

EVOLUCIÓN DOGMÁTICA Y
JURISPRUDENCIAL EN RELACIÓN CON EL
TRATAMIENTO DE LOS SUPUESTOS DE
ANOMALÍA O ALTERACIÓN PSÍQUICA EN
LA ESFERA DEL DERECHO PENAL

Cosby Manuel
Oliveira Toichoa
Grupo 441-A
Universidad de Zaragoza

Director TFG: Asier Urruela Mora

INDICE

I. ABREVIATURAS (p. 5)

II. INTRODUCCIÓN (p. 7)

III. ANOMALÍAS O ALTERACIONES PSÍQUICAS, ART. 20.1 CP, (p. 9)

1.1 CATEGORÍA DOGMÁTICAS: CULPABILIDAD E IMPUTABILIDAD CAMBIAR (P. 9)

1.2 IMPUTABILIDAD DEL ART. 20.1 Y SUPUESTOS QUE ENGLOBA (p. 11)

1.3 REQUISITOS: ENFERMEDAD MENTAL Y CAPACIDAD PARA COMPRENDER LA ILICITUD DEL HECHO O PARA ACTUAR CONFORME A DICHA INCOMPRENSIÓN (p. 14)

IV. MEDIDAS SEGURIDAD (p. 17)

1. FUNDAMENTOS, PRINCIPIOS GENERALES, PRESUPUESTOS Y CLASIFICACIÓN. (p. 16)

2. SIMILITUDES, DIFERENCIAS Y RELACIÓN ENTRE MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PENAS (p. 23)

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD: CESE, SUSTITUCIÓN Y SUSPENSIÓN (p. 23)

V. ENCAJE DOGMÁTICO (p. 25)

VI. CLASIFICACIÓN TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (CIE-X). (p. 27)

1. (F00-F09) Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. (pág. 28)

2. (F20-20.9) Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y de ideas delirantes (p. 31)

3. Epilepsia (p. 33)

4. (F30-39) Trastornos del humor (afectivos, (p. 34)
5. (F40-49) Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, (p. 35)
6. (F60-69) Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, (pág. 37)
7. (F70-79) Retraso mental (p. 38)

VII. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL DETALLADO DE CADA TRASTORNO, (p. 40)

1. (F00-F09) Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, (p. 40)
 - 1.1 Demencias (pág. 42)
 - 1.2 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas (p. 43)
2. (F20-20.9) Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (p. 45)
 - 2.1 La Esquizofrenia (pág. 45)
 - 2.2 Los trastornos esquizotípico (pág. 47)
 - 2.3 Las ideas Delirante (pág. 48)
3. Epilepsia (p. 50)
4. (F30-39) Trastornos del humor o afectivos (p. 52)
5. (F40-49) Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (p. 54)
6. (F60-69) Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, (p. 56)
7. (F70-79) Retraso mental (p. 61)

VIII. CONCLUSIONES (p. 63)

IX. BIBLIOGRAFÍA (p. 66)

X. ÍNDICE JURISPRUDENCIAL (p. 68)

I. ABREVIATURAS

- A.A.M.D..... Asociación Americana personas con Deficiencia Mental
AP..... Audiencia Provincial
A.P.A..... American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica Americana)
Art..... Artículo
Arts..... Artículos
ATS..... Auto del Tribunal Supremo
CIE 10..... Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud
Cit..... Citado/citada
CP..... Código Penal
Cód. Penal.... Código Penal
DSM-IV..... Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Asociación Psiquiátrica Americana
Ed..... Edición
Imp..... Impresión
Núm..... Número
O.M.S..... Organización Mundial de la Salud
p..... Página
pp..... Páginas
RAE..... Real Academia Española
reimpr..... Reimpresión
RJ..... Repertorio Jurisprudencial Aranzadi
SAP..... Sentencia de Audiencia Provincial
ss..... Siguientes
STS..... Sentencia del Tribunal Supremo
SSTS..... Sentencias del Tribunal Supremo
STSJ..... Sentencia del Tribunal Superior de Justicia
TS..... Tribunal Supremo
Vol..... Volumen

II. INTRODUCCIÓN

Genera gran interés el tratamiento que se ha dado desde la ciencia del derecho a la imputabilidad, sin necesidad de entrar a valorar cuestiones puramente teóricas como son si la imputabilidad es una categoría autónoma o si está integrada en la categoría de la culpabilidad, es preciso señalar que las doctrinas penalistas, sobre todo las europeas, desde un principio ya preveían la necesidad de dar al sujeto enfermo un tratamiento distinto. Otra cosa, es que los primeros sistemas no tendían a la curación del enfermo, sino que más bien perseguían un fin general de prevención de cara a proteger a la sociedad. En la actualidad, el tratamiento de los trastornos mentales ha evolucionado bastante y esto se ha debido en gran medida a las aportaciones que se han producido desde otras ciencias sociales, especialmente, de la ciencia psiquiátrica. La doctrina penalista, a diferencia de los tribunales, acogió de modo temprano los criterios establecidos en las clasificaciones internacionales (CIE-X y DSM IV-TR), así como la posibilidad de que los trastornos recogidos en ellas pudiesen afectar a las facultades psíquicas de los sujetos enfermos. Por ello, es correcto afirmar que el principal artífice de esta evolución ha sido la colaboración mantenida entre la ciencia del derecho y la ciencia psiquiátrica. En la actualidad existe unanimidad tanto respecto al tratamiento jurídico como terapéutico que deben recibir los sujetos enfermos. A pesar de todo lo anterior, la sociedad civil actual (*legos* en derecho) no suele entender la figura de la imputabilidad (en parte por los medios de comunicación o porque simplemente lo identifica con crímenes macabros) y suelen considerarla como un mecanismo para “eludir” la responsabilidad. Por ello, en este trabajo me planteo realizar un análisis de la imputabilidad que tienda a clasificar los supuestos en que está ha sido apreciada, con qué requisitos y cuál ha sido la doctrina jurisprudencial al respecto. En definitiva, analizaré el tratamiento tanto dogmático como jurisprudencial de los trastornos de la personalidad y del comportamiento; así como su inclusión tanto en el ámbito de aplicación del término “enajenado” del anterior Cód. Penal, cómo del término anomalía o alteración psíquica del Cód. Penal de 1995. Además, señalaremos las distintas consecuencias jurídicas que se pueden derivar de la apreciación de la inimputabilidad en cualquiera de sus grados. Finalmente, para delimitar los trastornos incluibles en el art. 20.1 analizaremos el encaje dogmático de la propia fórmula psiquiátrica dentro de la Ciencia del derecho penal, así como el tratamiento dado por los tribunales a estos supuestos.

III. ANOMALÍAS O ALTERACIONES PSÍQUICAS (ART. 20.1 CÓD. PENAL)

1. CATEGORÍA DOGMÁTICAS: CULPABILIDAD E IMPUTABILIDAD (P. 9)

En el código penal español de 1973 se establecía en su artículo 8.1 que estaban exentos de responsabilidad criminal:

«1º El enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinuir.

2º El menor de dieciséis años.

3º El sordomudo de nacimiento o desde la infancia que carezca en absoluto de instrucción».

Dicha redacción deviene prontamente obsoleta y de este modo en el año 1995 el nuevo Código Penal configuro una serie de causas tasadas que daban lugar a la exclusión de responsabilidad criminal del sujeto activo del delito. Dichas causas vienen recogidas en el art. 20 Cód. Penal y las podemos clasificar causas de inimputabilidad (arts. 20.1, 20.2, 20.3 Cód. Penal), cuando el sujeto activo actué en *legítima defensa* (art. 20.4 Cód. Penal), cuando actué en *estado de necesidad* (art. 20.5 Cód. Penal), cuando actué impulsado por *miedo insuperable* (art. 20.6) o en cumplimiento de un deber (art. 20.7).

En un sentido estricto tan sólo las tres las primeras serían causas de inimputabilidad.

La cuestión de la inimputabilidad es muy relevante ya que en los supuestos en los que se aprecie dará lugar a qué no se le pueda reprochar al sujeto activo del delito una conducta que aunque fuera típica el no es capaz de comprender. Además, supondría la posibilidad de acordar algunas de las diferentes medidas de seguridad previstas en el Código Penal. No obstante, a pesar de la redacción anteriormente citada el código no ofrece una definición expresa sobre lo que hay que entender por imputabilidad, sino que establece una serie de presupuestos tasados en virtud de los cuales una persona puede ser declarada o no como inimputable¹. Por ello, para obtener una definición de la imputabilidad hay que hacer una interpretación a *sensu contrario* del art. 20 Cód. Penal.

¹ URRUELA MORA, ASIER: «Capítulo 18: La imputabilidad en el Derecho penal. Causas de Imputabilidad» en «ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA/SOLA RECHE, ESTEBAN/BOLDOVA PASAMAR, MIGUEL ÁNGEL», «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 258.

En definitiva en el caso concreto de España, se produce la exclusión de la imputabilidad en los supuestos en que en el sujeto pasivo concurren alguna *anomalía o alteración psíquica* (art. 20.1), *intoxicación plena* por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión (art. 20.2), o cuando el sujeto por sufrir *alteraciones en la percepción* desde el nacimiento o desde la infancia tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad (art. 20 CP). Además, de acuerdo al sistema penal español no serán responsables criminalmente los menores de dieciocho años, y además cuando éstos sean menores de 14 años tampoco serán imputables (art. 3 LO 5/2000 reguladora de la responsabilidad penal del menor)².

Ante la falta de definición de la imputabilidad, ha sido la doctrina penalista la encargada de fijar su ámbito de aplicación, así como las posibles consecuencias jurídicas que conllevaría y que fueran alternativas a las penas (medidas de seguridad).

Por ello de acuerdo con la doctrina penalista, *la imputabilidad sería la capacidad de culpabilidad*, lo que significaría que la imputabilidad sería un elemento necesario y esencial para la concurrencia de la culpabilidad en la acción del sujeto activo. En virtud de lo anterior, la imputabilidad hace referencia a la capacidad del sujeto de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión; esto requiere una cierta «normalidad» en el sujeto³. Por ello, resulta relevante la íntima relación existente entre la normalidad psíquica del sujeto y su capacidad de culpabilidad o imputabilidad. No obstante, Esta idea de cierta «normalidad» resulta jurídicamente muy abstracta lo que supone dejar en manos de los tribunales tal apreciación, que suelen interpretar dicho

² URRUELA MORA, ASIER: «Capítulo 18: La imputabilidad en el Derecho penal. Causas de Imputabilidad» en «ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA/SOLA RECHE, ESTEBAN/BOLDOVA PASAMAR, MIGUEL ÁNGEL», «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 258. URRUELA MORA mantiene: «El establecimiento de los 14 años es sólo una cuestión de político-criminal».

³ URRUELA MORA, ASIER: «Capítulo 19: La imputabilidad en el Derecho penal. Causas de Imputabilidad» en «ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA/SOLA RECHE, ESTEBAN/BOLDOVA PASAMAR, MIGUEL ÁNGEL», «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 257, 259 y 260.

término en relación a «facultades psíquicas mínimas» que se puedan atribuirse a un ciudadano medio en un entorno medio. No obstante, dicha interpretación jurisprudencial no resuelve el problema de la relatividad del término. En este mismo sentido, Mir Puig ha señalado que no se trata de un concepto naturalístico, sino más bien normativo o cultural⁴.

Por otro lado, la culpabilidad supondría la reprochabilidad personal de la acción típica y antijurídica cometida. Además, como han señalado algunos autores, la culpabilidad se fundamentaría necesariamente en la capacidad individual que posee cualquier sujeto de actuar de otro ante la misma situación⁵.

En definitiva, actualmente la doctrina ha configurado la imputabilidad como elemento esencial de la culpabilidad, y esto es así en base a la estrecha relación que mantienen la categoría dogmática de la inimputabilidad con la de la culpabilidad.

Finalmente, centrándonos en la causa de inimputabilidad basada en las anomalías o alteraciones psíquicas (art. 20.1 Cód. Penal) cabe señalar que estas se componen o exigen necesariamente la concurrencia de dos elementos para su apreciación:

- Elemento intelectivo: Este elemento implica que el sujeto tiene capacidad para comprender la ilicitud de su acto delictivo.
- Elemento volitivo: Este elemento hace referencia a la capacidad para actuar conforme a la comprensión de la ilicitud del acto.

⁴ MIR PUIG, SANTIAGO: «Derecho penal, parte general», 8^a edición, editorial Reppertor, Barcelona, 2010, p. 565.

⁵ URRUELA MORA, ASIER/ RUEDA MARTÍN, MARÍA ÁNGELES: «Capítulo 19: Las causas de irreprochabilidad» en «ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA/SOLA RECHE, ESTEBAN/BOLDOVA PASAMAR, MIGUEL ÁNGEL», «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, p. 275 y ss.

2. IMPUTABILIDAD DEL ART. 20.1 Y SUPUESTOS QUE ENGLOBA

En el artículo 20.1 del Cód. Penal se hace referencia a la imputabilidad como consecuencia de una anomalía alteración psíquica, y se incluyen tanto los trastornos permanentes como transitorios pudiendo ambos dar lugar a causas de inimputabilidad.

Está nueva formulación del código penal es mucho más acertada que la anterior que hacía referencia al «enajenado», ya que posibilita la inclusión de supuestos que no implican necesariamente enfermedad mental en un sentido estricto. En este sentido y de acuerdo con la clasificación de la OMS, CIE-X, que regula trastornos mentales y del comportamiento, se puede concluir que dentro de la nueva fórmula anomalía o alteración psíquica estarían incluidos los trastornos mentales orgánicos, esquizofrenias, trastornos del humor o afectivos, trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y retraso mental⁶. En definitiva, la redacción de alteración psíquica o trastorno mental es lo suficientemente flexible como para permitir la inclusión de nuevas enfermedades dentro del ámbito de la inimputabilidad dependiendo de los avances médicos o psiquiátricos del momento. No obstante, desde un punto de vista doctrinal cabe señalar que la utilización doctrinal de la fórmula «cualquier anomalía o alteración» aunque esté plenamente asentada por la doctrina ha recibido críticas por parte de importantes penalista como JOSÉ CEREZO MIR y FRANCISCO MUÑOZ CONDE.

En primer lugar, **CEREZO MIR** hace una valoración muy positiva de la evolución que supone la nueva fórmula, es decir, considera que es acertada la refundición que se hace en el art. 20.1 del Código Penal de la enajenación mental y el trastorno mental transitorio (que se regulaban de forma separada en el antiguo Código) puesto que es muy difícil diferenciarlos en los casos en que existiera un fondo patológico y en los trastornos mentales originados por causas externas. No obstante, CEREZO MIR critica la **imprecisión**⁷ de la fórmula al no precisar de manera concreta los supuestos que englobaría, lo cual hace necesario acudir a clasificaciones internacionales de la

⁶ URRUELA MORA, ASIER: «Capítulo 19: La imputabilidad en el Derecho penal. Causas de Imputabilidad» en «ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA/SOLA RECHE, ESTEBAN/BOLDOVA PASAMAR, MIGUEL ÁNGEL», «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 261.

