

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE SAN MIGUELITO**

**MAESTRÍA EN DERECHO CON ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO PENAL**

**ANÁLISIS DE LAS MEDIDAS CURATIVAS DESTINADAS AL TRATAMIENTO  
DE LOS INIMPUTABLES POR ENAJENACIÓN MENTAL EN LA LEGISLACIÓN  
PENAL PANAMEÑA**

**DIRECTOR**

**MGTR. ORESTES ARENAS NERO**

**ESTUDIANTE**

**KRISS DAYANA POVEDA BARRIOS**

**PRIMER SEMESTRE**

**2022**

---

---

---

Introducción	1
Capítulo I. Aspectos Generales	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Planteamiento del problema	7
1.3 Justificación	8
1.4 Objetivo general	9
1.5 Objetivos específicos	9
1.6 Alcance	10
1.7 Delimitación	10
1.8 Hipótesis	10
Capítulo II. Marco Teórico	11
2.1 Concepto de imputabilidad.	11
2.2 Criterios para determinar la imputabilidad	13
2.3 Concepto de inimputabilidad	14
2.3.1 Causas de inimputabilidad.	16
2.3.2 Tiempo para evaluar la inimputabilidad	17
2.4 El trastorno o enajenación mental como causa de inimputabilidad	19
2.4.1 Etiología de los trastornos mentales.	20
2.4.2 Clasificación de los trastornos mentales.	22
2.5 La medida de seguridad como consecuencia jurídica de la pena	28
2.5.1 Concepto	28
2.5.2 Naturaleza	29
2.5.3 Fundamento	30
2.5.4 Función	31
2.5.5 Principios	31
2.5.6 Clases de medidas de seguridad	32
2.6 Medidas curativas aplicables a los inimputables por enajenación mental en Panamá	33
2.7 Procedimiento para la determinación de medidas de seguridad	35
2.8 Ejecución de medidas de seguridad	39
2.9 La salud mental en Panamá	41

2.9.1 Antecedentes generales	42
2.9.2 El Instituto de Salud Mental	46
Capítulo III. Metodología	50
3.1 Tipo de investigación	50
3.2 Población y muestra	50
3.3 Instrumentación	51
3.4 Validación del instrumento	52
Capítulo IV. Análisis de Resultados	53
4.1 Análisis cualitativo de la Encuesta	55
Conclusiones	58
Referencias bibliográficas	61
Anexos	65
Clasificación de enfermedades mentales CIE-10	66
Encuesta	82

## Índice de gráficas

Causas de Consulta en el Servicio de Psiquiatría del Ministerio de Salud en el año 2012	43
Consultas realizadas en los Centro de Rehabilitación Integral del Ministerio de Salud de Panamá para el año 2019.	46
Validación del instrumento (Encuesta)	52
Encuesta aplicada a operadores de la Administración de Justicia Penal	56

## **Introducción**

Esta investigación se centra en el análisis de las medidas curativas destinadas al tratamiento de los inimputables por enajenación mental en la legislación penal panameña, en concreto, la eficacia de las medidas curativas dispuestas en la normativa penal y la problemática en la existencia de instrumentos, para la ejecución y supervisión de las medidas de seguridad aplicadas a los ciudadanos declarados inimputables por enajenación mental, aunado a la carencia de centros de tratamiento y de internamiento sufragados por el Estado, situación que resulta ser un problema no solo para el ámbito penal sino de carácter social y estatal, cuyas repercusiones afectan directamente en la armónica convivencia social, toda vez que representa una responsabilidad y peligro, para los familiares, vecindad y para la sociedad en términos generales.

El primer capítulo hace una descripción de las investigaciones precedentes sobre la materia y sobre la realidad panameña. Luego se plantea el problema de investigación, a continuación de la justificación, el objetivo general, los objetivos específicos, el alcance, la delimitación y la hipótesis, según la cual, las medidas curativas de internamiento, destinadas al tratamiento de los inimputables por enajenación mental, dispuestas en la normativa penal vigente, resultan inoperantes ante la problemática existente en su ejecución.

En el segundo capítulo aborda aspectos esenciales, para el derecho penal como las causas de inimputabilidad, concretamente, el trastorno mental, los sistemas o fórmulas que se utilizan para determinar la inimputabilidad del agente, los criterios para la determinación de enfermedades mentales, la aplicación de un procedimiento especial para la declaratoria de inimputabilidad, la eficacia de las medidas de seguridad curativas ordenadas por el juzgador, para el tratamiento del inimputable por enajenación mental, los mecanismos de supervisión y control adoptados por el juzgador, para verificar el cumplimiento de la

medida curativa ordenada y si resulta necesaria la creación de centros de internamiento públicos, para su efectivo cumplimiento.

En el tercer capítulo explicamos la metodología utilizada en la presente investigación, la cual es de carácter cualitativo. El método que utilizamos es el de análisis de contenido documental. Por su parte, la técnica es la encuesta. También describimos el instrumento aplicado y la forma como se produjo su validación.

En el último capítulo analizamos los resultados de la investigación, la cual centró su atención en los mecanismos de ejecución y supervisión existentes en la legislación panameña, para el cumplimiento de las medidas curativas de internamiento aplicadas a las personas inimputables por enajenación mental. Posteriormente, realizamos el análisis cualitativo de la encuesta aplicada a diversos operarios del sistema de administración de justicia penal del Primer Circuito Judicial de Panamá, con el propósito de obtener criterios sobre las discrepancias entre las disposiciones legales vigentes en el Código Penal, para la aplicación de medidas curativas destinadas al tratamiento de los inimputables por enajenación mental y los mecanismos de ejecución y supervisión existentes, para el eficaz cumplimiento de éstas, así como la proposición de alternativas de solución a la problemática. Finalmente se describen las conclusiones a las que llegamos terminada la investigación.

## **Capítulo I. Aspectos Generales**

### **1.1 Antecedentes**

La legislación penal en la mayoría de los países consagra como causa de inimputabilidad la ausencia de comprensión de la ilicitud de la conducta a consecuencia del padecimiento de trastornos mentales, además, regula el procedimiento aplicable al enajenado mental, las medidas de seguridad aplicables y las formas de ejecución.

En Chile, antes de la reforma procesal penal, comprobada la enajenación mental del procesado, lo declaraban inimputable y le aplicaban una medida de seguridad curativa, sin realizar procedimiento alguno, para verificar el grado de participación en el hecho punible. No obstante, con la entrada en vigencia en el año 2000 del Código Procesal Penal chileno, se establece la aplicación de un procedimiento especial al inimputable, que incorpora garantías penales, como la acreditación de la existencia del hecho y la participación del inimputable, la aplicación de la medida curativa por el término de la pena mínima correspondiente y la verificación jurisdiccional del cumplimiento de la medida de seguridad (Justicia C. d., 2008, pág. 108).

El Código Penal de Argentina (11.179, T.O. actualizado 1984), establece lo siguiente:

Artículo 34.- No son punibles:

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

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

En los demás casos en que se absolviere a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso. (p.9).

De la normativa citada destacamos su finalidad preventiva especial, enfocada en la peligrosidad del procesado, incluso en los casos de absolución, procurando que el tratamiento sea eficaz tanto para el agente como para la protección del resto de la comunidad. (Irigoyen Testa, 2015, pág. 30).

En el mismo sentido, la legislación colombiana, dispone medidas de seguridad con fines de curación, tutela y rehabilitación para las personas declaradas inimputables, no obstante, su cumplimiento es de carácter coercitivo, dependiendo del tipo de trastorno que padece el agente. Si el trastorno mental es permanente, la medida curativa será el internamiento en un establecimiento psiquiátrico de carácter público o privado, por un término que no podrá exceder límite máximo de la pena aplicable al delito cometido y que puede sustituirse por tratamiento ambulatorio si el agente se encuentra en condiciones para ello. Si el trastorno mental es transitorio con base patológica se impone la misma medida de seguridad, pero tiene una duración máxima de diez años y puede suspenderse bajo los mismos supuestos. (Rojas Salas, 2013).

Para el cumplimiento de estas medidas los Estados cuentan con centros de tratamiento públicos adaptados para el cumplimiento de la normativa vigente.

En Panamá, la regulación de las medidas de seguridad, para las personas declaradas inimputables por enajenación mental surge con el Código Penal de 1982. Previo a ello, estuvieron vigentes la Ley 23 de 1954, encaminada a la aplicación de medidas de seguridad para aquellos que usaban drogas y la Ley 4 de 1966, que estableció medidas de seguridad de internamiento para las mujeres declaradas sujetas de rehabilitación, pero debido a condiciones distintas a la enajenación mental.

En la actualidad, las condiciones para determinar la inimputabilidad se aprecian en el artículo 36 del Código Penal que señala: “no es imputable quien, al momento de cometer el

hecho punible, no tenga la capacidad de comprender su ilicitud o, en caso de comprenderla, de autodeterminarse de acuerdo con esa comprensión”, (Código Penal de la República de Panamá, 2016).

Nótese que el articulado no consagra de forma clara como causal de inimputabilidad la enajenación mental de carácter patológico, como sí lo establecen las normativas foráneas abordadas previamente, empero, una interpretación holística, aunado a la redacción del siguiente artículo, en cuanto a la determinación de la inimputabilidad por embriaguez comprobada, nos conduce a dicha apreciación.

Ahora bien, a pesar que el Código Penal de Panamá dispone la aplicación de medidas de seguridad curativas en establecimientos especiales para el tratamiento del enajenado mental, a fin de evitar la repetición de hechos punibles, la realidad es que tales establecimientos no ofrecen el servicio conforme a lo dispuesto en la normativa ni están al alcance de las personas que lo requieren y los mecanismos de ejecución y supervisión tampoco resultan eficaces.

Manifestamos lo anterior, pues la ley penal panameña establece que las medidas de seguridad que conllevan internamiento se aplicarán en centros de tratamiento psiquiátrico, centros de readaptación, centros de desintoxicación y, deshabituación y en centros educativos especiales o socio terapéuticos. Específicamente, en cuanto a los inimputables, dispone que serán internados en un centro de tratamiento psiquiátrico, durante el término que establezca el médico tratante y, el médico tratante está obligado a informar los cambios, modificaciones y terminación del tratamiento, sin embargo, en la actualidad la República de Panamá no existen en funcionamiento centros de internamiento gratuitos o sufragados por el Estado, para tratamiento psiquiátrico de las personas declaradas inimputables por enajenación mental.

En el Hospital Santo Tomás los tratamientos psiquiátricos o psicológicos ofrecidos son de carácter externos o ambulatorios, de allí que los familiares de las personas declaradas inimputables tengan que convivir con esa situación de forma permanente, surgiendo la duda en cuanto a las medidas de prevención especial que debe adoptar el Estado si la persona no tiene familiares cercanos o personas a cargo de su curación.

Según (Quintero, 2016), mediante Nota 2288 de 22 de octubre de 2007, el Director de Asesoría Legal del Ministerio de Salud informó a la Fiscalía Superior del Segundo Distrito Judicial de Panamá que el Instituto de Salud Mental no cuenta con salas de atención psiquiátricas cerradas y, por su parte, a través de la Nota 2538 de 17 de diciembre de 2007, el Director General del Sistema Penitenciario comunicó que solo pueden mantener recluidas a personas que no padezcan perturbación mental incapacitante y cada Centro Penitenciario procura, en la medida de sus posibilidades, establecer un área, para ubicar a estas personas, en el evento de que las reciba. (p.82).

En el año 2014 se presentó el perfil del proyecto de reposición de las nuevas edificaciones del Instituto de Salud Mental (INSAM), no obstante, la iniciativa fue duramente criticada por psiquiatras panameños, entre éstos, el Dr. Marcel Pena Franco, quien en entrevista ofrecida al diario La Prensa el 24 de junio de 2014 manifestó que para la reinserción de los enfermos mentales se requieren recursos que el Estado nunca ha brindado. (Prensa, 2014).

Otro aspecto de relevancia es la condición económica de las personas declaradas inimputables por enajenación mental, pues debido a su padecimiento ven reducidas las posibilidades de obtener una fuente de ingreso propia, dependiendo patrimonialmente de sus familiares y personas con quienes conviven.

Resultan escasos los estudios sobre la temática en la República de Panamá. En conferencia pronunciada en el Curso de Posgrado de Derecho Penal de la Universidad de Panamá, el 22 de julio de 1995, Fernando Velásquez Velásquez, abogado de la Universidad de Antioquia realizó profundas reflexiones en cuanto a la reciente regulación de las medidas de seguridad en el Código Penal de 1982, vigente para esa fecha, señalando que las medidas de seguridad entendidas o no como consecuencias jurídicas imponibles a los transgresores de la ley, han fracasado de manera estruendosa como lo demuestra el hecho de que no hayan disminuido los casos de reincidencia, de delincuencia habitual, de toxicomanía, drogadicción, vagancia, mendicidad, etc. (Velásquez Velásquez, 1995).

Igualmente, (Durling, 1998) realizó un estudio de las medidas de seguridad en el contexto histórico panameño, estableciendo su clasificación en atención a cinco criterios,

uno de éstos con enfoque orientado a su propósito o finalidad, en donde ubica y desarrolla a las medidas curativas, resaltando que, aunque el Código Penal de Panamá dispone que las medidas se cumplirán en establecimientos de tratamiento especial, la realidad es que son enviados al hospital psiquiátrico.

La Alianza Ciudadana Pro Justicia, en su Resumen Ejecutivo del Observatorio de la Implementación del Sistema Acusatorio en el Segundo Distrito Judicial de Panamá consignó durante su estudio, realizado del 2 de septiembre de 2011 al 30 de abril de 2012, que al Juzgado de Cumplimiento del Sistema Penal Acusatorio de la provincia de Veraguas ingresaron treinta y cinco casos cuya sanción fue la imposición de medidas de seguridad curativas. El informe agrega que en la provincia de Veraguas sobresale la aplicación de medidas de seguridad curativas, siendo éstas aplicables a personas inimputables, sin embargo, las estadísticas institucionales no son homogéneas en el dato ni en el lenguaje utilizado (Justicia A. C., 2012, pág. 15).

En la actualidad, algunos autores abordan la temática en el plano académico, no obstante, con la entrada en vigencia de un nuevo procedimiento para la declaratoria de inimputabilidad, persiste la problemática en cuanto a la eficacia de las medidas curativas ordenadas por la judicatura a las personas declaradas inimputables por enajenación mental.

## **1.2 Planteamiento del problema**

A pesar que el Código Penal de Panamá dispone la aplicación de medidas de seguridad curativas, para el tratamiento de los ciudadanos declarados inimputables por algún trastorno o perturbación mental, la eficacia de estas medidas se encuentra mermada ante la carencia de centros de internamiento públicos, aunado a los limitados mecanismos de ejecución y supervisión del tratamiento.

