



Universidad
Zaragoza

TRATAMIENTO DOGMÁTICO Y
JURISPRUDENCIAL DE LA
ANOMALÍA O ALTERACIÓN
PSÍQUICA PREVISTA EN EL
ARTÍCULO 20.1º DEL CÓDIGO
PENAL ESPAÑOL

Autor/es

Pilar Manzanares Lafuente

Director/es

Asier Urruela Mora

Facultad de Derecho
2017

INDICE

ABREVIATURAS	3
INTRODUCCION	5
CAPÍTULO I: LA IMPUTABILIDAD COMO CONCEPTO EN LA TEORÍA GENERAL DEL DELITO.	7
1.1 Concepto de imputabilidad en la doctrina dominante.	7
1.2 Concepto de la imputabilidad de MIR PUIG y MUÑOZ CONDE.....	7
1.3 La imputabilidad en el Código Penal vigente	9
1.4 La inimputabilidad de los menores y la LORPM.....	10
1.5 El método mixto biológico-psicológico en materia de inimputabilidad	13
CAPITULO II: LA INIMPUTABILIDAD POR ANOMALIA O ALTERACION PSIQUICA DEL ART. 20 CP.....	18
2.1 La anomalía o alteración psíquica permanente y el trastorno mental transitorio. Evolución histórica.....	18
2.2 La refundición de la enajenación mental y trastorno mental transitorio	21
2.3 Escisión de la eximente del trastorno mental transitorio de la intoxicación plena.....	24
2.4 Autonomía del síndrome de abstinencia.	25
2.5 Indiferenciación de trastorno mental permanente y el transitorio a efectos de medidas de seguridad	26
2.6 Las medidas de seguridad.	26
CAPITULO III: NOSOLOGIA DE LAS ALTERACIONES PSIQUICAS	31
3.1 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.....	32
3.2 La epilepsia	34
3.3 Esquizofrenias y trastornos de ideas delirantes.....	35
3.4 Trastornos del humor. Trastorno bipolar.....	39
3.5 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatoformos.....	42
3.6 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.....	46
3.7 El retraso mental.....	49

CAPITULO IV: TRATAMIENTO DOCTRINAL Y JURISPRUDENCIAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.....	51
4.1 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomaticos.....	51
4.2 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de la epilepsia.	51
4.3 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de las esquizofrenias y los trastornos de ideas delirantes.	53
4.4 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de los trastornos del humor.....	55
4.5 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.....	57
4.6 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de los trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto.....	58
4.7 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial del retraso mental.....	61
CAPITULO V: CONCLUSIONES PERSONALES	64
RECURSOS CITADOS.....	67
5.1 TEXTOS LEGALES NORMATIVOS	67
5.2 BIBLIOGRAFIA.....	67
5.3 RECURSOS ELECTRONICOS	68
5.4 JURISPRUDENCIA	69

ABREVIATURAS

AP:	Audiencia Provincial
Art.	Artículo
CI:	Cociente intelectual
CIE 10:	Clasificación Internacional de las enfermedades. 10ª revisión
Cit.	En la obra citada
CP:	Código Penal
Coord.	Coordinador
DSM-V:	Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales. 5ª Rev.
edic:	edición
FGE:	Fiscalía General del Estado
Fj:	Fundamento jurídico
Ibídem:	Obra citada anteriormente
LO:	Ley Orgánica
LORPM:	Ley Orgánica de la Responsabilidad Penal del Menor
OMS:	Organización Mundial de la Salud
p., pp:	página, páginas
RCL:	Repertorio cronológico legislación
RJ:	Repertorio Jurídico (Aranzadi)
SAP:	Sentencia Audiencia Provincial
Sec.:	Sección
SS:	Según Sentencia

StGB:	Código Penal Alemán, <i>Strafgesetzbuch</i>
STS:	Sentencia Tribunal Supremo
TNC:	Trastorno Neuro-Cognitivo
TOC:	Trastorno obsesivo compulsivo
TR:	Texto refundido
TS:	Tribunal Supremo
VIH:	Virus de la inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

- Cuestión tratada en el Trabajo Fin de Grado.

En el presente trabajo se ha realizado un análisis doctrinal y jurisprudencial de la anomalía o alteración psíquica prevista en el art. 20.1 del vigente CP y la incidencia que dichas alteraciones ostentan en el ámbito delictual presente.

- Razón de la elección del tema y justificación de su interés.

El tema ha sido elegido previa aprobación y concreción del director de este trabajo, el Dr. URRUELA MORA, tras la proposición por mi parte de un contenido genérico. Dentro del Derecho Penal, el estudio de las enfermedades o anomalías psíquicas y los trastornos de conducta aúnan dos vertientes que en mi caso, me apasionan, por un lado la esfera aplicativa del Derecho, es decir, su vertiente legal, doctrinal y jurisprudencial y, por otro, la investigación de las enfermedades o anomalías psiquiátricas y su repercusión en los delitos cometidos bajo las distintas nosologías que encontramos en las clasificaciones internacionales. El campo de la imputabilidad aúna las ciencias médicas y las jurídicas y por ello, pienso que tras la realización de este trabajo he ampliado mi campo de conocimientos y competencias adquiridas en la materia.

- Metodología seguida en el desarrollo del trabajo.

En primer lugar, y una vez concretado el tema, se ha elegido la bibliografía de los principales autores que han sentado doctrina en el tema de la imputabilidad. He recopilado información a través de medios bibliográficos clásicos y a través de recursos electrónicos.

Una vez recopilada la información suficiente he generado un índice para estructurar el trabajo. El primer capítulo versa sobre la noción de imputabilidad en general del art. 20 CP. Posteriormente, en el segundo capítulo se concreta la causa de inimputabilidad del art. 20.1 CP. El tercer capítulo aborda la nosología de las alteraciones psíquicas. En el cuarto capítulo, se analiza de forma pormenorizada el tratamiento doctrinal y jurisprudencial de las patologías mentales incluidas en las anteriores clasificaciones nosológicas.

Finalmente he llegado a unas conclusiones personales que plasmo para ultimar el trabajo. Según he ido avanzando y profundizando en este trabajo he necesitado ampliar la bibliografía a consultar, ya que se trata de una cuestión que ha generado en mí un enorme interés personal, por lo que ha sido un placer tener la oportunidad de desarrollarlo y plasmarlo en este trabajo.

CAPÍTULO I: LA IMPUTABILIDAD COMO CONCEPTO EN LA TEORÍA GENERAL DEL DELITO.

1.1 Concepto de imputabilidad en la doctrina dominante.

Todo delito exige la presencia de una acción, típica, antijurídica y culpable. Son estos los cuatro elementos esenciales exigibles para afirmar la presencia de un delito. Desde un punto de vista dogmático la culpabilidad la podemos definir como la reprochabilidad personal por la acción típica y antijurídica cometida, fundada en la capacidad de obrar de otro modo. Por ello, la consideración de una conducta como culpable exige de forma ineludible la comprobación de la imputabilidad del sujeto en el momento de la realización del hecho.¹

Por ello la concepción de imputabilidad o capacidad de culpabilidad dentro de la Teoría General del Delito, de forma genérica, en la actualidad, y de acuerdo con un sector doctrinal podemos decir que es la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión.² Por lo tanto, según la doctrina dominante y, en la actualidad se requieren dos elementos: por un lado, comprender lo injusto del hecho y, en segundo lugar, dirigir la actuación conforme a dicho entendimiento. Dicha capacidad está ausente en los denominados inimputables y así se refleja en nuestro Código Penal actual, en sus artículos 20.1º, 20.2º y 20.3º CP.

1.2 Concepto de la imputabilidad de MIR PUIG y MUÑOZ CONDE

No obstante, el concepto de imputabilidad dentro de la Teoría General del Delito ha ido evolucionando desde la doctrina clásica hasta la actual. En la doctrina clásica la imputabilidad se basaba únicamente en la capacidad de entender y querer, pero siguiendo a MIR PUIG esto no es suficiente puesto que una persona enajenada o un menor pueden saber que está matando a otra persona y querer hacerlo³. Es más, si el sujeto no es consciente en absoluto del hecho que realiza, no faltará solo la imputabilidad, sino incluso a la presencia de un comportamiento humano, primer

¹ URRUELA MORA, A., “La culpabilidad” en Derecho Penal Parte General, Introducción a la Teoría jurídica del delito, Boldova Pasamar *et al* (coord.) Comares, Granada, 2016, p. 269

² URRUELA MORA, A., “La culpabilidad...” *cit.*, p 271.

³ MIR PUIG, S., “Derecho Penal, parte General”, 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, p. 569.

elemento del concepto del delito. No faltará solo la imputación personal, sino la acción y, por tanto, la antijuricidad.⁴

Por otro lado, la fórmula que ha adoptado la doctrina dominante, según la visión de MIR PUIG, el segundo requisito de la fórmula –que el sujeto sea capaz actuar conforme a dicha comprensión- solo tiene sentido bajo la concurrencia de libre albedrío. Así pues, según MIR PUIG la imputabilidad debe definirse en función de la normalidad motivacional del sujeto. La responsabilidad penal falta cuando el sujeto actúa bajo el influjo de una motivación anormal, si bien el concepto de normalidad es relativo y depende de lo que en cada momento histórico-cultural se considere como “normal”.⁵

Asimismo y siguiendo a MUÑOZ CONDE el concepto de imputabilidad es algo más complejo ya que no solo engloba las facultades intelectivas y volitivas del sujeto, sino que añade también un proceso de interacción social o motivacional.⁶ Para este autor las facultades intelectivas y volitivas no son las únicas, ni siquiera las más importantes. En todo caso, las facultades intelectivas y volitivas humanas están condicionadas por otros factores, como pueden ser factores psíquicos y socioculturales. MUÑOZ CONDE nos introduce a lo que en psicología moderna se denomina motivación. Es decir, la capacidad individual de motivarse por mandatos normativos y regir sus actos de acuerdo a dichas normas.⁷

En el proceso de interacción social que supone la convivencia, el individuo se ve obligado a desarrollar una serie de facultades que le permiten conocer las normas que rigen al grupo al que pertenece y regir sus actos por estas normas. Es un proceso de interacción y comunicación. Es lo que MUÑOZ CONDE denomina la motivación por mandatos normativos y, en la medida que esta capacidad no ha llegado a desarrollarse por falta de madurez, defectos psíquicos o trastornos transitorios no puede hablarse de culpabilidad.⁸

Por lo tanto, frente a la tesis dominante en el concepto de imputabilidad, también podemos afirmar la existencia de otros conceptos de imputabilidad mantenidos doctrinalmente, como la de los dos autores anteriormente citados. De un modo sintético,

⁴ MIR PUIG, S., “*Derecho Penal, parte General*”, 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, p. 569.

⁵ MIR PUIG, S., “*Derecho Penal, parte General...*”, cit p. 571.

⁶ MUÑOZ CONDE, F y GARCIA ARAN, M, “*Derecho Penal, Parte General*” 9ª edic, Tirant lo Blanch, Valencia 2015, p 362.

⁷ MUÑOZ CONDE, F y GARCIA ARAN, M, “*Derecho Penal, Parte General...*” cit p 361

⁸ MUÑOZ CONDE, F y GARCIA ARAN, M, “*Derecho Penal, Parte General...*” cit p 362

se puede decir que MIR PUIG rechaza la doctrina dominante de la imputabilidad ya que considera que el segundo requisito – obrar conforme a dicha comprensión- presupone la libertad de voluntad o libre albedrío.⁹ Por ello introduce la capacidad de motivación normal. En el caso, de MUÑOZ CONDE entiende que la imputabilidad requiere en el autor del hecho la concurrencia de unas facultades psíquicas y físicas mínimas para ser motivado por los mandatos normativos.¹⁰

1.3 La imputabilidad en el Código Penal vigente

En nuestro CP vigente, se configuran como causas de inimputabilidad las tres que se recogen en el art. 20. Así pues ex art 20.1º *El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.* Ex art. 20.2º *El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.* Ex art. 20.3º *El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.*

La anomalía o alteración psíquica es causa de inimputabilidad en virtud del art. 20.1º CP. En esta eximente tienen cabida tanto los trastornos mentales permanentes, los cuales serán objeto de análisis de forma exhaustiva posteriormente, como los trastornos mentales transitorios. Respecto al art. 20.2º CP su redacción actual ha venido a prever expresamente lo que desde 1932 se venía considerando una modalidad del trastorno mental transitorio¹¹, es decir, la embriaguez plena o la intoxicación plena por consumo

⁹ URRUELA MORA, A., “*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética*”. Comares, Granada 2004, p. 172.

¹⁰ URRUELA MORA, A., “*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética...*” p. 173.

¹¹ MIR PUIG, S., “*Derecho Penal, parte General*”, 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, p. 592.

de sustancias estupefacientes, así como la actuación bajo el síndrome de abstinencia. Para que el alcohol u otras drogas eximan deberán producir una plena exclusión de la imputabilidad, la semiplena solo podrá atenuar por la vía de la eximente incompleta del art. 21.1º CP, y cuando no sea muy intensa, por la vía de la atenuante ordinaria del art. 21.2º CP.¹² La eximente al hacer referencia expresamente al síndrome de abstinencia despeja algunas dudas que se podían plantear en relación con el anterior CP. No obstante, la exculpación plena se hace depender no solo de la constatación del presupuesto biológico (síndrome de abstinencia), sino del efecto psicológico que produzcan, tal y como sucede en la eximente del art. 20.1º CP.¹³

La eximente del art.20.3º CP recoge como exento de responsabilidad criminal *la alteración en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad*. El fundamento de la eximente requiere dos elementos, el biológico –sufrir alteraciones en la percepción- y, otro psicológico –que tenga gravemente alterada la conciencia de la realidad-.¹⁴ Se podrían incluir básicamente los supuestos de sordomudez desde el nacimiento o infancia en los que el sujeto carezca de instrucción, así como de ceguera bajo las circunstancias referidas.¹⁵ En esta eximente también tendrían cabida lo que se ha dado en llamar los niños-lobo o niños-mono en los que la situación de aislamiento no creada voluntariamente puede afectar gravemente al desarrollo.¹⁶

1.4 La inimputabilidad de los menores y la LORPM.

Por otro lado, en relación con la imputabilidad se debe citar al menor de catorce años como inimputable. Esta es la edad que se fija en España para la responsabilidad penal, ya que a partir de los catorce años y hasta los dieciocho se aplica la Ley Reguladora de la Responsabilidad Penal del Menor, LO 5/2000 de 12 de enero. Es decir desde los catorce a los dieciocho el menor es responsable penalmente pero esta responsabilidad se ajustara a lo dispuesto en la citada ley. Si bien, hay que tener en cuenta que esta es una decisión de política-criminal y por lo tanto, susceptible de cambio. En nuestro CP lo vemos recogido en el art. 19 *Los menores de dieciocho años*

¹² MIR PUIG, S., “Derecho Penal, parte General”, 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, p. 594.

¹³ URRUELA MORA, A., “La imputabilidad” en Derecho Penal Parte General, Introducción a la Teoría jurídica del delito, Boldova Pasamar *et al* (coord.) Comares, Granada, 2016, p. 272.

¹⁴ MUÑOZ CONDE, F y GARCIA ARAN, M., “Derecho Penal, Parte General...” *cit.*, p. 366

¹⁵ URRUELA MORA, A., “La imputabilidad” en Derecho Penal Parte General, Introducción a la Teoría jurídica del delito, Boldova Pasamar *et al* (coord.) Comares, Granada, 2016, p. 287.

¹⁶ MUÑOZ CONDE, F y GARCIA ARAN, M., “Derecho Penal, Parte General...” *cit.*, p. 366

no serán responsables criminalmente con arreglo a este Código. Cuando un menor de dicha edad cometa un hecho delictivo podrá ser responsable con arreglo a lo dispuesto en la ley que regule la responsabilidad penal del menor.