⁷ CEREZO MIR, JOSÉ: «Derecho penal, parte general-lecciones», 2^a edición, editorial Uned, Madrid, 2000, p. 57. Cerezo Mir: «La nueva fórmula (...) adolece de una imprecisión mayor que el término enajenación».

Organización Mundial de la Salud (CIE 10) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV-TR). Además, también ha señalado que aceptar como único criterio los del CIE 10 sería un error, sino que también había que atender a la historia experiencial, educacional y motivacional a efectos de determinar la imputabilidad del sujeto activo del delito.

En segundo lugar, las críticas de **MUÑOZ CONDE** se centran en lo poco científica que resulta la formulación, ya que no dice nada sobre qué tipo de «anomalía o alteración psíquica» puede incluirse en ella, es decir, se presta más atención al efecto psicológico que deben producir estas alteraciones psicológicas. MUÑOZ CONDE ha señalado que es criticable que el artículo 20.1 Cód. Penal sólo tenga en cuenta las facultades intelectuales y volitivas y su incidencia en el actuar humano, sin atender a los conocimientos psicológicos y psiquiátricos que han demostrado que las alteraciones de otras importantes facultades psíquicas también pueden influir en la **imputabilidad** de un sujeto⁸.

En definitiva, a Muñoz Conde en un principio crítico a la fórmula del art. 20.1 del Cód. Penal por su escasa precisión, pero por otro lado ha señalado que dicha imprecisión también ha tenido un efecto positivo como es la inclusión de otras situaciones como las oligofrenias.

En conclusión, a pesar de estas importantes críticas, no hay que restarle importancia al avance que ha supuesto esta nueva formulación del tratamiento de las anomalías o alteraciones psíquicas del art. 20.1 del Cód. Penal, ya que la tan criticada imprecisión del término jurídico presenta por ende otros aspectos positivos como puede ser su carácter abierto que permite la inclusión de variedad de supuestos existentes y futuros aún no contemplados y sin necesidad de modificar la ley.

Por todo ello, no resulta conveniente centrar la crítica de la formulación «anomalías o alteraciones psíquicas» en su imprecisión puesto que nos alejaríamos de lo relevante, que es dar una solución rápida y eficaz a aquellos supuestos en los que el sujeto activo

⁸ MUÑOZ CONDE, FRANCISCO: «Derecho penal, parte general», 8^a edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2010, p. 368. En relación al concepto de anomalía o alteración psíquica señala: «*Nadie puede negar que alteraciones psicopatológicas de otra facultad psicológica, como por ejemplo la percepción, puedan incidir igualmente en el comportamiento humano, sin por ello alterar la inteligencia o la voluntad*»

del delito no es capaz de comprender la ilicitud de sus actos, para entrar en un debate sobre la conveniencia o no de utilizar conceptos jurídicos indeterminados a la hora de legislar.

3. REQUISITOS: ENFERMEDAD MENTAL Y CAPACIDAD PARA COMPRENDER LA ILICITUD DEL HECHO O PARA ACTUAR CONFORME A DICHA INCOMPRENSIÓN.

La imputabilidad, como se ha señalado anteriormente, es la capacidad del individuo de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión. Esto en la práctica, se traduce en la presencia de una serie de requisitos biopsíquicos en el autor, que en el supuesto de que se den convertirán al sujeto activo en un adecuado receptor de la prohibición mantenida en la ley penal, así como en sujeto capaz de actuar con arreglo a ella. En definitiva, el código penal está basado en una doble exigencia o fórmula mixta, en primer lugar la exigencia de una causa **psiquiátrica o biopatológica** que se traduce en la efectiva presencia de un trastorno mental permanente o transitorio, estado de intoxicación, síndrome de abstinencia o alteración sensorial y en segundo lugar una causa **psicológica** que consistiría en la anulación o grave afectación de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión⁹.

Por tanto, de acuerdo a este sistema mixto, no basta que exista una enfermedad psíquica sino que debe existir **una relación causal** entre dicha enfermedad y el delito. Es decir, la presencia de anomalía o alteración psíquica como causa de inimputabilidad no se resuelve sin más con la constatación de la existencia de un trastorno psicopatológico sino que lo relevante es el efecto psicológico que ese trastorno produce en la mente del sujeto. El efecto psicológico ha de consistir en la **perturbación** de las facultades psíquicas que impida al sujeto conocer lo ilícito de su conducta u orientar su actividad conforme a ese conocimiento. Consecuencia de que sea el **efecto psicológico** lo que determine el que un trastorno mental sea eximiente o atenuante es que no se pueden establecer listas de trastornos mentales que se consideren como eximentes. Por lo que serán los tribunales los que analizando caso por caso los que determinen si concurre o

⁹ MIR PUIG, SANTIAGO: «*Derecho penal, parte general*», 8^a edición, editorial Reppertor, Barcelona, 2010, p. 565

no causa de inimputabilidad. Además, es también relevante señalar que este reconocimiento no tiene por qué tener carácter absoluto, es decir, el sujeto no tiene porque ser siempre plenamente imputable o inimputable. La jurisprudencia ha venido reconociendo varios grados a la hora de apreciar la imputabilidad o no del sujeto activo. En éste sentido, se ha distinguido supuestos de inimputabilidad plena, de semiimputabilidad e imputabilidad disminuida (atenuante analógica). Estos son los distintos grados de imputabilidad¹⁰: inimputabilidad plena, semiimputabilidad e imputabilidad disminuida.

Sin embargo, resulta preciso señalar que esta idea no es de construcción jurisprudencial, sino que ha sido objeto de estudio por la doctrina psiquiátrica¹¹. De este modo distinguimos:

- **Inimputabilidad plena:** Su capacidad de conocer u obrar con arreglo a ese conocimiento está anulada. Si bien la inimputabilidad excluye la responsabilidad legal, no excluye la posibilidad de imposición de medidas de seguridad. Al suponer una anormalidad psíquica, la inimputabilidad puede delatar una personalidad peligrosa, razón por la cual la ley prevé medidas de seguridad para ciertos inimputables (Ej. internamiento en un establecimiento psiquiátrico).
- **Semiimputabilidad:** La persona sufre o ha sufrido en el momento del hecho por el que se le juzga una perturbación, deficiencia o enfermedad mental que, sin anular completamente su inteligencia o voluntad, sí interfiere en sus funciones psíquicas superiores. En relación a las consecuencias jurídicas, daría lugar al reconocimiento de una eximente incompleta que supondría una reducción de la pena en uno o dos grados, pudiéndose decretarse de forma conjunta penas y medidas de seguridad al semiimputable.
- **Imputabilidad disminuida:** La imputabilidad disminuida ha sido reconocida de manera precoz por los legisladores europeos y también por el español. Se puede intuir

¹⁰ URRUELA MORA, ASIER: «Capítulo 19: La imputabilidad en el Derecho penal. Causas de Imputabilidad» en «ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA/SOLA RECHE, ESTEBAN/BOLDOVA PASAMAR, MIGUEL ÁNGEL», «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 260.

¹¹ Véase CANO LOZANO, MARÍA DEL CARMEN: «Trastornos mentales y responsabilidad penal», Psiquiatría forense, pp. 1 y ss, Ensayo disponibles: <<http://psicologiahjuridica.org/psj208.html>>

de modo implícito en el esquema de su redacción. Este grado de imputabilidad permite la aplicación de la atenuante analógica del art. 21.7^a Cód. Penal a la del art. 21.1^a Cód. Penal en relación con las causas de inimputabilidad, en concreto la que nos atañe que son las anomalías o alteraciones psíquicas (art. 20.1 Cód. Penal).

En resumen, de acuerdo al grado de inimputabilidad y en base a la relación causa/efecto que tenga con el hecho delictivo los tribunales suelen aplicar:

- Eximente completa (art. 20.1 Cód. Penal): Esta exige en primer lugar la apreciación de una anomalía o alteración psíquica, y que el sujeto como consecuencia de dicha anomalía o alteración psíquica no pueda comprender la ilicitud de su acto o actuar conforme a esa comprensión. En definitiva, la eximente completa exige la anulación plena de las capacidades intelectuales y volitivas del sujeto.
- Eximente incompleta (art. 21.1 en relación al art. 20.1 Cód. Penal): Esta también exige la apreciación de una anomalía psíquica, y exige que la comprensión de la ilicitud de su acto le sea muy difícil. En definitiva, la eximente incompleta implica una modificación de intensidad (pero no anulación absoluta) de la capacidad intelectiva y volitiva del sujeto.
- Atenuante analógica (art. 21.7 en relación al art. 20.1 Cód. Penal): Esta se suele aplicar de forma residual cuando el sujeto padece una anomalía o alteración psíquica que se relaciona directamente con el acto ilícito, aunque en estos casos el sujeto suele mantener sus capacidades intelectiva y volitivas sustancialmente conservadas, aunque afectadas..

En consecuencia, la inimputabilidad ofrece diversas variantes y deberán ser los Tribunales de acuerdo a los conocimientos Psiquiátricos los que determinarán en qué grado está afectada la imputabilidad del sujeto activo y las consiguientes consecuencias jurídicas.

IV. MEDIDAS SEGURIDAD

1. FUNDAMENTOS, PRINCIPIOS GENERALES, PRESUPUESTOS Y CLASIFICACIÓN.

FUNDAMENTOS

En el código penal español se prevén medidas de seguridad para los supuestos de anomalías y alteraciones psíquicas, pero para que se den es necesario en primer lugar que el autor del delito sufra realmente una anomalía o alteración psíquica, que dicha anomalía o alteración psíquica tenga incidencia directa en el momento de cometer el hecho delictivo, que el autor no pudiera comprender la ilicitud del hecho y que de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos. Esta última premisa, es esencial para que el Tribunal imponga una medida de seguridad.

Desde un punto de vista netamente conceptual, resulta necesario señalar y distinguir las posturas imperantes en relación a éstas. Por un lado, existen autores que se refieren a las mismas con el término «medidas de seguridad y reinserción social» mientras que hay otro grupo de autores que sustituye la idea de reinserción por la de «corrección». Dicha problemática, lejos de ser una cuestión puramente teórica, tiene incidencia en la aplicación práctica del derecho, puesto que el reconocimiento de una formula u otra incide de manera directa en las garantías de aplicación de las mismas. En este sentido, cabe destacar la línea mantenida por CEREZO MIR y GRACIA MARTÍN que defienden la utilización de la fórmula «medidas de seguridad y reinserción social». Entre los argumentos que justifican dicha postura se encuentran los siguientes¹²:

- El art. 25.2 CE dispone que «las pernas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados». En definitiva, la utilización del término reinserción se explica por el fin que persiguen las propias medidas de seguridad.
- En segundo lugar, los autores que siguen esta tesis también la justifican sobre la base de que el término reinserción social implica una doble función de

¹² URRUELA MORA, ASIER: «*Medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad: especial consideración de las consecuencias jurídico-penales aplicables a sujetos afectos de anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares S.L, Granada, 2009 p. 2-4.

establecimiento del fin último y del límite de las referidas consecuencias jurídicas delitos.

- Además, también resulta evidente la connotación negativa del término de corrección frente al de reinserción que es aceptado con mayor y mejor grado.

Respecto al fundamento de las medidas de seguridad el art. 61 Cód. Penal señala que éstas se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto, exteriorizada en la comisión de «un hecho previsto como delito»¹³. Además, cabe señalar que la finalidad de las medidas de seguridad se explica de acuerdo a su propia naturaleza y la doctrina ha dispuesto que ésta es preventiva-especial. Con el término preventivo-especial se hace referencia a que la finalidad es doble: Intentar reeducar al sujeto y cuando el resultado no fuera satisfactorio apartarlo de la sociedad. En definitiva, en un primer término se persigue un fin particular que en los supuestos de anomalía o alteración psíquica se suele traducir en la curación o reeducación del sujeto activo; y se señala que cuando este fin particular no fuera posible habrá que proteger a la sociedad (STS núm. 603/2009)¹⁴. En definitiva, la doctrina del TS señala que la «evidencia de la necesidad de aplicar la medida de seguridad que corresponde entre aquellas que el legislador tiene previstas para el caso, está fundamentada no sólo por el beneficio de la sociedad, amenazada por la comisión de nuevos delitos, sino también a favor del reo en pro de unas mejores posibilidades para su rehabilitación y reinserción social».

PRINCIPIOS GENERALES

La regulación de las medidas de seguridad y de las penas en el ordenamiento jurídico español determina y delimita el grado de intervención del Estado de Derecho en el ámbito criminal. Además, merece una valoración positiva el hecho de que la incidencia de las medidas de seguridad y reinserción social sobre la esfera individual ha ido atenuándose.

¹³ MUÑOZ CONDE, FRANCISCO: «Derecho penal, parte general», 8^a edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2010, p. 588.

¹⁴ Así la jurisprudencia del TS: STS de 28 de Junio de 2009 en la que se analiza el fundamento de las medidas de seguridad.

Las medidas de seguridad se rigen por una serie de principios generales en los cuáles se recogen unas importantes garantías para su aplicación¹⁵. De entre estos principios destacan:

Principio de Legalidad: Dicho principio supone en primer término que sólo se podrán acordar medidas de seguridad salvo en supuestos expresamente previstos y que además las medidas de seguridad deberán gozar de las mismas garantías para su cumplimiento que las penas. Además, en virtud de la L. O. 10/1995 de 23 de Noviembre reguló: Artículo 3 del Código Penal: «*No podrá ejecutarse pena ni medida de seguridad sino en virtud de Sentencia firme dictada por el Juez o Tribunal competente, de acuerdo con las leyes procesales*».

Principio de proporcionalidad: Además es necesario destacar que junto al principio de legalidad tanto en la aplicación como en la ejecución de las medidas de seguridad, el de proporcionalidad en relación a la gravedad del hecho cometido y su sanción punitiva, adquiere un carácter más relevante o casi prioritario.

El principio de proporcionalidad en materia de medidas de seguridad ha quedado consagrado de manera muy criticable en el artículo 6 del Código Penal: «*Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor*».

Además, este gran principio engloba a su vez subprincipios cuya observación también es obligatoria. Estos subprincipios son los siguientes¹⁶:

- El principio de adecuación a fin (o idoneidad): Este implica qué si el fundamento de las medidas de seguridad se encuentran en última instancia en la peligrosidad criminal del sujeto se hace más que necesario que las medidas impuestas resulten aptas para la intervención sobre el sujeto.

¹⁵ MIR PUIG, SANTIAGO: «Derecho penal, parte general», 8^a edición, editorial Reppertor, Barcelona, 2010, p. 768.

¹⁶ URRUELA MORA, ASIER: «*Medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad: especial consideración de las consecuencias jurídico-penales aplicables a sujetos afectos de anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares S.L, Granada, 2009 p. 25-38.

