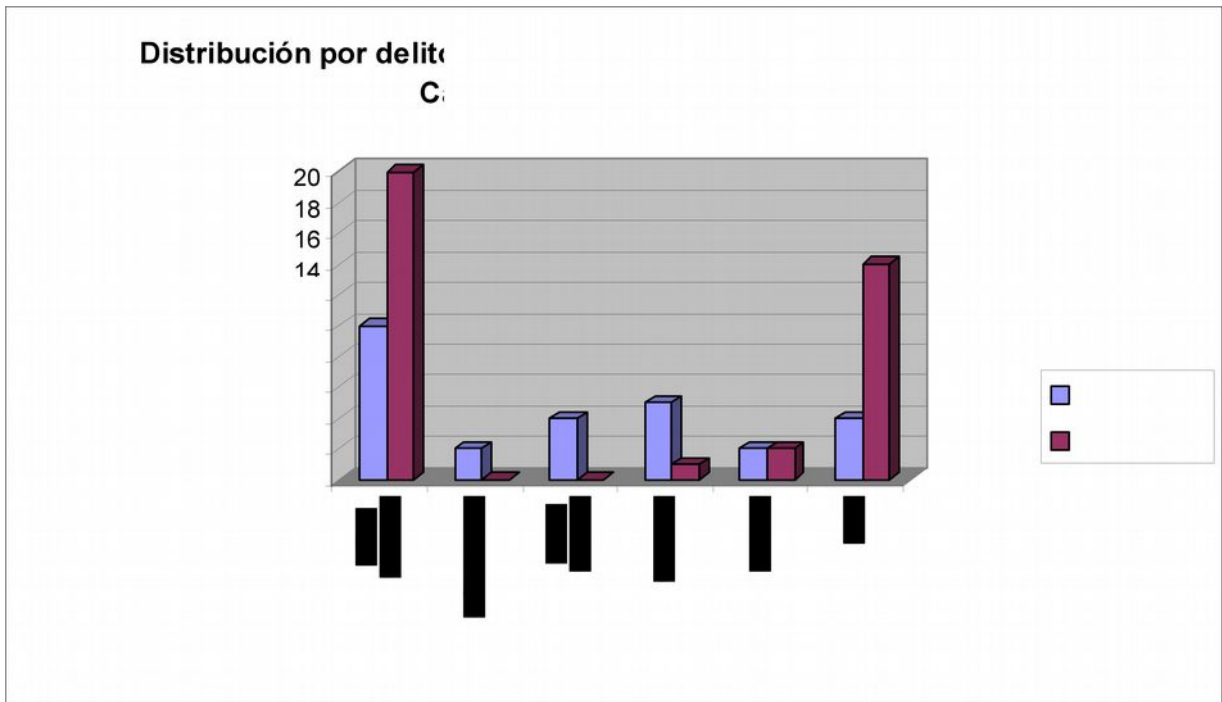
Distribución de la población según el delito, Servicio 2 y 6, Hospital Psiquiátrico de Caracas, Período 2001 – 2003

Tipo de delito	<u>Número de casos</u>			
	Servicio 2	%	Servicio 6	%
Poseción de drogas	10	37	20	54
Tráfico de drogas	2	7	0	0
Violencia familiar	4	15	0	0
Homicidio	5	19	1	3
Lesiones	2	7	2	5
Otros	4	15	14	38
Total	27	100	37	100

Fuente: Historias Clínicas (oficios emitidos por el Juez) Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

Se destaca la presencia de la categoría de homicidio con 5 casos encontrados en el servicio 2 y 1 en el servicio 6. Además tenemos 4 casos de violencia familiar en el servicio 2 (psicóticos agudos).

GRAFICO 8



Fuente: Historias Clínicas (oficios emitidos por el Juez) Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

En la siguiente tabla se observa los diagnósticos de egreso de los casos estudiados, según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en los servicios 2 y 6 del HPC, durante los años 2001-2003.