Nuestro problema de investigación radica en la deficiente regulación y falta de operatividad de los mecanismos de ejecución y supervisión existentes, para el cumplimiento de las medidas curativas de internamiento, destinadas el tratamiento de los ciudadanos declarados inimputables por enajenación mental, lo que representa un obstáculo

en la observancia íntegra de los programas de prevención especial y reinserción social de estas personas.

Por ello, realizaremos un análisis de las disposiciones legales vigentes en el Código Penal de Panamá respecto a la aplicación de las medidas curativas destinadas al tratamiento de los inimputables por enajenación mental y la problemática en su ejecución debido a la carencia de centros de tratamiento y de internamiento sufragados por el Estado, la deficiente regulación de normas, para la ejecución y supervisión de las medidas curativas destinadas al tratamiento de los inimputables por enajenación mental y los obstáculos de índole administrativo y presupuestario que dificultan el cumplimiento de éstas.

### **1.3 Justificación**

Esta investigación resulta relevante, pues centra su atención en una problemática actual en muchos hogares panameños que entre sus miembros albergan y comparten con personas que padecen algún trastorno mental que les impide discernir sobre la ilicitud de sus actos.

Para el Estado resulta de gran importancia que las medidas curativas destinadas al tratamiento de las personas declaradas inimputables por padecer de una enfermedad mental cumplan su fin de prevención especial del delito.

Para el Sector salud resulta necesario el presente estudio, pues fijaría las bases, para la presentación de una propuesta normativa que establezca la obligatoriedad en la atención gratuita, así como la creación de centros para el tratamiento de las personas declaradas inimputables por trastorno mental, con la consecuente dotación de recursos presupuestarios para sufragar sus costos.

Para la justicia penal servirá de sustento para la creación de un plan de seguimiento en cuanto a la ejecución y supervisión de las medidas de seguridad aplicables a los enajenados mentales por los jueces de cumplimiento, toda vez que la normativa actual es escasa y los operadores judiciales y el personal facultativo existente encuentran como limitante no

poder ejecutar acciones fuera de los límites permitidos por la legislación penal y procesal penal.

Además, nuestra investigación servirá de fuente para que los estudiantes de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas del Centro Regional Universitario de San Miguelito no solo obtengan conocimiento de la problemática existente, sino que genere en estos la iniciativa de realizar otros estudios en búsqueda de contribuir con alternativas de programas para la mejor ejecución de las medidas curativas impuestas.

#### **1.4 Objetivo general**

El objetivo general de la presente investigación será “analizar la regulación y eficacia de los mecanismos de ejecución y supervisión existentes, para el cumplimiento de las medidas curativas de internamiento destinadas el tratamiento de los ciudadanos declarados inimputables por enajenación mental”.

#### **1.5 Objetivos específicos**

Los objetivos específicos de la investigación son:

1. Examinar los mecanismos de ejecución y supervisión existentes en la legislación panameña para el cumplimiento de las medidas curativas de internamiento aplicadas a las personas inimputables por enajenación mental.
2. Identificar las carencias normativas y operativas en el procedimiento de supervisión del cumplimiento de las medidas curativas de internamiento.
3. Proponer alternativas de solución a la problemática.

## **1.6 Alcance**

El presente estudio procura definir la problemática y realizar aportes o recomendaciones que sustenten futuras reformas a la legislación penal existente y la creación de un plan de seguimiento que haga más eficiente el cumplimiento de las medidas curativas destinadas a las personas declaradas inimputables por enajenación mental.

Para ello analizaremos los datos obtenidos en año 2021. El área de alcance será la jurisdicción penal del Primer Circuito Judicial de Panamá, circunscribiendo el grupo de estudio a los operadores de la Administración de Justicia Penal, específicamente, jueces, fiscales y defensores públicos.

## **1.7 Delimitación**

La investigación aborda aspectos esenciales para el derecho penal, en particular la regulación de las medidas curativas de internamiento destinadas al tratamiento de los ciudadanos declarados inimputables por enajenación mental y la eficacia de los mecanismos de ejecución y supervisión adoptados, para verificar cumplimiento de la medida curativa ordenada.

Aunque observamos un problema que se extiende al ámbito nacional, delimitamos nuestro estudio a la circunscripción del Primer Circuito Judicial de Panamá, que comprende los distritos de Panamá, Chepo, Chimán, Balboa y Taboga, durante el año 2021.

## **1.8 Hipótesis**

La Hipótesis en el presente proyecto plantea como probable explicación al problema en estudio que: *Las medidas curativas de internamiento, destinadas al tratamiento de los inimputables por enajenación mental, dispuestas en la normativa penal vigente, resultan inoperantes ante la problemática existente en su ejecución, debido a la ausencia de centros de internamiento públicos, concatenado a la deficiente regulación de mecanismos de ejecución y supervisión, para el efectivo cumplimiento de las mismas.*

## **Capítulo II. Marco Teórico**

### **2.1 Concepto de imputabilidad**

En la doctrina encontramos diversos criterios en cuanto a la noción de imputabilidad. (Cabanellas de Torres, 2006) define la imputabilidad como la “capacidad para responder; aptitud para serle atribuida a una persona una acción u omisión que constituye delito o falta. La relación de causalidad moral entre el agente y el hecho punible” (p. 158).

Para Franz Von Liszt la imputabilidad es la capacidad de observar una conducta que responda a las exigencias de la vida política común de los hombres” (Listz, 1926).

A juicio de (Jiménez De Asúa, 1959) “la imputabilidad afirma la existencia de una relación de causalidad psíquica entre el delito y la persona. La responsabilidad resulta de la imputabilidad, puesto que es responsable quien tiene capacidad para sufrir las consecuencias, ser culpable de la comisión de un delito y de él” (p. 157).

Como señala Lenin Arroyo (Arroyo Baltan, 2000), para que un individuo sea imputable se requiere que tenga un mínimo de facultades psíquicas; por consiguiente, en el Derecho Penal la imputación a una persona equivale a comunicarle las consecuencias de su accionar, a efecto que responda por la misma, esto es, para que exista delito necesariamente debe existir el sujeto activo o sujeto imputable; empero, dicho sujeto debe actuar con voluntad, conciencia y absoluta libertad, ya que al faltar uno de estos componentes necesarios estaríamos frente a lo que es la inimputabilidad penal.

En el derecho penal panameño, la imputabilidad involucra la capacidad de la persona, para comprender el alcance y las consecuencias del acto que está realizando, en otras palabras, el individuo puede determinar por sí mismo si realiza o no la conducta ilícita puesto que entiende la ilicitud de la misma y la consecuencia jurídica que se deriva de ésta (Pujol, 2015).

El artículo 35 del Código Penal dispone, para que un procesado sea declarado culpable por un hecho previsto como punible en la ley, es necesario que sea imputable (Código Penal de la República de Panamá, 2016).

Como se observa, el Código Penal panameño no establece un concepto de imputabilidad, sin embargo, de la lectura del artículo 36, que regula la inimputabilidad, podemos identificar los elementos que la normativa le atribuye: la capacidad de comprender la ilicitud del acto y la capacidad de autodeterminarse conforme a esa comprensión.

Es importante señalar que la imputabilidad es un presupuesto de la culpabilidad, es decir, para ser culpable se necesita ser imputable. Así lo señala (Meini Méndez, 2020) al precisar que “no hay responsabilidad penal a no ser por actos lesivos a bienes jurídicos que puedan ser gobernados por la voluntad. Cuando la persona no puede comprender lo que hace o cuando no puede inhibirse voluntariamente, decae toda posibilidad de imponer una pena” (p. 182).

Si la persona no tiene esa capacidad de distinguir entre lo lícito y lo ilícito, no podrá advertir la antijuricidad de su conducta ni podrá discernir si la ejecuta o evita hacerlo. En palabras de (Jiménez De Asúa, 1959) “no se puede hacer sufrir a un individuo las consecuencias del acto que se le imputa más que a condición de declararse culpable de él” (p. 157).

La ex Magistrada de la Corte Suprema de Justicia Aura Emérita Guerra De Villalaz, en sentencia calendada 5 de septiembre de 1996, transcribió algunas consideraciones del Dr. Alejandro Pérez respecto al concepto de inimputabilidad. Veamos:

“El grado de imputabilidad se basa en la capacidad del individuo de comprender la ilicitud de un acto, esta capacidad de comprensión es una función del funcionamiento adecuado del sistema nervioso, que se traduce en una actividad normal del pensamiento, sensopercepción, estado de vigilia e inteligencia. La disfunción de una o más de estas funciones en el momento del

acto disvalioso, no antes o después del mismo es lo que condiciona la imputabilidad disminuida o la inimputabilidad.

Es importante establecer que estas funciones del cerebro pueden variar a través del tiempo en un mismo individuo, por ejemplo, un individuo que padezca epilepsia, puede cometer un acto delictivo, en el momento que está convulsionando, momento en el cual su sensorio está anulado, fenómeno este que lo ubica en las prerrogativas del artículo 24 (sic) del Código Penal, sin embargo este mismo individuo puede posteriormente cometer un delito en un momento en que no está convulsionando y su estado de vigilia o sensorio no está afectado, en este caso ya no se ubica en las prerrogativas del artículo mencionado...” (Proceso Penal seguido a J. B.H. L. por homicidio en perjuicio de R. E. L. de H., 1996).

En otras palabras, por imputabilidad podemos entender la conciencia y voluntad de la persona en cometer una conducta punible, la capacidad de comprender la ilicitud de su comportamiento y de determinarse conforme a ese conocimiento, para ello es necesario encontrarse en buen estado de salud mental, por ende, la consecuencia jurídica es la imposición de una pena.

## **2.2 Criterios para determinar la imputabilidad**

En la doctrina encontramos sistemas o fórmulas que se utilizan para determinar la imputabilidad o inimputabilidad del agente. Estos son el criterio psiquiátrico, el criterio psicológico y el criterio mixto.

Conforme al criterio psiquiátrico la imputabilidad depende del factor biológico, esto es, el examen mental de la persona señalada de cometer el injusto penal. El diagnóstico en cuanto a la existencia o no de trastornos o alteraciones mentales será determinante para el pronunciamiento del juzgador respecto a la declaratoria de imputabilidad o inimputabilidad. Este criterio encuentra en la doctrina opiniones diversas, puesto que no en todos los casos

debe declararse inimputable a una persona por padecer una enfermedad mental pues existen excepciones en las que el agente puede comprender la ilicitud del acto desplegado.

Para el criterio psicológico “se considera el funcionamiento de las operaciones psíquicas y su rendimiento” (Pérez M., Alejandro; Santamaría R., Nilda, 2006, pág. 58), esto es, la capacidad de discernimiento o la inteligencia, para determinar si las alteraciones que padece el procesado le permiten tener conciencia y voluntad sobre sus actos o sobre las consecuencias que de éstos se generen.

El criterio mixto, para la determinación de la imputabilidad, constituye una fórmula integradora, en la que el juzgador se apoya en el diagnóstico psiquiátrico, realizado por el psiquiatra forense, y en la capacidad que tiene el procesado de discernir y comprender el desvalor del acto (conciencia) al momento de manifestarse el trastorno o la perturbación. Así, el juzgador podrá analizar aspectos inherentes al grado de perturbación mental y otros factores como la repercusión de la edad y la voluntad del procesado durante la comisión del delito (Agudelo, 2007), lo que incide en la determinación de la medida de seguridad que el juzgador ha de aplicar.

### **2.3 Concepto de inimputabilidad**

La inimputabilidad es la “incapacidad para valorar la trascendencia del comportamiento o hecho que se realiza y/o la incapacidad de regular la conducta según las exigencias del derecho debido a inmadurez psicológica o trastorno mental” (Agudelo, 2007).

Para Creus inimputabilidad “es la incapacidad, o sea para saber lo que hace y conocerlo como contrario al derecho para dirigir sus acciones de acuerdo con ese conocimiento. Inimputable, pues, es quién no posee las facultades necesarias para conocer su hecho en la forma y extensión requeridas por la ley para que su conducta sea presupuesto de la punibilidad, por lo cual se encuentra en la imposibilidad de dirigir sus acciones hacia el actuar lícito, por no haber tenido capacidad para conocer o no poder dirigirlas ni aun conociendo lo que hace” (Creus, 1992).

Como destaca (Arroyo Baltán, 1999, pág. 80) “la inimputabilidad es aquel estado patológico, mediante el cual un individuo carece totalmente de voluntad y conciencia; por lo mismo, de ser así no puede responsabilizarse de la comisión u omisión del delito. En consecuencia, las causas o motivos de inimputabilidad son de carácter subjetivo y se refieren precisamente a la incapacidad personal del sujeto para que se le atribuya una pena o sanción penal”.

El Artículo 36 del Código Penal de Panamá dispone que “no es imputable quien, al momento de cometer el hecho punible, no tenga la capacidad de comprender su ilicitud o, en caso de comprenderla, de autodeterminarse de acuerdo con esa comprensión” (Código Penal de la República de Panamá, 2016).

Para que el procesado sea declarado culpable por determinado delito es necesario que sea imputable, esto es, que el agente tenga la capacidad de haber actuado con culpabilidad. Sin esa capacidad de comprender la ilicitud de la conducta, vislumbrar el desvalor social de la misma (antijuricidad) y la posibilidad de evitarlo, la persona no podrá afrontar el juicio de reproche penal y menos afrontar una pena. Por ello, incumbe a la defensa probar la inimputabilidad del agente. Reiterada jurisprudencia ha concluido que, ante falta de pruebas o constancias que demuestren la condición de inimputable, el tribunal o el juzgador debe presumir que el agente es imputable.

Igualmente, el artículo 36 del Código Penal señala que no es imputable la persona que aun comprendiendo la ilicitud del acto no tenga la capacidad de autodeterminarse de acuerdo con esa comprensión. Esta situación ocurre cuando la persona padece alguna circunstancia que le impide controlar voluntariamente sus comportamientos, por ejemplo, cuando actúa bajo síndrome de abstinencia o en un ataque de epilepsia, aunque en estos casos no siempre se pierde toda la capacidad de comprender lo que hace y debe analizarse si la que mantenía era suficiente para gobernar sus comportamientos (Meini Méndez, 2020).

### **2.3.1 Causas de inimputabilidad**

Como señalamos, el Código Penal de Panamá establece dos causas de inimputabilidad, la primera no tener la capacidad de comprender la ilicitud de la conducta y, la segunda, en caso de comprenderla, de autodeterminarse de acuerdo con esa comprensión. Entonces, aunque el Código Penal no lo deja claro, interpretamos que la normativa regula la causal de inimputabilidad a causa de un estado de perturbación mental que le impide al agente comprender el carácter ilícito del acto o adecuar su conducta a dicha comprensión, pues, en el artículo 37 aborda dicho estado, cuando el hecho proviene de la embriaguez o la intoxicación por drogas o estupefacientes, determinando las reglas para que la misma opere.