Por lo tanto, podemos decir que la plena imputabilidad y responsabilidad penal con arreglo al CP no se alcanza hasta los dieciocho años, que desde los catorce hasta los dieciocho se prevé un régimen de responsabilidad que también se denomina penal pero que es muy distinto al previsto para los imputables mayores del CP y, que los menores de catorce años no están sujetos a ninguna clase de responsabilidad penal sino sólo a medidas educativas y/o asistenciales.¹⁷ Ex art. 3 LORPM *Cuando el autor de los hechos mencionados en los artículos anteriores sea menor de catorce años, no se le exigirá responsabilidad con arreglo a la presente Ley, sino que se le aplicará lo dispuesto en las normas sobre protección de menores previstas en el Código Civil y demás disposiciones vigentes.*

En relación a la inimputabilidad del menor y siguiendo a MUÑOZ CONDE, según su tesis la imputabilidad es resultado de un proceso de socialización y motivación. Este es un proceso no estático, pero según determinados conocimientos empíricos que brindan la Psicología, la Pedagogía o la Sociología se puede establecer un criterio cronológico que permite fijar una determinada edad a partir de la cual el sujeto puede ser plenamente responsable penalmente hablando. No obstante, y en cuanto a menores, es más importante influir en su socialización a través de medidas educativas y correctivas que a través de una pena ya que esta tiene un componente aflictivo que puede influir de modo negativo en las posibilidades de reinserción del menor.¹⁸

Por lo tanto, podemos decir que la LORPM es de naturaleza penal formalmente hablando, pero materialmente sancionadora-educativa. No obstante, hemos de tener en cuenta que se prevén medidas de internamiento cerrado para los delitos graves, cometidos en grupo o por bandas, con violencia o intimidación o peligro grave para la vida. Así lo recoge el art. 9.2 LORPM. Las medidas a imponer se prevén en el art. 7 LORPM y el Juez puede elegir en base a los informes de los equipos técnicos, los cuales valorarán la situación psicológica, educativa y familiar del menor, así como su entorno

¹⁷ MIR PUIG, S., “*Derecho Penal, parte General*”, 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, p. 596.

¹⁸ MUÑOZ CONDE, F y GARCIA ARAN, M., “*Derecho Penal, Parte General*” 9ª edic, Tirant lo Blanch, Valencia 2015, p. 365.

social. Así pues, vemos dos criterios claros que reflejan la doble naturaleza de la LORPM, por un lado el interés del menor y su naturaleza tutelar y, por otro, el reproche merecido y su naturaleza sancionadora.

De esta forma, podemos observar que la LORPM evita la utilización del término penas, y sólo habla de medidas sancionadoras educativas, rechazando expresamente otras finalidades del Derecho Penal de adultos como la proporcionalidad entre el hecho y la sanción. No obstante, al fijar los criterios para la elección de las medidas adecuadas se hace referencia, aunque el segundo plano, a la valoración jurídica de los hechos, ex art.7.3. Por otro lado, no se aplicarán, las medidas sancionadoras educativas si concurre alguna de las eximentes del CP. Junto a estas medidas sancionadoras educativas existen en la LORPM medidas de seguridad que se aplicarán a los menores comprendidos en las eximentes del art. 20.1º, 2º y 3º CP.¹⁹ Por lo expuesto anteriormente, para CEREZO MIR resulta discutible que la LORPM constituya una ley meramente educativa y subyace un trasfondo penal, aunque se evite utilizar el término claramente.

Del mismo modo y, siguiendo a MATEO AYALA, tanto el art.7.1,d) LORPM que prevé una medida de seguridad de internamiento terapéutico, para las anomalías o alteraciones psíquicas, dependencia a bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas y alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la conciencia, así como el art. 7.1, e) LOPRM que establece el tratamiento ambulatorio para las mismas causas tienen naturaleza jurídica de verdaderas medidas de seguridad de naturaleza penal. Igualmente sucede con el art. 8 LORPM el cual prevé que la duración de la medida privativa de libertad no podrá exceder de la pena privativa de libertad que se hubiera impuesto al sujeto mayor de edad imputable.²⁰ Por lo tanto, para MATEO AYALA al igual que para CEREZO MIR se trata de medidas sancionadoras educativas, que en el fondo no son más que penas, si bien se trata de evitar el término en concreto.

¹⁹ CEREZO MIR, J., *“Derecho penal, parte general”*. 2ª edic., Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid 2000, pp 81-83.

²⁰ MATEO AYALA, E., *“Los antecedentes de la eximente de anomalía o alteración psíquica”*. Dykinson, Madrid 2005, pp 257-258.

1.5 El método mixto biológico-psicológico en materia de inimputabilidad

Para configurar la inimputabilidad en virtud de anomalía o alteración psíquica, tradicionalmente se han utilizado tres fórmulas legislativas. En primer lugar, la fórmula biológica la cual atiende únicamente a la enfermedad, trastorno o anomalía del sujeto que comete un hecho típicamente antijurídico. Esta fue la utilizada en todos los Códigos Penales de nuestro país, hasta 1928. En segundo lugar, la fórmula psicológica, la cual se limita a indicar las consecuencias psicológicas que jurídicamente resultan relevantes para calificar a un sujeto como inimputable, con independencia de las causas o factores que las provocan. En último lugar, la fórmula mixta en la que concurre la combinación de las dos anteriores, exige causas biopatológicas que produzcan determinados efectos psicológicos traducidos en la incapacidad de comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión²¹.

La fórmula biológica o psiquiátrica es también conocida como modelo naturalista, descriptivo o etiológico.²² Este método hace alusión a la enfermedad, trastorno o anomalía en cuestión, pero no a los efectos psicológicos referidos a la conciencia o voluntad del sujeto, ya bien sea la capacidad de comprender el carácter ilícito de la conducta o de obrar conforme a dicha comprensión. Por lo tanto, la exención de responsabilidad criminal queda supeditada únicamente a la constatación de un trasfondo patológico comprobable.²³ Del mismo modo y según ANTON ONECA “la fórmula psiquiátrica se limita a aludir a las enfermedades mentales sin atender a sus efectos” y para MIR PUIG “se limita a requerir una enfermedad o anormalidad mental del sujeto”.²⁴

Bajo esta fórmula, y siguiendo a la mejor doctrina, los beneficios previstos para la inimputabilidad no les sería de aplicación a las personas que condicionadas psíquicamente por un resto de entidades nosológicas que pese a estar incluidas en los trastornos mentales, no fueran reconducibles, a las enfermedades estrictamente

²¹ <http://psicologiajuridica.org/archives/6569> Visto 8/05/2017.

²² MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español*”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 47.

²³ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...*”. *cit.*, p 48

²⁴ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...*”. *cit.*, p. 50 que remite a MIR PUIG, S., y ANTÓN ONECA, J.,

psíquicas.²⁵ Véase por ejemplo el caso de las oligofrenias o retrasos mentales. Además la enfermedad mental en sentido estricto operaría en todos los casos, y no sólo cuando fueran graves. La mera condición de enfermo psíquico en sentido estricto sería suficiente para exonerar de responsabilidad criminal, lo que lógicamente es una solución injusta e insatisfactoria desde el punto de vista de la culpabilidad.²⁶ Además ha de existir un nexo causal entre el concreto trastorno y el hecho delictivo cometido, puesto que de lo contrario lo adecuado sería declarar al enfermo psíquico responsable si tal hecho no guarda relación con la forma o tipo su enfermedad.²⁷

Por lo anteriormente expuesto, la fórmula biológica pura, si bien es la más antigua y ha sido la utilizada por anteriores Códigos Penales españoles. El primer CP en nuestra historia reciente que utiliza la fórmula psiquiátrica pura data de 1822 y sucesivos, en los que la doctrina mayoritaria adscribe la eximente a la fórmula psiquiátrica pura, si bien MATEO AYALA opina que, a partir del CP de 1848 el método se podría considerar compatible con una fórmula mixta²⁸. No obstante, la doctrina no es pacífica al respecto de la fórmula utilizada en los anteriores Códigos Penales, pero sí que estamos en condiciones de afirmar que dicha fórmula presenta graves carencias legislativamente hablando y se trataría de un método incompleto, susceptible de ser superado y que debe ser desechado.²⁹

La fórmula psicológica o sistema valorativo o psicológico fundamenta la exención de la responsabilidad criminal fijándose exclusivamente en los efectos producidos de anulación en las facultades intelectivas o volitivas y con independencia de la causa que lo haya originado.³⁰ En este sentido también se pronuncia MIR PUIG cuando define la fórmula psicológica como aquella que se refiere solo al efecto de la inimputabilidad en

²⁵ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...*”. cit., p. 51.

²⁶ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español*”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid,. Madrid,. p. 53.

²⁷ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...*”. cit., p. 55

²⁸ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...*”. cit., p. 96

²⁹ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...*”. cit., p. 61

³⁰ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...*”. cit., p. 60.

el momento del hecho sin exigir una anomalía psíquica del sujeto.³¹ En esta fórmula psicológica, el antecedente orgánico, somático, es decir no patológico, no opera como elemento principal, es más, se prescinde completamente del elemento corporal así como de su naturaleza. El criterio que define la eximente y consecuente exención de responsabilidad es la valoración de si el sujeto pudo responder a las exigencias del ordenamiento jurídico.³²

MUÑOZ CONDE se muestra crítico con esta concepción ya que opina que este método reduce todas las facultades humanas a los planos intelectual y volitivo, los cuales no son los únicos, ni siquiera los más importantes, ya que como se citó en párrafos anteriores, al hablar sobre la valoración de la imputabilidad por dicho autor, este puso de manifiesto que permanecen otros factores a tener en cuenta de modo relevante, como pudieran ser factores psíquicos y socioculturales.

No obstante, el criterio psicológico ha sido escasamente utilizado en la legislación penal española. Según la doctrina y siguiendo a MATEO AYALA cabe afirmar que son razones de seguridad jurídica las que llevan al legislador a eludir la referencia al método psicológico. Se considera que es un método superfluo, con existencia o no de datos causales científicamente comprobados en los que fundamentar la posibilidad del sujeto para conocer la ilicitud de su conducta u obrar conforme a ese conocimiento, y por lo tanto conllevan un riesgo para la seguridad jurídica.³³

Por último, citaremos la fórmula mixta o psiquiátrico-psicológica o el modelo biológico-normativo. Dicho modelo combina elementos de las dos fórmulas anteriormente analizadas y según la mejor doctrina ha gozado de gran predicamento, siendo la más empleada también por los Códigos legislativos penales modernos.³⁴ Así pues, El método mixto biológico psicológico ha sido el adoptado por el Código pénale italiano ex art 88, el Código Penal suizo, el Código Penal francés ex art.122.1, el y por el StGB alemán. Así, el §20 de StGB de 1975 dice *No actúa culpablemente el que, al cometer el hecho, como consecuencia de una perturbación morbosa de la mente, de una*

³¹ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...”. cit., p. 60.

³² MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 64.

³³ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...”. cit., p. 68.

³⁴ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...”. cit., p. 72.

*profunda perturbación de la conciencia, o por debilidad mental, o por otra grave anomalía de la mente, es incapaz de comprender lo injusto del hecho o de obrar conforme a ese conocimiento.*³⁵

En este sentido:

*“Es doctrina totalmente asentada de nuestro TS, que la fórmula utilizada por el art. 20.1, compatibiliza una doble vertiente biológico-psicológica, siguiendo el modelo del derecho alemán. De esta forma, junto a la presencia de una perturbación psíquica morbosa u otra anomalía o deficiencia grave en la mente del sujeto, se exige el llamado efecto psicológico, esto es una profunda perturbación de la conciencia y voluntad en el momento de la ejecución del hecho. En definitiva, lo decisivo es que la enfermedad mental influya de modo determinante en la capacidad de comprensión (elemento intelectual), o de acción (elemento volitivo) del autor y, por ello, se dice que el sujeto es inimputable, porque carece de capacidad para conocer y comprender el carácter prohibido o injusto de su conducta, esto es su antijuridicidad o, aun teniendo esta facultad, no es capaz de orientar su actividad con arreglo a dicho entendimiento”*³⁶

Con base en lo expuesto anteriormente, y según la doctrina mayoritaria, cabe sostener que la imputabilidad consiste en la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión, por lo que exige para su concurrencia una serie de requisitos biopsíquicos en el autor. Así pues, nuestro CP acoge una fórmula mixta, es decir psiquiátrico-psicológica, en materia de imputabilidad, por lo que se exige por un lado el requisito psiquiátrico de la efectiva presencia de un trastorno mental permanente o transitorio, estado de intoxicación, síndrome de abstinencia o alteración sensorial, y por el otro, el factor psicológico, que consiste en la incidencia que dichas circunstancias han de ostentar sobre el actuar del sujeto.³⁷ Es decir, una patología psíquica de base y una afección psicológica plena en las facultades mentales del autor.

Así por ejemplo, en relación al factor biológico, debería entenderse, al igual que sucedía con el método psiquiátrico, en términos suficientemente amplios para

³⁵ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 74.

³⁶ Sentencia núm. 17/2003 de 19 mayo. SAP de Cuenca. JUR 2003\152117

³⁷ URRUELA MORA, A., “La imputabilidad” en Derecho Penal Parte General, Introducción a la Teoría jurídica del delito, Boldova Pasamar *et al* (coord.) Comares, Granada, 2016, p. 272.

acomodarse a la amplia nosología psiquiátrica, y comprender no solo las enfermedades mentales en sentido estricto, sino también otros trastornos que aun no siéndolo, como puedan ser las psicopatías, las neurosis o las oligofrenias sean, sin embargo, susceptibles de incidir en la imputabilidad del sujeto.³⁸ Por otro, lado y según MIR PUIG el presupuesto psicológico habrá de versar sobre la concepción tradicional de imputabilidad, es decir, la capacidad de comprender el ilícito del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión, sustituyendo así a las ya clásicas, capacidad de entender y querer.³⁹ Y, que estas gozaran de relevancia a efectos de valorar la imputabilidad del sujeto en la medida que incidan en las facultades intelectivas o volitivas.⁴⁰

Se podría pensar según lo analizado hasta ahora, que la imputabilidad de un sujeto no es susceptible de graduación. Eso sería una valoración incorrecta, ya que el autor no es siempre inimputable o plenamente imputable. La imputabilidad se pueda graduar y se puede reconocer a un sujeto como semiimputable o incluso, cabe aplicarle una atenuante analógica con base en su imputabilidad disminuida.⁴¹ Así pues, la semiimputabilidad supone una capacidad disminuida de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión. Esto conlleva unas consecuencias jurídicas que son la apreciación de una eximente incompleta ex art. 68 CP en relación con el art. 21.1 CP la cual conlleva la reducción en la pena en uno o dos grados y, además se puede decretar la imposición conjunta de penas y medidas de seguridad, que habrán de ejecutarse con arreglo al sistema vicarial, ex art. 104 y 99 CP. Lo mismo sucede con la posibilidad de la apreciación de la atenuante analógica del art. 21.7º CP a la del art. 21.1ºCP en relación con cualquiera de las causas de inimputabilidad del art. 20 CP.⁴²

³⁸ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español*”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 76.

³⁹ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...*” cit., p.80.

⁴⁰ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...*” cit., p.80.

⁴¹ URRUELA MORA, A., “*La imputabilidad*” en *Derecho Penal Parte General, Introducción a la Teoría jurídica del delito*, Boldova Pasamar *et al* (coord.) Comares, Granada, 2016, p. 273.

⁴² URRUELA MORA, A., “*La imputabilidad...*” p. 274.