En cuanto a la prevalencia se tiene como primer renglón la categoría F10-F19, con un total de 25 casos, de los cuales la mayoría correspondían a dependencia por sustancias psicotrópicas.

Como segunda categoría tenemos Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, con un total de 18 casos en el servicio 6; destacando que 13 de este total pertenecen al diagnóstico de Trastorno disocial en niños socializados (F91.2)

Siguiendo el análisis, tenemos los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto con un total de 15 casos, representados en su mayoría en el servicio 2, por Trastorno disocial (F60.2).

TABLA 9

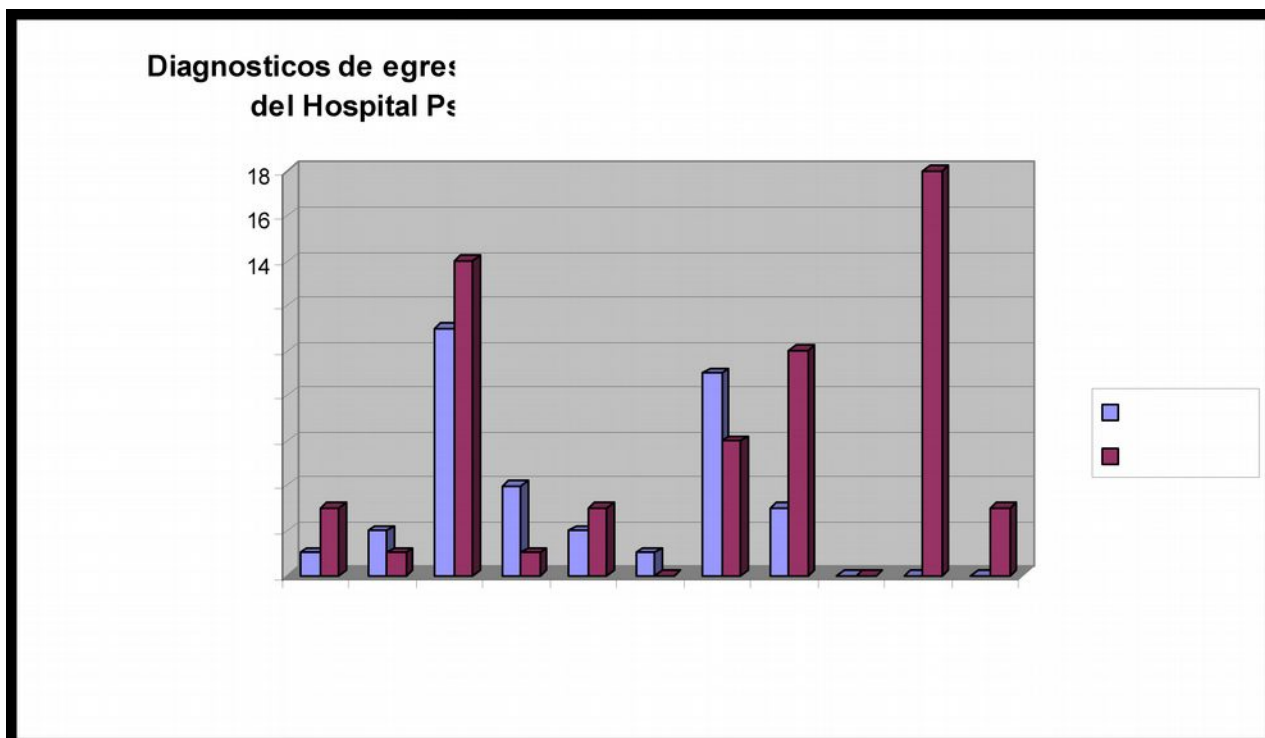
Diagnósticos de egreso, casos forenses, según CIE -10, Servicio 2 y 6, Hospital Psiquiátrico de Caracas, Período 2001 – 2003

Diagnósticos egreso CIE -10	Servicio 2	Servicio 6	Total
F06	1	3	4
F07	2	1	3
F10 – 19	11	14	25
F20 – 29	4	1	5
F30 – 39	2	3	5
F44	1	0	1
F60 – 69	9	6	15
F80	0	0	0
F90 – 98	0	18	18
G 40	0	3	3

Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

Por último, pero no menos importante, tenemos el grupo de enfermedad de Retraso mental con un total de 13 casos; distribuidos en 3 para el servicio 2 y 10 para el servicio 6.