- El principio de necesidad o intervención mínima en el momento de la comunicación penal: Este subprincipio implica que una medida no resultará necesaria cuando otras formas de intervención estatal resulten igualmente aptas para la consecución de los fines preventivos especiales perseguidos.
- El principio de proporcionalidad en sentido estricto: Implica la necesidad de que la medida de seguridad guarde una razonable relación valorativa con el hecho.

Principio de irretroactividad: Es un principio clásico en materia penal, pero cuya aplicación en la esfera del derecho de medidas ha planteado discrepancias interpretativas en la doctrina. No obstante, el art. 2.1 Cód. Penal resulta absolutamente claro y no parece dejar lugar a dudas a la hora de determinar el sentido de su tenor literal.

CLASIFICACIÓN

Con carácter general las medidas de seguridad las podemos clasificar de acuerdo al código vigente en:

- Privativas de libertad: Estas suelen incluir internamiento en centro psiquiátrico, en centro de deshabituación o en centro educativo especial.
- No privativas de libertad: inhabilitación profesional, expulsión del territorio nacional, obligación/prohibición de residir en un lugar determinado, custodia familiar, privación del derecho a conducir, privación del derecho a la tenencia y porte de armas, prohibición de acercarse a la víctima o sus familiares, tratamiento externo y sometimiento a programas de tipo formativo/cultural.

Medidas privativas de libertad (art. 101 cód. Penal)

En relación a las primeras el art. 101.1 establece que: «*Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o*

educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96».

No privativas de libertad (art. 96.3 Cód. Penal).

Mientras que el art. 96.3 del cód. Penal establece que: *Son medidas no privativas de libertad:*

1. *“) La inhabilitación profesional,*
2. *“) La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España,*
3. *“) La libertad vigilada,*
4. *“) La custodia familiar*
5. *“) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores,*
6. *“) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.*

No obstante, en supuestos de anomalía, los tribunales suelen hacer otra clasificación de las medidas de seguridad atendiendo especialmente al tipo de tratamiento y el régimen aplicable al sujeto inimputable y está es la siguiente:

- Tratamiento en Régimen Cerrado: En este caso la medida de seguridad consiste básicamente en el internamiento, el internamiento del inimputable es una medida excepcional y de allí se deriva la exigencia de las máximas garantías para su aplicación y ejecución. Los internamientos se suelen llevar en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. En España actualmente existen dos: El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante y el de Sevilla. No obstante, la labor de estos es completada por Centros Socio-asistenciales o socio-sanitarios. Este tratamiento suele ser acordado para los inimputables más peligrosos.

- Tratamiento en Régimen Abierto: en este caso la medida consistirá en cualquiera de las medidas del 96.3 del código penal. Y una de las medidas de mayor eficacia es la custodia familiar y el Cód. Penal establece que en estos supuestos el sujeto inimputable deberá quedar sujeto al cuidado y vigilancia familiar que designe el juez, siempre y

cuando que el designado acepte la custodia. Además, está custodia la ejercerá en relación con el juez de vigilancia Penitenciaria. En la práctica, la custodia familiar suele consistir en observar el comportamiento del sujeto, vigilar conductas anormales, acompañar a los servicios médicos y controlar la toma de la medicación indicada. Además, dichas obligaciones se suelen completar con un control por parte de la USM para garantizar la evolución favorable del sujeto activo.

PRESUPUESTOS DE APLICACIÓN

En todo caso, para la aplicación de cualquiera de estas medidas de seguridad se requiere que realmente se compruebe en cada caso concreto la concurrencia de los requisitos ineludibles para la imposición de la misma, que serán siempre los siguientes:

- 1) La comisión de un hecho previsto como delito (art. 95.1 Cód. Penal).
- 2) Que el sujeto activo posea la condición de inimputable, o en su caso semiimputable.
- 3) Que exista y este acreditada la posibilidad de que el sujeto activo inimputable pudiera cometer nuevos delitos, lo cual ha sido entendida por la doctrina penalista como la **peligrosidad criminal**¹⁷. La peligrosidad criminal es una cuestión que ha generado gran debate, en torno a ella han surgido cuestiones sobre su fundamento y hay autores que han afirmado que este se apreciaría atendiendo a la vida del sujeto, su constitución psíquica, el ambiente en el que vive. En mi opinión, todas estos circunstancias son muy lapsas y salvo en supuestos muy extremos es difícil determinar con seguridad el grado o no de peligrosidad de un sujeto enfermo.

¹⁷ MUÑOZ CONDE, FRANCISCO: «Derecho penal, parte general», 8^a edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2010, p. 52. Muñoz Conde mantiene que: «Este juicio de peligrosidad se lleva a cabo a través de una “prognosis” de la vida del sujeto en el futuro. Para ello deben tenerse en cuenta varios datos: el género de vida del sujeto, su constitución psíquica, el ambiente en que vive, etc. De aquí se desprende que la peligrosidad de un sujeto, es decir, la posibilidad de que cometiera un delito en el futuro, puede constatarse aun antes de que se haya cometido delito alguno».

En este sentido, hay que entender que la peligrosidad es una cualidad de un sujeto para producir un peligro, esto es, se ha entendido doctrinalmente como el riesgo de que suceda un mal con mayor o menor inmediatez¹⁸.

4) Además, el delito cometido ha de tener asignada una pena privativa de libertad (arts. 6.2, 95.5 y 101.1 Cód. Penal) para que la medida de seguridad pueda ser de internamiento.

Además de estos tres requisitos esenciales, los tribunales han venido exigiendo la necesidad de justificación de la correlación entre la medida de seguridad acordada y el fin terapéutico perseguido.

En relación a estos requisitos cabe hacer hincapié sobre todo en la comisión de un acto previsto como delito y que del **juicio de peligrosidad** se derive con la mayor certeza posible que el sujeto pudiese volver a delinquir. En este sentido, ROMEO CASABONA ha precisado que dicho juicio de peligrosidad supone necesariamente la comprobación de la cualidad sintomática en el sujeto, así como la relación entre dicha cualidad y el futuro criminal del sujeto¹⁹.

2. SIMILITUDES, DIFERENCIAS Y RELACIÓN ENTRE MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PENAS.

En primer lugar, es necesario señalar que tanto pena como medida de seguridad son consecuencias jurídicas del delito o lo que es lo mismo instrumentos de lucha contra los delitos. No obstante el fundamento de ambas es muy diverso. Mientras que las penas se fundamentan la *culpabilidad* del sujeto, las medidas de seguridad se fundamentan en la *peligrosidad* de éste²⁰.

¹⁸ ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA: «*Peligrosidad y derecho penal preventivo*», Casa Editorial S.A, Barcelona, 1986, p. 13 y 14

¹⁹ ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA: «*Peligrosidad y derecho penal preventivo*», Casa Editorial S.A, Barcelona, 1986, p. 30.

²⁰ MUÑOZ CONDE, FRANCISCO: «Derecho penal, parte general», 8^a edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2010, p. 585.

El legislador siguiendo los criterios que se empezaban a imponer en Europa (incluso con el anterior Código penal) abandonó el sistema monista en el cual la única consecuencia jurídica del delito eran las penas, y ha pasado a regular y mantener un sistema dualista en el que aparecen como consecuencias jurídicas del delito las penas y medidas de seguridad²¹. En definitiva, con ambas se persiguen tanto los fines de prevención general (desalentar a los demás ciudadanos a cometer delitos) y los especiales (rehabilitar o educar). Además, en un principio no se podrían aplicar medidas de seguridad y penas a la vez en el mismo sujeto y por el mismo acto (principio de *ne bis in idem*), sin embargo el art. 99 del Cód. Penal establece qué: «*En el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vez alzada la medida de seguridad, el juez o tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquélla, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas previstas en el artículo 96.3*». A esta solución que ofrece el código se le ha denominado sistema vicarial, y está técnica consiste básicamente en evitar la acumulación de pena y medida de seguridad privativa de libertad en un mismo sujeto, evitando el cumplimiento de ambas consecuencias jurídicas de forma consecutiva e independiente²².

Ante esto nos surge la duda de en qué supuestos pueden ser aplicables tanto la pena como la medida de seguridad, y llegamos a la conclusión de que el presupuesto necesario para poder aplicarlo es llegar a una situación en la que se aprecie la eximente incompleta (art. 21.1 en relación con alguna de las causas de inimputabilidad, arts. 20 Cód. Penal, apartados 1º, 2º y 3º) y que concurra peligrosidad criminal.

Las dos características fundamentales del sistema vicarial son la obligación de ejecutar en primer término la medida de seguridad y el abono del tiempo de cumplimiento de la medida al señalado por el Juez para la pena.

²¹ MUÑOZ CONDE, FRANCISCO: «Derecho penal, parte general», 8ª edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2010, p. 585 y 586.

²² MIR PUIG, SANTIAGO: «Derecho penal, parte general», 8ª edición, editorial Reppertor, Barcelona, 2010, p. 770.

No obstante, este sistema ha sido criticado por algunos autores como Muñoz Conde que han considerado que la aplicación de ambas, ya sea de modo simultáneo, consecutivo o como sustitutivo supondría una vulneración del principio *ne bis in idem*²³. Esta postura se basa en que en última instancia el que sufrirá los efectos de las mismas es el mismo sujeto.

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD: CESE, SUSTITUCIÓN Y SUSPENSIÓN.

Finalmente cabe señalar que al igual que sucede con las penas de prisión también cabe el cese, la suspensión o sustitución de la medida de seguridad (art. 98 Cód. Penal)²⁴. En concreto, en los supuestos de **internamiento** para tratamiento médico o educación especial, el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad. Para ello, el juez de Vigilancia penitenciaria deberá basarse en los informes emitidos por los facultativos o profesionales que asistan al sujeto sometido a medida de seguridad. En los demás supuestos de medidas no privativas de libertad el propio Juez o Tribunal recabará de los facultativos o profesionales los informes relativos a la situación y evolución del condenado, su grado de rehabilitación y el pronóstico de reincidencia o reiteración delictiva. Además, cabe señalar que también es posible que el sujeto no cumpla la medida de seguridad, y en caso de quebrantamiento de la medida de seguridad el código ofrece dos soluciones según se trate de medidas privativas de libertad o no privativas de libertad: Si se tratase de una medida privativa de libertad (internamiento) el juez o el Tribunal ordenará el reingreso del sujeto en el mismo centro del que se hubiese evadido o en otro que corresponda a su estado. Mientras que en caso de medidas no privativas de libertad el juez o Tribunal podrá acordar la sustitución de la quebrantada por la de internamiento, no obstante será preciso que esta estuviera prevista para el supuesto del que se trate.

²³ MUÑOZ CONDE, FRANCISCO: «Derecho penal, parte general», 8^a edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2010, p. 585. Muñoz Conde mantiene que: «Por más que digamos que el fundamento y los fines son distintos en una y otra, en verdad es el mismo individuo quien soporta ambas consecuencias por el hecho cometido. Tampoco la medida de seguridad como sustituto de la pena está exenta de objeciones».

²⁴ MIR PUIG, SANTIAGO: «Derecho penal, parte general», 8^a edición, editorial Reppertor, Barcelona, 2010, p. 773 y 774.

V. ENCAJE DOGMÁTICO

Al igual que ya señalamos anteriormente, el término del art. 20.1 del Código Penal “anomalía o alteración psíquica” es bastante abstracto por lo que cabría incluir dentro de ésta una gran variedad de trastornos. Ante este hecho, se hace más necesario llevar a cabo el análisis de los diferentes trastornos que entrarían dentro del ámbito de aplicación del art. 20.1 del Cód. Penal. Esto se justifica, en base a que la actual jurisprudencia del TS a la hora de analizar los diferentes trastornos y pronunciarse sobre los mismos ha adoptado la postura de aceptar los conocimientos psiquiátricos vigentes, lo que ha dejado patente que existe una estrecha relación entre la Psiquiatría y la ciencia del Derecho²⁵. Además, considero que esta postura del TS es del todo adecuada puesto que esto garantiza en última instancia que la valoración de imputabilidad del sujeto fuera acorde a los determinados conocimientos psiquiátricos del momento. Sin embargo, el Prof. **URRUELA** ha señalado que el problema de la integración de los conocimientos psiquiátricos en la esfera penal plantea una serie de problemas relacionados con la relación de desconfianza existente entre el ámbito jurídico y la ciencia psiquiátrica.

Estos problemas son los siguientes²⁶:

- Diversidad de Concepciones: El desarrollo de la ciencia psiquiátrica nunca se ha dado de un modo unánime, es decir, siempre han existido escuelas doctrinales que han mantenido posturas contradictorias u opuestas. Esta crítica es infundada, y muestra de ello se hallaría en la evolución de la propia ciencia del derecho, cuyo desarrollo tampoco se ha dado de forma unánime, sino que más bien dentro de la ciencia del derecho siempre han surgido posturas divergentes, algunas de ellas mantenidas por importantes juristas. Con lo cual esta crítica estaría superada.

²⁵ URRUELA MORA, ASIER: «Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica», editorial Comares, S.L, Bilbao-Granada, 2004, p. 193.

²⁶ URRUELA MORA, ASIER: «Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica», editorial Comares, S.L, Bilbao-Granada, 2004, p. 193, 194,195, 196 y 197.

- Evolución de la Ciencia Psiquiátrica: Este problema está relacionado en cierto modo con el anterior, y consiste en que la evolución de la ciencia Psiquiátrica no ha sido pacífica, más bien se suele decir que ha sido de ruptura (Reforma Anti-psiquiátrica), esto implica que en ocasiones los avances que se han dado en dicha ciencia han supuesto una total ruptura con modelos anteriores.
- Además, cabe señalar que en España se ha dado un problema de desarrollo tardío de lo relativo a la ciencia Psiquiátrica.
- Naturaleza Conceptual: Se suele crear confusión cuando tanto por el derecho como por la ciencia psiquiátrica se utilizan términos idénticos para referirse a realidades distintas.
- Análisis de la realidad bajo prismas muy distintos: Mientras que la Psiquiatría persigue un fin particular que es el análisis y curación de las enfermedades mentales, el derecho tiene como objetivo un fin general o último que es la protección de los bienes jurídicos.

Además de las anteriores, cabe señalar que algún autor han considerado que estas reticencias de los tribunales encuentran su fundamento último en diferentes presiones mediáticas, sociales o políticas²⁷.

Todos estos problemas que se plantean se podrían resumir en el temor existente en un importante sector doctrinal del derecho, que intenta oponerse a que la anomalía de alteración psíquica se convierta en una especie de «puerta abierta» que generalice las exculpaciones, y que en última instancia deje sin efecto al propio derecho.