Revisando la normativa comparada, países como España y Chile sí disponen taxativamente las causas de inimputabilidad, concretando las mismas en cualquier anomalía o alteración psíquica o un estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos; y la alteración en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia que produzca una alteración grave de la conciencia de la realidad, abarcando incluso la minoría de edad como causa de inimputabilidad.

En Panamá, la norma se centra en la situación jurídica y no en el estado clínico, patológico o médico del sujeto. En palabras de (Meini Méndez, 2020) “la inimputabilidad, como concepto jurídico penal, no es sinónimo de enfermedad o deficiencia mental. Es, por el contrario, como se viene insistiendo, la condición que tiene la persona que adolece de capacidad para comprender y adecuar sus actos a la comprensión que se espera de quien se deja motivar por la norma penal” (p. 185).

Lo cierto es que corresponde al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, a través del Departamento de Psiquiatría Forense, aplicar las pruebas periciales y dictaminar la existencia o no de un trastorno mental en la persona procesada, así como la incomprensión de la ilicitud de sus actos.

En la doctrina encontramos diversas opiniones en cuanto a la complejidad y responsabilidad respecto al dictamen pericial sobre la existencia o no de inimputabilidad y

la distinción entre la perturbación mental, la inmadurez psicológica del agente y las escalas de valores que éste, su núcleo familiar o entorno social posea, pues la permisión o aceptación de una conducta punible como costumbre o hábito por tales no puede considerarse como falta de discernimiento o comprensión de la ilicitud del acto.

En el derecho penal panameño no constituyen perturbaciones mentales la simulación del trastorno ni la conducta antisocial del adulto. Tampoco constituyen trastornos mentales, las conductas aisladas antisociales de la infancia y de la adolescencia, a menos que conformen un patrón antisocial de conducta. En otros términos, los graves desajustes en la interacción social se clasifican como trastorno cuando son una constante que persiste en la edad adulta y cuando no se trata de episodios aislados de la niñez o de la adolescencia.

Tampoco es inimputable la persona que ingiere bebidas alcohólicas o alucinógenas, previo a la realización del acto ilícito, con el designio de cometerlo o generar su resultado, y no responder penalmente por éste, conocida en la doctrina como la *actio libera in causa*, y que nuestro Código Penal panameño consagra en el segundo párrafo del artículo 37. Interesa, entonces, al derecho penal la acreditación de las causas que generaron la inimputabilidad del agente al momento de cometer el hecho punible, dado que no padece de algún trastorno mental, y que dicha incapacidad derivó de un actuar doloso o culposo del sujeto para eludir el juicio de reproche por la conducta efectuada.

Por ello, afirman (Pérez M., Alejandro; Santamaría R., Nilda, 2006) que “la inimputabilidad debe ser considerada para cada caso en concreto, para cada persona y situación o para una misma persona cuando tenga casos diferentes. De igual relevancia resulta conocer que es un fenómeno que puede variar a través del tiempo para un mismo individuo” (p. 64).

### **2.3.2 Tiempo para evaluar la inimputabilidad**

La mayoría de las legislaciones y la doctrina concuerdan en que la causa de inimputabilidad debe presentarse o haberse presentado al tiempo de comisión del delito. En otras palabras, los códigos penales eximen de responsabilidad a quien no haya podido, en el

momento del hecho, tener conciencia exacta de lo que hacía, como consecuencia, el agente no puede ser castigado si en el momento de la comisión del delito no era consciente de lo que está haciendo.

El Código Penal de Panamá dispone, en su artículo 94 que, en el caso de enfermedad mental de la persona imputada, que excluya su capacidad de entender los actos del procedimiento o de obrar conforme a ese conocimiento, se ordenará por medio de auto la suspensión del procedimiento con respecto a este imputado hasta que desaparezca la condición.

En cuanto al tiempo para evaluar a la persona imputada, el artículo 95 del Código Penal refiere que el agente será sometido a examen mental cuando la autoridad competente observe indicios sobre la falta de capacidad de comprender la ilicitud del hecho o para determinarse de acuerdo con esa comprensión, por causa de trastorno mental o cuando actúa con imputabilidad disminuida. Agrega la norma, que dicha evaluación podrá ordenarse durante cualquiera de las fases del proceso.

Como se observa, el tiempo para evaluar la inimputabilidad del agente no se encuentra definido en la normativa penal. No obstante, el artículo 500 del Código Procesal Penal, que regula el procedimiento especial para la declaratoria de inimputabilidad, se centra en la prueba de la condición de inimputable, por lo que, para el desarrollo de dicho procedimiento resulta necesario comprobar dicha condición y esa comprobación puede ocurrir en cualquier fase del proceso, con la consecuente suspensión, de igual forma, en la fase en que se encuentre.

Ahora bien, la normativa penal panameña no parece contemplar aquellos casos en que la persona actuó con capacidad y voluntad en la comisión del injusto penal, pero con posterioridad, durante el desarrollo del proceso penal, padece de algún trastorno mental. Para ello ha de realizarse el examen en cualquier fase del proceso, para comprobar la condición de inimputabilidad, con las dificultades normativas en cuanto a si al momento de la comisión del delito tenía plena capacidad de comprender su ilicitud.

A nuestro criterio, en ese escenario, lo importante, para el proceso penal, es evitar que una persona que padece de enajenación mental cumpla una condena en un centro penitenciario, cuando lo que corresponde es la aplicación de medidas de seguridad curativas para garantizar las funciones de protección al sentenciado, su curación, tutela y rehabilitación.

## **2.4 El trastorno o enajenación mental como causa de inimputabilidad**

El Diccionario de la Lengua Española define la enajenación mental como “locura, privación del juicio. Estado mental de quien no es responsable de sus actos; puede ser permanente o transitorio” (Española, 2014), observándose criterios médicos y legales que no precisan la delimitación del término.

El concepto actual de enfermedad mental, o más precisamente de trastorno o perturbación mental, es totalmente diverso de aquel concebido por el Derecho Penal y la Criminología de los siglos XIX y XX. Hoy se denomina al trastorno como discapacidad psíquica y más recientemente como, capacidades diferentes a las nuestras.

Gaviria Trespalacios (2005, como se citó en Rojas Salas, 2013) afirma que el trastorno mental es una condición psicopatológica en que se encuentra el sujeto al tiempo del hecho, de suficiente amplitud, gravedad y afectación de las esferas cognoscitiva, volitiva y afectiva, que le impide ser consciente de la ilicitud de su conducta o determinarse conforme a dicha comprensión. Es decir, el trastorno mental ha de ser de tal dimensión que el sujeto está en incapacidad de elaborar una representación psíquica de su ilicitud o de elegir alternativas de actuación al tenor de su inteligibilidad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría define el trastorno mental como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La doctrina concuerda en que no existe una necesaria relación entre el trastorno mental y la asistencia psiquiátrica. En efecto, aun para individuos normales, o sin detección de trastorno, ha sido codificada la categoría de factores no atribuibles a trastorno mental y que merecen atención o tratamiento psiquiátrico, es por ello que, a veces, vemos rasgos en la personalidad de ciertos individuos y que, sin ser sometidos a una evaluación profunda, se observa que su reacción ante determinados eventos o su conducta o actuar no es cónsona con la respuesta normalmente esperada en esta sociedad.

Como puede apreciarse, el concepto jurídico de trastorno mental difiere del concepto médico pues, si bien son considerados los aspectos clínicos, lo que interesa al Derecho Penal es el significado legal del trastorno en el evento de la comisión de un hecho ilícito, esto es, que se cumplan los presupuestos exigidos por la norma, para que pueda declararse inimputable al agente.

#### **2.4.1 Etiología de los trastornos mentales**

Determinar las causas de los trastornos mentales para la ciencia es un asunto complejo. Es a partir de mediados del siglo XIX que las investigaciones hacen referencia a diversos factores como generadores de los trastornos en la mente de los individuos.

- a. Factores exógenos: son aquellos que provienen del exterior del individuo y que actúan directa o indirectamente, provocando alteraciones y la aparición de la enfermedad en el sujeto. Cuando actúan indirectamente se transmite a la descendencia, dado que modifican el plasma germinal mediante el cual se genera dicha transmisión.
- b. Factores tóxicos: la intoxicación puede ocurrir por alcohol, plomo, drogas, entre otros. En el caso del alcohol, su consumo excesivo genera múltiples trastornos sobre el individuo, el más frecuente los delirios. La intoxicación con plomo produce amnesias y alteraciones psíquicas. También lo hacen el arsénico, alcaloides, mercurio, drogas, monóxido de carbono, que provocan la llamada anoxia por la falta

de oxígeno en los tejidos, afectando incluso el cerebro y las neuronas, provocando estados de confusión y demencia.

- c. Factores infecciosos: en diversos Estados constituyen un porcentaje significativo de etiología de las enfermedades mentales, tanto de forma directa, provocando alteraciones psíquicas, como de forma indirecta produciendo alteraciones en la descendencia. La tuberculosis, por ejemplo, es una enfermedad que produce toxinas que se fijan sobre las células germinales dando lugar a oligofrenias en la descendencia. En el caso de la sífilis, directamente causa parálisis general progresiva, y de forma indirecta en la herencia produce oligofrenias. En la rubéola, las mujeres en gestación tienen descendencia con oligofrenias.
  
- d. Enfermedades generales: pueden generarse trastornos mentales a causa del padecimiento de enfermedades metabólicas o de nutrición, como la diabetes, gota, avitaminosis. También el padecimiento de trastornos o enfermedades endocrinas, como la tiroides y la hipófisis pueden desencadenar enfermedades mentales.
  
- e. Traumatismos: especialmente los traumatismos craneo encefálicos. Durante la gestación, los golpes y caídas sobre el vientre. Durante el parto, las compresiones prolongadas, vueltas de cordón que producen asfixia, forzamiento para el alumbramiento natural. También los golpes craneales en niños y adultos pueden tener consecuencias inmediatas como confusión y conmoción a corto plazo y consecuencias a más largo plazo, como trastornos epilépticos, psicosis postraumáticas. Afectaciones no craneales como impotencias funcionales, desfiguraciones, amputaciones, pueden provocar neurosis, depresiones y trastornos graves.
  
- f. Causas nutritivas: toda deficiencia nutritiva o metabólica puede provocar trastornos psiquiátricos. Un ejemplo es la avitaminosis B que produce deficiente desarrollo cerebral y deterioro del tejido nervioso cerebral.

- g. Factores ambientales: es todo lo que rodea al ser humano, como cambios en el tiempo, cambio de estaciones, cambios en la intensidad de la luz, en la temperatura que pueden producir o desencadenar enfermedades mentales.
  
- h. Factores generales: en determinadas épocas en la vida la edad predispone para un trastorno mental. Durante la infancia el desarrollo del sistema nervioso central y las capacidades mentales produce el desarrollo de la personalidad, por tanto, se pueden dar oligofrenias o insuficiencia mental e intelectual. En la pubertad ocurren cambios somáticos y psíquicos por la entrada en funcionamiento de las glándulas sexuales y por la configuración corporal. Se produce una sensación de cambio en la personalidad y cambio sobre el otro sexo. Se pueden dar esquizofrenias y enfermedades depresivas. En la edad adulta el ser humano tiene una gran actividad psíquica y son mayores las luchas en el medio laboral y social, se dan delirios y estrés. Durante el climaterio comienza la involución, ocurren trastornos psíquicos y físicos. La senectud es la última etapa con deterioro neuronal de la existencia, el envejecimiento de todos los tejidos que da lugar a la demencia senil.
  
- i. Específicos o de herencia: Se trata de la condición biológica por la cual se transmiten caracteres de los ascendentes a los descendientes. Hay distintos tipos de herencia. En la genética o hereditaria tenemos la esquizofrenia que se transmite en un 16,4% a los descendientes. La epilepsia es un trastorno mental que padece un 0,3% de la población, a pesar que no se puede establecer su transmisión a los descendientes, pero sí se manifiestan alteraciones. Algunas oligofrenias son hereditarias y se dan con mayor frecuencia en descendientes. La psicosis maniaco depresiva existente en un 0,44% en población y 35% en la descendencia.

### **2.4.2 Clasificación de los trastornos mentales**

Resulta de interés para esta investigación seguir las clasificaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría y de la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a los trastornos o perturbaciones mentales de interés criminológico.

En ese sentido, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DMS-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría elaboró una clasificación de los trastornos mentales para proporcionar descripciones de las categorías diagnósticas, con el fin de colaborar a los galenos y facultativos en el diagnóstico, estudio, intercambio de información y tratar los distintos trastornos.

En mayo de 2013 fue publicada la quinta edición del Manual que no incrementó el número de los trastornos, pero sí los ordenó de forma diferente a las ediciones anteriores. Esta clasificación encuentra críticas entre los especialistas, no obstante, su construcción pareciera responder a los avances de las neurociencias y a la realidad social en la que nos encontramos y aunque no es definitiva, constituye un mejor instrumento de referencia a la medicina legal para la determinación de alguna causa de inimputabilidad conforme a la legislación de cada Estado.

Los grupos de trastornos del DSM-5 son los siguientes:

1. Trastornos del neurodesarrollo.
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
4. Trastornos depresivos.
5. Trastornos de ansiedad.
6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.
7. Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés.
8. Trastornos disociativos.
9. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.

- 10.Trastornos de la alimentación.
- 11.Trastornos del sueño-vigilia.
- 12.Disfunciones sexuales.
- 13.Disforia de género.
- 14.Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas.
- 15.Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos.
- 16.Trastornos neurocognitivos.
- 17.Trastornos parafilicos.
- 18.Trastornos de personalidad.

La Organización Mundial de la Salud, mantiene también una clasificación y codificación de enfermedades mentales y causas de muerte denominada Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10), cuya décima edición fue publicada en 1992. La clasificación atiende a los siguientes códigos y denominaciones:

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos).

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F70-79 Retraso mental.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

Como vemos, ambas clasificaciones centran su atención en la diversidad y prevalencia de los trastornos mentales que afectan la salud de las personas y su comportamiento en sociedad. Por ello dedicaremos un espacio a la definición de algunos trastornos de interés para el derecho penal que resultan determinantes para la declaratoria de inimputabilidad de las personas procesadas por la comisión de algún injusto penal.

