

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE DERECHO
DEPARTAMENTO DE DERECHO PENAL



EXENCIÓN Y ATENUACIÓN DE LA
RESPONSABILIDAD CRIMINAL POR
ANOMALÍA O ALTERACIÓN
PSÍQUICA.

Especial referencia a su tratamiento
jurisprudencial

TESIS DOCTORAL

GEMA MARÍA FONSECA MORALES
DIRECTORA: DRA. MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ DÍAZ

Granada, 2007

Tesis doctoral presentada por la
Lda. Gema María Fonseca
Morales bajo la dirección de la **Dra.**
María José Jiménez Díaz para la
obtención del grado de Doctora en
Derecho

Granada, 2007

A mis padres

ABREVIATURAS _____	13
INTRODUCCIÓN _____	15
CAPÍTULO PRIMERO: LA IMPUTABILIDAD _____	25
I. INTRODUCCIÓN _____	27
II. LA IMPUTABILIDAD EN EL CÓDIGO PENAL DE 1995 _____	30
III. NATURALEZA JURÍDICA _____	32
IV. FUNDAMENTO DE LA IMPUTABILIDAD. DETERMINACIÓN DE SU CONCEPTO _____	40
1. Fundamento de la imputabilidad _____	41
1.1. El libre albedrío como fundamento de la culpabilidad y de la imputabilidad _____	41
1.2. La necesidad de prevención como fundamento de la imputabilidad _____	43
A. Gimbernat _____	44
B. Roxin _____	47
C. Jakobs _____	51
D. Mir Puig _____	55
E. Muñoz Conde _____	58
2. Concepto de imputabilidad _____	61
V. LA IMPUTABILIDAD EN LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO _____	68
VI. POSICIÓN PERSONAL _____	76
 CAPÍTULO SEGUNDO: FÓRMULAS LEGISLATIVAS DESCRIPTORAS DE LA EXIMENTE. ESPECIAL REFERENCIA A LA CODIFICACIÓN ESPAÑOLA Y AL DERECHO COMPARADO _____	 81
I. FÓRMULA BIOLÓGICA _____	83
II. FÓRMULA PSICOLÓGICA _____	91
III. FÓRMULA MIXTA _____	92
IV. POSTURA JURISPRUDENCIAL _____	106
 CAPÍTULO TERCERO: TRATAMIENTO PENAL DE LOS SUJETOS AFECTADOS POR EL PADECIMIENTO DE UNA ANOMALÍA O ALTERACIÓN PSÍQUICA _____	 121
I. LA EXIMENTE DE ANOMALÍA O ALTERACIÓN PSÍQUICA _____	123
II. EXIMENTE INCOMPLETA Y ATENUANTE ANALÓGICA DE ANOMALÍA O ALTERACIÓN PSÍQUICA _____	148
III. CONSECUENCIAS JURÍDICAS APLICABLES: ESPECIAL ATENCIÓN A LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD _____	156
 CAPÍTULO CUARTO: PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES _____	 175
I. TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA: RETRASO MENTAL _____	179

1. Retraso mental leve _____	187
2. Retraso mental moderado _____	188
3. Retraso mental grave _____	188
4. Retraso mental profundo _____	189
5. Retraso mental de gravedad no especificada _____	189
II. DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS _____	189
1. Delirium _____	189
1.1. Delirium debido a enfermedad médica _____	193
1.2. Delirium inducido por sustancias _____	194
1.3. Delirium debido a múltiples etiologías _____	195
1.4. Delirium no especificado _____	195
2. Demencia _____	196
2.1. Demencia tipo Alzheimer _____	201
2.2. Demencia vascular _____	203
2.3. Demencia debida a otras enfermedades médicas _____	204
A. Demencia debida a enfermedad por VIH _____	204
B. Demencia debida a traumatismo craneal _____	205
C. Demencia debida a enfermedad de Parkinson _____	205
D. Demencia debida a enfermedad de Huntington _____	206
E. Demencia debida a enfermedad de Pick _____	207
F. Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob _____	207
G. Demencia debida a otras enfermedades médicas _____	208
2.4. Demencia persistente inducida por sustancias _____	208
2.5. Demencia debida a múltiples etiologías _____	209
2.6. Demencia no especificada _____	209
3. Trastornos amnésicos _____	209
3.1. Trastorno amnésico debido a enfermedad médica _____	212
3.2. Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias _____	212
3.3. Trastorno amnésico no especificado _____	213
III. TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA, NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS: CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA _____	213
IV. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS _____	215
V. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS _____	216
1. Esquizofrenia _____	216
1.1. Tipo paranoide _____	227
1.2. Tipo desorganizado _____	228
1.3. Tipo catatónico _____	229
1.4. Tipo indiferenciado _____	229
1.5. Tipo residual _____	230
1.6. Depresión postesquizofrénica _____	230
1.7. Esquizofrenia simple _____	230
1.8. Otras esquizofrenias _____	231
1.9. Esquizofrenia sin especificación _____	231
2. Otros trastornos psicóticos _____	231
2.1. Trastorno delirante _____	231
A. Tipo erotománico _____	235
B. Tipo de grandiosidad _____	236