Finalmente, a pesar de esos diferentes argumentos que parecen negar una relación pacífica entre la ciencia del derecho y la psiquiátrica cabe mantener que del dialogo entre ambas ciencias también se deducen importantes ventajas. En primer lugar, para los tribunales es ventajoso puesto que no deben decidir sobre la etiología y la fenomenología (trastornos) cuyos síntomas y efectos se escapan de su conocimiento. En segundo lugar, para los posibles enfermos en el sentido de que la apreciación de la anomalía dependerá de criterios objetivos y generales sobre los que haya un mínimo de consenso en la ciencia psiquiátrica.

²⁷ ARMAZA ARMAZA, EMILIO JOSÉ: «*El tratamiento penal del delincuente imputable peligroso*», editorial Comares S.L, Granada, 2013, p. 37

En conclusión, la integración de los conocimientos psiquiátricos ha de fundamentarse en el consenso conseguido a partir de las dos grandes clasificaciones de los trastornos mentales (el DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana y la CIE-X elaborada por la OMS)²⁸.

VI. CLASIFICACIÓN DIFERENTES TRASTORNOS

En primer lugar, sería necesario establecer una definición de lo que se entiende por trastorno que fundamenta la aplicación del art. 20.1 CP, la jurisprudencia ha optado por una definición bastante extensa que permite dar entrada a diferentes anomalías. En este sentido entenderíamos, que un trastorno psíquico es un conjunto de síntomas distintivos que provocan un malestar, discapacidad o riesgo clínicamente significativos para la salud de una persona. De modo más concreto, para conocer y saber que trastornos entrarían en el ámbito de la eximente del art. 20.1 del cód. Penal, anomalías o alteraciones psíquicas, tendremos que acudir a las clasificaciones científicas admitidas a nivel internacional (Capítulo V de la CIE- X de la Organización Mundial de la salud y DSM IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana). De acuerdo al CIE-X y la admisión por los Tribunales podemos destacar los siguientes trastornos.

1. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (F00-F09).

Generalmente la mayoría de los trastornos se suelen dar en la edad adulta, aunque en el caso de los trastornos mentales orgánicos estos suelen aparecer con independencia de la edad del sujeto. Algunos de estos trastornos son aparentemente **irreversibles y progresivos** y otros son **transitorios** o responden a tratamientos específicos. El uso del término «orgánico» significa que el síndrome clasificado como tal puede ser atribuido a

²⁸ URRUELA MORA, ASIER: «Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica», editorial Comares, S.L, Bilbao-Granada, 2004, p. 197. El penalista Urruela Mora: «*Con el fin de lograr una integración armónica de los conocimientos psiquiátricos en el ámbito penal, procede partir del consenso logrado en el marco de la Ciencia psiquiátrica actual a partir de las dos grandes clasificaciones de los trastornos mentales*».

un trastorno o enfermedad cerebral orgánico o sistémico diagnosticable en sí mismo²⁹. Mientras que el término «sintomático» se utiliza para los trastornos mentales orgánicos en los cuales la afectación cerebral es secundaria a un trastorno o enfermedad sistémica extra-cerebral.

Estos trastornos suelen incluir tanto demencias como deliriums u otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática.

1.1 Demencias

En relación a las demencias podemos destacar³⁰:

- **Demencias en la enfermedad del Alzheimer:** El Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgo neuropatológicos y neuroquímicos característicos. A pesar de los avances, la demencia en la enfermedad de Alzheimer sigue siendo irreversible.
- **Demencia vascular:** La demencia vascular (antes llamada demencia arteriosclerótica) incluye a la demencia multi-infarto, y se distingue de la demencia en la enfermedad de Alzheimer por el modo de comienzo, las características clínicas y la evolución. Lo más característico es que haya antecedentes de ictus transitorios, con breves trastornos de conciencia o pérdidas de visión fugaces.
- **Demencias en la enfermedad de Creutzfeld-Jakob:** Es una demencia progresiva con multitud de síntomas y signos neurológicos debida a alteraciones neuropatológicas específicas (encefalopatía espongiforme subaguda), cuya supuesta etiología es un agente transmisible.
- **Demencia en la enfermedad de Huntington:** Forma parte de una degeneración masiva del tejido cerebral. La enfermedad de Huntington es transmitida por un único gen

²⁹ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 66.

³⁰ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 68, 72, 76, 77 y 78.

dominante. Los síntomas surgen por lo general hacia la tercera o cuarta década de la vida y la incidencia en ambos sexos suele ser la misma.

- **Demencia en la enfermedad de Parkinson:** Se trata de una demencia que aparece en el curso de una clara enfermedad de Parkinson. No se han demostrado rasgos clínicos que permitan distinguirla de otras demencias.

- **Demencia en las infecciones de VIH:** El sujeto presenta quejas de fallos de memoria, enlentecimiento, déficits de concentración y dificultades para la lectura y la resolución de problemas. Son frecuentes la apatía, reducción de la espontaneidad y retraimiento social. En una minoría significativa de individuos afectados la enfermedad puede presentarse de forma atípica, como por ejemplo, trastorno del humor (afectivo), psicosis o convulsiones.

1.2 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

Se trata de un síndrome cerebral orgánico que carece de una etiología específica, caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de la conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotilidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia. Puede presentarse en cualquier edad, pero es más frecuente después de los 60 años. El cuadro de delirium es transitorio y de intensidad fluctuante. La mayoría de los casos se recuperan en cuatro semanas o menos. Sin embargo, no es raro que el delirium persista con fluctuaciones incluso durante seis meses, en especial cuando ha surgido en el curso de una enfermedad hepática crónica, carcinoma o endocarditis bacteriana subaguda. La distinción que se hace algunas veces entre el delirium agudo y subagudo no tiene gran relevancia clínica y el trastorno ha de ser concebido como un síndrome unitario cuya intensidad puede ir de leve a muy grave. Un delirium puede superponerse o evolucionar hacia una demencia³¹.

³¹ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 82.

1.3 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática

Se trata de trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales debidas a enfermedad cerebral primaria, a enfermedad sistémica o de otra naturaleza que afecta secundariamente al cerebro o a una sustancia tóxica exógena (excluyendo el alcohol y las sustancias psicótropas clasificados en F10-F19). Estos trastornos tienen en común el que sus rasgos clínicos no permiten por sí mismos hacer un diagnóstico de presunción de un trastorno mental orgánico, como demencia o delirium. Por el contrario, sus manifestaciones clínicas se parecen o son idénticas a aquellas de los trastornos no considerados como «orgánicos» en el sentido específico. Su inclusión aquí se justifica por la presunción de que su etiología es una enfermedad o una disfunción cerebral que actúa directamente y que no son simplemente la expresión de una asociación fortuita con dicha enfermedad o disfunción o de la reacción psicológica a sus síntomas, tal como trastornos esquizofreniformes asociados a epilepsia de larga duración³².

La jurisprudencia de la Sala 2^a del **Tribunal Supremo** ha admitido que los referidos trastornos mentales orgánicos pueden dar lugar a la aplicación de la eximente completa de anomalía o alteración psíquica, siempre que sean de **intensidad suficiente** como para impedir comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión (STS 276/1995, de 24 de Febrero)³³.

2. F20-20.9 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

2.1 La Esquizofrenia

En el Capítulo V de la CIE-10 y del DSM IV-TR se establece que la esquizofrenia y los trastornos de ideas delirantes se caracterizan por *distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones*. En general, se conservan tanto la

³² LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 84.

³³ URRUELA MORA, ASIER: «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 263.

claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos³⁴. Este tipo de trastornos, pueden llegar a mermar las funciones esenciales que dan a la persona «normal» la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. 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, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos.

Además, de acuerdo a criterios estrictamente psiquiátricos se suele distinguir entre las siguientes formas de esquizofrenia³⁵:

- *Esquizofrenia paranoides*: Es la más habitual, y consiste en la aparición de ideas delirantes aunque estables, paranoides acompañadas de alucinaciones y trastornos auditivos (ideas delirantes de persecución, celo, voces alucinatorias dándole órdenes, silbidos, risas).
- *Esquizofrenia indiferenciada*: Es un conjunto de trastornos que presentan características similares a los otros tipos de esquizofrenia, sin que haya un claro predominio de otro. Este tipo de esquizofrenia incluye la esquizofrenia atípica.
- *Depresión Post-esquizofrénica*: Es un trastorno que surge como consecuencia de otro trastorno de tipo esquizofrénico. En general no suelen muy graves ni duraderos.
- *Esquizofrenia Residual*: Se trata de un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de Síntomas “negativos” y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

³⁴ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 115.

³⁵ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, pp. 118, 122, 123, 124, 125.

- *Esquizofrenia Simple*: Es tipo de trastornos no suelen ser muy habituales, y se caracteriza porque se produce un desarrollo progresivo de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento general.

2.2 Los trastornos esquizotípico

Los sujetos que sufren este tipo de trastornos suelen tener un comportamiento excéntrico³⁶ acompañado de anomalías en el pensamiento y de la afectividad que pueden llegar a asemejarse a la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan ni se han presentado, las anomalías características y definidas de este trastorno.

Este trastorno tiene un curso crónico con fluctuaciones de intensidad. Además, ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara.

2.3 Las ideas Delirantes

En general esta anomalía se suele dar entorno a la edad media o avanzada, aunque es posible su aparición precoz. En la práctica se trata de un conjunto heterogéneo de cuadros nosológicos y que tradicionalmente se encuadran bajo la figura de la paranoia y se caracterizan primordialmente por ideas delirantes mantenidas en el tiempo que no pueden clasificarse como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas. Además, la temática³⁷ de dichas ideas delirantes es muy variada (delirios de persecución, celos, creencias religiosas...).

En relación a las esquizofrenias, trastornos esquizotípicos e ideas delirantes cabe señalar que la Sala 2^a del Tribunal Supremo ha admitido reiteradamente en relación a estos

³⁶ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 125.

³⁷ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 127.

supuestos la eximente completa de anomalía o alteración psíquica³⁸ (STS 399/2000, de 10 de marzo).

3. Epilepsia

En relación a la epilepsia cabe señalar que no es trastorno mental en sentido estricto, sino una enfermedad neurológica, pero debido a la tradición psiquiátrica es conveniente su inclusión en el ámbito de los trastornos mentales. De hecho, ni siquiera está incluida como tal en el CIE-X de la Organización Mundial de la Salud que sólo hace referencia a la epilepsia en relación a la “afasia adquirida con epilepsia (Síndrome de Landau-Kleffner)” un trastorno que se suele dar entre niños de 3 y 7 años que suelen perder la capacidad de compresión y expresión del lenguaje, pero conservando su inteligencia general. No obstante, es necesario tener presente que la inclusión de la epilepsia dentro del ámbito de las anomalías psíquicas o trastornos psíquicos ha sido aceptada de buen grado por parte de la doctrina penalista y del Tribunal Supremo. Además, dentro de las epilepsias podemos distinguir entre:

- **Epilepsia genuina:** Se caracteriza por crisis convulsivas y paroxísticas en curso de las cuales se producen frecuentes caídas, convulsiones y pérdida final de conocimiento, con olvido posterior de lo sucedido durante el ataque epiléptico (amnesia total).
- **Epilepsia sintomática:** La epilepsia se erige en síntoma de otra enfermedad.
- **Epilepsia larvada:** La enfermedad se encuentra en estado latente y por lo tanto, sólo es detectable a través de métodos específicos.

En este sentido, el Tribunal Supremo ha llegado a diferenciar tres situaciones en relación a los supuestos de epilepsias: *delitos cometidos durante las crisis convulsivas, actos delictivos cometidos durante el aura epiléptica o los estados crepusculares, los períodos intercríticos o larvados que se dan entre crisis convulsivas*³⁹. En relación a los primeros, en reiterada jurisprudencia el Tribunal supremo ha tendido a considerar al

³⁸ URRUELA MORA, ASIER: «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 264.

³⁹ URRUELA MORA, ASIER: «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 264.

sujeto como inimputable. En el segundo supuesto, el TS ha señalado que sólo procedería la eximente incompleta de trastorno mental. Finalmente, en el tercer supuesto el TS ha mantenido la plena imputabilidad, salvo en aquellos supuestos en los que como consecuencia de los ataques epilépticos se haya generado en el sujeto otro trastorno mental que pudiese dar lugar a una causa de inimputabilidad. (STS de 24 de Marzo de 1992 y 642/2002, de 17 de Abril).

4. (F30-39) Trastornos del humor o afectivos

En este tipo de trastornos se produce una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión. Se suelen acompañar de depresión o no, o incluso de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). Además, la mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad⁴⁰. En el ámbito de los trastornos del humor o afectivos tienen especial relevancia la psicosis maníaco-depresiva (trastorno bipolar), que se caracteriza por la sucesión de episodios de exaltación del estado ánimo, de aumento de la vitalidad y del nivel de actividad y de depresión.

El Tribunal Supremo en sus resoluciones se ha referido a estos trastornos del humor con la fórmula de psicosis maníaco-depresivas y ha considerado además que estarían dentro del ámbito o del concepto de anomalías o alteraciones psíquicas. En dichas resoluciones, el TS ha señalado que el factor fundamental es que en este tipo de enfermedades se suelen dar con una alternancia de fases maníacas y depresivas en una misma persona a lo largo de su vida, y que el origen de estas es muy diverso⁴¹. No obstante, cabe señalar que en estos supuestos el Tribunal Supremo lo que suele exigir es que en primer lugar concurra la enfermedad y no sólo eso, sino que también la comisión

⁴⁰ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 143.

⁴¹ URRUELA MORA, ASIER: «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 265-266.

del hecho delictivo tuviera lugar durante una fase activa del trastorno o en un periodo de remisión total o parcial. En definitiva, en los supuestos en que se alguno de estos trastornos la inimputabilidad dependerá de la intensidad de los síntomas sobre todo en los grados extremos y en relación a las afecciones más leves y las fases intercalares habrá que estar al caso concreto y los hechos (v. STS 1134/1998, de 28 de Septiembre).

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

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina, existe una categoría para aquellos casos en los cuales la mezcla de angustia y depresión haría artificial forzar la decisión (F41.2)⁴².

Además, dentro de este tipo de trastornos podríamos incluir⁴³:

Los trastornos de ansiedad fóbica:

Este tipo de ansiedad no es diferente a los demás tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera inquietud hasta el terror pánico. Además, en ocasiones este tipo de trastorno se acompaña de miedos secundarios a morirse, a perder el control o a volverse loco.

- ***Agorafobia:*** Este concepto suele ser empleado en un sentido mucho más amplio que no sólo incluye el temor a lugares abiertos, sino también otros lugares relacionados con ellos, como temor a las aglomeraciones, multitudes. La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno se da sobretodo en la vida adulta.

⁴² LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 169.

⁴³ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 170,171 y 172.

- **Fobia Social:** Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres.

- **Trastorno de ansiedad Generalizada:** La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una “angustia libre flotante”). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudo-ración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.

- **Trastorno Obsesivo-compulsivo:** 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.

Otros trastornos de ansiedad:

- **Trastornos de pánico:** Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares.

- **Trastornos de ansiedad generalizada:** La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental particular.