CAPITULO II: LA INIMPUTABILIDAD POR ANOMALIA O ALTERACION PSIQUICA DEL ART. 20 CP

2.1 La anomalía o alteración psíquica permanente y el trastorno mental transitorio. Evolución histórica

En nuestro CP, y en virtud del art. 20.1 está exento de responsabilidad criminal *el que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica que no le permita comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión*. Ciertamente es una definición poco científica que no nos concreta qué tipo de anomalía o alteración psíquica puede incluirse en ella, por lo tanto podríamos incluirse dentro de ella los estados de intoxicación y síndromes de abstinencia pues en realidad lo que se hace es recaer el acento en el efecto psicológico que deben producir estas alteraciones psíquicas o intoxicaciones, es decir, que impidan la comprensión de la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión.⁴³ No obstante, en la nueva redacción del art. 20 CP se configura una eximente independiente para los estados de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias análogas así como para el síndrome de abstinencia, en la que según los supuestos será más conveniente aplicar la vía del art. 20.2º o la del art.20.1º CP.⁴⁴

Si bien, antes de continuar el examen del art. 20.1º CP hemos de analizar la evolución del precepto y podemos comprobar cómo la redacción de la eximente en el precepto del anterior CP (TR 1973) empleaba en su artículo 8.1º el termino enajenado, y por lo tanto, alcanzaba solo al “alienado”, que como decía LÓPEZ IBOR es “aquel cuyos actos resultan ajenos, extraños a su propia personalidad”.⁴⁵ Esta redacción podría ser adecuada para expresar las enfermedades mentales en sentido estricto, es decir, las psicosis, pero no englobaba por ejemplo a las oligofrenias, que se caracterizan por suponer un grado de inteligencia inferior a lo normal. El oligofrénico no se halla fuera de sí o enajenado, sino que, en realidad, no puede salir de sí mismo. No obstante la jurisprudencia y la doctrina admitió de forma unánime la exención de responsabilidad

⁴³ MUÑOZ CONDE, F y GARCIA ARAN, M,. "Derecho Penal, Parte General" 9ª edic, Tirant lo Blanch, Valencia 2015, p 367.

⁴⁴ URRUELA MORA, A., "La imputabilidad" en Derecho Penal Parte General, Introducción a la Teoría jurídica del delito, Boldova Pasamar *et al* (coord.) Comares, Granada, 2016, p. 285.

⁴⁵ MIR PUIG, S., "Derecho Penal, parte General", 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, p. 575. Se remite a LOPEZ IBOR, J.

penal en el oligofrénico y las incluyo en el término enajenado en una interpretación correctiva más allá del sentido literal del precepto.⁴⁶ Por lo tanto, en el anterior CP se utilizaba para regular la responsabilidad penal una fórmula puramente biológica si bien acabo configurado por vía jurisprudencial en una fórmula mixta.⁴⁷

En art. 8.1 del antiguo CP 1973 textualmente se recogía que *Están exentos de responsabilidad criminal: 1.º El enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir. Cuando el enajenado hubiere cometido un hecho que la Ley sancionare como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal.*⁴⁸

La nueva redacción del art. 20.1º CP frente a la antigua del art. 8.1 (TR 1973) introduce cuatro importantes novedades. La primera se trata de una refundición de las antiguas eximentes de enajenación mental y trastorno mental transitorio. La segunda la escisión de la eximente del trastorno mental transitorio de los supuestos de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos. La tercera, la autonomía del síndrome de abstinencia. Por último, no se diferencia el trastorno mental transitorio del permanente a efectos de aplicación de medidas de seguridad.⁴⁹

“En efecto, en el Código anterior, [...] el art. 8.1 vinculaba la inimputabilidad al "enajenado", esto es, a la existencia de una enfermedad mental de origen morbooso o patológico cuya realidad, origen y grado de incidencia en el intelecto y la voluntad del sujeto, venía siendo acreditada por la pura constatación de los especialistas médicos. En el Código de 1995, [...] la insuficiente referencia al "enajenado" del viejo art. 8.1 ha sido sustituida en el art. 20.1 por la expresión "cualquier anomalía o alteración psíquica", mucho más amplia y comprensiva. Pero la otra modificación, todavía más importante, viene a situar las consecuencias de la anomalía psíquica en un marco conceptual diferente, pues

⁴⁶ MIR PUIG, S., *“Derecho Penal, parte General”*, 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, p. 575.

⁴⁷ URRUELA MORA, A., *“Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética”* .. Comares, Granada 2004, p. 209.

⁴⁸ http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/d3096-1973.html#a8 Visto 10/05/2017

⁴⁹ MATEO AYALA, E., *“La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”*. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid,. Madrid,. p. 87.

(véase STS de 14 de mayo de 2001 [RJ 2001, 10313]), a partir de ahora, sobre lo que tienen que preguntarse los Tribunales, cuando el autor del delito padezca cualquier anomalía o alteración psíquica, no es tanto su capacidad general de entender y querer, sino su capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a esa comprensión. Es ésta una definición de la imputabilidad que pone prudentemente el acento en la mera aptitud del sujeto para ser motivado por la norma, al mismo nivel que lo es la generalidad de los individuos de la sociedad en que vive, y, a partir de esa motivación, para conformar su conducta al mensaje imperativo de la norma con preferencia a los demás motivos que puedan condicionarla (STS de 16 de noviembre de 1999 [RJ 1999, 8940])⁵⁰.

El nuevo art. 20.1º CP supone un paso adelante por parte del Derecho Español en la asunción de los modernos conocimientos psiquiátricos, ya que como se ha dicho anteriormente nuestro CP utiliza para regular la exención de la responsabilidad penal una fórmula mixta, es decir biológico-psicológica, la cual requiere una base biológica constituida por la anormalidad del sujeto y el efecto de no comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión, que sería el efecto psicológico de la inimputabilidad.⁵¹ Ello permite incluir no solo las alteraciones psíquicas propiamente dichas, tales como las psicosis endógenas, exógenas, etc. sino además las anomalías psíquicas tales como las oligofrenias, psicopatías, etc.⁵²

Por lo tanto, la configuración actual del art. 20.1º conlleva una serie de consecuencias en el terreno dogmático y práctico. En primer lugar, se consagra la fórmula mixta biológico-psicológica, y ello supone un avance respecto al anterior CP (TR 1973) que se ceñía únicamente a presupuestos psiquiátricos o biológicos en la articulación de la eximente. En relación con el componente psicológico al especificarse legamente ex 20.1º CP las capacidades intelectivas y volitivas que han de hallarse afectadas por la anomalía o alteración psíquica, se garantiza la seguridad jurídica en la aplicación de la eximente y se le dota de coherencia interna.⁵³

Además el actual art. 20.1º CP permite la aplicación de medidas de seguridad, a personas que anteriormente no eran reconocidos como enajenados y a las que en

⁵⁰ Sentencia núm. 175/2008 de 14 mayo. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª) RJ 2008\3096

⁵¹ MIR PUIG, S., *“Derecho Penal, parte General”*, 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, p. 574.

⁵² URRUELA MORA, A., *“La imputabilidad”* en *Derecho Penal Parte General, Introducción a la Teoría jurídica del delito*, Boldova Pasamar *et al* (coord.) Comares, Granada, 2016, p. 276.

⁵³ URRUELA MORA, A., *“Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética”* ., Comares, Granada 2004, p. 217.

consecuencia se les imponía penas por la comisión de un delito. La evolución psiquiátrica pone de manifiesto que anomalías como trastornos en el control de los impulsos, de la personalidad, etc. cuya eficacia eximente en el anterior CP era fuertemente discutida, precisan de intervención tanto terapéuticas, como de naturaleza jurídico-penal en forma de medidas de seguridad. Igualmente con los trastornos mentales transitorios y la posibilidad de aplicar las medidas de seguridad adecuadas en función de la peligrosidad criminal del autor.⁵⁴

Por otro lado, esta redacción actual ha permitido la inclusión de psicopatías, neurosis u oligofrenias que no tenían cabida en el anterior concepto de enajenado del anterior CP. Además esta fórmula resulta lo suficientemente flexible como para poder incluir en relación con la inimputabilidad futuros desarrollos en materia psiquiátrica-penal y, supone la consagración en nuestro país de las corrientes legislativas dominantes que establecen la necesidad de verificación del doble requisito biológico y psicológico o lo que es lo mismo, la fórmula mixta, en materia de inimputabilidad.

2.2 La refundición de la enajenación mental y trastorno mental transitorio

En relación con el trastorno mental transitorio el antiguo CP, según la redacción de su art. 8.1º además de estar exento de responsabilidad criminal el enajenado, lo estaba el que se *halla en situación de trastorno mental transitorio a no ser que este haya sido buscado para delinquir*. En el actual art. 20.1º CP no se da una declaración positiva sobre la eximente del trastorno mental transitorio pero en la expresión “anomalía o alteración psíquica” se da a entender que estas pueden ser permanentes o bien trastornos transitorios.⁵⁵ En nuestra redacción actual se dice que *El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión*. Lo cual remite a la *actio libera in causa*.

Según CERESO MIR en nuestro actual CP, solo se mantiene la referencia al trastorno mental transitorio en relación a la *actio libera in causa*.⁵⁶ Únicamente se

⁵⁴ URRUELA MORA, A., “Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética...” cit., p. 218.

⁵⁵ MIR PUIG, S., “Derecho Penal, parte General”, 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, p. 587.

⁵⁶ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 89.

mantiene la diferencia entre los trastornos mentales de carácter permanente de los de carácter transitorio a efectos de la regulación de la *actio libera in causa*.⁵⁷ MUÑOZ CONDE se refiere a la *actio libera in causa* como una excepción al principio de la posesión de capacidad suficiente en el momento de la comisión del hecho delictivo. En la *actio libera in causa* se considera también imputable al sujeto que al tiempo de cometer el delito no lo era, pero si en el momento en el que ideó cometerlo o puso en marcha el proceso causal que desembocó en la acción típica.⁵⁸

El trastorno mental transitorio, en su origen, se concibió como una perturbación del psiquismo diferenciada de la enajenación por tener un carácter temporal breve, transitorio y además deberse a causa exógena. Esto es la causa que no consiste en enfermedad o característica interna propia del sujeto, a diferencia de las causas endógenas, sino de algún motivo circunstancial. Así, por ejemplo, la enfermedad mental u oligofrenia encontrarían una causa endógena, vinculada al propio sujeto, mientras que el trastorno mental transitorio, se hallaría motivado por factores externos al sujeto, como bien podría ser una situación vital de especial dificultad.

Por ello, en relación a la etiología del trastorno mental transitorio podemos decir que para la doctrina no es una cuestión pacífica, ya que han ido co-existiendo dos posturas al respecto. Por un lado, quienes se pronuncian ante la necesidad de una concreción somático-patológica y, por otro quienes opinan lo contrario. Actualmente, en nuestro vigente CP, la doctrina admite la existencia de supuestos en el que el fondo patológico puede estar presente pero, se manifiesta contraria a que exista un antecedente morboso, ya que este puede obedecer a causas exógenas del sujeto, no necesariamente morbosas, e igualmente capaces de producir afectación en las capacidades intelectivas y volitivas.⁵⁹

CEREZO MIR hace referencia a la inexigencia de fondo patológico en la jurisprudencia más moderna y considera que tal exigencia no tiene sentido. MUÑOZ CONDE piensa que en ocasiones el trastorno mental será una reacción anómala condicionada por una patología, pero para este autor no es necesaria la constatación de

⁵⁷ CEREZO MIR, J., “*Derecho penal, parte general*”. 2ª edic., Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid 2000, p. 54.

⁵⁸ MUÑOZ CONDE, F y GARCIA ARAN, M., “*Derecho Penal, Parte General*” 9ª edic, Tirant lo Blanch, Valencia 2015, p 375.

⁵⁹ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español*”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 91.

un fondo patológico para apreciar la eximente. MIR PUIG admite que un trastorno mental transitorio puede proceder de causa endógena que no sea enfermedad mental o alteración psíquica, pero no es exacto que el trastorno mental transitorio provenga solo de causas exógenas.⁶⁰

Por lo tanto, y a efectos legales, es necesario analizar si es necesario el fondo patológico en el trastorno mental transitorio o no. Una gran mayoría de psiquiatras que se han ocupado de este tema se inclinan por exigir este requisito, si bien es cierto que no cabe descartar la posibilidad de trastornos que produzcan el necesario efecto psicológico de la imputabilidad sin tener una patología de base. Podemos encontrar varios argumentos contra de la exigencia de la base patológica.

En esta línea, en primer lugar, y siguiendo a MIR PUIG se puede citar el argumento gramatical o la letra de la ley que no exige en ningún momento base patológica. En segundo lugar, el argumento histórico (CP 1932) en el que la embriaguez plena y fortuita parecía considerarse trastorno mental transitorio y por lo tanto sin necesidad de base patológica, ya que la embriaguez no la requiere, si bien es cierto que nuestro actual CP separa el trastorno mental transitorio de la intoxicación plena y el síndrome de abstinencia. Y, por último, el argumento dogmático y político-criminal que se deriva del principio de culpabilidad.⁶¹

Es necesario advertir que a este respecto, el TS ha declarado con cierta frecuencia que para la estimación de esta eximente será necesario que la perturbación de la facultad mental tuviera causa patológica, sin embargo en otras ocasiones no ha exigido este requisito.⁶²

Si bien, hay que dejar constancia de que lo verdaderamente importante es que el efecto psíquico de la inimputabilidad ha de ser en todos los casos una inimputabilidad transitoria. Por ello, para que el trastorno mental transitorio exima ha de producir el efecto de inimputabilidad requerido para que una anomalía o alteración psíquica pueda eximir. Lo único que lo distingue es su duración y sus causas.

⁶⁰ MATEO AYALA, E., *“La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...”*. cit., p. 91

⁶¹ MIR PUIG, S., *“Derecho Penal, parte General”*, 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, pp. 594-595.

⁶² MATEO AYALA, E., *“La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...”*. cit., p. 92.

2.3 Escisión de la eximente del trastorno mental transitorio de la intoxicación plena

Por otra parte, en la nueva redacción del art. 20 CP se incluye en el punto 2º una referencia expresa a lo que anteriormente se consideraba una modalidad de trastorno mental transitorio⁶³, así se recoge ex art. 20.2º CP *El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.* Por lo tanto una parte de la eximente que antes se incardinaba en el art. 8.1 CP pasa a tener una redacción independiente en el art. 20.2º CP.

Hay que tener presente que quien se encuentre en un estado de intoxicación plena, puede padecer un trastorno o no, de los que encuentran acomodo en la anomalía o alteración psíquica. Por lo tanto, no puede predicarse del estado de intoxicación una ausencia de individualidad como eximente.⁶⁴ Siguiendo a MATEO AYALA en los supuestos de intoxicación alcohólica con personalidad anormal del sujeto por ingesta prologada en el tiempo –psicosis alcohólica o toxifrenia- serán reconducibles a la eximente prevista en el art. 20.1º CP. En los casos de intoxicación no patológica sería apreciable el supuesto previsto en el art. 20.2 CP.

Los casos del consumo de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos se pueden analizar de la misma manera que la intoxicación por alcohol. En los supuestos de consumo prolongado de sustancias que haya generado una psicosis toxica o toxifrenia podrá aplicarse la eximente del art. 20.1 CP, mientras que si el sujeto se halla en intoxicación esporádica plena se aplicaría el art.20.2 CP.⁶⁵ Además, en la eximente del art. 20.2 CP es indiferente que la embriaguez plena o la intoxicación plena por consumo de drogas, sea fortuita, imprudente o voluntaria siempre que no se trate de los supuestos de *actio libera*

⁶³ MIR PUIG,S., “Derecho Penal , parte General” , 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, p. 587

⁶⁴ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 94.

⁶⁵ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...” cit., p. 98.

in causa previstos, a diferencia del anterior precepto del CP que exigía que fuera plena y además fortuita para poder aplicar la eximente de trastorno mental transitorio.⁶⁶

2.4 Autonomía del síndrome de abstinencia.

Desde el punto de vista médico-psiquiátrico, el DSM V define la abstinencia como un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia.⁶⁷ Los síntomas y la duración de estos van a depender de la sustancia consumida, de la cantidad diaria consumida y del tiempo de duración del consumo en la vida del sujeto. Así el alcohol puede generar episodios de *delirium tremens* y los opiáceos, tensión neurovegetativa, afectación central y propensión al colapso.⁶⁸

No obstante y siguiendo a CERERO MIR, jurídicamente es importante que se prevea como eximente completa el síndrome de abstinencia, a pesar de la difícil concurrencia de todos los requisitos para apreciarla.⁶⁹ El problema mayor, es apreciar la verdadera situación psicofísica del sujeto en el momento de la comisión del hecho delictivo, la realidad de los efectos psicológicos, así como su intensidad. Para ello la moderna Ciencia Forense ha establecido unos criterios o pautas a seguir para determinar la presunción de imputabilidad del sujeto afectado por el síndrome de abstinencia. Además, la expresa contemplación de esta eximente abre la vía para la posible apreciación también como eximente incompleta o atenuante ordinaria analógica,⁷⁰ ya que no cabe duda de que en la imputabilidad del drogodependiente cabe una graduación según se de una afectación total, parcial pero relevante y de menor entidad pero con cierta alteración psíquica.