C. Tipo celotípico _____	236
D. Tipo persecutorio _____	237
E. Tipo somático _____	238
F. Tipo mixto _____	239
G. Tipo no especificado _____	239
2.2. Trastorno psicótico inducido por sustancias _____	240
VI. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO _____	241
1. Episodios afectivos _____	243
1.1. Episodio depresivo mayor _____	243
1.2. Episodio maníaco _____	244
1.3. Episodio mixto _____	246
1.4. Episodio hipomaníaco _____	246
2. Trastornos depresivos _____	248
2.1. Trastorno depresivo mayor (único o recidivante) _____	248
2.2. Trastorno distímico _____	250
2.3. Trastorno depresivo no especificado _____	251
3. Trastornos bipolares _____	251
3.1. Trastorno bipolar I _____	254
3.2. Trastorno bipolar II _____	255
3.3. Trastorno ciclotímico _____	256
3.4. Trastorno bipolar no especificado _____	256
4. Otros trastornos del estado de ánimo _____	257
4.1. Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica _____	257
4.2. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias _____	257
4.3. Trastorno del estado de ánimo no especificado _____	258
VII. TRASTORNOS DE ANSIEDAD _____	258
1. Crisis de angustia (panic attack) _____	262
2. Agorafobia _____	263
3. Trastorno de angustia (panic disorder) _____	264
4. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia _____	265
5. Fobia específica _____	265
6. Fobia social _____	267
7. Trastorno obsesivo-compulsivo _____	268
8. Trastorno por estrés post-traumático _____	270
9. Trastorno por estrés agudo _____	271
10. Trastorno de ansiedad generalizada _____	272
11. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica _____	273
12. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias _____	273
13. Trastorno de ansiedad no especificado _____	273
VIII. TRASTORNOS SOMATOMORFOS _____	274
1. Trastorno de somatización _____	275
2. Trastorno somatomorfo indiferenciado _____	275
3. Trastorno de conversión _____	276
4. Trastorno de dolor _____	277
5. Hipocondría _____	277
6. Trastorno dismórfico corporal _____	278
7. Trastorno somatomorfo no especificado _____	278
IX. TRASTORNOS DISOCIATIVOS _____	278
1. Amnesia disociativa _____	279

2.	Fuga disociativa _____	280
3.	Trastorno de identidad disociativo _____	280
4.	Trastorno de despersonalización _____	281
5.	Trastorno disociativo no especificado _____	281
X.	TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA INCLINACIÓN SEXUAL: PARAFILIAS _____	282
1.	Exhibicionismo _____	283
2.	Pedofilia _____	284
3.	Masoquismo sexual _____	285
4.	Sadismo sexual _____	285
XI.	TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS _____	286
1.	Trastorno explosivo intermitente _____	288
2.	Cleptomanía _____	289
3.	Piromanía _____	289
4.	Juego patológico _____	290
5.	Tricotilomanía _____	291
6.	Trastorno del control de los impulsos no especificado _____	292
XII.	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD _____	292
1.	Trastorno paranoide de la personalidad _____	297
2.	Trastorno esquizoide de la personalidad _____	298
3.	Trastorno esquizotípico de la personalidad _____	298
4.	Trastorno antisocial de la personalidad _____	299
5.	Trastorno límite de la personalidad _____	300
6.	Trastorno histriónico de la personalidad _____	301
7.	Trastorno narcisista de la personalidad _____	302
8.	Trastorno de la personalidad por evitación _____	302
9.	Trastorno de la personalidad por dependencia _____	303
10.	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad _____	303
11.	Trastorno de la personalidad no especificado _____	304
XIII.	TRASTORNOS MENTALES EN GENERAL DEBIDO A UNA CONDICIÓN MÉDICA: LA EPILEPSIA _____	305