- **Trastorno mixto ansioso depresivo:** Esta categoría suele utilizarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero que ninguna predomina lo suficiente para un diagnóstico separado.

Los trastornos neuróticos somatomorfos a diferencia de los demás trastornos o anomalías psíquicas no presentan características uniformes que hagan posible un conocimiento unívoco sobre los mismos, por ello anteriormente el Tribunal Supremo no los admitía como una causa relevante que pudiera afectar a la imputabilidad del sujeto⁴⁴. No obstante, esto ha cambiado y en la actualidad el Tribunal Supremo, de acuerdo a los avances en Psiquiatría, ha procedido a aceptar el efecto que dichos trastornos pueden tener sobre la imputabilidad del sujeto (STS 2231/1994, de 22 de Diciembre).

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

Estos trastornos incluyen diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la **transformación** de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales⁴⁵.

En relación a los trastornos de personalidad, cabe señalar que ha habido una evolución en su tratamiento jurisprudencial de estos trastornos. En primer lugar, durante la vigencia del anterior Código Penal el Tribunal Supremo sólo admitía la aplicación de la eximente completa y de manera excepcional cuando se trataba de supuestos de psicopatías que se daban a la vez con otro tipo de trastorno mental (STS 851/1992, de 8 de Abril de 1992). Por otro lado, en los demás supuestos el Tribunal Supremo consideró

⁴⁴ URRUELA MORA, ASIER: «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 266 y 267.

⁴⁵ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, pp. 247 y 248.

irrelevante la referida circunstancia a efectos judiciales de imputabilidad, aceptando únicamente en algunos casos excepcionales la eximente incompleta o incluso la atenuante analógica, apreciada, bien como simple, bien como muy cualificada (STS 588/2010, de 22 de Junio y 1377/2011, de 19 de Diciembre)⁴⁶.

7. (F70-79) Retraso mental.

El retraso mental es un trastorno definido 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 cognitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general⁴⁷.

Los trastornos mentales pueden ser:

- **Leves:** Los individuos afectos de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal.
- **Moderado:** Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones

⁴⁶ URRUELA MORA, ASIER: «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 267-269.

⁴⁷ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 277

motrices también se encuentra retrasada, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente.

- **Grave**: Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel más bajos que los mencionados en F0071.

- **Retraso Mental Profundo**: El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes.

En relación a los retrasos mentales, la jurisprudencia del Tribunal supremo (STS 582/2010, de 16 de junio) ha continuado la línea de las resoluciones anteriores y ha distinguido entre⁴⁸:

- **Oligofrenia profunda o idiocia**: Es aquella en la que el coeficiente intelectual del individuo no excede del 25% y tiene una edad mental inferior a 4 años, en estos casos se suele acordar la irresponsabilidad total.

- **Oligofrenia de mediana intensidad o imbecilidad**: Es aquella en la que el coeficiente intelectual del individuo se sitúa entre el 26 y el 50% y con una edad mental comprendida entre los 4 y los 8 años, por lo que generalmente se le considera inimputable.

- **Oligofrenia mínima**: Es aquella en la que el coeficiente intelectual del sujeto se encuentra entorno el 51 y el 70% y con una edad mental entre 8 y 11 años. En estos casos la doctrina señala que lo conveniente es atender a la capacidad del sujeto para conocer o no la trascendencia del acto ejecutado u omitido.

- **«Borderlines»**: Son aquellos sujetos con un coeficiente intelectual que está por encima del 70%, en relación a estos cabe señalar que la jurisprudencia ha tendido a

⁴⁸ URRUELA MORA, ASIER: «Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito», editorial Comares, Granada, 2013, p. 269.

considerarlos imputables, a no ser que dicha afectación se dé a su vez con otro trastorno que reduzcan la capacidad de entender la ilicitud de sus actos.

VII. Análisis Jurisprudencial detallado de cada trastorno

1. (F00-F09) Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

Esta sección agrupa varios tipos de trastornos (demencia, *deliriums...*) cuyo denominador común suele ser que su origen reside en una enfermedad o lesión cerebral u otra afección que pueda causar disfunción cerebral.

No obstante, desde la doctrina ha parecido conveniente distinguir aquellos síndromes que producen trastornos en las denominadas funciones cognitivas superiores (como la memoria o inteligencia) de los otros síndromes que tan solo generan perturbaciones en el nivel perceptivo, o causantes de ideas delirantes, euforia o depresión con una afectación bastante mínima en relación a los primeros. No obstante, a pesar de la diferencia su base orgánica justifica su tratamiento en una sola categoría⁴⁹.

En relación a los trastornos orgánicos, cabe tener en cuenta varios aspectos. En primer lugar, estos trastornos resultan de escasa su incidencia en la delincuencia cometida por los sujetos enfermos, según el Prof. Urruela esto encuentra su explicación en la propia naturaleza de estos trastornos, es decir, que en su mayoría se tratan de patologías degenerativas⁵⁰.

En un sentido estricto, en cuanto a su tratamiento jurisprudencial cabe señalar que aunque este ha sido uniforme, es decir, sin distinción del tipo de trastorno se pueden distinguir varias etapas. En un primer momento y durante la vigencia del anterior código penal el fundamento de la aplicación de la eximente se basaban en la real existencia de estados emocionales o pasionales que debilitasen o entorpecieran la

⁴⁹ URRUELA MORA, ASIER: «*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares, Bilbao-Granada, 2004, p. 224.

⁵⁰ URRUELA MORA, ASIER: «*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares, Bilbao-Granada, 2004, p. 231. Urruela Mora mantiene qué: «*los procesos demenciales (...) sobrevienen en el curso de patologías de carácter degenerativo*».

capacidad de reflexión o libre determinación del sujeto. Otra cuestión es el grado en que se produjera la misma que es lo que determinará la aplicación de la eximente completa (intensidad de la enfermedad mayor) o incompleta (intensidad normal a la enfermedad). La cuestión de la intensidad es esencial puesto que aunque los tribunales reconocieron pronto la capacidad de anulación de las facultades psíquicas que estos podrían producir, en la práctica estos no se solían dar con una intensidad suficiente como para apreciar la eximente de completa.

En sentencias posteriores, y ya con la aprobación del nuevo Cód. Penal de 1995 se mantuvo la misma postura, pero con la novedad de que estos trastornos orgánicos entraban necesariamente dentro del ámbito del nuevo art. 20.1 del Cód. Penal.

Además, también es reseñable que el TS abandonó su idea de distinguir los trastornos mentales y transitorios, asumiendo que eran perturbaciones idénticas y que la única diferencia era meramente temporal.

En conclusión, la apreciación de cualquiera de estos trastornos orgánicos y que como consecuencia de padecerlo conlleven a que el sujeto activo no pueda comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme dicha compresión dará lugar a la exención de la responsabilidad criminal (art. 20.1 Cód. Penal). De modo más concreto, hay que analizar dentro de dicha clasificación el tratamiento dado por el Tribunal Supremo a las demencias y los delirios que son los trastornos mentales orgánicos más habituales.

1.1 Demencias:

El Tribunal Supremo desde sus primeras sentencias estableció doctrina consistente en admitir que la demencia podría causar la privación de las facultades mentales del sujeto. Además, señaló que dicha afectación no siempre era de carácter absoluto, ya que en la demencia también se dan fases o estados intermedios en el que la enfermedad solía afectar a los sujetos en distinto grado (STS 5028/1979)⁵¹.

⁵¹ Véase sentencia 5028/1979: «Que entre la demencia o privación completa de las facultades mentales ya sea permanente o de carácter accidental o transitorio, y el ser completamente normal, con voluntad plenamente libre e inteligente, existen estados intermedios a los que es preciso acomodar a Inmutabilidad de quien los sufre según a la mayor o menor intensidad que la perturbación tenga sobre las bases del psiquismo, o sea sobre su capacidad cognoscitiva y de autodeterminación, de forma que si aquélla es acentuada se utiliza el mecanismo de la eximente incompleta del número 1.º del artículo 9 en

En definitiva, en esta temprana sentencia del año 1979, el Supremo reconoció ya que la demencia como enfermedad mental presentaba fases diversas y que además no tenía porque darse con la misma intensidad. Además de acuerdo a esto podemos distinguir las demencias en tres fases:

- Fase inicial
- Fase intermedia
- Fase Avanzada

Además, en relación al grado el Tribunal se ha limitado a aceptar los establecidos por los Organismos Psiquiátricos internacionales. De acuerdo al CIE-X, la clasificación de los grados es la siguiente:

- **Demencias de grado leve:** El déficit de las capacidades cognitivas interfiere con los rendimientos y actividades de la vida diaria, sin llegar al extremo de hacer al individuo dependiente de los demás.
- **Demencias de grado moderado:** El déficit de las capacidades cognitivas hace el individuo incapaz de manejarse sin la asistencia de otros en la vida cotidiana, incluyendo actividades como la compra y el manejo de dinero.
- **Demencia de grado severo:** El déficit se caracteriza por la ausencia, real o virtual, de ideación inteligible.

El Tribunal Supremo cuando ha tenido que analizar la inimputabilidad del sujeto demente exigido lo siguiente:

- **Eximente completa:** Esta ha sido apreciada por los Tribunales cuando en el momento de la comisión del delito el sujeto tenía anuladas sus capacidades intelectuales y volitivas.
- **Eximente incompleta:** La *eximente incompleta* del art. 21.1 CP ha sido apreciada por los tribunales cuando en el momento de la ejecución de los hechos que se enjuiciaban, el

relación con el número 1.º del artículo 8, y si es leve o la enfermedad mental tiene menor alcance psicológico, la atenuante analógica del número 10 del artículo 9 del Código Penal».

sujeto tenía mermadas de forma importante sus capacidades, pero no anuladas como consecuencia del padecimiento de una determinada clase de demencia.

- **Atenuante analógica:** Está se ha aplicado cuando el sujeto a pesar de padecer la demencia, mantenía tan sólo ligeramente mermadas sus capacidades volitivas e intelectivas.

1.2 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

El delirium no inducido por alcohol es un síndrome orgánico cerebral que se caracteriza por alteraciones concurrentes de la conciencia, la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, el comportamiento psicomotor, las emociones y el ciclo sueño-vigilia. La duración es variable y el grado de afectación varía de leve a muy grave. El delirium suele darse como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, de la intoxicación por sustancias o como consecuencia de la abstinencia de las mismas, del consumo de medicamentos o de la exposición a tóxicos o combinación de ambos factores⁵².

2. (F20-20.9) Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

El bloque F20 incluye las esquizofrenias, como trastornos más relevante del grupo, el trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes persistentes y un grupo extenso de trastornos psicóticos agudos y transitorios.

⁵² LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 82.

2.1 La Esquizofrenia

La esquizofrenia es evidentemente es uno de los trastornos psíquicos más peligrosos, y esto se debe en gran medida al porcentaje de esquizofrénicos autores de hechos delictivos. Además, las esquizofrenias, como ya se ha señalado anteriormente, se caracterizan por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones (Capítulo V de la CIE 10). Además, lo habitual es que los esquizofrénicos conserven su conciencia así como su capacidad intelectual, aunque en la práctica con el transcurso del tiempo el enfermo puede presentar déficits cognoscitivos. El curso de los trastornos esquizofrénicos puede ser continuo o episódico, con un defecto estable o progresivo, o puede haber uno o más episodios con remisión completa o incompleta⁵³.

Por la jurisprudencia siempre se ha considerado que la esquizofrenia puede determinar una obnubilación de conciencia que puede afectar a la voluntad e inteligencia del sujeto, de modo más concreto durante la vigencia del anterior código penal el Tribunal Supremo se pronunció estableciendo que la esquizofrenia se caracterizaba por *«por la disgregación o escisión de las funciones psíquicas en general del individuo que las sufre, produciendo hondos trastornos del pensamiento y de la actividad, afectividad y sentimientos, con alteración de las relaciones del mismo con el mundo exterior, por pérdida de contacto vital, y en definitiva, presentando alteraciones globales, que afectan al núcleo de la personalidad, al romper su estructura íntima, y no hacer el uso adecuado de las funciones psíquicas»* (RJ 1976\2131)⁵⁴.

A la hora de apreciar o no la inimputabilidad el TS ha mantenido un criterio consistente en distinguir en primer lugar el grado de debilidad mental y en segundo lugar si el sujeto a la hora de cometer los hechos estaba bajo los efectos de un brote psicótico.

En relación a los grados:

- Esquizofrenia leve
- Esquizofrenia moderada
- Esquizofrenia aguda

⁵³ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 115.

⁵⁴ Así la jurisprudencia del TS: STS de 4 de Mayo de 1976 sobre eximente de responsabilidad en supuestos de esquizofrenia.

No obstante, en sentencias posteriores el Tribunal Supremo abandonó el criterio estrictamente biológico a favor de un criterio «biológico-psicológico». En la práctica, el Supremo deja de basar la inimputabilidad en el mero hecho de la existencia de la esquizofrenia, sino que empieza también a prestar atención a la incidencia de la esquizofrenia en el sujeto concreto y en el momento de producción del delito (este criterio biológico-psicológico es aplicable al resto de las enfermedades mentales). En conclusión el tribunal en relación a la inimputabilidad suele apreciar (SSTS del 5-6-92):

- **Eximente completa:** Si el sujeto cometió el delito bajo los efectos de un brote esquizofrénico.
- **Eximente incompleta:** Si el sujeto actuó bajo un brote esquizofrénico, pero las circunstancias del hecho revelan un comportamiento anómalo que puede atribuirse a dicha enfermedad (Sentencia de 19 de abril de 1997).
- **Atenuante analógica:** Si el sujeto no actuó bajo un brote y tampoco se revela un comportamiento anómalo en el supuesto concreto, sería de aplicación la atenuante analógica como consecuencia del defecto esquizofrénico que tiene el que padece esa enfermedad.

Finalmente resulta preciso señalar, que la doctrina de los tribunales en relación a las esquizofrenias varía significativamente en función de la subcategoría de esquizofrenia en la que nos encontremos, resultando más habitual la apreciación de la eximente completa en supuestos de la esquizofrenia paranoide (relacionada con un mayor nivel de violencia) que en los supuestos de esquizofrenias hebefrénicas o catatónicas⁵⁵. Esta postura se justifica, en la necesidad de hacer un análisis diferenciado ya no sólo de un trastorno a otro, incluso en relación a trastornos de la misma categoría ya que lo fundamental o esencial es el efecto del trastorno en las capacidades intelectivas y volitivas, y está dependerá en última instancia de la gravedad o simplemente de la intensidad del tipo de trastorno.

⁵⁵ URRUELA MORA, ASIER: «*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares, Bilbao-Granada, 2004, p. 261.

2.2 Los trastornos esquizotípico

Los síntomas de los trastornos esquizotípicos suelen ser muy similares a los de la esquizofrenia. No obstante, como mantiene la Ciencia Psiquiátrica estos no deben confundirse puesto que los sujetos que los sufren no suelen estar al margen de la realidad y por lo general aunque pueden mantener una actitud excéntrica no suelen sufrir alucinaciones.