⁶⁶ CERERO MIR, J., “*Derecho penal, parte general*”. 2ª edic., Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid 2000, pp. 54-55.

⁶⁷ DSM-V “*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*” [American Psychiatric Association], 5º edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014

⁶⁸ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español*”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 102.

⁶⁹ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...*” cit., p. 104.

⁷⁰ MATEO AYALA, E., “*La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español...*” cit., p. 105.

Por otro lado, en relación con la eximente del art. 20.1º y 2º CP queda condicionada a que no hubiera sido provocada por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión. Así, tal y como hemos hecho referencia en anteriores párrafos, se satisfacen las exigencias de la doctrina de las *actio libera in causa* al incluir en la excepción no solo los casos de provocación intencional sino también los de provocación imprudente.⁷¹

Es decir, en relación a los preceptos 20.1º y 20.2º CP que hacen referencia al trastorno mental transitorio y a los estados de intoxicación, cuando dichos estados hubieran sido provocados por el sujeto para cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión, no podrá invocarse la respectiva eximente o atenuante. Además, y siguiendo a MUÑOZ CONDE se debería imputar a título de dolo, ya que el propio sujeto se utiliza a sí mismo como instrumento del delito y se convierte en una verdadera autoría mediata de sí mismo.⁷²

2.5 Indiferenciación de trastorno mental permanente y el transitorio a efectos de medidas de seguridad

En el anterior CP, el art. 8.1 solo preveía medidas de seguridad en el supuesto de enajenación mental, pero no en el trastorno mental transitorio. En nuestro CP vigente ex art. 101.1 admite la posibilidad en ambos supuestos al no diferenciar a la hora de regular la aplicación de medidas de seguridad.⁷³

2.6 Las medidas de seguridad.

El art. 101.1 CP preceptúa 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. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.* Del mismo modo se prevén

⁷¹ MIR PUIG, S., “Derecho Penal, parte General”, 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010, p. 592.

⁷² MUÑOZ CONDE, F y GARCIA ARAN, M., “Derecho Penal, Parte General” 9ª edic, Tirant lo Blanch, Valencia 2015, p 375.

⁷³ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 106.

internamientos en centros de deshabitación o centros de educación especial para las eximentes previstas en los ordinales 2º y 3º del art. 20 CP respectivamente.

En relación a las medidas de seguridad debemos analizar el principio de proporcionalidad, el cual es de aplicación en todo nuestro ordenamiento jurídico, pero es de particular importancia en la aplicación de dichas medidas. Según CEREZO MIR en Alemania, únicamente estará justificada una medida de seguridad cuando guarde proporción con la gravedad de los delitos cometidos y con aquellos cuya comisión se quiere precaver, además de tener en cuenta la peligrosidad de delinciente.⁷⁴ En nuestro vigente CP ex art.6.2 recoge que *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.* Este es el principio o regla general aplicable a toda medida de seguridad, pero su interpretación por parte de la doctrina no ha sido pacífica.

CEREZO MIR considera que las medidas de seguridad no deben ser necesariamente proporcionadas a la gravedad de los delitos, si no, solo a la peligrosidad del sujeto delinciente por ello considera que la redacción dada en el precepto y la postura seguida por el CP no sea la adecuada respecto al principio de proporcionalidad.⁷⁵ Por otro lado, SILVA SANCHEZ señala que las medidas de seguridad pueden presentar fácticamente un contenido aflictivo para el sujeto, pero conceptualmente no son sanciones sino una consecuencia jurídica preventiva especial frente a la peligrosidad del sujeto.⁷⁶

Siguiendo a MATEO AYALA si las medidas de seguridad, como consecuencia jurídica orientada a la prevención especial, se basan en la peligrosidad criminal, debiendo mantenerse mientras esta subsista y, las penas, están fundamentadas en la culpabilidad, la atemperación de la duración en función de la gravedad del hecho cometido conlleva un criterio equívoco y una severa confusión entre fundamentos y fines de ambas consecuencias jurídicas. Por otro lado si el fundamento de la medida es la peligrosidad criminal, debiendo subsistir la medida en tanto exista posibilidad de

⁷⁴ MATEO AYALA, E., *“La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control.”* 2º edic, Publicaciones del Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, p. 35.

⁷⁵ MATEO AYALA, E., *“La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control.”* 2º edic, Publicaciones del Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, p. 36.

⁷⁶ MATEO AYALA, E., *“La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control ...”* cit., p 37 que se remite a SILVA SANCHEZ, J.M.

cometer delitos, no puede entonces mantenerse la duración de la pena como límite de la medida. El hecho antijurídico debe ser tomado como un indicio más para valorar la peligrosidad, pero no como límite de la medida.⁷⁷ En general, podemos decir que la mejor doctrina es crítica al respecto de la interpretación del principio de proporcionalidad y la aplicación de las medidas de seguridad.

La peligrosidad criminal no puede ser presumida sino que debe estar probada, según doctrina autorizada su apreciación implica un juicio naturalístico, es decir, no ético, moral o de valor. El juicio de peligrosidad se desenvuelve en dos momentos, en primer lugar el diagnóstico de peligrosidad, teniendo en cuenta el delito cometido y ponerlo en relación con la personalidad del sujeto, además de otros factores como los biológicos o ambientales, etc. En segundo lugar, una fase de pronóstico en la que se trata de formular ya el juicio de peligrosidad, es decir el pronóstico acerca de la probabilidad de que el sujeto realice hechos delictivos en el futuro.⁷⁸

La opinión doctrinal dista de ser pacífica en cuanto a la limitación temporal de internamiento existiendo dos posturas contrarias. Por un lado, la posición mantenida por quienes ponen el acento en la gravedad del hecho cometido y propugnan una limitación temporal de la medida de internamiento en un centro psiquiátrico, adecuada al hecho cometido. Por otro lado, aquellos que el límite temporal lo ven de forma exclusiva en función de la subsistencia de la peligrosidad criminal que sirvió de fundamento para su oposición.⁷⁹

Por otro lado y, siguiendo a CEREZO MIR, dado que las medidas de seguridad deben atender a la peligrosidad del delincuente, para salvaguardar la seguridad jurídica, este autor opina que debe establecerse un límite, el cual debe ser el correspondiente al tiempo que dura el tratamiento, si bien en la medida de internamiento psiquiátrico, no

⁷⁷ MATEO AYALA, E., “*La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control ...*” *cit.*, pp. 38 y 39.

⁷⁸ GRACIA MARTIN, L., “*Las medidas de seguridad y la reinserción social*” GRACIA MARTIN (coord.), *Lecciones de Consecuencias jurídicas del delito. El sistema de penas, de medidas de seguridad, de consecuencias accesorias y de responsabilidad civil derivada del delito*, 4ª edic, Tirant lo Blanch, Valencia, 2012, p 171.

⁷⁹ MATEO AYALA, E., “*La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control.*” 2º edic, Publicaciones del Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, p. 92.

debería establecerse límite temporal alguno, siendo el criterio decisivo para el cese de la medida de seguridad, el de la eliminación de la peligrosidad.⁸⁰

Ejemplo de esta línea es el Auto del TS de fecha 19 de marzo de 1996 el que se dice que “el límite máximo de la medida no puede obedecer a los mismos criterios que los de la pena”. O bien STS de 29 de octubre de 1993 en la que se pueden destacar las siguientes consideraciones “la medida de seguridad de internamiento, cuyo fundamento es la peligrosidad criminal del sujeto, de origen psíquico, debe ser proporcionada al fundamento que le sirve de base, debiéndose prolongar hasta que conste el cese de tal estado peligroso, único límite válido para la medida”.

Jurisprudencialmente podemos decir que el TS, ha entendido que existe una obligación legal de fijar en la sentencia el límite máximo.

La mayoría de los sistemas penales vigentes se califican como dualistas o de doble vía en lo referente a las consecuencias jurídicas del delito, ya que no es la pena la consecuencia esencial de la infracción penal, sino son posibles la aplicación de medidas de seguridad postdelictuales, en aquellos casos en que el sujeto posee determinados componentes en su personalidad que revelan una peligrosidad delictiva, con probabilidad repetitiva, y además que requieren un tratamiento especial, derivado de sus especiales condiciones personales.

Es por ello que si la pena ha de ser proporcionada al delito, la medida de seguridad se individualiza según la peligrosidad del sujeto; las penas se imponen a los imputables, y las medidas a los peligrosos, cualquiera que sea su grado de imputabilidad. El legislador penal dice que las medidas de seguridad "se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito" (art. 6.1 del Código Penal). [...]

Respecto al límite temporal, la STS 1176/2003, de 12 de septiembre (RJ 2003, 6373), declara la siguiente doctrina legal: "A diferencia de lo que ocurre en otras legislaciones, y también en España antes del CP 1995, ahora bajo la vigencia de este último Código, hay que fijar en la sentencia (absolutoria respecto de la pena) el límite máximo de la medida de seguridad, particularmente, cuando ésta

⁸⁰ MATEO AYALA, E., “La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control ...” cit., p 99. Remite a CERESO MIR, J., Lecciones, pp 38 y 39.

consiste en privación de libertad. Así lo manda dicho código en su art. 101.1, que también nos dice el criterio para tal fijación del límite máximo: el tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, pero considerada en abstracto, tal y como lo precisa el art. 6.2 del mismo CP 95 y conforme lo interpreta la circular de la Fiscalía General del Estado al responder a la consulta número 5/1997, de 24 de febrero (RCL 1997, 2584)

Esta referencia a la "pena abstractamente aplicable al hecho cometido", como literalmente se dice en ese art. 6.2, entendemos que ha de referirse a la prevista en el correspondiente artículo definidor del delito teniendo en cuenta lo dispuesto en los arts. 61 a 64 a propósito del grado de ejecución (consumación y tentativa) y de participación (autoría y complicidad) y sin consideración a las circunstancias agravantes o atenuantes de carácter genérico (arts. 21, 22 y 23). Así habrá de fijarse en la sentencia absolutoria el límite máximo de la medida privativa de libertad, siempre con la correspondiente motivación exigible para todo el contenido de la sentencia (art. 120.3 CE [RCL 1978, 2836]), con lo que quedarán satisfechas las exigencias propias de los principios de proporcionalidad y seguridad jurídica. Como consecuencia de la absolución por inimputabilidad del acusado no hubo de imponerse pena, pero la medida de seguridad correspondiente tenía como límite máximo el que viene determinado por la pena a aplicar considerada en abstracto. La cuantía concreta de ese límite máximo ha de determinarse prescindiendo de la culpabilidad, que es el fundamento de la pena, culpabilidad que no existió por la mencionada inimputabilidad, y teniendo en cuenta la peligrosidad del sujeto, que constituye el fundamento de la medida de seguridad.⁸¹

⁸¹ Sentencia Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª) núm. 345/2007 de 24 abril. RJ 2007\3138

CAPITULO III: NOSOLOGIA DE LAS ALTERACIONES PSIQUICAS

Una vez analizadas las eximentes previstas en el art. 20,1º,2º y 3º y centrándonos en la anomalía o alteración psíquica prevista en el art. 20.1º del vigente CP, es necesario hacer una labor de clasificación de los diferentes trastornos mentales que pueden afectar al individuo y centrarnos sobre todo, en los que más relevancia jurídico-penal en relación a la imputabilidad pueden poseer. Es necesario para poder hacer una labor de síntesis de un tema tan amplio y complejo como el expuesto. Para ello, nos centraremos en la clasificaciones internacionales DSV-5, elaborada por la Asociación de Psiquiatría Americana –Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales- y el Capítulo V del CIE 10, que es la Clasificación Internacional de las enfermedades en su décima revisión y elaborado por la Organización Mundial de la Salud.⁸²

Conviene aclarar que aunque este capítulo tiene un marcado carácter técnico-psiquiátrico, se elabora sin dejar al margen la imputabilidad y que este es un concepto puramente jurídico. Ya se puso de manifiesto anteriormente que, la imputabilidad supone la capacidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión. Para ello deben concurrir tres criterios. En primer lugar el criterio cualitativo relativo a la naturaleza de la perturbación. En segundo lugar, el criterio cuantitativo, ligado a la intensidad o grado de perturbación. Y, en último lugar, el criterio cronológico que exige la permanencia del trastorno mental en el momento de la comisión del hecho delictivo.⁸³

No obstante, es necesaria una cierta cooperación entre el Derecho Penal y la Psiquiatría, pues resulta imprescindible para el enjuiciamiento de la imputabilidad, pero ello no obliga a una uniformización entre ambas Ciencias. Para ello es importante las elaboraciones de las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales DSM-V y CIE-10 ya que permiten la superación de la pugna entre escuelas psiquiátricas y nos suministran criterios tasados de clasificación. Por otro lado, son clasificaciones

⁸² CIE 10 Clasificación de Internacional de las enfermedades en su décima revisión, ICD, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

⁸³ URRUELA MORA, A., “Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética” ., Comares, Granada 2004, pp. 202-205.

accesibles al profano en Psiquiatría y por tanto un referente idóneo para la comunicación entre juristas y psiquiatras.⁸⁴

Para abordar el asunto, resulta conveniente definir que es un trastorno mental. Según el DSM-V se deben cumplir los siguientes elementos. Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en una función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo y discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Los comportamientos socialmente anómalos – ya sean políticos, religiosos o sexuales- y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente.⁸⁵

3.1 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

Un primer bloque lo configurarían los trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos. Este tipo de trastornos se caracterizan por una etiología científicamente constatable. El DSM-IV se refería a ellos como *delirium*, demencia, trastornos amnésicos y otros cognoscitivos. En cambio el DSM-V hace referencia a los *delirium* y los trastornos neurocognitivos. El término demencia se conserva en el actual DSM-V para mantener la continuidad y puede utilizarse en aquellos ámbitos en los que pacientes y médicos estén acostumbrados. No obstante, demencia es el término utilizado habitualmente para trastornos como las demencias degenerativas que habitualmente afectan a personas mayores, el término trastorno neurocognitivo se utiliza ampliamente y a menudo se prefiere para los trastornos que afectan a sujetos más jóvenes, como la disfunción secundaria a un traumatismo cerebral o a la infección por VIH.⁸⁶

Según la CIE-10, la demencia es un síndrome debido a una enfermedad cerebral en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio; sin embargo la conciencia permanece conservada.