1. La demencia: Conforme al DSM-5 la demencia es una enfermedad progresiva y crónica del sistema nervioso central que afecta las funciones cognitivas superiores. La Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10) la define como un síndrome, debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio (Organización Mundial de la Salud, 1994). La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación, cuyo diagnóstico resulta de gran importancia para el derecho penal.
2. Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas: La CIE-10 refiere que el abuso de sustancias ocurre cuando, durante al menos un año, la persona que consume incurre en actitudes como la incapacidad de cumplir con sus obligaciones (laborales, educacionales, etc.), debido al consumo; consume la o las sustancias en condiciones físicamente riesgosas; tiene problemas legales recurrentes debido al uso de sustancias o sigue consumiendo a pesar de problemas persistentes de tipo social o interpersonal. La clasificación refiere que la dependencia de sustancias ocurre cuando, durante al menos un año, la persona experimenta un efecto de tolerancia (necesidad de consumir mayor cantidad para lograr el mismo efecto), el efecto de abstinencia (síntomas que siguen a la privación

brusca del consumo), intenta disminuir el consumo y no puede, o consume más de lo que quisiera, y deja de hacer actividades importantes debido al consumo. Entre las conductas punibles más comunes cometidas por personas con este padecimiento se encuentran los delitos de lesiones personales y los delitos contra el patrimonio (hurto y robos). La posibilidad que el sujeto padezca previamente de estados psicopatológicos latentes (por ejemplo, esquizofrenias) y que se ven desencadenados ante el consumo de drogas u otro tipo de sustancias (descompensación) explican la causa de que estas personas, posterior al hecho no recuerden haberlo cometido o haber tenido la intención de ello. Es por ello que su conducta resulta repentina, sin seguimiento o interés personal en determinada víctima y surgen de forma intempestiva, abrupta y con fuerza o violencia.

3. Esquizofrenia: Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. Las psicosis, entre ellas la esquizofrenia, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el sujeto está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario). El DSM-5 establece que la esquizofrenia compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. Refiere la CIE-10 que el enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir en sus actos y pensamientos.
  
4. Trastorno bipolar: Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad

(manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

5. Trastornos disociativos: Refiere el DSM-5 que consisten en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno (con síntomas como la pérdida de memoria de eventos traumáticos, sensación de distanciamiento de los propios procesos mentales y del propio cuerpo, hasta el control del comportamiento por varios estados de personalidad sucesivos). Los enfermos con trastornos disociativos presentan a veces una negación llamativa de problemas o dificultades personales que son obvios para los demás y cualquier problema reconocido como tal, se atribuye a los síntomas disociativos.
6. Trastornos del control de los impulsos: Conforme al CIE-10 la característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. La doctrina es conteste en señalar que los delitos cometidos por quienes padecen este trastorno se originan por la confluencia de dos factores, el primero, la intensa ansiedad, impulsividad, y agresividad existente mientras que, el segundo, obedece al precario control racional del sujeto, lo que da lugar a la existencia de actos en los que no existe la necesaria regulación volitiva, como el hurto del cleptómano, la provocación de incendios, el robo, la estafa, las falsificaciones y, en general, delitos contra la propiedad.
7. Retraso mental: El retraso mental es un trastorno definido por la CIE-10 por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del

desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. La posibilidad de que un individuo con retraso mental cometa actos delictivos depende de la profundidad de su déficit intelectual y de su modalidad clínica. La profundidad del déficit intelectual refiere que en cuanto mayor sea el grado de retraso mental, menor será la capacidad delictiva y, por tanto, menor la peligrosidad, mientras que la modalidad clínica es la que origina más problemas penales dado que en los niveles profundos de retraso mental, la misma incapacidad psicofísica que los pacientes tienen les priva de la posibilidad de delinquir. En las formas moderadas y leves, el delito aumenta en frecuencia y variedad. Desde un punto de vista psicológico-forense los casos más difíciles para determinar la inimputabilidad son los sujetos que tienen una capacidad intelectual límite, ya que adicionales a su deficiencia intelectual padecen otros síntomas, como una gran sugestionabilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, agresividad y escaso autocontrol.

## **2.5 La medida de seguridad como consecuencia jurídica de la pena**

### **2.5.1 Concepto**

Generalmente, ante la declaratoria de la responsabilidad penal por la comisión de determinado hecho punible, lo que corresponde es la aplicación de una pena. Lo anterior ocurre cuando la persona es imputable, esto es, tiene la capacidad de comprender la ilicitud del acto o de autodeterminarse de acuerdo con esa comprensión.

No obstante, de acreditarse que la persona que cometió el injusto se encuentra desprovista de esa capacidad de voluntad y autodeterminación a causa de un trastorno o enajenación mental, lo que corresponde no es la aplicación de una pena, sino la imposición de una medida de seguridad, a fin que la persona reciba el tratamiento adecuado a su padecimiento.

En el plano doctrinal, los estudiosos del derecho penal, abordan el concepto de medida de seguridad a consecuencia de la pena. García Iturbe, citado por (Arango Durling,

Virginia; Muñoz Arango, Campo Elías, 2020) señala que se trata de “medios tendientes a prevenir la delincuencia mediante el combate de la peligrosidad social encontrada en sujetos que han llevado a cabo ciertos actos de carácter antisocial (delitos o cuasi delitos) y con la finalidad de obtener la adaptación de los sujetos a la vida libre”.

Soler, igualmente citado por (Arango Durling, Virginia; Muñoz Arango, Campo Elías, 2020) refiere que son “medidas de seguridad propiamente dichas cuya acción se ejerce, sobre todo mediante la prevención específica, removiendo en el sujeto las causas que lo llevaron a delinquir” o “medidas de derecho administrativo, comprendidas dentro de la función de policía de seguridad, que se ocupan de la prevención medida contra personas peligrosas”.

Nuestro Código Penal vigente no consigna la noción de medida de seguridad como tampoco fue consignada por el anterior, sin embargo, no podemos soslayar que deduce su aplicación como consecuencia de la comisión de un hecho punible debidamente acreditado, sin embargo, ante una causal de inimputabilidad que impide la aplicación de alguna de las penas dispuestas en la normativa penal, lo que corresponde al Estado es aplicarle un tratamiento para evitar la repetición o reincidencia en el hecho.

El artículo 8 del Código Penal de Panamá refiere que a los inimputables solo se les aplicarán medidas de seguridad.

De lo anterior podemos colegir que la noción de medida de seguridad es una consecuencia de la pena y se aplica a aquellas personas que no cumplirán condena en prisión debido a su condición de inimputabilidad, con el propósito de prevención especial y reinserción social del individuo aunado a su propio resguardo o protección.

### **2.5.2 Naturaleza**

Un grupo de autores opina que las medidas de seguridad no han de incluirse en el Derecho penal, en cuanto que son medios de tutela preventiva de carácter administrativo contra las causas del delito. En esta corriente encontramos a Filippo Grisigni, que las entiende como medidas de Derecho administrativo comprendidas dentro de la función de

policía de seguridad. Vincenzo Manzini titula el capítulo de su Tratado dedicado a las medidas con la denominación de "Las medidas administrativas de seguridad", estimándolas, pues, como medidas de policía de naturaleza administrativa. Sebastián Soler no las considera sanciones y Arturo Rocco las cita como medios de defensa social de naturaleza administrativa.

Otros, como Mezger, consideran las medidas de seguridad como jurídico-penales. Mientras que Pagliaro, citado por (Arango Durling, Virginia; Muñoz Arango, Campo Elías, 2020) refiere que las medidas de seguridad no pertenecen al derecho administrativo sino al derecho penal pues como sostiene Reyes (p. 263) las “medidas son de naturaleza sancionatoria y jurisdiccional, están incluidas en el capítulo de las sanciones, y forman parte del texto penal, y solo se aplican como consecuencia de la realización de una conducta prevista en el tipo penal, y solo pueden ser impuestas por el juez con la culminación de un proceso en que se desprenda una responsabilidad” (pág. 192).

Nosotros coincidimos con éstos en que las medidas de seguridad aparecen en el Derecho punitivo como medio de lucha contra el delito y, por tanto, se encuentran integradas dentro de la definición de Derecho penal desde el momento en que son aceptadas como una consecuencia jurídica del delito.

### **2.5.3 Fundamento**

En la doctrina no surge discusión en cuanto al fundamento o motivo para la aplicación de medidas de seguridad. A diferencia de las penas, que encuentra el mayor sustento en la culpabilidad y el merecimiento de un reproche por la comisión del delito, las medidas de seguridad responden al estado de peligrosidad del agente y la necesidad de aplicar una medida de seguridad ante la eventual reincidencia en la comisión de algún injusto penal. En cuanto a los inimputables, el motivo de su aplicación va más allá de la peligrosidad y la previsión de futuras conductas punibles, pues se sustentan en la protección del sentenciado y el ingreso a centros de internamiento o aplicación de tratamientos terapéuticos para evitar que se autolesionen o hagan daño a la colectividad.

#### **2.5.4 Función**

A pesar del dilema en cuanto a la función y fines de la pena, las medidas de seguridad no encuentran el mismo escenario, toda vez que existe cierta unanimidad en admitir que su finalidad esencial es la prevención especial y resocialización del individuo.

Así lo dispone el artículo 8 del Código Penal de Panamá al señalar que las medidas de seguridad tienen como fundamento la protección, la curación, la tutela y la rehabilitación de la persona (Código Penal de la República de Panamá, 2016).

Nótese que el artículo 124 del Código Penal de Panamá aborda el propósito de las medidas de seguridad curativas y educativas, señalando que las mismas tienen por objeto el tratamiento del sujeto, a fin de evitar la repetición de hechos punibles.

Por tanto, las medidas de seguridad no son penas y, por tanto, no se basan en el principio de culpabilidad o reproche de la conducta, sino en el principio de proporcionalidad, concretamente, en el grado de peligro de las personas a quienes se dirigen.

#### **2.5.5 Principios**

Al momento de imponer una medida de seguridad a una persona declarada inimputable, le corresponde al juzgador interpretar y aplicar los mismos principios que operan para la aplicación de las penas principales.

En ese sentido, ha de considerarse el Principio de Necesidad, que implica que todo juzgador debe partir del análisis de las condiciones objetivas del sujeto que, luego de la realización de la conducta reprochable, demuestran la exigencia de imponerle una medida de seguridad, con la adecuada idoneidad para que le represente cierto grado de beneficio o utilidad al momento de mantenerse o reinsertarse en su convivencia familiar o social.

El Principio de Proporcionalidad también debe ser considerado por el juzgador al momento de establecer una medida de seguridad educativa o curativa, puesto que no debe buscar una relación entre la dosificación de la pena que le hubiesen impuesto de resultar

imputable y la gradualidad o durabilidad de la medida, ello porque no estamos frente a una pena, sino que debe ajustar esa decisión a la eficacia del tratamiento, por lo que puede suspenderla o terminarla antes del plazo ordenado en la sentencia y por recomendación de los especialistas encargados del tratamiento. Recordemos que la finalidad de las medidas de seguridad es procurar que el agente tenga la posibilidad de ejercer y disfrutar de sus derechos sin afectar el bienestar general.

Igualmente, el Principio de Razonabilidad debe ser considerado por el juzgador con el propósito de establecer un equilibrio entre los bienes jurídicos tutelados, el respeto a la armónica convivencia social y la restricción de las libertades del agente que atentó contra uno de ellos y brindarle la atención educativa o curativa conforme a las condiciones y restricciones adecuadas.

#### **2.5.6 Clases de medidas de seguridad**

En la doctrina y la legislación comparada encontramos una constante en cuanto a la clasificación de las medidas de seguridad en: curativas, educativas y aquellas que conllevan internamiento y/o tratamiento en centros de reclusión.

El Código Penal panameño de 1982 clasificaba en el artículo 106, las Medidas de Seguridad como preventivas, educativas y curativas. Claramente destacaba que las preventivas no conllevaban internamiento y podían ser de carácter personal y patrimonial.

En las llamadas preventivas personales se detallaban aquellas que se asemejan a las medidas cautelares personales de presentación o reporte periódico ante los organismos encargados de su vigilancia; la prohibición de concurrir a determinados lugares; la fijación del domicilio y la abstención del consumo de bebidas alcohólicas.

El actual Código Penal no reconoció las medidas de seguridad preventivas de carácter personal ya mencionadas y, por otro lado, aquellas que el anterior Texto también reconocía como la suspensión de la licencia para conducir y la prohibición de portar armas, pasaron a ser clasificadas como algunas de las denominadas penas accesorias. Igualmente, eliminó la

medida de seguridad preventiva que consistía en la caución (fianza) patrimonial de buena conducta, que debía establecerse por sentencia y no ser menor de un año ni mayor de cinco.

En Panamá, las clases de medidas de seguridad se encuentran normadas en el Libro I, Título IV del Código Penal. Específicamente el artículo 123 de la excerta dispone que las medidas de seguridad son de carácter educativo y curativo. Y agrega que las mismas pueden cumplirse ambulatoriamente o en un centro de internamiento, de manera que el objeto es el tratamiento del sujeto para prevenirlo en la comisión de otros hechos punibles, pero sin pretender, como lo hacía el artículo 110 del Código anterior, modificar su conducta y personalidad ya que esto podría significar mantenerlo recluido o limitado en su libertad, de manera indefinida, hasta que se lograra.

Obsérvese que la normativa patria sólo contempla estas dos tipologías y clases de medidas de seguridad a propósito de aquellos que, por causas determinadas previamente por el Juez de Conocimiento, no hayan tenido discernimiento ni dominio de su voluntad al momento de cometer un delito.

Sin embargo, el artículo 124 agrega que las medidas curativas y educativas se aplicarán en establecimientos especiales, no obstante, el juzgador podrá ordenar el internamiento del sujeto o el tratamiento ambulatorio, tomando en cuenta el dictamen emitido por médicos legales. De lo anterior podemos obtener otra clasificación, distinguiéndolas en medidas de seguridad privativas de la libertad como el internamiento y no privativas de libertad como el tratamiento ambulatorio u otras restricciones fuera de recintos especializados.

## **2.6 Medidas curativas aplicables a los inimputables por enajenación mental en Panamá**

Son medidas de seguridad curativas, las que persiguen curar al delincuente inimputable por razón de padecer un trastorno mental, ser toxicómano o bebedor habitual, destinándolo a un tratamiento adecuado en un establecimiento especial (Arango Durling, Virginia; Muñoz Arango, Campo Elías, 2020, pág. 199).

El artículo 125 del Código Penal de Panamá dispone que las medidas de seguridad que conllevan internamiento se aplicarán en los siguientes lugares:

1. En un centro de tratamiento psiquiátrico.
2. En un centro de readaptación.
3. En un centro de desintoxicación y deshabitación.
4. En un centro educativo especial o socio terapéutico.

Aunado a ello, el artículo 126 de la citada excerta señala que los inimputables serán internados en un centro de tratamiento psiquiátrico, durante el término que establezca el médico tratante, además, el encargado de dirigir el tratamiento está en la obligación de informar al Juez o Magistrado de los cambios, las modificaciones o la terminación del respectivo tratamiento.

En el primer supuesto del artículo 125, el internamiento es aplicable a cualquier sujeto inimputable, debido que el artículo 126 preceptúa que éstos, de modo general serán internados en un centro de tratamiento psiquiátrico y durante el término que establezca el médico tratante. Por tanto, para el internamiento en un centro psiquiátrico, el Juez deberá atender a los resultados del dictamen del médico forense (que por disposición de la Ley No. 50 de 2006, modificada por la Ley No. 69 de 2007 es el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses) y sujetarse al término que establezca el médico clínico o tratante, quien también estará obligado a informarle los cambios, modificaciones o terminación del respectivo tratamiento.