En relación al tratamiento jurisprudencial, cabe señalar que son muy pocas las sentencias en las que el alto Tribunal haga referencia de forma expresa a este tipo de trastornos y esto se debe a que en la práctica sus síntomas se pueden subsumir en otro tipo de trastornos. No obstante, cabe señalar que el Tribunal supremo ha mantenido el criterio del «orden» y «previsión» en el modo de actuar para distinguir supuestos de trastornos esquizotípicos de trastornos estrictamente esquizofrénicos. En definitiva, el TS ha mantenido que lo propio de la esquizofrenia es la falta de preocupación por la realidad, mientras que en los supuestos de trastornos esquizotípicos es habitual que el sujeto aunque tenga algo mermadas sus capacidades volitivas e intelectivas actué para la producción del delito de manera ordenada, previendo circunstancias que favorezcan el resultado perseguido y que incluso llegase a negar los hechos. Por ello, no es descartable sentencias en las que se reconozca la plena inimputabilidad del sujeto enfermo. En definitiva, en relación a estos trastornos los tribunales suelen aceptar la eximente incompleta o la atenuante analógica ya que en estos casos el acto ejecutado suele ser voluntario y querido por el sujeto enfermo, es decir, los Tribunales mantienen que como en estos supuestos el sujeto enfermo sólo tiene mermadas su conciencia y voluntad no es de aplicación la eximente completa que requiere una anulación total. En este sentido se pronuncian un gran número de sentencias de este Tribunal cuando expresan, entre otras argumentaciones, que *«el alcance de la perturbación incompleta no excluye el acto consciente de que el culpable aprovechó libremente la ocasión propicia para realizar su propósito criminal»* (STS12-12-1986)⁵⁶.

⁵⁶ Así la jurisprudencia del TS: STS de 12 de diciembre de 1986, de 24 de Febrero de 1989 y de 11 de junio de 1991.

En definitiva, lo relevante es que el sujeto sufra realmente una enfermedad mental que le imposibilite conocer y comprender realmente la ilicitud de su conducta delictiva.

2.3 Las ideas Delirantes persistentes

Las ideas delirantes son un conjunto de trastornos que se caracterizan por la aparición de ideas persistentes y con una temática muy variada que puede abarcar desde delirios de grandeza, creencias religiosas hasta de celos. De acuerdo a la temática de los delirios estos suelen clasificarse en⁵⁷:

- Delirio paranoico o de persecución (es el más común).
- | - Delirio religioso
- | - Delirio celotípico o de celos
- | - Delirio hipocondríaco
- | - Delirio de grandeza
- | - Delirio Erotomaniaco

En relación al tratamiento jurisprudencial cabe señalar que muchas veces el TS ha tratado las ideas delirantes como un síntoma de otro tipo de trastornos, no obstante esto no impide que se pueda dar de manera individualizada en un sujeto. Además, doctrinalmente se ha venido manteniendo que estos sujetos son aparentemente «normales» y suele tener una conciencia de la realidad clara, salvo en el aspecto y la materia concreta de su delirio.

Finalmente en relación a su tratamiento jurisprudencial cabe señalar que el TS ha mantenido que: «*En tales casos, la idea o ideas delirantes pueden bloquear en mayor o menor medida el mensaje de las normas que rigen la conducta-esto es lo que significa no poder comprender la ilicitud del hecho-y el sujeto puede llegar a ser más o menos*

⁵⁷ LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 127.

incapaz de autodeterminarse con arreglo a dichas normas. Pero si las ideas delirantes no hacen aparición en la psique del sujeto, como ocurre en el supuesto enjuiciado puesto que el Tribunal de instancia declara expresamente no poder estimar probada persistencia de un trastorno delirante, entonces es correcto concluir que la anomalía psíquica a la que nos referimos no dé debe traducir jurídicamente en una circunstancia que exima al sujeto, ni siquiera de forma incompleta, de responsabilidad criminal». (STS 582/2003, de 22 de abril).

En definitiva, de la doctrina jurisprudencial se deduce varias cuestiones importantes: En primer lugar, se acepta el posible efecto que dichos trastorno puedan ocasionar en el sujeto, impidiéndole su autodeterminación. Y finalmente se deja patente que el criterio delimitador o diferenciador a la hora de apreciar la eximente completa o la incompleta estaría en la relación directa existente entre el delito y la idea delirante. Lo que se traduce en la práctica que si el delito guarda relación con la idea delirante se aprecie la eximente completa y si no existe relación la incompleta⁵⁸.

3. Epilepsia

La epilepsia es una enfermedad caracterizada principalmente por accesos repentinos, con pérdida brusca del conocimiento y convulsiones. Cómo se ha señalado anteriormente tanto la doctrina penalista como la jurisprudencia han considerado conveniente incluirlo en el ámbito de aplicación de las anomalías o alteraciones psíquicas; aunque no estén incluidas como trastorno mental en las clasificaciones internacionales (CIE-X y DSM-IV)⁵⁹. Esto es así, en base a su tradición psiquiátrica y su pronta aceptación y aplicación por parte de los Tribunales.

⁵⁸ URRUELA MORA, ASIER: «*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares, Bilbao-Granada, 2004, p. 265.

⁵⁹ URRUELA MORA, ASIER: «*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares, Bilbao-Granada, 2004, p. 236. Urruela Mora: «*La epilepsia no se incluye como trastorno mental en las clasificaciones internacionales (...) Sin embargo, abogamos por su consideración como trastorno mental a efectos de análisis*».

En relación al tratamiento jurisprudencial de la epilepsia cabe señalar que desde un principio el supremo se planteó la necesidad de distinguir las distintas etapas por las que pasa el sujeto, todas ellas relacionadas con las epilepsias genuinas y sintomáticas, no se suele tener en cuenta la epilepsia larvada puesto que la enfermedad todavía suele estar en un estado latente. Además, en este sentido, el Tribunal Supremo ha llegado a diferenciar tres situaciones en relación a los supuestos de epilepsias: «*Que durante el ataque epiléptico la inimputabilidad del agente resulta total y absoluta puesto que a lo largo del referido ataque carece de inteligencia y de voluntad, debiéndose predicarse tal ausencia del presupuesto de la inimputabilidad, tanto para los delitos de acción como para los de omisión. En cuanto a las auras epilépticas o estados crepusculares, el sujeto tiene profundamente perturbadas sus facultades cognoscitivas y volitivas pero no abolidas, por lo que sólo resulta parcialmente imputable, y en tales supuestos lo correcto es la aplicación de la eximente incompleta de enajenación mental y lo mismo debe sostenerse en relación a la epilepsia sintomática o residual, en tanto en cuanto genere ataques comiciales o equivalentes. En cuanto al tiempo comprendido entre crisis paroxísticas o convulsivas, con independencia de las auras y de los estados crepusculares, resulta de absoluta imputabilidad o de irrelevancia de la dolencia, salvo que tales crisis se sucedan con tal frecuencia, pues en dichos supuestos el deterioro cerebral y la demenciación de quien los padece resulta patente, aplicándose así en este concreto supuesto la semiejimente de enajenación».*

En definitiva, el tribunal en relación a las epilepsias distingue tres situaciones:

- Actos delictivos cometidos durante ***las crisis convulsivas***: En estos casos el Tribunal suele apreciar la inimputabilidad total y absoluta del sujeto puesto que a lo largo del referido ataque carece de inteligencia y voluntad, y tal falta de responsabilidad suele ser admitida tanto en los delitos de acción o de omisión.
- Actos delictivos cometidos durante ***el aura epiléptica o los estados crepusculares***: En estos casos el sujeto suele tener muy perturbadas sus facultades cognoscitivas y volitivas, pero no anuladas, por lo que el sujeto es parcialmente imputable y en tales supuestos lo que los Tribunales suelen apreciar es la eximente incompleta de anomalía psíquica.
- Actos delictivos cometidos en los períodos ***intercríticos o larvados***: En estos casos, el tribunal ha mantenido la plena imputabilidad, salvo en aquellos

supuestos en los que como consecuencia de los ataques epilépticos se haya generado en el sujeto otro trastorno mental que pudiese dar lugar a una causa de inimputabilidad. (STS de 24 de Marzo de 1992 y 642/2002, de 17 de Abril).

El Tribunal supremo ha mantenido esta doctrina incluso después de la aprobación del Código de 1995. Aunque la doctrina penalista más reciente ha matizado la necesidad de aplicar las circunstancias modificativas de la responsabilidad haciendo un análisis del caso concreto y no apreciarla de modo sistemática⁶⁰. En este sentido, Urruela Morra ha mantenido qué:

- Qué el examen del grado de imputabilidad del sujeto debe realizarse siempre caso por caso evitando en todo caso las generalizaciones.
- Que resulta poco probable que el enfermo epiléptico cometa actos antijurídicos de acción durante las crisis convulsivas y en este sentido tampoco podrían cometer delitos por omisión, ya que el concepto de penal de omisión exige la capacidad de omisión.

4. (F30-39) Trastornos del humor o afectivos

En estos trastornos se produce una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión o en el de la euforia. Además, la mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

Los trastornos del humor incluyen una gran variedad de alteraciones psíquicas de tipo afectivo, que pueden afectar a las capacidades intelectivas y volitivas del humano de forma muy diferente por lo que suele dar lugar a distintos grados de imputabilidad. En definitiva, en relación a estos trastornos es preciso señalar que sus síntomas son tan heterogéneos que se pueden relacionar a su vez como causa o consecuencia de otro trastorno. Por ello, es correcta la interpretación que hacen los tribunales en donde lo importante es analizar la «motivación» del propio trastorno, de este modo estos pueden tener un origen interno vinculado con la propia personalidad del sujeto enfermo o a

⁶⁰ URRUELA MORA, ASIER: «*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares, Bilbao-Granada, 2004, p. 239.

causas exógenas ajenas a su personalidad, pero relacionadas con hechos afectivos o emocionales de cierta magnitud. Por tanto, en estos casos lo importante es que la «incidencia» del trastorno con independencia de su origen sea lo suficientemente fuerte para anular plenamente la inteligencia del sujeto

Estos trastornos pueden incluir: episodios maníacos (hipomanía, manía con síntomas psicóticos y manías sin síntomas psicóticos), trastorno bipolar, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente.

En relación a su tratamiento jurisprudencial, en un primer momento cabe señalar que los Tribunales han hecho un gran esfuerzo en intentar diferenciar los trastornos del humor del temperamento que por sí puede tener cada persona. En este sentido el tribunal ha mantenido que «los temperamentos son las constituciones particulares de cada individuo, que resulta del predominio psicológico de un sistema orgánico o de un humor, no constituyen circunstancias modificativas de la responsabilidad, aunque sean violentos, es decir, que obran con ímpetu o intensidad o se dejan llevar fácilmente de la ira» (STS de 17 de Marzo de 1980). Esta postura cautelosa del Supremo es comprensible ya que el temperamento que puede desembocar en iras no suele afectar a la capacidad de discernir ni mucho menos a la voluntad del sujeto, por lo que en estos casos no se podría apreciar la inimputabilidad o semiimputabilidad del sujeto activo.

En un sentido estricto, centrándonos en los trastornos del humor o afectivos, estos han sido analizados por los tribunales bajo la fórmula denominada psicosis maníaco-depresivas o locura circular⁶¹, lo que ha sido muy criticado puesto que se considera que la evolución de la jurisprudencia debe tender hacia una adaptación plena con las clasificaciones internacionales (DSM-IV, Capítulo V de la CIE 10).

Además, este tipo de trastornos presentan otro problema que es que no tienen un curso progresivos en el tiempo, es decir, el estado actual del sujeto no puede servir de referencia a su estado en el momento de la comisión del hecho delictivo y si esto lo añadimos a que en los períodos interfácticos el sujeto es prácticamente normal (su

⁶¹ URRUELA MORA, ASIER: «*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares, Bilbao-Granada, 2004, p. 276

delictividad o «peligrosidad» es igual a la de cualquier otro) supone en la práctica que la historia clínica del sujeto enfermo adquiera mayor relevancia.

Finalmente, en relación a la apreciación de la imputabilidad los tribunales suelen exigir:

- Eximente completa (art. 20.1 Cód. Penal): Está sólo ha sido aceptada para las formas más graves de los trastornos del humor (TS, psicosis maníaco-depresivas).
- Eximente incompleta (art. 21.1 Cód. Penal): Está también ha sido apreciada para los trastornos del humor más graves, cuando faltase algún requisito (inteligencia afectada parcialmente de forma grave).
- Atenuante analógica (art. 21.7 en relación al art. 20 Cód. Penal): Está se ha aplicado para las formas más leves de estos trastornos.

No obstante, como ya señaló el TS en sentencia de 26 febrero de 1988 para eximir de responsabilidad la alteración experimentada debe ostentar una significación importante, ofrecerse con suficiente intensidad y debe ser capaz de anular o privar totalmente las facultades psíquicas al individuo.

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

De acuerdo a la OMS (CIE-X)⁶², la neurosis es un trastorno psíquico sin una alteración orgánica demostrable, en la que el sujeto suele mantener el juicio y la lucidez. Desde una perspectiva puramente clínica existe una gran variedad de neurosis y que podemos clasificar como: traumáticas, de guerra, histérica, obsesiva, de ansiedad e incoercibles.

En relación a su tratamiento jurisprudencial en un principio el Tribunal supremo señaló que dicha variedad de tipos de neurosis implicaban necesariamente una diversa

⁶² LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999, p. 143-144.

valoración jurídico-penal, es decir, había que estudiar cada caso en concreto para evaluar los efectos de la enfermedad en el sujeto. En concreto el tribunal negó que la neurosis afectase como regla general a la capacidad de imputabilidad del sujeto enfermos, salvo en casos de neurosis incoercibles. De modo más concreto en sentencia de 2 de febrero de 1979 estableció qué: *«La neurosis por sí sola no alcanza a modificar la imputabilidad del que la padece, puesto que en principio, queda al neurótico la capacidad de apreciar el valor moral y antijurídico del acto que realiza, no menos que su capacidad de autodomínio»*. En definitiva, la primera postura de los tribunales era la de no considerar a la neurosis como una enfermedad grave y en consecuencia se afirmaba que sus efectos no eran relevantes para producir la enajenación mental del sujeto. En realidad, los Tribunales mantuvieron durante bastante tiempo que la neurosis era un “modo particular de reaccionar anormalmente del sujeto ante determinadas situaciones vitales en los que, sin embargo, no pierde su mecanismo de represión y defensa completamente ni el sentido de la realidad, permaneciendo estructurada y organizada su personalidad sobre todo en la parte de ésta que los psicoanalistas denominan «ego». Por tanto, en estos casos los Tribunales consideraban que sólo podría ser causa de atenuación la neurosis cuando la disminución de la capacidad intelectiva y la voluntad fuera grave, dejándose la exención para supuestos extremos o más acusados.