⁸⁴ URRUELA MORA, A., “Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética...” cit, p. 207

⁸⁵ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” American Psychiatric Association, 5º edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014, p.20

⁸⁶ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales...” cit., p. 591

No debe confundirse con el trastorno cognitivo, que es un deterioro de la memoria y de la capacidad de concentrarse durante un periodo largo en una tarea y en el que la capacidad de habla o el vocabulario no suelen verse afectados. Hay demencias que se asocian a otras enfermedades siendo necesario para codificarlas secuenciar primero la enfermedad subyacente y a continuación otro código adicional para identificar la demencia con presencia o ausencia de alteraciones de la conducta (conducta agresiva o violenta).⁸⁷

Así pues, según la clasificación internacional CIE-10, las demencias pueden clasificarse en distintos grupos. Las podemos clasificar en degenerativas producidas por la enfermedad de Alzheimer, por cuerpos de Lewy, fronto-temporal etc.; vasculares, a causa de multiinfarto, Binswanger etc.; postencefalopatía de causa generalmente postraumática etc.; infecciosa que puede ir asociada a VIH, neurosífilis, etc.; tóxica debida a intoxicación alcohólica etc.; metabólicas que se asocia a insuficiencia hepática, etc.; neoplásicas de origen primario, secundario, síndrome paraneoplásico; nutricionales producidas por déficit de vitamina B12, etc.; trastornos crónicos inflamatorios como el lupus etc.⁸⁸

En cambio, el *delirium* no inducido por drogas según la CIE-10 es un síndrome cerebral orgánico caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotricidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia. El síntoma cardinal es la alteración de la conciencia. Su inicio es brusco, su duración es corta (horas o días) y presenta fluctuaciones a lo largo del día.⁸⁹ Según el DSM-V el *delirium* es una alteración de la atención o de la conciencia acompañada por un cambio cognitivo con respecto a la situación basal que no se explica mejor con un trastorno neurocognitivo, preexistente o en curso.⁹⁰ El DSM-V incluye los *delirium* por intoxicación de sustancias y por abstinencia de sustancias a diferencia del CIE-10 que solo incluye los producidos por

⁸⁷

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf Visto 14/05/2017

⁸⁸

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf Visto 14/05/2017

⁸⁹

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf Visto 14/05/2017

⁹⁰ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” American Psychiatric Association, 5º edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014, p.599

causa orgánica. El trastorno neurocognitivo tanto mayor como leve presentan un espectro de disfunciones cognitivas y funcionales.⁹¹ El TNC mayor se corresponde con lo que el antiguo DSM-IV llamaba demencia y el cual se ha mantenido, tal y como se ha dicho anteriormente, e igual que sucede con los delirium también incluye el TCN inducido por sustancias y/o medicamentos.

3.2 La epilepsia

En un segundo punto trataremos la epilepsia, que si bien, es una enfermedad neurológica y no está incluida ni en la clasificación internacional DSM-V ni en la CIE-10 capítulo V dedicado a los trastornos mentales, sí que la encontramos en el CIE-10 capítulo VI en el cual se recogen las enfermedades neurológicas y, en concreto a los trastornos episódicos y paroxísticos. No obstante, resulta adecuado incluirla en el ámbito de los trastornos mentales, dada la importante tradición psiquiátrica de la que goza esta enfermedad y la incidencia que en su conocimiento han tenido las aportaciones de criminólogos y médicos forenses. Además, ha resultado tradicional por parte de nuestra doctrina penal y especialmente por la jurisprudencia del TS, la inclusión de la epilepsia en el marco de la eximente de anomalía o alteración psíquica del art. 20.1º.⁹² La epilepsia se define en esta clasificación internacional como un desorden paroxístico crónico de la función cerebral, caracterizada por ataques convulsivos recurrentes. Puede producir síntomas transitorios, trastornos del movimiento, de los sentidos o de la función mental.⁹³

Desde el punto de vista nosológico podemos diferenciar diferentes tipos de epilepsia. En primer lugar, la epilepsia genuina, caracterizada por crisis convulsivas y paroxísticas en el curso de la cual se producen caídas, convulsiones y pérdida final del conocimiento, con el olvido posterior de lo sucedido en el ataque epiléptico –amnesia total-. En relación con esta enfermedad se señala la concurrencia de auras epilépticas, que se pueden definir como periodos anteriores a las crisis en los que se producen con gran frecuencia fenómenos psíquicos pre-ictales, así como los estados crepusculares posteriores al fenómeno convulsivo y los que se suele asociar la presencia de fenómenos

⁹¹ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales....” cit., p. 607

⁹² URRUELA MORA, A., “La imputabilidad” en Derecho Penal Parte General, Introducción a la Teoría jurídica del delito, Boldova Pasamar *et al* (coord.) Comares, Granada, 2016, p. 277.

⁹³ https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf Visto 14/05/2017

psíquicos post-ictales. En segundo lugar, la epilepsia sintomática o residual que se define como el supuesto en el que la epilepsia se erige en síntoma de otra enfermedad. Y por último, la epilepsia larvada que se da en los casos en los que la enfermedad se encuentra latente y por lo tanto, detectable únicamente por métodos psiquiátricos.⁹⁴

3.3 Esquizofrenias y trastornos de ideas delirantes.

En el siguiente grupo podríamos englobar la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y los trastornos de ideas delirantes. Sin duda, en el análisis jurisprudencial que se hará más adelante, nos centraremos en la esquizofrenia ya que esta constituye uno de los cuadros psiquiátricos más peligrosos teniendo en cuenta el porcentaje de sujetos afectados por este trastorno autores de hechos delictivos. Probablemente constituya el paradigma a nivel popular de afección psiquiátrica más representativo de la locura o enajenación.⁹⁵

Según la clasificación internacional DSM-V dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, así como el trastorno esquizotípico –de la personalidad- deben darse anomalías en uno o más de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento o discurso desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo, incluida la catatonia, y síntomas negativos.⁹⁶ Así pues, los delirios son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Pueden ser de distinto contenido, así por ejemplo persecutorios –los más frecuentes- referenciales, somáticos, religiosos o de grandeza. Se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incompresibles y no proceden de experiencias de la vida corriente. Así pues, será un delirio extravagante el individuo que cree que una fuerza externa le ha quitado todos sus órganos internos y se los ha sustituido por los de otro sujeto sin dejarle cicatrices. En cambio no es extravagante, si piensa que está siendo vigilado por la policía a pesar de la ausencia de pruebas convincentes.⁹⁷

⁹⁴ URRUELA MORA, A., “*La imputabilidad*” en Derecho Penal Parte General, Introducción a la Teoría jurídica del delito, Boldova Pasamar *et al* (coord.) Comares, Granada, 2016, p. 278.

⁹⁵ URRUELA MORA, A., “*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética*” .., Comares, Granada 2004, p. 253.

⁹⁶ DSM-V “*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*” American Psychiatric Association, 5º edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014, p.87

⁹⁷ DSM-V “*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales...*” cit., p. 87.

Las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vividas, claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Las más habituales en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados con ella son las alucinaciones auditivas, aunque pueden darse en cualquier modalidad sensorial.⁹⁸ El pensamiento o discurso desorganizado hace referencia a que el sujeto puede cambiar de un tema a otro, sus respuestas pueden estar relacionadas o no estarlo y en ocasiones resulta incomprensible.⁹⁹ El comportamiento motor muy desorganizado hace referencia a diferentes comportamientos, desde maneras infantiloideas a la agitación impredecible. El comportamiento catatónico hace referencia a una disminución marcada de la reactividad al entorno.¹⁰⁰ Por último, en cuanto a los síntomas negativos, podemos decir que son los responsables de una proporción importante de morbilidad asociada a la esquizofrenia, y son algo menos frecuentes en otros trastornos psicóticos. Dos de los síntomas negativos que son especialmente prominentes en la esquizofrenia son la expresión emotiva disminuida y la abulia.¹⁰¹

Así pues, los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales, emocionales. Además los sujetos con este trastorno varían de manera sustancial ya que la esquizofrenia se caracteriza por ser un síndrome cíclico heterogéneo.¹⁰² Por otro lado, la CIE-10 define la esquizofrenia como un trastorno caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete 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

⁹⁸ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” American Psychiatric Association, 5º edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014, p.87

⁹⁹ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” cit., p. 88.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 88

¹⁰¹ *Ibidem*, p. 88

¹⁰² DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” cit., p. 100.

menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede¹⁰³

Dentro de la esquizofrenia y según la clasificación CIE 10 podemos encontrar algunos subtipos, así por ejemplo la esquizofrenia paranoide, la hebefrénica (desorganizada en el DSM-V), la catatónica, la indiferenciada, la depresión post-esquizofrénica, la residual u otras. Sin duda, la más relevante, desde el punto de vista penal es la esquizofrenia paranoide. Además es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En este subtipo, la característica fundamental es la presencia tanto de ideas delirantes, como de alucinaciones (casi siempre auditivas) asociadas a la mayor parte de los casos al delirio padecido. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.¹⁰⁴ La esquizofrenia paranoide puede ser de naturaleza crónica o episódica, sucediéndose a los brotes respectivos remisiones parciales o completas.¹⁰⁵ Como hemos dicho, en general, resulta importante la peligrosidad de los sujetos afectos de este subtipo de esquizofrenia. Resultan frecuentes los comportamientos auto y heteroagresivos como consecuencia de las reacciones de ira generadas en el curso de los delirios.¹⁰⁶ Por lo tanto, se puede decir que este subtipo de esquizofrenia presenta una conducta más violenta que otros subtipos clasificados como tal.

El trastorno esquizotípico realmente es un trastorno de la personalidad, de hecho en el DSM-V se encuentra citado y remite a los trastornos de la personalidad. En la clasificación CIE-10 se define como un trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas de este trastorno¹⁰⁷. Pueden presentar rasgos como la afectividad fría y vacía de contenido, comportamiento o apariencia extraños, empobrecimiento de las relaciones sociales, ideas paranoides o extravagantes,

¹⁰³ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 14/05/2017

¹⁰⁴ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 14/05/2017

¹⁰⁵ URRUELA MORA, A., “Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética” ., Comares, Granada 2004, p. 254.

¹⁰⁶ URRUELA MORA, A., “Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética...” cit., p. 255.

¹⁰⁷ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 14/05/2017

rumiaciones obsesivas, experiencias perceptivas extraordinarias, pensamiento y lenguaje vagos o divagación del pensamiento y episodios, casi psicóticos, ocasionales y transitorios. Este trastorno tiene un curso crónico con fluctuaciones de intensidad. Ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara. Es más frecuente en individuos genéticamente emparentados con esquizofrénicos y se cree que es una parte del espectro genético de la esquizofrenia.¹⁰⁸

En cuanto al trastorno de ideas delirantes persistentes, según la clasificación CIE 10 es una variedad de trastornos en los cuales la característica clínica única o más destacada la constituyen las ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas. Se trata probablemente de un grupo heterogéneo, cuyas relaciones con la esquizofrenia no son claras. Por otra parte, la importancia relativa en su génesis de los factores genéticos, de los rasgos de la personalidad y las circunstancias vitales no es clara y es probablemente diversa.¹⁰⁹

El termino trastornos de ideas delirantes es lo que tradicionalmente se ha conocido como paranoia, no obstante, la psiquiatría moderna ha ido sustituyendo paranoia por el mas genérico de ideas delirantes. Así pues, el trastorno de ideas delirantes se define como aquel que se caracteriza por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de persecución, hipocondriaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despide mal olor o que se es homosexual. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, alucinaciones auditivas ocasionales o

¹⁰⁸http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 14/05/2017

¹⁰⁹http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 14/05/2017

transitorias, no típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen este diagnóstico en enfermos ancianos.¹¹⁰

3.4 Trastornos del humor. Trastorno bipolar.

En el siguiente punto trataremos los trastornos del humor, en los que podemos incluir, el trastorno bipolar, los episodios maniacos y los depresivos. Según la clasificación CIE 10 se pueden definir las alteraciones del humor, de una forma genérica, como alteraciones de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión, acompañada o no de ansiedad, o en el de la euforia. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.¹¹¹ Estos trastornos abarcan un amplio abanico de alteraciones psíquicas y de índole afectivo, cuya incidencia en las capacidades intelectivas y volitivas, y en consecuencia, en su imputabilidad resulta totalmente desigual, ya que podemos encontrarnos con el grado mínimo de afección como la hipomanía hasta el más grave de las psicosis maniaco-depresivas¹¹².

En relación con los episodios maniacos, podemos decir que según la clasificación DSM-V son periodos definidos de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día. En estos periodos se presentan sentimientos de grandeza o aumentos de autoestima, disminución de la necesidad de dormir, pensamiento a gran velocidad, cambio de atención a estímulos exteriores irrelevantes, aumento de la actividad y participación en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas, tales como por ejemplo compras desenfrenadas, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones imprudentes.¹¹³ Igualmente pueden aparecer cambios rápidos en el estado de ánimo durante breves periodos de tiempo, lo que recibe el nombre de labilidad, por ejemplo, la alternancia

¹¹⁰ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 14/05/2017

¹¹¹ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 16/05/2017

¹¹² URRUELA MORA, A., *“Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética”* ., Comares, Granada 2004, p. 270.

¹¹³ DSM-V *“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”* American Psychiatric Association, 5º edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014, p.124.

entre euforia, disforia e irritabilidad,¹¹⁴ lo cual da una idea de la dificultad de previsión en la conducta del sujeto.

La CIE 10 define de forma similar el episodio maniaco y nos vamos a servir de esta clasificación internacional, para diferenciar la manía con síntomas psicóticos o sin síntomas psicóticos. En el trastorno de manía sin síntomas psicóticos podemos apreciar una exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, que puede variar desde una jovialidad descuidada hasta una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de vitalidad con hiperactividad, logorrea y una disminución de las necesidades de sueño. Hay una pérdida de la inhibición social normal, una imposibilidad de mantener la atención y gran tendencia a distraerse. La estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas. El individuo se puede embarcar en proyectos extravagantes e impracticables, gastar dinero de forma descabellada o tornarse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas. No obstante, en algunos episodios maníacos, el humor es irritable y receloso más que exaltado.¹¹⁵

En el trastorno de manía con síntomas psicóticos la situación se vuelve más grave, si cabe, en este trastorno en el cuadro clínico se aprecia que el grado de aumento de la estimación de sí mismo y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes, así como la irritabilidad y el recelo pueden dar paso a las ideas delirantes de persecución. En los casos graves pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas referidas a la propia identidad o a una misión especial. La fuga de ideas y la logorrea pueden dar lugar a una falta de comprensibilidad del lenguaje. La excitación y las actividades físicas intensas y mantenidas pueden dar lugar a agresiones o violencias. El descuido de la alimentación, de la ingesta de líquidos y de la higiene personal puede dar lugar a situaciones peligrosas de deshidratación y abandono.¹¹⁶

Dentro de los trastornos del humor encontramos en la clasificación CIE-10 el trastorno bipolar. Sin embargo en el DSM-V el trastorno bipolar y los trastornos relacionados constituyen un corpus aparte. Se sitúan entre el capítulo dedicado a las

¹¹⁴ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales...” cit., p. 128.

¹¹⁵http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 16/05/2017

¹¹⁶http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 16/05/2017

esquizofrenias y antes de los trastornos depresivos, en reconocimiento de su condición de puente entre las dos clases diagnosticas en términos de sintomatología, historia familiar y genética.¹¹⁷ El trastorno bipolar representa la conceptualización moderna del clásico trastorno maniaco-depresivo o psicosis afectiva que se describía en el siglo XIX.¹¹⁸

Según la CIE 10 el trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios reiterados, es decir, al menos dos, en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y de nivel de actividad - manía o hipomanía- y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad –depresión-. Lo característico de este trastorno es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro a cinco meses. Las depresiones tienden a durar más, aproximadamente seis meses, aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico.¹¹⁹

El caso de los episodios depresivos típicos, el enfermo puede padecer episodios, leves, moderados y graves. En general, se puede decir que existe una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos la disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil- incluso en los episodios leves-, una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, los trastornos del sueño y la pérdida del apetito.¹²⁰

¹¹⁷ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” American Psychiatric Association, 5º edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014, p.123.

¹¹⁸ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” ...p.123

¹¹⁹http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 16/05/2017

¹²⁰http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 16/05/2017

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.¹²¹ No obstante, a la hora de valorar la sintomatología hemos de tener en cuenta la graduación en la gravedad de la dolencia ya que en materia de imputabilidad penal, como analizaremos más adelante, solo adquieren relevancia en los episodios depresivos graves, y además se ha de tener en cuenta que el episodio depresivo puede cursar con síntomas psicóticos o sin síntomas psicóticos.