Entonces, si la norma establece que todo inimputable debe ser objeto de internamiento, se entiende que al imputable o al de imputabilidad disminuida le es aplicable las restantes medidas de seguridad de manera ambulatoria, estas son; las que aplican los centros de readaptación, de desintoxicación y deshabitación, y en los centros educativos especiales o socio terapéuticos, sin embargo, ello no queda tan claro en la redacción de la norma.

De otra parte, el artículo 127 hace mención de otras medidas de seguridad que conllevan tratamiento ambulatorio y las clasifica en:

1. El tratamiento siquiátrico o psicológico externo.
2. El tratamiento en centros de desintoxicación y deshabitación.
3. La asistencia a un centro educativo especial o socio terapéutico.

Nótese que el texto legal no sugiere o establece si quien aplica las medidas de seguridad debe ser un centro público o privado, pero sí ordena que se trate de centros o establecimientos especiales, lo cual resulta un avance respecto del Código Penal anterior que disponía que las mismas podían cumplirse en secciones adecuadas en los Centros Penales, no obstante, traslada la carga en cuanto a su costo o manutención a los curadores, familiares o personas que sostienen económicamente a los declarados inimputables.

## **2.7 Procedimiento para la determinación de medidas de seguridad**

Para poder aplicar una medida de seguridad es necesario constatar, como ya hemos señalado, la concurrencia de los dos presupuestos, el primero, la comisión previa de un hecho tipificado como delito y, el segundo, la existencia de peligrosidad criminal.

Como señalamos anteriormente, el artículo 35 del Código Penal panameño reseña que la imputabilidad se presume a falta de pruebas. Partimos de esta premisa pues, como sabemos, ante la recepción de una noticia criminal, la aprehensión y citación y/o conducción del agente, para que comparezca al inicio formal de la investigación, ocurre por flagrancia o por disposición del Ministerio Público.

En el primer caso es evidente que término que tiene el Fiscal para poner a órdenes del Juzgado de Garantías al ciudadano es de veinticuatro horas, en las que deberá acopiar la información, informes y receptor las entrevistas necesarias para legalizar la aprehensión de éste. No obstante, ¿alcanza el tiempo para realizar una evaluación psicológica o psiquiátrica por el Instituto de Medicina Legal? en ese sentido, ¿cómo puede percatarse el Fiscal que se encuentra ante un inimputable?

Precisamente estos casos han ocurrido ya en nuestro sistema de procesamiento penal acusatorio, y es que el término para asignar el aprehendido a órdenes del juzgador mecaniza

el sistema a la concreción de objetivos claros, legalizar la aprehensión y, de paso, aprovechar la presencia del indiciado para formularle imputación por el delito, además, el acopio de las evidencias y elementos de conocimientos no deja mucho tiempo para evaluar una posible condición de inimputabilidad, máxime cuando el principio de inocencia y el derecho a guardar silencio impide al Fiscal entrevistar al indiciado en esos momentos, a no ser que sea su voluntad y que se encuentre en compañía de su defensor.

Y es que tampoco las unidades colaboradoras o auxiliares que participan de la aprehensión están formadas o capacitadas para prever esta condición y advertir la misma en un informe de aprehensión en flagrancia. En ese sentido, el artículo 5 del Código Procesal Penal señala que “... sin formulación de cargos no habrá juicio...” (Hernández Arosemena, 2018), lo que lleva a la conclusión de que hay que formular imputación para cumplir con el procedimiento (juicio especial) para la aplicación de medidas de seguridad al inimputable.

La realización de la audiencia de formulación de imputación es una comunicación, donde el Fiscal conversa con el indiciado frente al Juez y al Defensor, lo llama por su nombre, le narra sus generales para que el mismo precise si se trata de él y no de otra persona y le señala los elementos que tiene en su contra para iniciarle una investigación. ¿Podrá el inimputable, el perturbado mental, entender o comprenderlo?

Adicional a ello, el Juez explica al imputado los efectos de la referida formulación, la posibilidad de llegar a soluciones alternas, acuerdos, etc., pero sabemos que, si la causa de inimputabilidad es la enajenación mental, la demencia presenil y senil o las esquizofrenias, difícilmente ocurrirá ese entendimiento. Incluso, el defensor puede advertir la condición, si realiza una entrevista a su representado, previa al acto, no obstante, depende de los intervinientes solicitar al Instituto de Medicina Legal una evaluación psiquiátrica para determinar la condición, evaluación que no en todos los casos ocurrirá de inmediato.

Aunado a lo anterior, después de la formulación de imputación, de acuerdo al delito y a los riesgos procesales, ya han ocurrido petitorios de medidas cautelares. Si el delito es grave y se adecua al tamiz de las exigencias extremas de cautela, se ordena la detención provisional.

En ese escenario, serán los custodios o el personal administrativo penitenciario del Centro carcelario quienes podrán advertir la condición de la persona y adoptar medidas a fin de evitar que la misma genere situaciones complejas, realizando los reportes correspondientes a efecto de solicitar la evaluación correspondiente. Pero, si la medida solicitada es de comparecencia periódica u otras del catálogo que impliquen la voluntariedad del agente, salta la duda en cuanto a la eficacia de su cumplimiento.

No obstante, el artículo 500 del Código Procesal Penal panameño contempla la suspensión del proceso en la fase que se encuentre, para comprobar la condición de inimputabilidad. Para ello debe cumplirse el examen mental de que trata el artículo 94 de la misma normativa procesal penal, el cual procede cuando la autoridad observe indicios de falta de capacidad por causa de trastorno mental o cuando actúa con inimputabilidad disminuida.

En definitiva, la normativa penal prevé como presupuesto de inimputabilidad el trastorno mental generador de la incapacidad del sujeto al momento de la comisión del hecho, sin considerar que el procesado pueda padecer de algún trastorno mental con posterioridad a ese momento, mientras dure el proceso. En este sentido, el Código Procesal Penal de Panamá contempla en el artículo 94 que si la enfermedad mental de la persona imputada excluye su capacidad de entender los actos del procedimiento o de obrar conforme a ese conocimiento, lo que corresponde es la suspensión del procedimiento con respecto a ese imputado hasta que desaparezca la condición, planteamiento que genera dudas en cuanto al límite de la suspensión del proceso o si lo que corresponde es la aplicación del procedimiento especial para los inimputables dispuesto en el artículo 500 del Código de procedimiento penal panameño.

El Procedimiento Especial para los inimputables, se regirá en lo posible por los principios y reglas establecidos para el proceso ordinario, pero se observarán, especialmente, los siguientes principios y reglas conforme el artículo 501 del Código Procesal Penal:

1. El imputado incapaz será representado, para todos los efectos, por su defensor y un curador, con quienes se surtirán todas las diligencias del procedimiento.

2. No se exigirá la declaración previa del acusado, a menos que él quisiera hacerlo para aportar algún dato de interés relevante al proceso.
3. El juicio seguido al inimputable excluye cualquier otro hasta tanto se defina su situación procesal.
4. El juicio será a puerta cerrada. No será necesaria la presencia del acusado cuya condición le imposibilite estar presente en la audiencia.
5. En el acto podrán absolver al acusado o aplicarle una medida de seguridad.
6. No son aplicables las normas referidas al proceso directo ni las de suspensión condicional del procedimiento.
7. El inimputable tiene derecho a que se consideren a su favor todas las causas de atipicidad, antijuridicidad, excusas absolutorias, excluyentes de culpabilidad, así como los beneficios procesales que le favorezcan.

El inimputable, declarado culpable, aunque ya vimos que la inimputabilidad es la incapacidad para ser penalmente culpable, pues el sujeto es incapaz, será sometido a reglas especiales para la aplicación de medidas de seguridad, ello, toda vez que el artículo 8 del Código Penal panameño dispone que a los inimputables solo se les aplicarán medidas de seguridad, que tienen como fundamento la protección, la curación, la tutela y la rehabilitación de la persona.

Estas reglas especiales de la aplicación de medidas de seguridad están contenidas en el artículo 515 del Código Procesal Penal:

1. En caso de incapacidad, intervendrá el representante legal, quien tendrá la obligación de vigilar la ejecución de la medida.
2. El Juez determinará el establecimiento adecuado para la ejecución y podrá modificar su decisión, incluso a petición del representante legal o de la dirección del establecimiento.

3. El Juez examinará periódicamente la situación de quien sufre una medida, fijando un plazo no mayor de seis meses entre cada examen. La decisión versará sobre la cesación o continuación de aquella (Juez de cumplimiento).
4. La denegación de la salida será apelable.

En ese sentido, el Código Penal, en su artículo 126 dispone que los inimputables serán internados en un centro de tratamiento psiquiátrico, durante el término que establezca el médico tratante y, el médico tratante está obligado a informar los cambios, modificaciones y terminación del tratamiento.

Obsérvese que, de ello, surgen nuestras dudas, pues en Panamá ya no existe en funcionamiento centros de tratamiento psiquiátrico permanente y lo que sí existe, a nivel público, en el Hospital Santo Tomás, son tratamientos ambulatorios, de los que trata el artículo 127 del Código Penal, consistentes en tratamiento psiquiátrico o psicológico externo.

Los tratamientos en centros de desintoxicación y deshabitación y centro educativos especiales o socio terapéuticos son de carácter privado y no son remunerados por el Estado.

De allí que los familiares tengan que convivir con esa situación de forma permanente, surgiéndonos la duda en cuanto a las medidas que debe adoptar el Estado si la persona no tiene familiares cercanos, en cuyo caso pudiera generarse la reincidencia del agente en la comisión de hechos punibles con posterioridad.

## **2.8 Ejecución de las medidas de seguridad**

No es viable a la luz de nuestro reciente Código Penal la aplicación de Medidas de Seguridad en los centros penales, sino en establecimientos especiales y habilitados o capacitados para tal fin, y en este sentido el artículo 127 ordena que el tratamiento ambulatorio, psiquiátrico o psicológico, sea externo.

La intención de someter a la persona a una medida de seguridad curativa con internamiento, resulta una mera declaración normativa sin mayor trascendencia real si el Estado no cuenta con los centros respectivos para ello.

Mediante Nota 2288 de 22 de octubre de 2007, el Director de Asesoría Legal del Ministerio de Salud informó a la Fiscalía Superior del Segundo Distrito Judicial de Panamá que el Instituto de Salud Mental no cuenta con salas de atención psiquiátricas cerradas y, por su parte, a través de la Nota No. 2538 de 17 de diciembre de 2007, el Director General del Sistema Penitenciario comunicó que solo pueden mantener recluidas a personas que no padezcan perturbación mental incapacitante y cada Centro Penitenciario procura, en la medida de sus posibilidades, establecer un área para ubicar a estas personas, en el evento de que las reciba.

Encontramos de este modo que toda persona que confronte problemas de salud mental, que represente algún grado de peligrosidad para sí o para terceros, sea imputable, de imputabilidad disminuida o inimputable, no encuentra el centro apropiado para ser internado por orden judicial, aun cuando la norma ordena que tales medidas de curación sean brindadas por centros especiales y que, por supuesto, no pueden ser entendidos en modo alguno como centros carcelarios.

En el actual Código Penal panameño no se regulan los supuestos ni los casos que anteriormente establecían los artículos 112 y 113 sobre la aplicación de las medidas de seguridad y, por lo tanto, ahora depende del dictamen de los peritos, del argumento por las partes y de la decisión del juzgador.

Lo favorable de no haber contemplado algunas de las normas del anterior Código Penal, es que no nos encontramos ante el artículo 118 que prohibía suspender condicionalmente o el artículo 114 que impedía poner fin a la ejecución de la medida de seguridad antes del vencimiento del término de duración mínimo señalado en la sentencia, ello ahora dependerá del Juez o Magistrado previa información suministrada por el encargado del tratamiento.

Tampoco estamos frente al artículo 115 que establecía un término máximo de duración de la medida de internamiento en 20 años, ni la subsistencia de estas cuando eran curativas y se mantenían las causas que las motivaron. Recordemos que ya no se trata de modificar o cambiar la conducta o personalidad del sujeto como una finalidad para evitar que repita conductas delictivas, sino la de establecer los medios de protección y curación que puedan garantizar alguna probabilidad de que ello sea posible.

El Juez de Cumplimiento, conforme el numeral 4 del artículo 46 del Código Procesal Penal de Panamá, tiene a su cargo las cuestiones que se susciten durante la ejecución de las medidas de seguridad, especialmente, velando que se respeten los derechos fundamentales del sancionado y no se restrinjan más allá de lo establecido en la sentencia.

En ese sentido, resulta fundamental acudir a los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (PBP), específicamente, el principio X, que garantiza el derecho a la salud de las personas privadas de libertad, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye disponibilidad médica, odontológica, psiquiátrica adecuada; disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial, aunado a medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo (Organización de los Estados Americanos, 2022, pág. 9), como los que padecen de enfermedades mentales, cuyo tratamiento deberá basarse en principios científicos y aplicar las mejores prácticas.

La Regla 25 de Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (RMTR) dispone que los servicios médicos de la prisión tienen que cubrir las labores de diagnóstico y tratamiento básicos de enfermedades físicas o mentales, además, deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y si fuese necesario para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales (Organización de las Naciones Unidas, 2022, pág. 8).

Ahora bien, el Juez de cumplimiento, de conformidad con el artículo 515 del Código Procesal Penal panameño, es el competente para determinar el establecimiento adecuado para la ejecución, modificar su decisión, incluso a petición del representante legal o de la dirección del establecimiento. También le corresponde examinar periódicamente la situación de quien sufre una medida, fijando un plazo no mayor de seis meses entre cada examen, a fin de determinar la cesación o continuación de la medida de seguridad.

## **2.9 La salud mental en Panamá**

### **2.9.1 Antecedentes generales**

La salud mental se define como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Mayo, 2022).

En términos prácticos podemos entender la salud mental como “sentirse bien con uno mismo, con quienes uno se relaciona y con el entorno” (Mayo, 2022). Agrega el galeno, que ocupó el cargo de ministro de Salud de Panamá, que la salud mental es de las cosas a las que se les concede valor únicamente cuando se ve afectada, es en esos momentos cuando hacen consciencia de que la necesitan y debieron prestarle la debida atención antes de que se afectara de manera grave.

En Panamá, los motivos de consulta más comunes en los servicios de salud mental y psiquiatría son los trastornos depresivos y de ansiedad. Está claro que existen factores que ponen en riesgo la salud mental, como, por ejemplo: el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, el insomnio, el estrés durante períodos de tiempo prolongados, las experiencias traumáticas como los desastres, las violaciones o maltrato, la orfandad, la falta de educación, desempleo, problemas económicos, padecer enfermedades crónicas y el aislamiento social, entre otros.