En definitiva, la doctrina de los tribunales en esta primera etapa consistía en considerar que los neuróticos ocupaban el último lugar en la escala descendente de la perturbación mental y sólo las formas más acusadas y graves de tal anomalía podrían aspirar a la completa exención de responsabilidad penal, por lo que las demás reacciones psicógenas sólo puede pretender, a lo sumo, un poderío atenuante.

Posteriormente, el Tribunal supremo modificó su postura respecto a la imputabilidad del sujeto neurótico y procedió a aceptar los efectos que dichos trastornos pueden tener sobre la imputabilidad del sujeto⁶³. En esta nueva etapa son claramente diferenciables dos fases. Una primera fase, a principio de los 80, en la que el tribunal supremo empezó a aceptar los efectos que estos trastornos podrían ocasionar en la capacidad intelectiva o

⁶³ Así jurisprudencia del TS: STS 6 de Junio de 1981 (RJ 2581/1981), 23 de noviembre de 1982 (RJ 7183/1982), STS de 22 de Diciembre de 1994 (2231/1994).

volitiva del sujeto⁶⁴. No obstante, en la práctica la apreciación de la neurosis sólo era aceptable a través de la eximente incompleta o atenuante analógica, esta nueva postura aunque novedosa se quedaba corta, pues se mantenía la idea de que la neurosis no podría ser reconducida a la eximente completa. En la segunda fase, el Tribunal Supremo pasó a considerar a las neurosis como verdaderos trastornos mentales que podrían afectar a las capacidades intelectivas y volitivas del individuo, lo cual supuso aceptar explícitamente que dependiendo del grado al neurosis podría incluso llegar a ser una causa de inimputabilidad en la que se apreciará la eximente completa (El hito de este cambio fue la doctrina establecida por la Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de febrero de 1988 y que se basó en la inclusión de las neurosis en la CIE-9. En dicha sentencia de acuerdo a la incidencia en las facultades intelectivas y volitivas del sujeto se apreció la eximente incompleta).

En conclusión, en la actualidad está generalizada la aceptación de los posibles efectos que los trastornos neuróticos pueden causar en la facultades psíquicas del individuo, aunque en la práctica resulta absolutamente excepcional en las que los tribunales han admitido que un trastorno neurótico pueda dar lugar a aplicación de la eximente completa, siendo su apreciación más habitual cuando se los trastornos neuróticos se den a la par con otro tipo de trastornos.

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

De acuerdo a la clasificación DSM-IV los trastornos de personalidad son un patrón permanente e inflexible de la experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la infancia o la adolescencia y suelen ser estables a lo largo del tiempo. Mientras que para la OMS los trastornos de la personalidad son entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí.

⁶⁴ URRUELA MORA, ASIER: «*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares, Bilbao-Granada, 2004, p. 290. Urruela Mora: «*El hito fundamental en este cambio de doctrina lo marcó la STS de 29 de febrero de 1988, que atiende a la inclusión de la neurosis en el CIE- IX»*

En relación a estos trastornos cabe señalar que son muy heterogéneos y suelen ser clasificados por la OMS (CIE-X) del siguiente modo:

- *Trastornos específicos de la personalidad:*

Estos trastornos afectan de forma grave al comportamiento del individuo y a su personalidad ocasionándole considerables problemas sociales. Dentro de estos trastornos específicos se encuadran a su vez en: trastornos paranoide de la personalidad, trastornos esquizoide de la personalidad, trastorno disocial, trastorno de la inestabilidad emocional (puede ser de tipo impulsivo o límite dependiendo del síntoma dominante), trastornos histriónico de la personalidad, trastornos anacástico, trastornos ansioso, trastorno dependiente y otros trastornos específicos de la personalidad (narcisista, inmadura, excéntrica...).

- *Trastornos mixtos* (sin síntomas predominantes) y otros trastornos de la personalidad (carácter secundario respecto a un diagnóstico principal).
- *Transformación persistente de la personalidad no atribuida a la lesión o enfermedad cerebral:* Estos se pueden dar tras una experiencia catastrófica, enfermedades psiquiátricas, alguna experiencia traumática o incluso trastorno de la personalidad por un dolor crónico.
- *Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos:* Estos trastornos son muy heterogéneos ya que no tienen una motivación racional clara y suelen incluir ludopatías, piromanía, cleptomanía y tricotilomanía.
- *Trastorno de la identidad sexual:* Estos trastornos también son muy variados y como su nombre indica, implican que el sujeto se identifica en cierto modo con el sexo opuesto, es decir, se siente y quiere actuar como lo hace el sexo opuesto y estos trastornos suelen incluir el transexualismo, el travestismo no fetichista y trastorno de la identidad sexual en la infancia.
- *Trastorno de la inclinación sexual:* Incluyen desde el fetichismo, travestismo fetichista, exhibicionismo, escopofilia, paidofilia, sadomasoquismo y otros trastornos de la inclinación sexual como el «froteurismo» o «bestialismo».
- *Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales:* Estos pueden ser de maduración sexual, de orientación sexual egodistónica o simplemente de la relación sexual.

Esta amplia clasificación de los trastornos de la personalidad ha determinado desde un principio el tratamiento recibido por parte de los Tribunales. En definitiva, dado que los trastornos de la personalidad engloban un gran número de supuestos y que todos ellos no muestran un síntoma general o afectan de una manera similar al sujeto los tribunales han concluido en primer lugar que su tratamiento debe ser diferenciado y centrándose en primer lugar en el tipo de trastorno y el delito cometido y analizar si existe algún tipo de relación. De este modo podemos destacar:

- *Trastornos de la Personalidad (Psicopatías)*

En el ámbito de la ciencia Psiquiátrica, las psicopatías han sido los trastornos que mayor interés han generado y esto se debe a su propia nosología, así como a la idea de peligrosidad con la cual se ha relacionado a los sujetos que la padecen. Sin embargo, resulta conveniente señalar que la doctrina contemporánea ha estimado que la peligrosidad es una cualidad o una característica individual⁶⁵ que revela la existencia del riesgo de que un sujeto enfermo concreto realice una acción delictiva en un futuro medianamente previsible.

A pesar de esto, su tratamiento jurisprudencial no siempre ha tendido a considerarlo como una enfermedad que pudiese afectar la capacidad de culpabilidad del sujeto enfermo.

De modo más concreto en relación a su tratamiento jurisprudencial cabe distinguir varias fases. En un primer momento, durante la vigencia del anterior código no se dieron sentencias en las que se hubiese admitido que estos trastornos puedan afectar a la capacidad de culpabilidad del sujeto enfermo puesto que para los tribunales los trastornos de la personalidad eran meramente «desviaciones anormales que solo afectan al carácter». En definitiva, al principio la doctrina y la jurisprudencia mantuvieron que las psicopatías no entraban dentro del ámbito de aplicación del enajenado (art. 8.1 Cód. Penal derogado), es decir, obviaron continuamente su incidencia en la imputabilidad del sujeto. La explicación a esta postura hay que relacionarla con el tipo de delitos

⁶⁵ ARMAZA ARMAZA, EMILIO JOSÉ: «*El tratamiento penal del delincuente imputable peligroso*», editorial Comares S.L, Granada, 2013, p. 84

cometidos por estos enfermos⁶⁶ y por las consecuencias que suelen tener dichos delitos en la sociedad, es decir, con la finalidad de evitar probablemente la alarma social los Tribunales procedieron negar sistemáticamente que las psicopatías incidían en la imputabilidad. En esta etapa, la doctrina penalista también afirmó su plena imputabilidad, pero ésta se basaba en que el psicópata mantenía sus capacidades intelectivas y que además desde un punto de vista puramente nosológico éstas no eran consideradas como verdaderas enfermedades por parte de las escuelas Psiquiátricas clásicas. No obstante, esta anterior doctrina evolucionó de acuerdo a los cambios producidos en la ciencia psiquiátrica (inclusión de los trastornos de la personalidad en las clasificaciones internacionales). La inclusión de los trastornos de la personalidad en las clasificaciones internacionales (Capítulo V CIE IX) ha supuesto en la práctica que no se pueda afirmar que estos trastornos no afectan a la imputabilidad del individuo⁶⁷. En la práctica, esto no significó la posibilidad de admitir la eximente completa, pues en realidad la postura de los Tribunales seguía siendo reticente a la apreciación de la eximente incompleta cuando la psicopatía se daba a la par con otro tipo de trastorno y la atenuante en algunos supuesto en los que sólo concurriese la psicopatía. En aquella época aunque la evolución no fue plena, se dieron los primeros paso y es de resaltar que los Tribunal aceptaran o admitieran que las psicopatías podrían afectar en la imputabilidad del individuo.

No obstante esta corriente fue superada por los avances en la Ciencia Psiquiátrica y en este sentido se pronunció el TS en su ya clásica sentencia de 29 de febrero de 1988 (RJ 1341/1988) que basándose en el CIE-9 rechazó la solución anterior y paso a admitir no sólo la posibilidad de que los trastornos de la personalidad (psicopatías) afectasen a la imputabilidad, sino también que el efecto sobre la imputabilidad dependía también del grado de afección padecida por el sujeto en relación con la capacidad intelectiva y volitiva. No obstante, en la práctica los tribunales optaban por aplicar a lo sumo (y normalmente cuando coexisten con otros trastornos) la eximente incompleta.

⁶⁶ URRUELA MORA, ASIER: «*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares, Bilbao-Granada, 2004, pp. 315 y ss.

Finalmente, dicho tratamiento varió con la aprobación del nuevo código (Cód. Penal, 1995), puesto que se entendió de manera correcta que estos encajaban dentro de la fórmula de anomalía o alteraciones psíquicas, pero la línea jurisprudencial no varió, y los tribunales siguieron apreciando sólo la atenuante analógica en los supuestos en qué el trastorno de la personalidad se daba de forma simple e individualizado y aplicar la semieximente en los supuestos en que la psicopatía concurría con otro tipo de trastorno o patología. En definitiva, en la práctica se sigue vetando o restringiendo la aplicación de la eximente completa en relación a los trastornos de la personalidad y esto es porque los tribunales siguen considerando que los trastornos de la personalidad carecen de suficiente relevancia sobre las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto, que es el requisito esencial de la fórmula mixta del art. 20.1 del Cód. Penal.

- Trastorno del Control de los impulsos

En relación a los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos cabe señalar que este grupo engloba una serie de trastornos muy heterogéneo y que carecen de toda base racional clara y se suelen incluir ludopatías, piromanía, cleptomanía y tricotilomanía. En relación a su tratamiento jurisprudencial, conviene detenerse sobre todo en la cuestión de las ludopatías, cleptomanía y piromanía⁶⁸.

○ Ludopatías:

En relación a la ludopatía la doctrina jurisprudencial ha tendido a considerarla al ludópata como «un neurótico o neurópata, esto es, no es alguien que sufra una enfermedad cerebral propiamente dicha, sino un modo particular de reaccionar, de manera anormal, es decir, patológicamente, ante determinadas situaciones vitales. Se trata, pues, no de una enajenación mental completa, sino de una entidad nosológica de efectos desiguales, según incida en la capacidad intelectiva o volitiva (generalmente lo segundo), por lo que el sujeto que la sufre, normalmente puede discernir con mayor o menor claridad, a veces con toda claridad, el alcance y la trascendencia de los actos que realiza, y en otras no, lo que, desde la perspectiva del no experto, conduce, sin duda, en ocasiones, a grandes y comprensibles confusiones». Esta doctrina explica de modo claro

⁶⁸ URRUELA MORA, ASIER: «*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares, Bilbao-Granada, 2004, p. 321 y 322.

el motivo por el cual los tribunales se muestran recelosos a admitir la eximente, puesto que para determinar la imputabilidad lo relevante no es el trastorno sino el efecto de dicha patología en la capacidad de raciocinio o volición del agente. Por ello, es habitual que los tribunales sólo aprecien la atenuante analógica cuando el sujeto no pueda discernir correctamente.

- Cleptomanía y Piromanía:

En relación a estos trastornos no existe una doctrina consolidada de la 2^a del Tribunal Supremo, por ello habrá que estar en todo caso, para analizar sus efectos sobre la imputabilidad, a los criterios recogidos en las clasificaciones internacionales (CIE-10 y el DSM-IV)

- Trastornos de la inclinación Sexual:

A pesar de su inclusión en las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, su apreciación como causa de inimputabilidad por parte de los tribunales es prácticamente nula, y sólo se ha contemplado la aplicación de la atenuante analógica pero en casos extremos. Algunos autores han justificado esta postura cautelosa en base a la posible alarma que crearían estos en la sociedad.

Personalmente, considero que con el actual sistema mixto se resuelven todos los posibles problemas que podrían conllevar este tipo de trastornos. Antes de todo, es necesario tener en cuenta que estos todos estos trastornos no tienen la misma relevancia penal, y que no suponen necesariamente la comisión de una conducta delictiva. La solución pasaría por no negar de manera absoluta que este tipo de trastornos puedan incidir en las capacidades intelectuales y volitivas del enfermo, y una vez hecha esta afirmación alejarse de una postura tendente a estimar sistemática la eximente siempre que concurra algún de estos trastornos (evitando así una posible alarma social). En definitiva, la solución más correcta sería hacer un análisis concreto de estos trastornos en cada concreto y analizar su incidencia directa en el sujeto enfermo y su relación con el acto ilícito.

7. (F70-79) Retraso mental (RM).

El retraso mental o deficiencia mental es una afección que diagnostico precoz y consiste en que el individuo posee un desarrollo mental incompleto, lo que hace que este se sitúe por debajo de la media. El retraso mental está formado por una serie de trastornos de naturaleza psicológica, biológica o social, que determinan una carencia de las habilidades necesarias para la vida cotidiana.

En relación tratamiento jurisprudencial los tribunales en sus resoluciones han utilizado de forma reiterada una denominación poco acertada. Además, han mantenido una cierta tendencia a considerar los retrasos mentales (“oligofrenias”) como una “enfermedad” con distintos grados de afectación en el sujeto. De hecho en la Sentencia de 30 de junio de 1989 ya establecieron que: *«La constatación de una oligofrenia «liminar» hace referencia al propio dintel o entrada de la oligofrenia, de manera que dividida aquella dolencia en idiocia, imbecilidad, retraso mental y simple torpeza (...) nivel mínimo al que la jurisprudencia niega relevancia en el ámbito de la eximente, completa o incompleta, por lo que la apreciación de una atenuante analógica peca, si acaso, de benévolas»*. De este modo, en primer lugar se reconoce de forma clara que un retraso mental puede afectar a las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto, y en segundo lugar da entender que las diferentes consecuencias jurídicas que se van a derivar de la acción típica y antijurídica del sujeto se corresponderán de modo proporcional a su déficit intelectual.