GRAFICO 9



Fuente: Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico de Caracas, Servicios 2 y 6

DISCUSIÓN

Posterior a la revisión teórica y a la obtención de los resultados a través de la investigación, se tiene como aporte del mismo la creación de un Manual de procedimientos para el ingreso de los pacientes Psiquiátrico – forenses, referidos por Entes Jurídicos al Hospital Psiquiátrico de Caracas, facilitando a través de éste el manejo, evolución y solución intrahospitalaria de dichos casos, mejorando la vida operativa de la Institución. Los hallazgos de la investigación demostraron que un gran grupo de estos casos, no cumplían criterios clínicos para ser ingresados en una Institución hospitalaria de pacientes agudos, generando con ello una problemática socioeconómico-administrativa que dificulta el buen desenvolvimiento de la vida de la Institución y no proporciona solución alguna al caso Jurídico en cuestión.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio de la problemática psiquiátrico forense en el Hospital Psiquiátrico de Caracas durante el período 2001-2003, nos lleva a concluir que muchos de estos casos eran referidos y hospitalizados en los servicios 2 y 6 sin poseer una enfermedad mental suficiente para su ingreso o su permanencia prolongada como ha sido reseñado en nuestra investigación y que contradice lo establecido por la institución en cuanto a los días de hospitalización (90 días) y en el artículo 129 del C.O.P.P. (hasta 8 días).

Esto trae como consecuencia que éstos, entren en contacto con pacientes que si poseen patologías mentales severas diagnosticadas que perjudican o ponen en riesgo a los casos estudiados, además de favorecer las fugas de los servicios, que refleja lo inadecuado de la infraestructura del Hospital Psiquiátrico de Caracas para este tipo de sujetos, lo cual explica en algunos casos los pocos días de hospitalización; aunado a esto, se tiene el no contar con personal especializado para su manejo. Por otra parte se ha prolongado la estancia de estos casos en la institución, en espera de resolución legal más que por su condición mental.

En cuanto al servicio 6 (adolescente), hemos podido observar que los casos eran referidos por una falta de contención familiar, ausencia de límites y normas familiares que dificulta el manejo por parte de los padres, considerando esta situación no suficiente ni justificable para el ingreso de los mismos. Dentro de los casos estudiados encontramos que uno de los diagnósticos más frecuentes y que eran hospitalizados son los que corresponden a los Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas con síndrome de dependencia (F 19.2) el cual se considera de tratamiento ambulatorio por lo que no amerita hospitalización. Asimismo, encontramos los diagnósticos F90-98 y dentro de estos códigos el trastorno disocial en niño socializado F90.2, como diagnostico de egreso en el servicio de adolescente lo cual a su vez esta en concordancia con el manejo inadecuado dentro de la familia, reseñado anteriormente; además de ser considerados trastornos que requieren tratamiento psicoterapéutico ambulatorio. En el mismo orden de ideas, se obtuvo como

diagnóstico de egreso un alto numero de casos en el renglón Retardo mental en el servicio 6; no cumpliendo los mismos con los criterios clínicos establecidos por una institución hospitalaria para casos agudos.