3.5 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

En el siguiente bloque trataremos de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. El término neurosis ya no se recoge ni en la CIE 10 ni en el DSM-V, pero en la CIE sí que aparece todavía la expresión “neurótico”. En él se agrupan una serie de trastornos relativamente heterogéneos y sobre los que la Ciencia Psiquiátrica no alcanza un consenso a la hora de determinar su incidencia en las facultades intelectivas y volitivas.¹²² El DSM-V hace una clasificación diferente y engloba en distintos capítulos trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos relacionados con los traumas y factores de estrés y trastornos dispositivos.

Seguiremos la clasificación CIE 10 por parecernos más didáctica, en este caso, para el análisis de las distintas patologías, pero nos centraremos únicamente en sus caracteres más relevantes. En relación al trastorno de la ansiedad fóbica esta se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos, externos al enfermo, que no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, éstos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con

¹²¹ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

¹²² URRUELA MORA, A., “*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética*” ., Comares, Granada 2004, p. 283.

temor. La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico.¹²³

Podríamos englobar dentro de las ansiedades fóbicas la agorafobia. Este trastorno se caracteriza por un temor no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro, por lo general el hogar. El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa.¹²⁴

Igualmente, tendría cabida las fobias sociales que según la CIE 10 consisten en 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. Algunas de las fobias sociales son restringidas, por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario, otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. En casos extremos la conducta de evitación suele ser intensa y puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

Dentro de otros trastornos de ansiedad, en la clasificación CIE 10, podemos diferenciar el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno mixto ansioso-depresivo. Este tipo de trastornos tienen en común que su síntoma es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.¹²⁵ El ataque de pánico se caracteriza por la presencia de crisis recurrentes de

¹²³ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

¹²⁴ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

¹²⁵ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

ansiedad grave –pánico- no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad -despersonalización o desrealización-. Casi constantemente hay un temor secundario a morirse, a perder el control o a enloquecer. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

En el trastorno de ansiedad generalizada la característica esencial es la presencia de 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, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. Por último en el trastorno mixto-depresivo están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.¹²⁶

Abordamos ahora el trastorno obsesivo compulsivo. Según la CIE 10 la característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables, bien por su contenido violento u obscuro, o bien simplemente porque son percibidos como carentes de sentido, y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez (lavado de manos, actos de comprobación, repetición de palabras en silencio). No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de

¹²⁶ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros.¹²⁷

Dentro de los TOC se encuentran algunos subtipos que podemos definir en primer lugar, TOC con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos. Estos pensamientos pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar. Su contenido es muy variable, pero se acompañan casi siempre de malestar subjetivo. Por ejemplo, a una mujer le puede atormentar el temor de no poder resistir en algún momento el impulso de matar al hijo querido, o por la cualidad obscena o blasfema y ajena a sí mismo de una imagen mental recurrente. En segundo lugar, con predominio de actos compulsivos -rituales obsesivos-. La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza, en particular el lavado de las manos, con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden. Por último, con mezcla de pensamientos y actos compulsivos en igual intensidad.¹²⁸

En cuanto a las reacciones al estrés y los trastornos de adaptación podemos englobar la reacción al estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de adaptación. Por su relevancia analizaremos únicamente es trastorno de estrés postraumático, el cual según la CIE 10 se puede definir como la respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación, breve o duradera, de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo. Así por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen.¹²⁹

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta

¹²⁷ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

¹²⁸ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

¹²⁹ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.¹³⁰

En cuanto a los trastornos disociativos y según el DSM-V se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento. Los síntomas disociativos pueden alterar posiblemente todas las áreas del funcionamiento psicológico y aparecen con frecuencia a causa de traumas.¹³¹ La CIE 10 engloba en estos trastornos la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el estupor disociativo, los trastornos de trance y posesión y los trastornos de personalidad múltiple.

Los trastornos somatomorfos son padecidos por sujetos que presentan reiteradamente síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. En estos trastornos aparecen con frecuencia un comportamiento de demanda de atención – histriónico-, en particular en enfermos resentidos por su fracaso a la hora de convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza fundamentalmente somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales. Se encuadraría aquí el trastorno hipocondríaco, entre otros.¹³²

3.6 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

En el siguiente bloque analizaremos los trastornos de personalidad y de la conducta del adulto. Según el DSM-V un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco

¹³⁰ http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

¹³¹ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” [American Psychiatric Association], 5º edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014, p.291

¹³² http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a malestar o deterioro.¹³³

La clasificación DSM-V incluye en su grupo A: el trastorno de la personalidad paranoide, que es un patrón de desconfianza, suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas. El trastorno de personalidad esquizoide, que es un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional. El trastorno de la personalidad esquizotípica, que es un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento. El grupo A suelen ser individuos que se muestran raros o excéntricos.¹³⁴

En su grupo B: el trastorno de personalidad antisocial, que es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás. El trastorno de la personalidad límite, que es un patrón de la inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada. El trastorno de la personalidad histriónica, que es un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas. El trastorno de la personalidad narcisista, que es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. El grupo B, se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas.¹³⁵

En su grupo C: el trastorno de personalidad evitativa, que es un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa. El trastorno de la personalidad dependiente, que es un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado. El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, que es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica, que es un trastorno de la personalidad persistente que se sospecha que es debido a los efectos fisiológicos directos de una afección médica, como por ejemplo, una lesión del lóbulo frontal.¹³⁶

¹³³ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” American Psychiatric Association, 5º edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014, p.645.

¹³⁴ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales...” cit., p. 646

¹³⁵ *Ibidem*, p. 646

¹³⁶ *Ibidem*, p. 646

Y, por último, y también en el grupo C se encuentran los otros trastornos de la personalidad especificada y trastornos de la personalidad no especificados. Se agrupan en ellos una categoría que se compone de dos situaciones, en primer lugar que exista un patrón de personalidad del individuo que cumple los criterios de trastornos de personalidad y que presenta varios trastornos pero no cumple los criterios de ninguno específico de personalidad o, en segundo lugar que la persona tiene un trastorno de personalidad que no están incluido en la clasificación del DSM-V, como por ejemplo el trastorno de la personalidad pasiva-agresiva. El grupo C lo componen individuos que suelen ser ansiosos o temerosos.¹³⁷

Por su especial relevancia en el ámbito penal y en la imputabilidad del sujeto, pasaremos a analizar únicamente el trastorno de personalidad antisocial, también denominado psicopatía, sociópata o trastorno de la personalidad disocial. El trastorno de la personalidad antisocial se trata de un trastorno que, normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento; está caracterizado por un cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía, una actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales, una incapacidad para mantener relaciones personales duraderas, muy baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento, una incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo y una marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.¹³⁸

Según el DSM-V la característica esencial del trastorno de personalidad antisocial es un patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o adolescencia temprana y continua en la edad adulta. Son comportamientos específicos la agresión a personas y animales, la destrucción de la propiedad, los fraudes o hurtos o la violación grave de las normas. Las personas con este trastorno desprecian los deseos, derechos o sentimientos de los demás. Frecuentemente son mentirosos y manipuladores para sacar provecho personal o por placer. Tienden a ser irritables y agresivos, y pueden involucrarse en peleas o actos de

¹³⁷ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” American Psychiatric Association, 5º edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014, p.646.

¹³⁸http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

violencia, incluyendo el maltrato a su pareja e hijos. Muestran poco o nulo remordimiento por las consecuencias de sus actos.¹³⁹

Asimismo, tienden a ser crueles, cínicos y despectivos con los sentimientos, derechos y sufrimiento de los demás. Pueden tener una alta concepción de sí mismos y mostrarse arrogantes, desprenden un encanto simplista y superficial. Pueden ser irresponsables y explotadores en sus relaciones sexuales y de pareja.¹⁴⁰ Su falta de frenos morales les lleva en determinadas ocasiones a cometer los más cruentos crímenes, provocando una importante alarma social. Se trata de verdaderas “formas de ser”, lo cual origina evidentes problemas para la Ciencia Penal, ligados fundamentalmente a la incorregibilidad de estos sujetos, a su falta de respuesta al tratamiento y a las elevadas tasas de reincidencia que presentan una vez en libertad.¹⁴¹

3.7 El retraso mental.

El último bloque lo conformaríamos con el trastorno de retraso mental. Según la CIE 10 lo podemos definir como el trastorno en el que se aprecia 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.¹⁴² El retraso mental puede ser leve, moderado, grave profundo.

En el retraso mental leve los individuos afectados 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. En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave. El CI de estos individuos se encuentra entre 50 y 69.

¹³⁹ DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” [American Psychiatric Association], 5ª edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014, p.660.

¹⁴⁰ *Ibidem*, p. 660.

¹⁴¹ URRUELA MORA, A., “Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética” ., Comares, Granada 2004, p. 308.

¹⁴² http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf Visto 17/05/2017

En el retraso mental moderado los individuos de 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 motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Su cociente intelectual se halla entre 35 y 49.

En retraso mental grave se encuentra generalizada la presencia de una etiología orgánica. Es frecuente la existencia de déficits en el sistema nervioso central. Para sus quehaceres diarios necesitan ayuda de terceras personas. Su CI se encuentra entre 20 y 34.

El retraso mental profundo el cociente intelectual 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.

CAPITULO IV: TRATAMIENTO DOCTRINAL Y JURISPRUDENCIAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

4.1 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

En relación con los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos es necesario poner de manifiesto la escasa actividad delictiva de los sujetos afectados, ya que generalmente son consecuencia de patologías de carácter degenerativo. Jurisprudencialmente el TS ha tendido a dar un tratamiento homogéneo a los trastornos mentales orgánicos – *delirium* o demencia- con independencia de su etiología.¹⁴³

En relación con las demencias y los delirios que son los que han sido examinados más frecuentemente por el TS se ha venido aplicando hasta la entrada en vigor del vigente CP la aplicación de la eximente incompleta, ya que el cuadro no presentaba la intensidad suficiente sobre la capacidad del sujeto de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión. La entrada en vigor del CP 1995 bajo la fórmula del art. 20.1º no ha supuesto un cambio radical y con el fin de concretar su efecto en la imputabilidad habrá que estar al grado de afección que supongan al sujeto en su capacidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión.

4.2 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de la epilepsia.

Al hacer una clasificación en el capítulo anterior sobre las anomalías o alteraciones psíquicas que podían tener relevancia penal, ya se advirtió que la epilepsia no era considerada enfermedad mental en sentido estricto, sino una alteración neurológica que, sin embargo, puede tener relevancia en el ámbito penal. En este sentido y siguiendo a la Doctrina más autorizada (Gisbert Calabuig, «Medicina Legal y Toxicológica», 5ª Ed, 1998), en la actualidad, tanto el DSM-IV como la CIE-10 han eliminado las epilepsias de sus respectivas clasificaciones de «noxtasias psiquiátricas», por entender que en rigor no se trata de una enfermedad mental, sino neurológica.¹⁴⁴ No

¹⁴³ URRUELA MORA, A., “*Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética*” ., Comares, Granada 2004, pp. 231-232.

¹⁴⁴ Sentencia núm. 485/2001 de 5 julio Audiencia Provincial de Valladolid (Sección 2ª)

obstante, la doctrina penal y la jurisprudencia del TS la incluyen dentro del ámbito de la eximente de la anomalía o alteración psíquica del art. 20.1º del vigente CP.

Jurisprudencialmente se distingue, entre los delitos cometidos durante las crisis convulsivas, en las que el sujeto tiende a ser inimputable, los actos cometidos en el aura epiléptica o estados crepusculares, en cuyo caso procedería la eximente incompleta de trastorno mental y, los periodos larvados o entre crisis en los que la imputabilidad sería plena, sin perjuicio de que el número e intensidad de las crisis haya generado un trastorno mental permanente en el sujeto en cuyo caso habrá que analizar la etiología de este.¹⁴⁵ En este sentido:

STS 578/1997 de 28 de abril (RJ 1997, 4536) , «en orden a la epilepsia que la jurisprudencia de esta Sala representada entre otras por las SSTS, viene declarando, a la vista del estado actual de la Psiquiatría (sentencias de 28 de mayo de 1975 [RJ 1975, 2568] , 11 de mayo de 1981 [RJ 1981, 2165] , 20 de enero [RJ 1982, 112] y 24 de septiembre de 1982 [RJ 1982, 4962] , 31 de enero [RJ 1985, 384] y 13 de mayo de 1985 [RJ 1985, 2477] , 2 de marzo [RJ 1988, 1516] y 16 de diciembre de 1988 [RJ 1988, 9519], 27 de marzo [RJ 1989, 2742] , 21 de abril [RJ 1989, 3480] y 26 de junio de 1989 [RJ 1989, 5226] , 22 de junio [RJ 1990, 5619] y 16 de noviembre de 1990 [RJ 1990, 8924], y 25 de febrero de 1991 [RJ 1991, 1414] , 24 de marzo de 1992 [RJ 1992, 2427] , 659/1996, de 28 de septiembre [RJ 1996, 6934] y 756/1996, de 21 de octubre [RJ 1996, 7577]) que durante el ataque epiléptico o sus equivalentes, la inimputabilidad del agente resulta total y absoluta, puesto que a lo largo del referido ataque carece de inteligencia y de voluntad, debiendo predicarse tal ausencia del presupuesto de la imputabilidad, 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 de la denominada epilepsia sintomática o residual, en tanto en cuanto genere ataques comiciales o equivalentes.

¹⁴⁵ URRUELA MORA, A., “Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética” ., Comares, Granada 2004, pp. 278.

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 y aplicándose así en este concreto supuesto la semieximente de enajenación. Por último, la denominada epilepsia larvada no reviste, de ordinario, interés para el Derecho penal».¹⁴⁶

4.3 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de las esquizofrenias y los trastornos de ideas delirantes.

En relación con las esquizofrenias y su afección en la imputabilidad, es opinión común en el ámbito médico-psiquiátrico, considerarle al sujeto que las padece irresponsable en plena actividad del trastorno, cualquiera que sea su forma clínica, dada la ausencia de capacidad de inhibición y la afectación noética o del pensamiento. Doctrinalmente y, siguiendo a MATEO AYALA parece ser que quedaría plenamente justificada una exención de responsabilidad criminal, no obstante dado el carácter polimórfico del trastorno y el diferente grado de del proceso, sería aconsejable una valoración individualizada de la imputabilidad, lo que sería más satisfactorio desde el punto de vista de la culpabilidad.¹⁴⁷

Jurisprudencialmente, es evidente que la doctrina del TS en relación con el trastorno esquizofrénico varía significativamente en función del subtipo de esquizofrenia ante el que nos encontremos, dándose más fácilmente la exención completa en los casos de esquizofrenia paranoide, que en los de la esquizofrenia hebefrénica o catatónica.¹⁴⁸ En ningún caso se ha podido apreciar jurisprudencialmente una eximente completa en los casos de esquizofrenia residual. Esto es lógico pues, si la enfermedad se halla en estado latente, el sujeto no sufre un brote agudo y por lo tanto, no incide en sus facultades intelectivas y volitivas.

¹⁴⁶ Sentencia del TS núm. 578/1997 de 28 abril (Sala de lo Penal) RJ 1997\4536

¹⁴⁷ MATEO AYALA, E., *“La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”*. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 296.

¹⁴⁸ URRUELA MORA, A., *“Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética”* ., Comares, Granada 2004, pp. 261.

Además, y tal y como se apuntó anteriormente el TS admite esta diferenciación en función del momento en que se encuentre el sujeto a la hora de cometer el hecho delictivo. Así pues:

Según reiterada jurisprudencia de esta Sala (SS. 22 enero 1988 [RJ 1988\416], 8 junio 1990 [RJ 1990\5247], 28 noviembre 1990 [RJ 1990\9211], 6 mayo 1991 [RJ 1991\3547], 16 junio 1992 [RJ 1992\5389], 15 diciembre 1992 [RJ 1992\10224] y 30 octubre 1996 [RJ 1996\7993], entre otras) y siguiendo, no el criterio biológico puro (que se conforma con la existencia de la enfermedad mental), sino el biológico-psicológico (que completa el examen de la inimputabilidad penal con el dato de la incidencia de tal enfermedad en el sujeto concreto y en el momento determinado de producción del delito) que es el adoptado por dicha jurisprudencia, con referencia a estos casos de psicosis esquizofrénica en sus distintas modalidades, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1. ª Si el hecho se ha producido bajo los efectos del brote esquizofrénico, habrá de aplicarse la eximente completa del art. 20.1 del Código Penal.