En este sentido, el Ministerio de Salud de Panamá ofrece servicios de salud mental y psiquiatría en centros de salud y policentros.

Según los datos recopilados de las consultas de salud mental en las instalaciones de atención primaria del Ministerio de Salud, durante los años 2011 y 2012, las principales causas de trastornos mentales y del comportamiento, fueron los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos, trastornos de conducta no especificado, insomnio y los trastornos de desarrollo de habilidades escolares, no especificado.

Durante el año 2011, en las instalaciones de atención primaria del Ministerio de Salud, se brindaron un total de 25, 311 consultas, de las cuales correspondieron al sexo masculino

y 15,028 consultas (64.5%) al sexo femenino. Entre las principales causas de consultas se consignan: los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos, los trastornos de conducta no especificado, el insomnio no orgánico, los trastornos del desarrollo de las habilidades escolares no especificado, esquizofrenia, los trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol, intoxicación aguda y el trastorno de adaptación.

Las Regiones de Salud con tasas más elevadas de trastornos mentales fueron: Los Santos, Herrera y Veraguas, superando la tasa de país de 679.7 x 100,000 habitantes, siendo las mujeres más afectadas (tasa de 811.4x100000) que los hombres (tasa de 549.4 x 100000).

Para el año 2012, se atendieron un total de 23,783 consultas, lo que representa una tasa de 627.9 x 100,000 habitantes El mayor porcentaje de consultas fueron dadas a usuarias del sexo femenino: 14024 consultas, y 9759 consultas corresponden al sexo masculino.

Las principales causas de consulta se detallan a continuación:

### Cuadro No. 1

#### Causas de Consulta en el Servicio de Psiquiatría del Ministerio de Salud en el año 2012

<i>Morbilidad</i>	<i>Tasas</i>
1. Trastorno de ansiedad no especificado	142.9
2. Episodio depresivo no especificado	58.3
3. Trastorno de ansiedad generalizado	28.6
4. Trastorno de la conducta, no especificado	23.7
5. Esquizofrenia no especificada	20.6
6. Insomnio no orgánico	15.7
7. Trastorno del desarrollo de las actividades escolares	14.8
8. Trastorno específico del desarrollo de la función	14.2

9. Trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol, síndrome de dependencia	14.1
10. Trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol, intoxicación aguda	12.5

Fuente Institucional: Dirección de Planificación- Departamento de Registros y Estadísticas de salud. MINSA.

La Psiquiatra Cindy Serna, al abordar la problemática de la salud mental en Panamá, refiere que la dependencia e intoxicación aguda por el alcohol, ocupan la novena y décima posición, entre las principales causas de enfermar en salud mental de los usuarios (as) de la red de servicios de atención primaria en salud mental del Ministerio de Salud, lo que se expresa también en las estadísticas del Departamento de Infracciones Menores de la Dirección de Tránsito y Transporte Terrestre para el mismo período, en el cual se aplicaron 52,382 boletas de infracciones de tránsito, de los cuales el 13.4% del total de infracciones obedecen a embriaguez e intoxicación por estupefacientes, 5907 boletas por conducir con aliento alcohólico (11.3%) y 10487 boletas por conducir en estado de embriaguez comprobada o bajo efecto del alcohol (20%). El conducir en estado de embriaguez comprobada o bajo efecto del alcohol, se incrementó en un 5% del 2010 al 2012 (Serna, 2022).

De acuerdo a la primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI) de Panamá, realizada por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, el Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el alcohol se ha convertido en la primera droga de consumo en el país. La encuesta que fue aplicada en el 2007 a 25,748 personas mayores de 18 años a nivel nacional, también detectó que, en el consumo de alcohol, en todos los casos, es más constante en los hombres que en las mujeres. No obstante, las mujeres tienen mayor prevalencia en las áreas urbanas versus las rurales. Los hombres comienzan a tomar alguna bebida alcohólica a edades más tempranas que las mujeres. La mayoría de entrevistados dijo haber ingerido bebidas alcohólicas por primera

vez, entre los 18 y 24 años de edad (Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, 2022).

La evolución de las tasas de suicidio, durante la década del 2000 al 2010, constituyeron las tasas más elevadas, los años 2006 y 2008, con 5.7 y 5.5 por 100000 habitantes. El año 2011 presentó la tasa más baja, con 3.9 suicidios por 100,000 habitantes. Un análisis desagregado de esta causa, nos permite señalar al suicidio como un problema de salud pública, dado su magnitud, gravedad, trascendencia social, pérdida de años de vida productiva y su impacto en el orden psicosocial de los afectados y sus familiares.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, durante el año 2011 ocurrieron 144 suicidios (lesiones auto infligidas intencionalmente), lo que representa una tasa de 3.9 x 100000. Las Regiones de Herrera, Los Santos, Chiriquí, Veraguas y Coclé, presentaron las tasas más elevadas de suicidio; mientras que las Regiones con menores tasas, corresponden a la Región de Bocas del Toro, la Región Metropolitana y Darién. El sexo masculino fue el más afectado con una tasa de 6.7 x 100,000 en relación a las mujeres, con una tasa de 1 x 100000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá, 2022).

El Ministerio de Salud también registra en sus estadísticas las consultas realizadas en los Centro de Rehabilitación Integral para el año 2019 (Ministerio de Salud de Panamá, 2022), relativo a los servicios de Neuropsicología, Neurología médica, Psiquiatría y Psicología.

## Cuadro No. 2

### Consultas realizadas en los Centros de Rehabilitación Integral del Ministerio de Salud de Panamá para el año 2019.

<i>Servicio</i>	<i>Nuevo</i>	<i>Recurrente</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Total</i>
Neuropsicología	43	0	36	7	43
Medicina Neurología	0	270	143	123	270
Psiquiatría	0	1,125	503	622	1,125
Psicología	1,200	7,123	4,593	3,730	8,323

Fuente Documental: Sistema de Información Estadística en Salud. SIES.

Fuente Institucional: Dirección de Planificación- Departamento de Registros y Estadísticas de salud. MINSA.

### 2.9.2 El Instituto de Salud Mental

La Institución inició labores en 1933, año en el que la República de Panamá asume la responsabilidad de los pacientes psiquiátricos que hasta ese momento eran atendidos por el gobierno estadounidense en el Hospital Militar Corozal.

Como Instituto especializado, tiene la misión de brindar atención hospitalaria a casos psiquiátricos agudos con dificultad en el diagnóstico y tratamiento. Además, es Centro de Estudios de Docencia e Investigación en Salud Mental en beneficio del paciente, la familia y la comunidad (Panamá).

Está ubicado en el distrito de Panamá, corregimiento de Río Abajo, calle Matías Hernández, detrás de Villa Lorena. Mediante Decreto Ejecutivo No.128 de 22 de abril de 2004, publicado en la Gaceta Oficial No. 25,036 de 26 de abril de 2004, fue reorganizado con el propósito de tener una cobertura nacional a personas con trastornos o enfermedades mentales.

Su recurso Humano está compuesto por profesionales de diversas disciplinas como: Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, Enfermería, Laboratorio, Farmacia, Nutrición, Neurología, Medicina Interna y General, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, entre otras.

No obstante, sus antecedentes datan de 1933 cuando inicia sus labores con Hospital, llamado entonces “Retiro Matías Hernández”, en honor a quién donó las 22 hectáreas de tierras para este centro. Entre 1940 a 1950 el Estado construyó nuevas estructuras y se le otorga el nombre de “Hospital Psiquiátrico Nacional”.

Entre 1960 y 1970 se prepara personal para brindar atención a la población que así lo ameritaba, procediendo a eliminar el término Manicomio y, en 1990 se adoptan los principios para la protección de los enfermos mentales a través de la reestructuración de los programas en la Declaración de Caracas, eliminando así el modelo manicomial por un modelo que humanice y dignifique al enfermo mental.

En el año 2003 culmina la elaboración del manual de atención primaria en salud familiar por una comisión integrada por técnicos de salud mental y se ejecutan normas de atención en relación con la clínica de psicofármacos y criterios de atención.

En cuanto a la atención del paciente con discapacidad mental, esta se manifiesta con mayor énfasis en la década del 90, pues no sólo se enmarca en la resocialización del enfermo con su medio familiar y social, también se crea el Centro de Rehabilitación Psicosocial, que consiste en un conjunto de esfuerzos y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento de un individuo a fin de ayudarlo a superar o disminuir desventajas o discapacidades en los aspectos de la vida diaria.

En el año 2003 inauguran el Centro de Atención Integral, para ofrecer ayuda especializada a todo paciente que lo demande en el grupo de edad comprendida entre 18 a 65 años con un enfoque multidisciplinario, mientras que en el 2004 se reorganiza el Centro de Estudios y Tratamientos en Adicciones, que es un ente especializado en el manejo de la enfermedad adulta desde una perspectiva bio psico-social y espiritual de manera integral.

El 22 de abril de 2004, por Decreto Ejecutivo No. 128, se reorganiza y denomina el Instituto Nacional de Salud Mental, además, se obtuvo el reconocimiento formal del

consejo técnico de las especialidades y sub especialidades de psiquiatría, debido a que se logró implementar el sistema de evaluación de los sistemas de la salud mental en Panamá.

En el año 2014 se presenta el perfil del proyecto de reposición de las nuevas edificaciones del INSAM. El proyecto refiere la reestructuración de la atención psiquiátrica a nivel mundial que exige el cumplimiento de los Derechos Humanos y la facilidad de garantizar la calidad en la atención donde se beneficia a la población nacional asegurada y no asegurada, además de los extranjeros en el territorio nacional, además de constituirse en el centro docente para capacitar a médicos en psiquiatría y estudiantes de pre y post grado de las diferentes disciplinas en salud.

En cuanto al procedimiento de atención en el Instituto de Salud de Mental, el diario La Estrella de Panamá, en publicación fechada 2 de marzo de 2009 entrevistó a la Licenciada Dayra De León, enfermera jefa de la sala del Centro de Atención Integral, quien explicó que el instituto es especializado en atender a los pacientes que llegan en estado crítico y se les brinda una atención integral junto a sus familiares.

Refiere la facultativa que lo primero que se hace es ingresar al paciente a las estadísticas. Luego la atención del médico y de la enfermera. Tras ser ingresado le hacen un examen mental para ver si necesita quedarse o no hospitalizado. Dependiendo de los resultados el paciente puede ir a la Unidad de Intervención en Crisis, donde estará restringido y vigilado durante 24 horas, y puede permanecer hasta 72 horas. En muchos casos el paciente egresa, sino le establecen un programa de rehabilitación. Cuando tiene mejoría va al área de Breve Estancia, en donde le dan otro cuidado. Allí puede permanecer 30 días en hospitalización. En Breve Estancia, le explican al paciente sobre su enfermedad mental, los tratamientos que va a necesitar y se llama a reunión a sus familiares, para que tomen conciencia y participen en el tratamiento.

Detalló la enfermera De León que “la familia juega un papel importante y el paciente egresa con sus medicamentos y su referencia para que le den controles ambulatorios en el Complejo Hospitalario, en el Hospital Santo Tomás o en los diferentes centros de salud que tiene el país, donde existen atenciones para los enfermos mentales. Por estas atenciones

cobran 10 dólares por día en el área de Breve Estancia” (Diario La Estrella de Panamá, 2022).

La política es de puertas abiertas, por lo que no solo llegan las personas con discapacidad mental. También reciben pacientes que consumen múltiples drogas, otros con problemas de intento de suicidio, depresiones graves, trastornos afectivos, bipolares y esquizofrenia, incluso pacientes que son enfermos mentales y a la vez consumen sustancias ilícitas.

La doctora Juana Herrera, directora del Instituto de Salud Mental y jefa del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud (Minsa), en entrevista realizada al diario La Estrella de Panamá, en publicación fechada 15 de mayo de 2022, reconoce la necesidad de contar con estadísticas actuales sobre padecimiento mentales y adicciones en Panamá. Señala que la falta de estos datos genera subregistros en diagnósticos clave como consumo de alcohol, drogas o enfermedades mentales, y a su vez, resta un sistema planificado para atender estas necesidades en la población. Agrega la Dra. Herrera que no tienen una medición clara de cuántas personas padecen de enfermedades mentales y su gravedad. Esta información resulta de gran importancia para trazar programas de atención, ubicar centros de salud especializados por regiones, dotar a la población de una atención eficiente en la materia (Diario La Estrella de Panamá, 2022).

## **Capítulo III. Metodología**

### **3.1 Tipo de investigación**

La investigación es de tipo cualitativa, toda vez que analizamos las medidas de seguridad curativas destinadas al tratamiento de los inimputables que consagra el actual Código Penal de Panamá y los mecanismos de ejecución y supervisión existentes para el cumplimiento de las mismas, con el propósito de realizar aportes o recomendaciones que sustenten futuras reformas a la legislación existente. Para ello, utilizamos el método de investigación acción el cual complementamos con el método hermenéutico.

En cuanto a la fuente de información, la investigación se sustenta en un diseño de análisis de contenido documental, por cuanto se basa en una revisión crítica de diversas publicaciones impresas que abordan la temática, entre éstas, obras de carácter jurídico, documentos institucionales, informaciones periodísticas, normativas nacionales y foráneas.

La técnica que utilizaremos es la encuesta.

### **3.2 Población y muestra**

Para la selección y descripción de la información utilizamos fuentes documentales, esto es, la consulta de fuentes normativas primarias como Leyes, Tratados y Convenios Internacionales, Decretos y Resoluciones vinculadas al tema de estudio.

Igualmente, utilizamos fuentes provenientes de la doctrina, que incluyeron libros, revistas, trabajos de investigación, publicaciones periódicas y bases de datos extraídas de sitios web abiertos e instituciones públicas, relativos a la regulación de las medidas curativas destinadas al tratamiento de los inimputables por enajenación mental y los mecanismos de ejecución y supervisión para el cumplimiento de éstas, previstos en la legislación nacional e internacional.

También aplicamos encuestas a juristas de las Oficinas Judiciales del Primer Circuito Judicial de Panamá, con el propósito de obtener su criterio sobre la hipótesis investigativa y aportes o recomendaciones para la solución de la misma.

### **3.3 Instrumentación**

El instrumento de recolección de datos utilizado consiste en la revisión literaria. La selección de las unidades documentales escritas se realizó a través de la técnica del muestreo sistemático de veinte publicaciones, relacionados con el marco conceptual y normativo de las medidas curativas destinadas el tratamiento de los inimputables por enajenación mental, así como los mecanismos de ejecución y supervisión de éstas, a nivel nacional e internacional. Con ello cumplimos el primer objetivo específico de la investigación.