En definitiva, el tribunal supremo sigue manteniendo que las oligofrenias: *«Son enfermedades mentales de índole endógena caracterizadas por perturbaciones de la personalidad del agente, al implicar una distonía o discordancia entre la evolución y desarrollo fisiológico y somático del sujeto y su análogo y simultáneo crecimiento anímico»* (Sentencia de 28 de enero de 1985). Resulta desalentador y poco adecuado equiparar los retrasos mentales al resto de enfermedades mentales, aunque sea sólo conceptualmente, puesto que los retrasos mentales son una condición propia del sujeto que se traduce sólo en limitaciones en su inteligencia que depende de factores que hasta ahora se conocen con exactitud.

En cuanto a los efectos jurídicos y la trascendencia respecto a la imputabilidad del sujeto activo del delito que la padece, los tribunales han venido distinguiendo al principio varios grados con distinta consecuencia penal que son los siguientes:

a) Idiocias: Es aquella en la que el coeficiente intelectual del individuo no excede del 25% y tiene una edad mental inferior a 4 años, en estos casos se suele acordar la irresponsabilidad total.

b) Imbecilidades: Es aquella en la que el coeficiente intelectual del individuo se sitúa entre el 26 y el 50% y con una edad mental comprendida entre los 4 y los 8 años, por lo que generalmente se le considera inimputable.

c) Retrasados o débiles mentales: Es aquella en la que el coeficiente intelectual del sujeto se encuentra entorno el 51 y el 70% y con una edad mental entre 8 y 11 años. En estos casos la doctrina señala que lo conveniente es atender a la capacidad del sujeto para conocer o no la trascendencia del acto ejecutado u omitido

d) Torpezas mentales: Son aquellos sujetos con un coeficiente intelectual que está por encima del 70%, en relación a estos cabe señalar que la jurisprudencia ha tendido a considerarlos imputables, a no ser que dicha afectación se dé a su vez con otro trastorno que reduzcan la capacidad de entender la ilicitud de sus actos.

No obstante, la anterior clasificación no era del todo correcta puesto que no se fundamentaba ni en los criterios de la OMS ni en los de la Asociación Psiquiátrica Americana. Por ello, es de apreciar y valorar la posterior evolución de la jurisprudencia en el sentido de una de estas instituciones, la OMS, encargadas del estudio de los distintos tipos de trastornos mentales. De este modo, los tribunales han distinguido los siguientes grados:

- Retraso mental ligera (coeficiente intelectual comprendido entre el 50 y el 70)
- Retraso mental moderada (coeficiente intelectual comprendido entre el 35 y el 50).
- Retraso mental severo (coeficiente intelectual comprendido entre el 20 y el 35).
- Retraso mental profunda (coeficiente intelectual inferior a 20).

Está nueva clasificación nos parece más adecuada puesto que se basa en primer lugar en criterios estrictamente psiquiátricos y además puesto que informa de forma clara sobre las consecuencias de los distintos grados en la inimputabilidad del sujeto. Siendo la subnormalidad mental ligera la única que no es apreciada por los tribunales como causa de inimputabilidad, mientras que el resto pueden dar lugar a la apreciación tanto de la atenuante analógica, eximente completa e incompleta.

VIII. CONCLUSIONES

El presente trabajo se ha centrado en el estudio tanto dogmático como jurisprudencial de la imputabilidad en aquellos sujetos que padecen una anomalía o alteración psíquica.

La imputabilidad es una causa de exoneración de la culpabilidad de un sujeto que cometa un acto delictivo. De acuerdo a la configuración del código de 1973 (art.8.1 Cód. Penal) se consideraban inimputables tanto al enajenado como a aquel que sufriera un trastorno mental transitorio, pero esta fórmula fue modificada por el código penal del año 1995, que adoptando una fórmula más abierta dispuso que estaban exentos de responsabilidad criminal aquel que sufriera una anomalía o alteración psíquica al tiempo de cometer el hecho delictivo. En la práctica, el término anomalía o alteración psíquica ha supuesto un gran avance e en relación a la anterior fórmula (art. 20.1 Cód. Penal). Por ello, a pesar de que dicha fórmula ha recibido importantes críticas, sería un error entenderla como una fórmula vaga o imprecisa; ya que su tan criticada imprecisión o ambigüedad ha permitido la inclusión de nuevas formas nosológicas de acuerdo a los conocimientos psiquiátricos presentes y además tampoco es incompatible con conocimientos futuros. Además, cabe señalar que los Tribunales que los tribunales han delimitado y precisado que supuestos engloba. En definitiva, a pesar de ser una fórmula abierta, cumple el fin de dar una solución eficaz a aquellos supuestos en los que el sujeto no es capaz de comprender la ilicitud de su acto.

En este punto, surge la cuestión sobre qué se debe entender por imputabilidad. En el código no se recoge una definición expresa de lo que es la imputabilidad sino que hay que hacer una interpretación a *sensu contrario* del art. 20 del Código Penal. No obstante, esta falta de definición no plantea problemas ya que la doctrina penalista se ha encargado de establecer un concepto de la misma. En este sentido, la imputabilidad sería la capacidad de culpabilidad. Sin embargo, no es pacífica la cuestión sobre si la imputabilidad es un presupuesto o elemento de la culpabilidad. Sin embargo, dichas son cuestiones más técnicas o teóricas con poca relevancia en la práctica. Lo esencial es la configuración de la imputabilidad en la actualidad que exige la existencia de la anomalía, así como la concurrencia tanto del elemento intelectivo como volitivo. En definitiva, el código está basado en una fórmula mixta, que implica o exige necesariamente la concurrencia de una causa *psiquiátrica o biopatológica* que se traduce en la efectiva presencia de un trastorno mental y en segundo lugar una causa

psicológica que consiste en la anulación o grave afectación de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho. En resumen, con la fórmula mixta a diferencia de la fórmula psicológica no basta con la concurrencia de un trastorno mental sino que es necesario que ese trastorno mental incida en el actuar del sujeto pasivo dándose una relación causal entre el trastorno y el delito.

En cuanto al tratamiento jurisprudencial, cabe señalar que los Tribunales a la hora de apreciar la inimputabilidad han exigido: Que el sujeto activo del delito padezca realmente un trastorno, que no sea capaz de valorar la ilicitud de su acto y que tampoco posea capacidad de actuar conforme a dicha comprensión.

En cuanto al alcance de la afectación, los tribunales han mantenido que los efectos de las anomalías o alteraciones psíquicas no afectan a los sujetos en el mismo grado y de modo absoluto, lo que ha llevado a que dependiendo de la gravedad del trastorno y su afectación en el discernir del sujeto, se haya apreciado la eximente completa para supuestos de inimputabilidad plena (art. 20.1 Cód. Penal), la eximente incompleta para supuestos de semiimputabilidad (art. 21.1 Cód. Penal en relación al art. 20.1) o la atenuante por analogía (art. 21.7 en relación al 20.1 Cód. Penal) para supuestos de imputabilidad disminuida.

En un sentido más estricto, la jurisprudencia de los Tribunales no resulta homogénea y esto se debe en gran medida a la diversidad de trastornos con síntomas distintos que se pueden incluir dentro del ámbito de la fórmula de anomalía o alteración psíquica. Por ello, resulta conveniente hacer un análisis de los anteriores comparando su tratamiento antes y después de la inclusión de la fórmula anomalía o alteración psíquica. De entre los diferentes trastornos incluidos en el ámbito del art. 20.1 del código penal podemos destacar los siguientes:

- Demencias: Incluidas en los trastornos mentales orgánicos (F0-F09). Cómo ya se ha señalado desde un principio los tribunales admitieron que las demencias podrían afectar a las facultades mentales del sujeto. Además, mantenía que la afectación no debía ser necesariamente absoluta y recogió los distintos grados contemplados en las clasificaciones internacionales.
- La esquizofrenia: Desde muy temprano los tribunales han aceptado pacíficamente que las esquizofrenias podrían afectar a la voluntad e inteligencia del sujeto. Con la aprobación del código de 1995 se empezó a prestar más

atención a la incidencia de la esquizofrenia en el sujeto en el momento de la comisión de los hechos delictivos.

- Epilepsias: Estas también fueron aceptadas tempranamente, siendo reseñable la distinción de los actos delictivos cometidos por estos sujetos en relación a las distintas fases de dicha patología (crisis convulsivas, estados crepusculares, periodos larvados). Además, esta doctrina no fue modificada con la aprobación del Código penal de 1995 y sigue vigente en la actualidad.
- Neurosis: Anteriormente los tribunales mantenían una postura muy cautelosa, aceptando su consiguiente efecto en las capacidades intelectivas y volitivas pero limitando su apreciación a la atenuante analógica, dejando la eximente para supuestos extremos o en los que la neurosis concurría con otras anomalías o alteraciones psíquicas o con el consumo de sustancias. No obstante, en la actualidad han aceptado sus efectos psíquicos en el actuar del individuo.
- Psicopatías: Desde luego se trata de uno de los trastornos más relevantes. Sin embargo, la jurisprudencia desde un principio se ha mostrado reticente a considerarlos como una enfermedad. No obstante, dicha postura ha evolucionado y actualmente aceptan los efectos de éstas en la imputabilidad del sujeto. No obstante, en la práctica la posibilidad de que los tribunales acepten la eximente es muy remota.

En conclusión, cabe hacer una valoración positiva sobre la evolución de la jurisprudencia en el tratamiento de las anomalías o alteraciones psíquicas. Aunque, por otra parte no deja de ser criticable que en ocasiones su doctrina no se haya fundamentado en los conocimientos psiquiátricos vigentes del momento. Y lo que resulta más criticable, que en determinadas ocasiones en relación con algunos trastornos (p.ej: Psicopatías), a pesar de haber recogido “teóricamente” los avances de las clasificaciones internacionales, en la práctica han seguido manteniendo posturas muy absolutamente reticentes a la admisibilidad de su efecto eximente por cuestiones de alarma social.

IX. Bibliografía:

Libros:

ARMAZA ARMAZA, EMILIO JOSÉ: «*El tratamiento penal del delincuente imputable peligroso*», editorial Comares S.L, Granada, 2013

CEREZO MIR, JOSÉ: «*Derecho penal, parte general-lecciones*», 2^a edición, editorial Uned, Madrid, 2000

LÓPEZ IBOR, JUAN JOSÉ: «*Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10*», editorial Cometa S.A, Madrid, 1999

MIR PUIG, SANTIAGO: «*Derecho penal, parte general*», 8^a edición, editorial Reppertor, Barcelona, 2010

MUÑOZ CONDE, FRANCISCO: «*Derecho penal, parte general*», 8^a edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2010,

ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA: «*Peligrosidad y derecho penal preventivo*», Casa Editorial S.A, Barcelona, 1986,

URRUELA MORA, ASIER/ RUEDA MARTÍN, MARÍA ÁNGELES: «*Capítulo 19: Las causas de irreprochabilidad*» en «ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA/SOLA RECHE, ESTEBAN/BOLDOVA PASAMAR, MIGUEL ÁNGEL»: «*Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito*», editorial Comares, Granada,

URRUELA MORA, ASIER: «*Capítulo 18: La imputabilidad en el Derecho penal. Causas de Imputabilidad*» en «ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA/SOLA RECHE, ESTEBAN/BOLDOVA PASAMAR, MIGUEL ÁNGEL»: «*Derecho penal parte general. Introducción, teoría jurídica del delito*», editorial Comares, Granada, 2013

URRUELA MORA, ASIER: «*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares, S.L, Bilbao-Granada, 2004,

URRUELA MORA, ASIER: «*Medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad: especial consideración de las consecuencias jurídico-penales aplicables a sujetos afectos de anomalía o alteración psíquica*», editorial Comares S.L, Granada, 2009.

Recursos internet:

- CLASIFICACIÓN CIE-X: http://www.psicoarea.com/cie_10.htm
- RAE online: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=UUrwOzCajDXX2y34b1ae>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: Traducción, “Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10”, (2008, Edit. panamericana).
- CANO LOZANO, MARÍA CARMEN: «*Trastornos mentales y responsabilidad penal*», Psiquiatría forense, Ensayo: «<http://psicologajuridica.org/psj208.html>»

X. ÍNDICE JURISPRUDENCIAL.

- STS de 28 de mayo de 1975 (RJ 2568/1975)
STS de 22 de mayo de 1977 (RJ 4128/1977)
STS de 2 de febrero de 1979 (RJ 1979\321)
STS de 2 de noviembre de 1979 (RJ 3799/1979)
STS de 11 de mayo de 1981 (RJ 2165/1981)
STS de 29 de octubre de 1981 (RJ 3902/1981)
STS de 13 de mayo de 1983 (JC 712)
STS de 26 de Noviembre de 1984 (RJ 5954/1984)
STS de 31 de enero de 1985 (RJ 1985\384)
STS de 23 de febrero de 1985 (RJ 1985\1531)
STS de 6 de febrero de 1987 (RJ 1208/1987)
STS de 22 de julio de 1988 (RJ 1988\6648)
STS de 16 de diciembre de 1988 (RJ 9519/1988)
STS de 27 de Febrero de 1989 (RJ 4757/1989)
STS de 3 de enero de 1990 (RJ 1990\263)
STS de 8 de febrero de 1990 (RJ 1301/1990)
STS de 13 de junio de 1990 (RJ 1990\6527)
STS de 28 de Noviembre de 1990 (RJ 1990\9211)
STS 14 de Diciembre de 1990 (RJ 9501/1990)
STS de 5 de octubre de 1991 (RJ 1991\7005)
STS de 26 de febrero de 1992 (RJ 1992\1347)
STS de 24 de marzo de 1992 (RJ 2427/1992)
STS de 8 de abril de 1992 (RJ 3129/1992)
STS de 20 de enero de 1993 (RJ 138/1993)
STS de 28 de mayo de 1993 (RJ 1993\4265)
STS de 21 de septiembre de 1993 (RJ 1993\6816)
STS de 3 de octubre de 1994 (RJ 1994\7606)
STS de 23 de octubre de 1994 (RJ 7605/1994)
STS de 24 de Febrero de 1995 (RJ 1325/1995)
STS de 18 noviembre de 1995 (RJ 8309/1995).
STS de 22 de enero de 1996 (RJ 11/1996)
STS 27 de septiembre de 1996 (RJ 1996\6496)

STS de 24 de mayo de 1999 (RJ 1999\5246)
STS de 1 de octubre de 1999 (RJ 1999\7594)
STS de 6 de junio de 2000 (RJ 4722/2000)
STS de 8 de febrero de 2001 (RJ 2001\277)
SAP de Madrid de 17 de julio de 2001 (JUR 2001\270030).
STS de 3 de octubre de 2003 (RJ 2003\7709).
STS de 15 de enero de 2004 (RJ 2004\2134)
STS de 1 de abril de 2005 (RJ 2005\4974)
STS de 29 de septiembre de 2005 (RJ 2005\7200)
STS de 18 de abril de 2006 (RJ 2006\2289)