2. ª Si no se obró bajo dicho brote, pero las concretas circunstancias del hecho nos revelan un comportamiento anómalo del sujeto que puede atribuirse a dicha enfermedad, como ocurrió en el caso examinado por esta Sala en su Sentencia de 19 abril 1997 (RJ 1997\3027), habrá de aplicarse la eximente incompleta del núm. 1.º del art. 21.

3. ª Si no hubo brote y tampoco ese comportamiento anómalo en el supuesto concreto, nos encontraremos ante una atenuante analógica del núm. 6.º del mismo art. 21, como consecuencia del residuo patológico, llamado defecto esquizofrénico, que conserva quien tal enfermedad padece (véase la Sentencia de esta Sala de 8 febrero 1990 [RJ 1990\1301]).¹⁴⁹

Según reiteradamente nos enseña la jurisprudencia, la enfermedad mental denominada esquizofrenia, ya se detecte o exista en edad temprana del sujeto o con posterioridad, constituye una enfermedad psíquica de carácter permanente, posiblemente la más grave, que a efectos de la responsabilidad penal tiene siempre una notoria influencia en la personalidad del sujeto activo de la acción, al encontrarse permanentemente afectado en sus capacidades intelectivas y volitivas.

¹⁴⁹ Sentencia Tribunal Supremo núm. 1185/1998 (Sala de lo Penal), de 8 octubre. Recurso de Casación núm. 466/1998. RJ 1998\8051

Y es que como se ha dicho por la doctrina y por los especialistas médicos, la esquizofrenia «conlleva una escisión o disgregación de la vida psíquica (en griego “esquizos” significa escisión y “pbreu” inteligencia), con graves trastornos en la asociación del pensamiento, de la afectividad, del contacto del “yo” con la realidad y consigo mismo, y de la percepción sensorial». Por tanto, en principio, y desde el punto de vista biológico-siquiátrico, el esquizofrénico ha de ser considerado como un auténtico enajenado, totalmente inimputable, por sufrir una enfermedad que se halla en el propio organismo del individuo, sin influencias externas, es decir, sufre de lo que se denomina una «psicosis endógena». Ahora bien, a efectos penales, y cuando se trata de juzgar cada caso concreto, con sus especiales circunstancias, la jurisprudencia ha entendido que en este tipo de enfermedad, además del elemento «biológico-siquiátrico», debe tenerse en cuenta también el elemento «psicológico», distinguiéndose así entre el presupuesto biológico de la enajenación en sí mismo considerado (siempre de carácter endógeno) y el efecto psicológico que esa enfermedad pueda proyectar en cada supuesto respecto a la total inimputabilidad o semi imputabilidad del sujeto activo de la acción delictual, de ahí que a veces se haya considerado que no todo esquizofrénico, por el hecho de serlo, es totalmente inimputable, pero siempre que sus capacidades intelectivas y volitivas están muy disminuidas (Sentencia de esta Sala, que recoge el sentir jurisprudencial, de 20 de enero de 1997 [RJ 1997, 337]).¹⁵⁰

4.4 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de los trastornos del humor.

Dentro de los trastornos del humor es importante resaltar que la actividad delictiva de estos enfermos va a depender directamente del estado de ánimo del sujeto – maniaco, depresivo- en que se encuentre.¹⁵¹ Si el estado mental del sujeto es constatable, es opinión unánime en la esfera de la Psiquiatría que es absolutamente inimputable si este se encuentra en pleno acceso melancólico o maniaco, siempre que sean de entidad suficiente para permitir encuadrarlos como episodios psicóticos. Ahora bien, es más controvertida la situación en los periodos intercríticos, en los que la

¹⁵⁰ Sentencia TS núm. 399/2000 de 10 marzo (Sala de lo Penal) RJ 2000\1709

¹⁵¹ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 279.

situación oscilara dentro de la responsabilidad atenuada en grado variable y según la intensidad.¹⁵²

Así pues, jurisprudencialmente podemos afirmar que según la doctrina asentada por el TS reconoce explícitamente la incidencia de las psicosis maniaco-depresivas o trastorno bipolar sobre la capacidad de culpabilidad.¹⁵³ No obstante es necesario, no sólo que concurra para la aplicación de la eximente la fórmula mixta biológica-psicológica que se consagra en nuestro Código Penal vigente, sino además atender no solo al trastorno en sí mismo, sino a un dictamen individualizado y determinar así su efecto sobre la imputabilidad. A este respecto podemos citar:

STS 36/1996, de 22 de enero, la psicosis maníaco depresiva constituye una enfermedad que se caracteriza por fases maníacas y depresivas en la misma persona en distintos momentos de la vida, o sea por profundas y cíclicas oscilaciones del estado de ánimo y de la afectividad, conociéndosela por los nombres de locura bipolar o circular, si bien el más técnico y prevalente es el de psicosis maníaco depresiva, condicionada por factores endógenos, hereditarios y constitucionales. Se ha dicho que constituye asimismo un paradigma de la locura que cuando se encuentra en actividad se dan las condiciones para ser estimada como una enajenación mental en el sentido jurídico del término, como profunda y duradera alteración de las facultades intelectivas y volitivas. Para valoración de la imputabilidad debe atenderse, a más de la presencia de la enfermedad, si el hecho ocurre en la fase activa o interfásica. El TS en su sentencia de 19 de noviembre de 1992 , con cita de la sentencia de 14 de marzo de 1990 , señala que la capacidad de culpabilidad está supeditada a la clase e intensidad de los síntomas fundamentales en los grados extremos, tanto en la manía como en la melancolía (maníacos furiosos y melancólicos delirantes) en que se sostiene la inimputabilidad, pero en los casos más leves y en los intervalos o fases intercolares, no puede decirse lo mismo y ha de acudirse al dictamen caso por caso de cada uno de los supuestos personales contemplados y así la sentencia de 24 de mayo de 1991 dice que la imputabilidad ha de ser apreciada en el caso

¹⁵² MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español....”. cit, p. 281.

¹⁵³ URRUELA MORA, A., “Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética” ., Comares, Granada 2004, pp. 277.

*concreto atendiendo a los hechos, fase cíclica que discurre, y un modo especial de la yoidad y de la conciencia.*¹⁵⁴

4.5 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Jurisprudencialmente el TS en las últimas décadas ha revisado su doctrina tradicional en materia de los trastornos neuróticos y ha sentado la actual jurisprudencia acorde a los criterios psiquiátricos modernos recogidos en las clasificaciones internacionales de trastornos mentales, actualmente la CIE 10 y el DSM-V, si bien ya se recogieron como tales en la anterior revisión. Hasta su inclusión en dichas clasificaciones el criterio consolidado jurisprudencialmente era la ausencia de incidencia en la imputabilidad y ya desde finales de los ochenta se ha aceptado de manera explícita por nuestro TS el hecho de que las neurosis sean trastornos mentales y por lo tanto pueden dar lugar a inimputabilidad en función del grado en la que el sujeto la adolezca.¹⁵⁵

En definitiva, actualmente se acepta el efecto eximente de las neurosis, secundarios a situaciones estresantes o somatomorfos, si bien en la práctica la aplicación resulta excepcional, puesto que normalmente no conducen a la anulación de las capacidades intelectivas y volitivas. No obstante, si se dan todos los requisitos exigidos por el art. 20.1 CP no se puede descartar su aplicación como eximente completa.¹⁵⁶

“La conceptualización de la neurosis como una verdadera enfermedad mental, por supuesto de intensidad y consecuencias jurídicas muy variables, y no como una entidad de análoga significación a la enfermedad mental, parece en este momento del desarrollo de la medicina psiquiátrica, la actitud más razonable y prudente, habida cuenta de que los trastornos neuróticos de la personalidad están comprendidos en la CIE-9, esto, en la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales elaborada por la Organización Mundial de la Salud, aunque ello no significa, naturalmente, que toda neurosis haya de

¹⁵⁴ Sentencia Tribunal Supremo 36/1996, de 22 de enero (RJ 11/1996)

¹⁵⁵ URRUELA MORA, A., *“Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética”* ., Comares, Granada 2004, pp. 289-290.

¹⁵⁶ URRUELA MORA, A., *“Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética...”* ., cit., p. 291.

convertirse, a la hora de medir la imputabilidad del acusado, en presupuesto de la circunstancia eximente de enajenación ni de la correspondiente atenuante privilegiada, pues será necesario, para que tal efecto se cumpliera que el trastorno hubiese incidido profunda, o al menos, sensiblemente en las estructuras mentales y volitivas del sujeto, anulando o aminorando de modo considerable su capacidad de elección y autodeterminación ”¹⁵⁷

4.6 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de los trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto.

Según la mejor doctrina, los trastornos de la personalidad y fundamentalmente lo que se ha dado en llamar psicopatías no se consideran enfermedades mentales. Así pues, y siguiendo a MANZANARES SAMANIEGO, las psicopatías en realidad son alteraciones anómalas de la personalidad o del carácter que favorecen reacciones desproporcionadas y a veces concurren con neurosis y rasgos esquizoides.¹⁵⁸

Por ello, indica URRUELA MORA que nuestra doctrina ante la falta de consideración de los mismos como enfermedades mentales y la ausencia de tratamiento conocido durante décadas se ha optado por la irrelevancia de estos trastornos a efectos de imputabilidad penal. No obstante el TS ha dado lugar jurisprudencialmente hablando a una evolución en relación con los mismos. En primer lugar por la inclusión de dichos trastornos en la CIE 10 y el DSM-V (ya lo estaban en la anterior revisión de estas clasificaciones internacionales) y, en segundo lugar, además se ha producido una progresiva profundización psiquiátrica en su etología.¹⁵⁹

En el antiguo CP la referencia de la eximente del art.8 únicamente a efectos de enajenación mental impedía la apreciación de eximente completa de los trastornos de personalidad y solo dejaba lugar a la eximente incompleta cuando concurría con otras afecciones, o a la atenuante analógica en caso de concurrir únicamente la psicopatía.¹⁶⁰ No obstante, esta corriente jurisprudencial ha sido superada por los desarrollos de la Psiquiatría. La exigencia de una alternancia por parte del vigente CP bien de la

¹⁵⁷ CENDOJ, Roj: STS 1348/1988 del Tribunal Supremo. Sala de lo Penal de fecha 29/02/1988 - ECLI: ES:TS:1988:1348

¹⁵⁸ MANZANARES SAMANIEGO, J.L. “Código Penal, Comentarios y Jurisprudencia” I, Parte General, Comares, Granada, p. 143

¹⁵⁹ URRUELA MORA, A., “Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética” ., Comares, Granada 2004, pp. 317-318.

¹⁶⁰ *Ibidem*, p.318.

incapacidad para comprender la ilicitud de la conducta o para adecuar el comportamiento, deberá llevar al TS a estimar una eximente completa solo cuando se constate una incidencia severa en la capacidad volitiva, a través de la anómala manifestación de afectividad o de instintos.¹⁶¹ Esto da lugar a soluciones jurisprudenciales insatisfactorias en diferentes supuestos de trastornos de la personalidad padecidos por sujetos autores de hechos delictivos.¹⁶²

La postura tradicional de la Jurisprudencia fue siempre cautelosa, hasta fechas relativamente recientes, frente al posible reconocimiento de efectos atenuatorios de la responsabilidad penal a las psicopatías o trastornos de la personalidad. Prescindiendo de causas más remotas, varios factores obstaculizaron, bajo la vigencia de los CP de 1932 y 1944, la toma en consideración de las psicopatías como supuesto fáctico de una circunstancia aminorativa de la responsabilidad penal. De un lado, aunque la Jurisprudencia interpretó ampliamente el concepto de «enajenado» desde su inclusión en el art. 8.1º CP, acostumbró a exigir para la apreciación de esta eximente, tanto completa como incompleta, una base morbosa o patológica, esto es, la existencia de una enfermedad mental -exigencia, por lo demás, rigurosamente lógica- y, al mismo tiempo, negó sistemáticamente la naturaleza de enfermedad mental a las psicopatías, reiteradamente definidas como trastornos del carácter o de la afectividad pero casi nunca aceptadas como enfermedades. De otro, la Jurisprudencia se vio obligada a interpretar en un sentido biológico-psicológico el propio término «enajenado», no considerando normalmente suficiente el diagnóstico de una enfermedad mental para la apreciación de la circunstancia, que se condicionó a la presencia de unos determinados efectos en la capacidad de entender y querer. Aunque se trataba, sin duda alguna, de una prudente matización, hay que reconocer que los efectos exigidos se expresaron con frecuencia de forma excesivamente rigurosa, insistiéndose en que la enfermedad mental debe privar absolutamente a quien la padece de consciencia y voluntad para que pueda dar lugar a una circunstancia eximente. De esta manera, rechazando, por una parte, que los trastornos de la personalidad sean verdaderas enfermedades y demandando, por otra, para los enfermos mentales una falta o un sensible déficit -según se propusiese la

¹⁶¹ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 353.

¹⁶² URRUELA MORA, A., “Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética” ., Comares, Granada 2004, pp. 321.

apreciación de la eximente o de la semieximente- de inteligencia y voluntariedad que las psicopatías pueden no comportar, la Jurisprudencia excluyó durante mucho tiempo a dichas alteraciones del campo de aplicación de la eximente de enajenación mental en su doble versión, admitiendo únicamente que pudieran servir de base a la atenuante analógica, lo que equivalía a dar por supuesto que la relación entre los trastornos de la personalidad y los estados morbosos de la mente es sólo de analogía. A partir de las SS. de 29-2-1988 y 22-6-1988, que pusieron de relieve el obstáculo que representaba, para continuar negando la condición de enfermedad mental a las psicopatías, la inclusión de las mismas entre los trastornos mentales y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales elaborada por la OMS, se ha generalizado en la doctrina jurisprudencial la aceptación de que los trastornos de la personalidad son auténticas enfermedades mentales aunque esta Sala, en los casos en que dichos trastornos deben tener influencia en la responsabilidad criminal, pues cabe naturalmente la posibilidad de que sean penalmente irrelevantes, ha continuado aplicando en general la atenuante analógica -SS. de 22-1-1986 (RJ 1986\166) y 6-3-1989 (RJ 1989\2491)- reservando la aplicación de la eximente incompleta -SS. 24-1-1991 (RJ 1991\283), 6-11-1992 (RJ 1992\9130), 22-4-1993 (RJ 1993\3174) y 8-3-1995 (RJ 1995\1823)- para cuando el trastorno es de una especial y profunda gravedad o está acompañado de otras anomalías orgánicas o psíquicas de las que son las más citadas el alcoholismo crónico o agudo, la oligofrenia en sus primeros grados, la histeria, la toxicomanía, etc. Ahora bien las condiciones legales para un correcto afrontamiento del problema de los trastornos de la personalidad y su influencia en la responsabilidad criminal han mejorado sustancialmente con el nuevo CP que se promulgó por la LO 10/1995 (RCL 1995\3170 y RCL 1996\777). La insuficiente alusión al «enajenado» del art. 8.1º del viejo Texto (RCL 1973\2255 y NDL 5670) ha sido sustituida, en el art. 20.1º del vigente, por la expresión «cualquier anomalía o alteración psíquica», mucho más amplia y comprensiva. Por otra parte, la interpretación biológico-psicológica de la fórmula legal que, en el pasado, realizaron los Tribunales, ahora es adelantada por el legislador que exige, para que la anomalía o alteración psíquica exima de responsabilidad, que el sujeto, a causa de ella, «no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión» al tiempo de cometer la infracción penal. La primera modificación permite ya, sin esfuerzo alguno, incluir en el ámbito de esta circunstancia modificativa de la responsabilidad a los trastornos de la personalidad. Si ya antes parecía superada la vieja cuestión de la naturaleza morbosa o patológica de estos trastornos, nadie puede discutir ahora

que son, exactamente, «anomalías o alteraciones psíquicas» por lo que, no deben continuar siendo presupuesto de la atenuante analógica que hoy aparece en el art. 21.6º CP. Las psicopatías no tienen «análoga significación» a las anomalías psíquicas sino que literalmente lo son. La segunda modificación, por su parte, viene a situar las posibles consecuencias de las psicopatías sobre la imputabilidad en un marco conceptual más próximo a las posiciones de la actual doctrina científica. A partir de ahora, sobre lo que tienen que preguntarse los Tribunales, cuando el autor del delito padezca cualquier anomalía o alteración psíquica, no es tanto su capacidad general de entender y querer, sino su capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a esa comprensión. Es ésta una definición de la imputabilidad que pone prudentemente el acento en la mera aptitud del sujeto para ser motivado por la norma, al mismo nivel que lo es la generalidad de los individuos de la sociedad en que vive, y, a partir de esa motivación, para conformar su conducta al mensaje imperativo de la norma con preferencia a los demás motivos que puedan condicionarla.¹⁶³

4.7 Tratamiento doctrinal y jurisprudencial del retraso mental.

Según la doctrina penal española, tanto la identificación del trastorno como su incidencia en la imputabilidad suelen coincidir con los postulados tradicionales seguidos en el ámbito médico-psiquiátrico.¹⁶⁴ Así pues, según la mejor doctrina se hace una diferenciación entre el retraso mental profundo, grave, moderado, leve y la simple torpeza mental o *border line*, siendo esta última, no incluida en las clasificaciones internacionales citadas a lo largo de este trabajo. La doctrina coincide básicamente, que a efectos de inimputabilidad, los grados profundos y graves, serán generadores de eximente completa, la debilidad mental podría serlo de una eximente incompleta, que a según qué niveles considerados como de torpeza mental solo podría tenerse en cuenta como una atenuante analógica.¹⁶⁵

Jurisprudencialmente vemos que es doctrina consolidada del TS que no todos los supuestos tienen la misma trascendencia penal. Así pues, no solo hay que tener en cuenta los criterios psicométricos, sino también el posible conocimiento y conciencia

¹⁶³ Sentencia TS núm. 1604/1999 de 16 noviembre. (Sala de lo Penal). RJ 1999\8940

¹⁶⁴ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid, p. 233.