El otro instrumento consiste en las encuestas, aplicadas a operarios judiciales del Primer Circuito Judicial de Panamá, que tienen como propósito la obtención de criterios sobre las discrepancias entre las disposiciones legales vigentes en el Código Penal, para la aplicación de medidas curativas destinadas el tratamiento de los inimputables por enajenación mental y los mecanismos de ejecución y supervisión existentes, para el eficaz cumplimiento de éstas, así como la proposición de alternativas de solución a la problemática.

En el presente estudio no se procesan datos de atención o abordaje individual o colectivo que involucren identificación de personas declaradas inimputables ni se consignarán registros contentivos de información confidencial o clasificada relacionada a diagnóstico, tratamiento ni antecedentes penales de personas. Tampoco realizamos visitas, entrevistas ni captamos vistas fotográficas de institutos de salud, facultativos o destinatarios de los programas de aplicación de medidas curativas en la República de Panamá.

### 3.4 Validación del instrumento

Para la validación de la encuesta solicitamos la colaboración de académicos con experiencia en el derecho penal. Se determinó que las preguntas consignaban los indicadores que proporcionan calidad y certeza al instrumento de obtención de datos.

#### Cuadro No. 3

##### Validación del instrumento (Encuesta)

Objetivo Específico	Pregunta
Identificar las carencias normativas y operativas en el procedimiento de supervisión del cumplimiento de las medidas curativas de internamiento.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Las medidas de seguridad curativas ordenadas por el juzgador para el tratamiento del inimputable por enajenación mental son congruentes con los servicios de atención médica que ofrece el Estado panameño?</li><li>2. ¿Existen en Panamá Centros de internamiento públicos, para el tratamiento curativo de los enajenados mentales declarados inimputables?</li><li>3. ¿La normativa penal vigente prevé mecanismos de supervisión para verificar el cumplimiento de las medidas curativas ordenadas por el juzgador?</li></ol>
Proponer alternativas de solución a la problemática.	<ol style="list-style-type: none"><li>4. ¿Cuál es su opinión en cuanto a estos mecanismos?</li><li>5. ¿Qué propuesta de mejora realizaría usted?</li></ol>

## **Capítulo IV. Análisis de Resultados**

Procedemos en este capítulo a realizar el análisis de los resultados de la investigación, la cual centró su atención en los mecanismos de ejecución y supervisión existentes en la legislación panameña, para el cumplimiento de las medidas curativas de internamiento aplicadas a las personas inimputables por enajenación mental.

La problemática en cuanto a la ejecución de las medidas curativas de internamiento aplicadas a las personas inimputables tiene su génesis en la carencia de centros de tratamiento y de internamiento sufragados por el Estado.

Los sistemas de salud estatal todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación se incrementa con los años.

El 14 de febrero de 2019, en el diario *Crítica*, perteneciente a la Corporación Epasa, la periodista Miriam Lasso reportó que un treinta por ciento de la población panameña tiene problemas de salud mental, lo que ha aumentado la demanda de atención médica, tanto pública como privada.

Panamá no cuenta con instalaciones públicas para el internamiento de las personas declaradas inimputables por enajenación mental. El servicio que prestan el Ministerio de Salud, el Hospital Santo Tomás y la Caja de Seguro Social (para los cotizantes del sistema) es ambulatorio, de manera que los pacientes críticos son estabilizados y remitidos a sus hogares (si los tienen), trasladando el problema al entorno familiar y comunitario.

El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. Además de la ayuda que prestan los servicios de salud, las personas inimputables por enajenación mental necesitan apoyo y atención social. A menudo necesitan que se les ayude a participar en programas educativos que satisfagan sus

necesidades, así como a encontrar un empleo y una vivienda que les permitan vivir y cumplir el tratamiento ordenado por el Juez en la respectiva sentencia.

El Instituto Nacional de Salud Mental, al que sólo pueden acceder quienes tienen la capacidad económica de afrontar sus costos, cuenta con un total de 165 camas, de las cuales 50 camas corresponden al servicio de geriatría, 40 camas al servicio de recuperación; 45 camas al servicio de bienestar del enfermo, 10 camas al servicio de la unidad de cuidados intensivos y 20 camas al Centro de Estudio y Tratamiento de Adicciones.

No obstante, la problemática resulta mayor ante las carencias normativas y operativas en el procedimiento de supervisión del cumplimiento de las medidas curativas de internamiento, pues, si bien, el Juez de Cumplimiento, conforme el numeral 4 del artículo 46 del Código Procesal Penal de Panamá, es quien tiene a su cargo las cuestiones que se susciten durante la ejecución de las medidas de seguridad, encuentra su primera limitante en el reducido número de personal facultativo de apoyo y seguimiento (psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares) para el cumplimiento de dicho rol, el cual es compartido con la función de supervisión de la ejecución de otras penas como la privación de libertad y sustitutos penales como el trabajo comunitario sin dejar de lado la verificación del cumplimiento de las condiciones en los procesos suspendidos condicionalmente.

Recordemos que el principal propósito de la medida curativa de internamiento es la sanación o reducción de la peligrosidad del agente, procurando su reinserción y la no reincidencia en la comisión de delitos, sin embargo, los obstáculos de índole administrativo y presupuestario dificultan el cumplimiento de éstas.

En cuanto a la financiación, resulta difícil desglosar el presupuesto asignado al componente de salud mental en Panamá, dado que está inmerso en el presupuesto global, el cual se elabora por objeto de gasto. Del total del presupuesto del Ministerio de Salud, el 1% está asignado a salud mental y corresponde al presupuesto de operaciones de Instituto Nacional de Salud Mental.

Ante esta situación resulta ineficaz el contenido del artículo 515 del Código Procesal Penal panameño, que faculta al Juez para determinar el establecimiento adecuado para la

ejecución. Adicional a ello, la espera de respuestas de un sistema de salud público reduce la posibilidad de cumplir con el término para realizar el examen periódico de la situación de quien sufre una medida, que no debe superar los seis meses y que resulta indispensable para determinar la cesación o continuación de la medida de seguridad.

#### **4.1 Análisis cualitativo de la Encuesta**

En esta investigación se aplicaron siete (7) encuestas. Tres (3) a Jueces de Cumplimiento del Primer Circuito Judicial de Panamá, dos (2) a fiscales de la Sección de Cumplimiento de la Sede Metropolitana de la Procuraduría General de la Nación y dos (2) a defensores públicos del Primer Circuito Judicial de Panamá. El objetivo fue la obtención de criterios sobre las discrepancias entre las disposiciones legales vigentes en el Código Penal para la aplicación de medidas curativas destinadas el tratamiento de los inimputables por enajenación mental y los mecanismos de ejecución y supervisión existentes, para el eficaz cumplimiento de éstas, así como la proposición de alternativas de solución a la problemática.

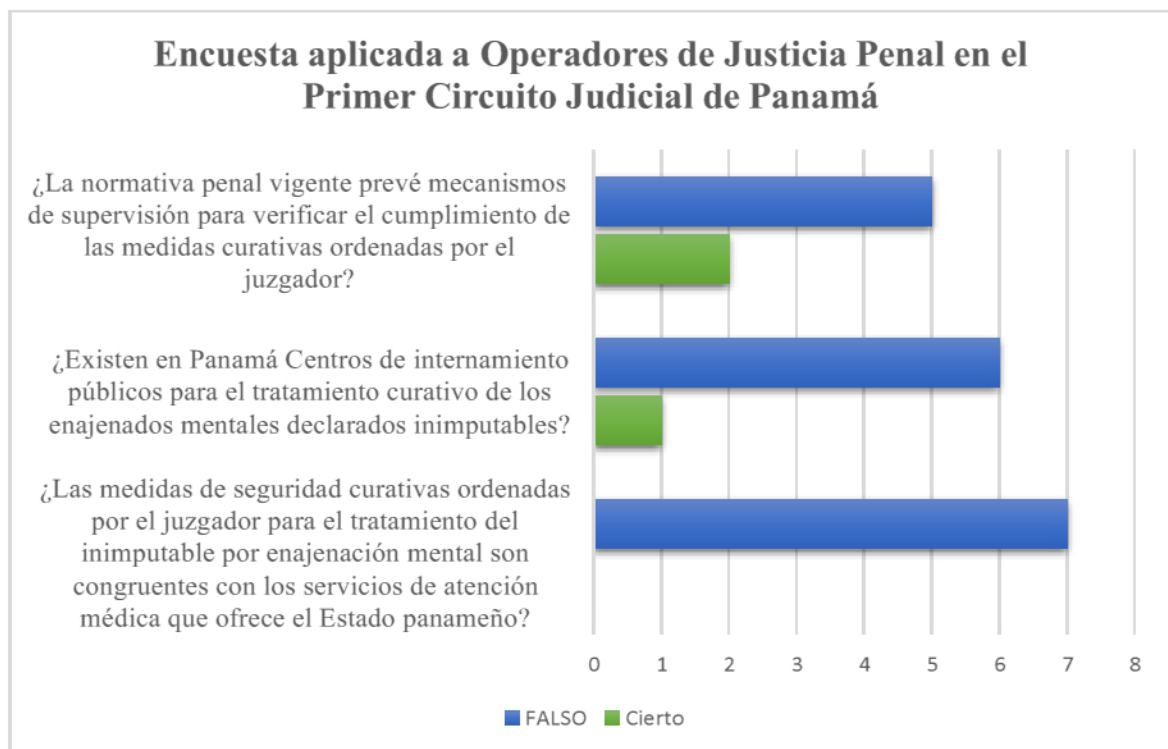
La primera pregunta se centra en conocer si las medidas de seguridad curativas ordenadas por el juzgador para el tratamiento del inimputable por enajenación mental son congruentes con los servicios de atención médica que ofrece el Estado panameño. Todos los encuestados coincidieron en que las medidas curativas destinadas al tratamiento de las personas declaradas inimputables no resultan cónsonas con los servicios de atención médica que ofrece el Estado panameño.

La segunda pregunta cuestiona la existencia en Panamá centros de internamiento públicos para el tratamiento curativo de los enajenados mentales declarados inimputables. Tanto los Jueces de Cumplimiento como los defensores públicos fueron enfáticos en la carencia de centros de internamiento de carácter público en Panamá, para el eficaz cumplimiento de las medidas curativas de internamiento. Sólo un fiscal consideró que el Estado brinda el servicio de internamiento, refiriéndose al tratamiento ofrecido en el

Instituto de Salud Mental, que ya abordamos, es sólo de estabilización de pacientes críticos y de atención ambulatoria remunerada.

La tercera pregunta tiene como propósito determinar si la normativa penal vigente prevé mecanismos de supervisión, para verificar el cumplimiento de las medidas curativas ordenadas por el juzgador. Un Juez de Cumplimiento y un fiscal consideraron que sí existen mecanismos de supervisión previstos en la normativa, no obstante, pareciera que su opinión se inclina a la problemática en cuanto a la materialización y operatividad de los mismos, mientras que los defensores, Jueces de Cumplimiento y un fiscal consideraron que existe una carencia normativa.

Las primeras tres preguntas de la encuesta podemos presentarlas así:



La cuarta pregunta plantea conocer la opinión en cuanto a los mecanismos de supervisión para verificar el cumplimiento de las medidas curativas. Uno de los juzgadores consideró que resultan ineficaces estos mecanismos ya que el Estado no cuenta con personal ni instituciones acreditadas, para el tratamiento de las personas inimputables por padecimiento de enfermedades mentales, por lo que sus familiares asumen el rol de

supervisión. El otro operario judicial recalcó que la judicatura debe contar con un equipo especializado en la materia ya que las instituciones del Estado no colaboran, enfatizando que el sistema penitenciario resulta ser una pieza importante, para detectar afectaciones mentales y remitirlas a la judicatura. Mientras que el tercer operario enfatizó que en Panamá no contamos con centros médicos psiquiátricos destinados a esa finalidad y en los hospitales, cuando se requiere del servicio, el mismo no está disponible.

Los defensores fueron precisos al señalar que la legislación en la materia es escasa, mientras que, uno de los fiscales precisó que los mecanismos de supervisión deben ser mejorados y ajustarse al funcionamiento de los centros de atención existentes, refiriéndose al Instituto de Salud Mental, el componente presupuestario debe ser sufragado por el Estado para que su atención sea gratuita.

La quinta pregunta requiere a los encuestados una propuesta de mejora a la problemática. Los jueces manifestaron la necesidad de incremento del presupuesto estatal, establecer programas de sensibilización a jueces y fiscales, así como medidas alternativas y habilitar en los centros penales áreas diferentes a las asignadas, para los sancionados sin trastornos mentales, para atender la problemática (creación de un Instituto de Salud Mental Penitenciario).

Los defensores y fiscales coinciden en la necesidad de crear un centro de internamiento público como parte de la política criminológica estatal, ya que, hasta la fecha, estos servicios son ofrecidos por entes privados.

## CONCLUSIONES

Luego de realizar la presente investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. La salud mental es fundamental para el bienestar de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en general. La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social.
2. Desde los inicios de la historia de la psicología y de la criminología se ha relacionado la psicopatología con la comisión de conductas punibles. En muchas ocasiones la enfermedad mental es un factor desencadenante en la comisión de delitos, que van desde los hurtos simples hasta los homicidios.
3. Los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes son los trastornos depresivos, los trastornos debido al uso y abuso de sustancias ilícitas, que en muchos casos es un factor presente en situaciones de violencia; la esquizofrenia, la epilepsia, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia.
4. El Código Penal de Panamá establece en su artículo 36 como causas de inimputabilidad no tener la capacidad de comprender la ilicitud del acto o, en caso de comprenderla, de autodeterminarse de acuerdo con esa comprensión.
5. La normativa penal panameña no parece contemplar aquellos casos en que la persona actuó con capacidad y voluntad en la comisión del injusto penal, pero con posterioridad, durante el desarrollo del proceso penal, padece de algún trastorno mental. Para ello ha de realizarse el examen en cualquier fase del proceso, para comprobar la condición de inimputabilidad, con las dificultades normativas en cuanto a si al momento de la comisión del delito tenía plena capacidad de comprender su ilicitud.
6. La práctica del examen mental corresponde al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. El tiempo para evaluar la inimputabilidad no tiene una etapa preclusiva, en cualquier estado del procedimiento puede realizarse siempre que la

autoridad competente observe indicios sobre la falta de capacidad de comprender la ilicitud del hecho o para determinarse de acuerdo con esa comprensión, por causa de trastorno mental.