Posterior a las conclusiones planteadas anteriormente, se recomienda:

1. Tener claro los criterios clínicos de hospitalización en una institución para pacientes agudos.
2. Poner en práctica el manual de procedimiento anexo a este Trabajo Especial de Investigación.
3. Establecer un vínculo comunicativo entre la institución hospitalaria y los entes jurídicos a fin de solventar de manera adecuada la problemática planteada en esta investigación.
4. Fortalecer el servicio de Trabajo social, a través del apoyo de la Dirección de la institución a fin de dar curso rápido y adecuado a los casos que ingresan por esta causa.
5. Mantener un diálogo permanente entre: Dirección del hospital, Personal médico, Enfermería, Trabajo social, unificando criterios que permitan el manejo adecuado de estos casos.

REFERENCIAS

- (1) J.J. Rodríguez Solano, A. Crespo Valencia. **Problemática Psiquiátrico-legal en la práctica ambulatoria**, Anales de Psiquiatría 2003 Vol. 19 (7): 291-295.

- (2) Arteaga M, Jayaro G, Marcano M. **Modelo de Atención en Crisis para Adolescentes Transgresores referidos de los Tribunales de Menores en el área Metropolitana**. Caracas 1996.

- (3) Vallejo R. **Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría**. In: Editorial Masson, S.A. Psiquiatría Jurídica y Forense. Barcelona, 1999: 894.

- (4) Cabanellas G. **Diccionario de Derecho Usual**. Edit. Heliasta S.R.L, Buenos Aires. 1976.

- (5) Rojas N. **Medicina Legal**. Edit. Ateneo. Buenos Aires. 1987.

- (6) Verde F, Alvarado Y. **Cuaderno de medicina legal. Peritaje psiquiátrico** 1992; 3: I-IX

- Código Penal Venezolano vigente. Artículo 62.

- (7) Martín, J. **Medicina Legal**. Edit. Texto, S. R. L. Caracas. 1994.
- (8) Guzmán, A. **Manual de Psiquiatría**. . Edit. Desinlimed C.A. Caracas. 1992.
- (9) Ortiz A. **Psiquiatría Forense**. Edit. Desinlimed C.A. Caracas.1986.
- (10) Congreso de la República de Venezuela. **Código Penal de Venezuela**. Gaceta Oficial N° 915 Extraordinario. Caracas. 30-06-64.
- (11) Frías, C. **Inimputabilidad penal**. Edit. Ediar. Buenos Aires. 1981.
- (12) Binder, H. **Reacciones y desarrollos psíquicos anormales**. Edit. Gredos. Madrid. 1960. p 234-283.
- (13) Ávila R. XI Congreso Venezolano de Psiquiatría. Sociedad Venezolana de Psiquiatría, editor. **La Psiquiatría y la Ley**. Valencia, 1985: 15-32.
- (14) Código Penal Venezolano vigente. Artículo 62.
- (15) [http://www: Leyes venezolanas.com](http://www.Leyes venezolanas.com). Fecha de última revisión 31- 01- 04.
- (16) López I, Codon J. **Psiquiatría Jurídica Penal y Civil**. Ediciones Aldecoa, S.A. Barcelona 1908: 559.

- (17) Código Orgánico Procesal Penal. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Capítulo VI: Art. 129. 2001: 3

ANEXO

**Formato de ingreso para los pacientes Psiquiátrico - Forenses
referidos por los respectivos Entes Jurídicos**

Republica Bolivariana de Venezuela
Hospital Psiquiátrico de Caracas
Servicio de Emergencia



FORMATO DE INGRESO PARA CASOS PSIQUIÁTRICO- FORENSES.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Apellidos _____ y Nombres _____

Edad _____, C.I. _____, Lugar y fecha de nacimiento _____, Grado de _____ instrucción _____ -
Ocupación _____, Estado civil _____, Dirección/residencia _____

Teléfono _____

Referido

por: _____

Fecha de evaluación: _____ Evaluado por:

II. MOTIVO DE REFERENCIA:

III. EXAMEN MENTAL DE INGRESO:

IV. DIAGNÓSTICO DE INGRESO (según CIE-10):

V. DELITO:

VI. OBSERVACIONES:

FIRMA _____ CARGO _____