¹⁶⁵ MATEO AYALA, E., “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”. cit, p., 237. Remisión a MIR PUIG.

del hecho y de su significado, el esfuerzo intelectual exigible, socialización, aprendizaje, respeto a las normas de convivencia, etc.¹⁶⁶

En este sentido podemos citar STS 308/2001 de 26 de febrero (RJ 2001, 1340) aborda nítidamente esta cuestión:

"Las manifestaciones clínicas del retraso mental son muy variadas atendiendo a la diversa etiología, si bien los déficits más relevantes son los relativos a los procesos cognitivos, capacidad intelectual, aprendizaje del lenguaje y socialización. Para su diagnóstico se recomienda disponer de cuanta información sea posible, no sólo de las mediciones psicométricas de su inteligencia sino también de sus capacidades globales de adaptación al medio, autodeterminación y autonomía. En este sentido las mediciones expresadas en el cociente intelectual y en la edad mental del sujeto debe contemplarse únicamente como guía orientadora y no con criterios rígidos, pues a veces no basta considerar solo su cociente intelectual, sino que hay que tener también en cuenta la educación recibida, la edad física y particularmente el trato social que la persona ha mantenido.

Esta Sala ha dicho, que en supuestos de alteraciones perceptivas consecuencia de situaciones trascendentes de una causa de inimputabilidad la alteración debe proyectarse en relación con los hechos, de modo que en el plano normativo-valorativo, la alteración de la conciencia de la realidad debe ser grave, elementos que pueden servir de referencia para graduar su intensidad, eximente completa o incompleta, e incluso en supuestos de levedad la atenuante por analogía del artículo 21.6 del Código Penal.¹⁶⁷

Igualmente STS de 24 de octubre de 1996 (RJ 1996, 7839) aborda la inimputabilidad de aquellos que deban ser considerados débiles mentales a efectos jurídico- penales:

"Aun cuando todas las oligofrenias tienen el carácter de permanentes y como hemos expuesto no todos los supuestos incluidos en el término sociológico tienen la misma intensidad y consiguientemente la misma trascendencia penal para la que ha de tomarse en cuenta, genéricamente considerado, el grado o profundidad

¹⁶⁶ URRUELA MORA, A., *"Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética"* ., Comares, Granada 2004, p. 283.

¹⁶⁷ Sentencia Tribunal Supremo 308/2001 de 26 de febrero (RJ 2001, 1340)

del déficit intelectual, -conviene no olvidar que el juicio de culpabilidad debe ser individual- las circunstancias del caso, ya que no es lo mismo la actuación del sujeto en una situación compleja y frente a un hecho cuya definición delictiva requiere conocimientos o valoraciones que requieren una reflexión y esfuerzo intelectual inexigible a quien tiene mermada su inteligencia, de la que de quien conculca preceptos elementales, pertenecientes al inconsciente colectivo o impuestos por la experiencia y el saber cotidiano y cuya fundamentalidad para la convivencia social hace que se imbuyan con el mero hecho de vivir en colectividad, incluso en forma subliminal o inconsciente, como son las normas del respeto a la vida humana o a la propiedad ajena o libertad e indemnidad sexuales.

En definitiva se debe relacionar el posible conocimiento y conciencia del hecho y de su significado con su mayor o menor elementabilidad y facilidad para advertir su ilicitud, teniendo en cuenta las circunstancias del caso, su complejidad, el acompañamiento, esfuerzo intelectual exigible, socialización, aprendizaje y respeto a las normas de convivencia".¹⁶⁸

¹⁶⁸ Sentencia Tribunal Supremo de 24 de octubre de 1996 (RJ 1996, 7839)

CAPITULO V: CONCLUSIONES PERSONALES

El concepto de loco, demente, enajenado ha estado presente en la sociedad desde la más remota antigüedad hasta la actualidad. Sin duda, en tiempos pasados no se tenía conciencia de lo que en realidad significaba padecer una enfermedad mental, se pensaba que incluso podría ser un castigo divino a la persona que la padecía o a su entorno, por lo cual, la sociedad procedía a quitarles la vida, desterrarlos o encerrarlos en condiciones infrahumanas. No obstante, en estas conclusiones personales me referiré únicamente a la situación concurrente en las últimas décadas, ya que la historia de la anomalía o alteración psíquica no ha sido el objeto de este trabajo.

Así pues, según he podido comprobar durante la investigación para la realización de este trabajo, los requisitos que se han ido exigiendo doctrinal y jurisprudencialmente a lo largo de las últimas décadas para considerar a un sujeto como inimputable y por lo tanto, falto de culpabilidad, que no exento de responsabilidad civil, han sido variados y la doctrina más relevante no ha sido del todo pacífica al respecto. Ciertamente y, en todos los ámbitos, se ha dado una evolución respecto a sus precedentes.

Hemos podido ver como en el anterior CP solo se hablaba de “enajenados” o lo que es lo mismo, solo hacía valer a efectos de inimputabilidad el presupuesto biológico. Únicamente si existía una enfermedad mental se podría entrar a valorar la inimputabilidad del sujeto, pero como hemos visto, resultaba insatisfactorio, ya que por ejemplo, las personas que padecían un retraso mental (anteriormente denominada oligofrenia en sus diferentes grados como idiocia, imbecilidad, etc.) no necesariamente, o estrictamente eran consideradas afectados por una enfermedad mental. En realidad es cierto, tan solo se trata de una anomalía psíquica que hace que su cociente intelectual éste por debajo de los parámetros considerados como normales para el resto de la población, pero no por ello era justo que, cometido un delito, quedasen fuera de la protección jurídica del sujeto inimputable.

O bien, en el caso de los trastornos de la personalidad o psicopatías tampoco podemos decir que los sujetos afectos padecieran una enfermedad mental, pero sin embargo, tanto personas aquejadas de retraso mental como personas que padecen trastornos de la personalidad son susceptibles de poder cometer delitos. En el primer

caso, las personas afectadas por un retraso mental, debido a su bajo cociente intelectual, son personas de fácil manipulación por sujetos sin escrúpulos y, además, en función de su grado de afectación pueden llegar a ser incapaces de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha percepción. En el segundo caso, es decir, en las personas que padecen trastornos de personalidad, las facultades intelectivas no están en absoluto afectadas, pero si las volitivas en cuanto a que pueden llegar a ser dominados por sus impulsos y cometer actuaciones ilícitas penalmente hablando.

Afortunadamente, en los últimos años la Ciencia Psiquiátrica ha avanzado en sus investigaciones sobre las enfermedades mentales y las anomalías psíquicas y ello ha permitido que se adopte el modelo adecuado que aúna la necesidad del presupuesto biológico y la afectación psicológica. De este modo, se da cobertura a personas que antes quedaban fuera del concepto de inimputables y, que era necesario poder darles respuesta legal conforme al Estado social, democrático y de Derecho en el que vivimos.

El concepto de enfermo mental aún sigue teniendo un componente peyorativo para el público en general, y estigmatizante para el enfermo que lo sufre. No obstante, y jurídicamente hablando, estos sujetos deben gozar de una protección específica y garantizar su adecuado tratamiento en función de la anomalía que presenten. Es necesaria una adecuación que, en nuestro país, todavía no ha llegado a su plenitud para su tratamiento, ya que actualmente en España solo tenemos dos centros psiquiátricos penitenciarios, a saber, Foncalent, en Alicante y Sevilla y, además, ambos están sobreocupados.

Por otro lado, dentro de la esfera de la población penitenciaria y según fuentes consultadas en materia de sociología jurídica, casi la mitad de los reclusos sufren distintas patologías psíquicas que no se ven atendidas, o en el mejor de los casos la atención es tan mínima que no se puede considerar atención psiquiátrica o psicológica como tal. Esto lógicamente, dificulta la labor reinsertadora que se supone deben cumplir los centros penitenciarios. Este es el panorama de los llamados semi-imputables, es decir, aquellos que sufren una anomalía o alteración psíquica pero ésta no llega a anular plenamente sus facultades intelectivas y volitivas, y por lo tanto, estos sujetos no gozan de tratamientos adecuados en las prisiones ordinarias.

Lo cierto es que el estudio de campo de las enfermedades mentales o anomalías psíquicas es apasionante, como dije en la introducción, representa dentro del Derecho

Penal la unión de las Ciencias médicas y las jurídicas. Los avances médicos provocan cambios sociales que el Derecho debe adecuar en sus normas jurídicas. Este es un ejemplo paradigmático de ello. No obstante, los recursos económicos y humanos destinados a estos efectos siguen siendo todavía escasos, si bien hemos avanzado desde los denostados manicomios donde las personas con anomalías psíquicas eran encerradas antaño, a los centros de atención para los enfermos mentales o afectados por adicciones en la actualidad. También es cierto que, en tiempos no tan remotos, los niños con anomalías psíquicas eran escondidos, su enfermedad era vergonzante para sus familias, y hoy en día, gracias a la educación social y la protección legislativa tienen una oportunidad de reinserción social.

Si bien es cierto, que el grado de reprochabilidad se puede predicar solo de las personas que intelectiva y volitivamente no estén afectas, el inimputable no puede quedar sin ninguna protección para la sociedad y para sí mismo. Para ello nuestro CP prevé las medidas de seguridad en función de la anomalía sufrida. En muchos casos, esto significa la oportunidad de reinserción que, en otras ocasiones, legislativa y socialmente se les había negado. Afortunadamente, la visión jurídica y social de la enfermedad mental se comienza a contemplar desde otro prisma más adecuado. Esta visión debe, sin duda, estar de acuerdo con los derechos fundamentales que se prevén en nuestra CE para que los enfermos obtengan la protección prevista en nuestro ordenamiento jurídico.

RECURSOS CITADOS EN ESTE TRABAJO

5.1 TEXTOS LEGALES NORMATIVOS

CODIGO PENAL 1973: Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, por el que se publica el Código Penal, texto refundido conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre. BOE núm. 297, de 12 de diciembre de 1973.

CODIGO PENAL VIGENTE: Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281, de 24/11/1995

LORPM: Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. BOE núm. 11, de 13/01/2000

5.2 BIBLIOGRAFIA

CEREZO MIR, J, “Derecho penal, parte general”. 2ª edic., Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid 2000.

CIE 10 “Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico” Organización Mundial de la Salud, Meditor, Madrid, 2014

DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” American Psychiatric Association, 5º edic., Editorial Panamericana, Madrid, 2014.

GRACIA MARTIN, L, “Las medidas de seguridad y la reinserción social” GRACIA MARTIN (coord.), Lecciones de Consecuencias jurídicas del delito. El sistema de penas, de medidas de seguridad, de consecuencias accesorias y de responsabilidad civil derivada del delito, 4ª edic, Tirant lo Blanch, Valencia, 2012, p 171.

MANZANARES SAMANIEGO, J.L “Código Penal, Comentarios y Jurisprudencia” I, Parte General, Comares, Granada.

MATEO AYALA, E, “Los antecedentes de la eximente de anomalía o alteración psíquica”. Dykinson, Madrid 2005

MATEO AYALA, E, “La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho Penal Español”. Editoriales de Derecho Reunidas, Instituto de Criminología de Madrid.

MATEO AYALA, E, “La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control.” 2º edic, Publicaciones del Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid.

MIR PUIG, S., “Derecho Penal, parte General”, 8ª edic., Reppertor, Barcelona 2010.

MUÑOZ CONDE, F y GARCIA ARAN, M, “Derecho Penal, Parte General” 9ª edic, Tirant lo Blanch, Valencia 2015.

URRUELA MORA, A., “La culpabilidad” en Derecho Penal Parte General, Introducción a la Teoría jurídica del delito, Boldova Pasamar *et al* (coord.) Comares, Granada, 2016.

URRUELA MORA, A., “La imputabilidad” en Derecho Penal Parte General, Introducción a la Teoría jurídica del delito, Boldova Pasamar *et al* (coord.) Comares, Granada, 2016.

URRUELA MORA, A, “Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica, la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética”, Comares, Granada 2004.

5.3 RECURSOS ELECTRONICOS

<http://psicologiajuridica.org/archives/6569>

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/d3096-1973.html#a8

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf

http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf

5.4 JURISPRUDENCIA

Sentencia Tribunal Supremo de 24 de octubre de 1996 (RJ 1996, 7839) ARANZADI

Sentencia Tribunal Supremo 308/2001 de 26 de febrero (RJ 2001, 1340) ARANZADI

Sentencia Tribunal Supremo núm. 175/2008 de 14 mayo. (Sala de lo Penal, Sección1ª)
RJ 2008\3096 ARANZADI

Sentencia del Tribunal Supremo núm. 578/1997 de 28 abril (Sala de lo Penal) RJ
1997\4536 ARANZADI

Sentencia Tribunal Supremo núm. 1185/1998 (Sala de lo Penal), de 8 octubre. Recurso
de Casación núm. 466/1998-P. RJ 1998\8051 ARANZADI

Sentencia Tribunal Supremo núm. 399/2000 de 10 marzo. (Sala de lo Penal) RJ
2000\1709 ARANZADI

Sentencia Tribunal Supremo 36/1996, de 22 de enero (RJ 11/1996) ARANZADI

Sentencia Tribunal Supremo 1348/1988. Sala de lo Penal de fecha 29/02/1988.
CENDOJ

Sentencia Tribunal Supremo núm. 1604/1999 de 16 noviembre (Sala de lo Penal). RJ
1999\8940 ARANZADI

Sentencia Audiencia Provincial de Cuenca núm. 17/2003 de 19 mayo. JUR
2003\152117 ARANZADI

Sentencia Audiencia Provincial de Valladolid núm. 485/2001 de 5 julio, (Sección 2ª)
ARANZADI

Sentencia Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección1ª) núm. 345/2007 de 24 abril.
RJ 2007\3138 ARANZADI