7. El perturbado mental declarado inimputable por la comisión de determinado injusto penal requiere de un tratamiento curativo, para lograr el fin de prevención especial protección, curación, tutela, rehabilitación y reinserción social de la persona declarada inimputable por enajenación mental, lo que demanda el establecimiento de centros de readaptación, desintoxicación, deshabitación e internamiento psiquiátrico.
8. Estas normas sobre ejecución de medidas de seguridad no intentan modificar o cambiar la conducta o personalidad del sujeto o evitar que repita conductas delictivas, sino la de establecer los medios de protección y curación que puedan garantizar alguna probabilidad de que ello sea posible.
9. Adicional, la aplicación de medidas de seguridad curativas responde a principios como el de legalidad, lesividad, mínima intervención y el principio de humanidad, pues no se trata de someter a ese ser humano a un encierro o régimen permanente ya que él no escogió padecer de la enfermedad ni tiene capacidad de comprender la ilicitud de determinado acto o la autodeterminación para no realizarlo.
10. Nuestro país mantiene serias deficiencias en cuanto a la disposición estatal de centros de atención públicos para el tratamiento de las personas declaradas inimputables por trastorno o perturbación mental.
11. También resultan escasos los mecanismos de supervisión y control necesarios, para un eficaz cumplimiento de las medidas curativas destinadas al tratamiento de las personas declaradas inimputables por trastorno o perturbación mental.
12. Aunado a esto, la ausencia de medios económicos de los responsables del ciudadano declarado inimputable por padecer de algún trastorno o perturbación mental, hacen que resulten insuficientes las medidas adoptadas por los operadores de justicia.
13. Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de

tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo y Panamá no es la excepción.

14. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados.
15. La ayuda que prestan los servicios de salud a las personas que padecen enfermedades mentales requiere no sólo del componente clínico sino de apoyo y atención social. A menudo necesitan que se les ayude a participar en programas educativos que satisfagan sus necesidades, así como a encontrar un empleo y una vivienda que les permitan vivir y mantenerse activos en su entorno social.
16. La Convención Interamericana de Derechos Humanos, en su principio X, establece que el Estado deberá garantizar que los servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad.
17. Por ello, resulta necesaria la creación de un Instituto de Salud Mental Penitenciario público, adscrito al componente estatal y dotado del presupuesto, para la atención de la salud mental de las personas declaradas inimputables, integrado y con capacidad de respuesta a los componentes jurisdiccionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### LIBROS

Agudelo, N. (2007). *Los inimputables frente a las causales de justificación e inculpabilidad*. Bogotá: Temis.

Arango Durling, Virginia; Muñoz Arango, Campo Elías. (2020). *Las consecuencias jurídicas del delito*. Panamá: Colección penjurpanama.

Arroyo Baltan, L. (2000). *La inimputabilidad en el derecho penal*. Madrid: Manta, EC.:Arroyo Eds.

Arroyo Baltán, L. T. (1999). *La inimputabilidad en el Derecho Penal*. Quito, Ecuador: Arroyo ediciones.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Cabanellas de Torres, G. (2006). *Diccionario Jurídico Elemental* (Novena Edición ed., Vol. Tomo VI). Buenos Aires: Editorial Heliasta, S.R.L.

Creus, C. (1992). *Derecho Penal. Parte General*. Buenos Aires: Editorial Astrea de Alfredo y Ricardo Depalma.

Durling, V. A. (1998). *Las consecuencias jurídicas del delito*. Panamá: Ediciones Panamá Viejo.

Española, R. A. (2014). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid. Obtenido de [dle.rae.es](http://dle.rae.es)

Gaviria-Trespacios J., Guerrero -González, P. (2005). El Loco y la Justicia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48.

Irigoyen Testa, L. (28 de Julio de 2015). *Pensamiento Penal Argentino*. Obtenido de <http://www.pensamientopenal.com.ar>

- Jerónimo Montes, c. p. (1954). *La Ley y el Delito*. Buenos Aires: Editorial Hermes.
- Jiménez De Asúa, L. (1959). *Tratado de derecho penal Tomo II*. Buenos Aires: Editorial Losada, S.A.
- Justicia, A. C. (2012). *Observatorio de la Implementación del Sistema Acusatorio en el Segundo Distrito Judicial*. Panamá.
- Justicia, C. d. (2008). El tratamiento del inimputable enajenado mental en el proceso penal chileno. *Revista de Estudios de la Justicia*, 139.
- Listz, F. V. (1926). *Tratado de Derecho Penal parte general*. Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado.
- Machicado, J. (2013). Obtenido de ¿Qué es la imputabilidad?", Apuntes Jurídicos.: <http://jorgemachicado.blogspot.com/2013/05/imp.html>
- Meini Méndez, I. (2020). *Manual de Derecho Penal Parte General. Fundamentos del Derecho Penal y Teoría del Delito*. Panamá: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Órgano Judicial de Panamá.
- Pérez M., Alejandro; Santamaría R., Nilda. (2006). *Manual de Psiquiatría Forense*. Panamá: Cultural Portobelo.
- Pujol, E. M. (2015). *Compendio de Derecho Penal (Parte General)*. Panamá: Jurídica PUJOL, S.A.
- Quintero, S. (2016). Medidas de Seguridad. *Texto Único del Código Penal de la República de Panamá (comentado)*, 322.
- Rojas Salas, J. M. (2013). La inimputabilidad y el tratamiento del disminuido psíquico en el proceso penal. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 43-64.
- Serna, C. (12 de Junio de 2022). *La salud mental en Panamá*. Obtenido de Psiquiatría por Cindy Serna: <https://sites.google.com/site/psiquiatraporcindyserna/home/la-salud-mental-en-panama>

Velásquez Velásquez, F. (1995). Las Medidas de Seguridad. Aproximaciones al Código Penal de 1982., (pág. 179 a 204). Panamá.

## **DOCUMENTOS DE ORGANISMOS INTERNACIONALES**

Organización de las Naciones Unidas. (11 de Junio de 2022). *Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos*. Obtenido de la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito: <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison>.

Organización de los Estados Americanos. (11 de Junio de 2022). *Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)*. Obtenido de Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (PBP): <https://www.refworld.org/es/docid/487330b22.html>

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial médica panamericana.

## **ESTADÍSTICAS**

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. (12 de Junio de 2022). *Sistema integrado de bibliotecas de UDELAS*. Obtenido de <http://biblioteca.udelas.ac.pa/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=924>

Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá. (12 de Junio de 2022). *Instituto Nacional de Estadística y Censo*. Obtenido de <https://www.inec.gob.pa/>

Ministerio de Salud de Panamá. (11 de Junio de 2022). *Anuario Estadístico del 2019*. Obtenido de <https://www.minsa.gob.pa/contenido/anuario-estadistico-del-2019>

## **CONSTITUCIÓN Y LEYES**

11.179, L. (T.O. actualizado 1984). *Código Penal de la nación argentina*.

*Código Penal de la República de Panamá*. (2016). Panamá: Sistemas Jurídicos, S.A.

Hernández Arosemena, J. (2018). *Código Procesal Penal. Jurisprudencia Concordada y Comentada*. Panamá: JHAR, S.A.

#### **PUBLICACIONES DE PRENSA**

Diario La Estrella de Panamá. (11 de Junio de 2022). *Diario La Estrella de Panamá*.  
Obtenido de <https://www.laestrella.com.pa/>

Diario La Estrella de Panamá. (15 de Mayo de 2022). *Diario La Estrella de Panamá*.  
Obtenido de <https://www.laestrella.com.pa/nacional/poligrafo/220515/220516-dra-juana-herrera-subregistros-temas>

#### **PUBLICACIONES DE SITIOS WEB**

Mayo, M. (12 de Junio de 2022). *Discurso ante la 70ª Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza, 2017*. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=ckAbj2fATE>

# ANEXOS

## **Clasificación de enfermedades mentales CIE-10**

La lista CIE10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión) es una clasificación y codificación de enfermedades y causas de muerte publicada inicialmente por la OMS en 1992. Se utiliza principalmente, para fines estadísticos y está ampliamente aceptada en todo el mundo. Se divide en diferentes categorías de enfermedades relacionadas entre sí y cada una de ellas tiene asociado un código que la identifica de manera unívoca.

Aquí encontrarás la clasificación completa de todas las enfermedades mentales junto con la descripción detallada de cada una de ellas.

F00-F09. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F00. Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

F01. Demencia vascular.

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.

F01.1 Demencia multi-infarto.

F01.2 Demencia vascular subcortical.

F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.

F01.8 Otras demencias vasculares.

F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02. Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.

F02.4 Demencia en la infección por VIH.

F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F03. Demencia sin especificación.

F04. Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F05. Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.

F05.1 Delirium superpuesto a demencia.

F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.

F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.

F06. Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.0 Alucinosis orgánica.

F06.1 Trastorno catatónico orgánico.

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.

F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.

F06.5 Trastorno disociativo orgánico.

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

F07. Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.

F07.1 Síndrome post-encefálico.

F07.2 Síndrome post-conmocional.

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F09. Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.

F10. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

F12. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).

F16. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

F19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.

F19.0 Intoxicación aguda.  
F19.1 Consumo perjudicial.  
F19.2 Síndrome de dependencia.  
F19.3 Síndrome de abstinencia.  
F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.  
F19.5 Trastorno psicótico.  
F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.  
F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.  
F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.  
F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

F20-29. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F20 Esquizofrenia.

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia residual.

F20.6 Esquizofrenia simple.

F20.8 Otras esquizofrenias.

F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

F21. Trastorno esquizotípico.

F22. Trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

F23. Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

F24. Trastorno de ideas delirantes inducidas.

F25. Trastornos esquizoafectivos.

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

F28. Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

F29. Psicosis no orgánica sin especificación.

F30-39. Trastornos del humor (afectivos)

F30. Episodio maníaco.

F30.0 Hipomanía.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos.

F30.8 Otros episodios maníacos.

F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

F31. Trastorno bipolar.

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.

F31.8 Otros trastornos bipolares.

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

F32. Episodios depresivos.

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.8 Otros episodios depresivos.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

F33. Trastorno depresivo recurrente.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

F34. Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.0 Ciclotimia.

F34.1 Distimia.

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38. Otros trastornos del humor (afectivos)

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F40-49. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40. Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41. Otros trastornos de ansiedad.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

F42. Trastorno obsesivo-compulsivo.

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

F43. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

F43.0 Reacción a estrés agudo.

F43.1 Trastorno de estrés postraumático.

F43.2 Trastornos de adaptación.

F43.8 Otras reacciones a estrés grave.

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.

F44. Trastornos disociativos (de conversión).

F44.0 Amnesia disociativa.

F44.1 Fuga disociativa.

F44.2 Estupor disociativo.

F44.3 Trastornos de trance y de posesión.

F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.

F44.5 Convulsiones disociativas.

F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.

F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.

F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).

F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

F45. Trastornos somatomorfos.

F45.0 Trastorno de somatización.

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.

F45.2 Trastorno hipocondríaco.

F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.

F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.

F45.8 Otros trastornos somatomorfos.

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

F48. Otros trastornos neuróticos.

F48.0 Neurastenia.

F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.

F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.

F50-59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F50. Trastornos de la conducta alimentaria.

F50.0 Anorexia nerviosa.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica.

F50.2 Bulimia nerviosa.

F50.3 Bulimia nerviosa atípica.

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

F51. Trastornos no orgánicos del sueño.

F51.0 Insomnio no orgánico.

F51.1 Hipersomnio no orgánico.

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.

F51.3 Sonambulismo.

F51.4 Terrores nocturnos.

F51.5 Pesadillas.

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.

F52. Disfunción sexual no orgánica.

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.

F52.2 Fracaso de la respuesta genital.

F52.3 Disfunción orgásmica.

F52.4 Eyaculación precoz.

F52.5 Vaginismo no orgánico.

F52.6 Dispareunia no orgánica.

F52.7 Impulso sexual excesivo.

F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.

F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

F53. Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.

F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.

F54. Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.

F55. Abuso de sustancias que no producen dependencia.

F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

F60-69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F60. Trastornos específicos de la personalidad.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

F61. Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.

F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 o F62.

F62. Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.

F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.

F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.

F63. Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.0 Ludopatía.

F63.1 Piromanía.  
F63.2 Cleptomanía.  
F63.3 Tricotilomanía.  
F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.  
F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.

F64. Trastornos de la identidad sexual.  
F64.0 Transexualismo.  
F64.1 Transvestismo no fetichista.  
F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.  
F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.  
F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.

F65. Trastornos de la inclinación sexual.  
F65.0 Fetichismo.  
F65.1 Transvestismo fetichista.  
F65.2 Exhibicionismo.  
F65.3 Escoptofilia (voyerismo).  
F65.4 Paidofilia.  
F65.5 Sadomasoquismo.  
F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.  
F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual.  
F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.

F66. Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.  
F66.0 Trastorno de la maduración sexual.  
F66.1 Orientación sexual egodistónica.  
F66.2 Trastorno de la relación sexual.  
F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.  
F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.

F68. Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.

F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).

F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.

F69. Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.

F70-79. Retraso mental.

F70. Retraso mental leve.

F71 Retraso mental moderado.

F72 Retraso mental grave.

F73 Retraso mental profundo.

F78 Otros retrasos mentales.

F79 Retraso mental sin especificación.

F80-89. Trastornos del desarrollo psicológico.

F80. Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

F81. Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.0 Trastorno específico de la lectura.

F81.1 Trastorno específico de la ortografía.

F81.2 Trastorno específico del cálculo.

F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

F82. Trastorno específico del desarrollo psicomotor.

F83. Trastorno específico del desarrollo mixto.

F84. Trastornos generalizados del desarrollo.

F84.0 Autismo infantil.

F84.1 Autismo atípico.

F84.2 Síndrome de Rett.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.

F84.4 Trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados.

F84.5 Síndrome de Asperger.

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

F88. Otros trastornos del desarrollo psicológico.

F89. Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

F90-98. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F90. Trastornos hiperactivos.

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.

F90.1 Trastorno hiperactivo disocial.

F90.8 Otros trastornos hiperactivos.

F90.9 Trastorno hiperactivo sin especificación.

F91. Trastornos disociales.

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.

F91.3 Trastorno disocial desafiante y opositorista.

F91.8 Otros trastornos disociales.

F91.9 Trastorno disocial sin especificación.

F92. Trastornos disociales y de las emociones mixtos.

F92.0 Trastorno disocial depresivo.

F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.

F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

F93. Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.

F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.

F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia.

F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

F94. Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F94.0 Mutismo selectivo.

F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.

F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.

F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.

F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

F95. Trastornos de tics.

F95.0 Trastorno de tics transitorios.

F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.

F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).

F95.8 Otros trastornos de tics.

F95.9 Trastorno de tics sin especificación.

F98. Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F98.0 Enuresis no orgánica.

F98.1 Encopresis no orgánica.

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.

F98.3 Pica en la infancia.

F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).

F98.6 Farfulleo.

F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.

F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

F99. Trastorno mental sin especificación.

**1. Encuesta aplicada a Jueces de Cumplimiento del Primer Circuito Judicial de Panamá.**

**2. Encuesta aplicada a defensores públicos del Primer Circuito Judicial de Panamá.**

**3. Encuesta aplicada a fiscales de la Sección de Cumplimiento de la Sede Metropolitana de la Procuraduría General de la Nación.**