CAPÍTULO QUINTO: TRATAMIENTO JURISPRUDENCIAL DE LA
EXIMENTE DE ANOMALÍA O ALTERACIÓN PSÍQUICA _____ 311

I.	TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA: RETRASO MENTAL (OLIGOFRENIAS) _____	317
II.	DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS _____	333
1.	Delirium _____	334
2.	Demencias _____	335
III.	TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA, NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS: CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA _____	341
IV.	TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS _____	345

1. Trastornos relacionados con el alcohol	346
2. Trastornos relacionados con otras sustancias	365
V. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS	396
1. Esquizofrenia	396
1.1. Esquizofrenia paranoide	407
1.2. Esquizofrenia desorganizada	417
1.3. Esquizofrenia catatónica	420
1.4. Esquizofrenia indiferenciada	421
1.5. Esquizofrenia residual	422
2. Trastorno delirante (paranoia)	426
VI. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	450
VII. TRASTORNOS NEURÓTICOS	462
VIII. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL: PARAFILIAS	478
IX. TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS	489
1. Juego patológico (ludopatía)	491
2. Cleptomanía	507
3. Piromanía	511
X. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (PSICOPATÍAS)	514
XI. TRASTORNOS MENTALES EN GENERAL DEBIDO A UNA CONDICIÓN MÉDICA: LA EPILEPSIA	538
CONSIDERACIONES FINALES	557
ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO	599
ÍNDICE JURISPRUDENCIAL	631

ABREVIATURAS

A.A.M.D.	Asociación Americana sobre personas con Deficiencia Mental
A.A.M.R.	Asociación Americana sobre Retraso Mental
AP	Audiencia Provincial
A.P.A.	American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica Americana)
ARP	Aranzadi Penal
Art.	Artículo
Arts.	Artículos
ATS	Auto del Tribunal Supremo
CC	Código Civil
CE	Constitución española de 1978
CI	Cociente intelectual
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud
Cfr.	Confrontar
Cit.	Citado/citada
CP	Código Penal
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Asociación Psiquiátrica Americana
Ed.	Edición
Fasc.	Fascículo
<i>Ibidem.</i>	Última obra citada
Imp.	Impresión

L.E.Crim.	Ley de Enjuiciamiento Criminal
LO	Ley Orgánica
Núm.	Número
O.M.S.	Organización Mundial de la Salud
p.	Página
pp.	Páginas
reimpr.	reimpresión
RJ	Repertorio Jurisprudencial Aranzadi
SAP	Sentencia de Audiencia Provincial
Sic	Copiado Literal
ss.	Siguientes
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
SSTS	Sentencias del Tribunal Supremo
STSJ	Sentencia del Tribunal Superior de Justicia
TS	Tribunal Supremo
UNED	Universidad Nacional de Educacion a Distancia
vgr.	Verbigracia
Vol	Volumen

INTRODUCCIÓN

“La anomalía psíquica existe en un grado más o menos grande, en todos lo que, según mi definición, pueden llamarse criminales”

*Rafael Garófalo*¹

El presente trabajo de investigación tiene por objeto el análisis de una materia que constituye un cruce de caminos entre el ámbito jurídico y el médico: la repercusión de las anomalías o alteraciones psíquicas en la ejecución de hechos delictivos y en la responsabilidad criminal de su autor, lo que se concreta en el examen de la eximente recogida en el artículo 20.1 de nuestro vigente Código Penal.

La presencia de trastornos mentales en sujetos que han delinquido es una realidad constante a lo largo de la historia, pero la valoración jurídico-penal que tal extremo ha merecido no siempre ha sido resuelta de forma unívoca. Antes al contrario ha venido marcada por la polémica y el desconcierto “en razón a su amplitud, a la diversidad de planteamientos y a la diferencia formativa de quienes la estudian y consideran, imprecisiones que llegan también a la hora de marcar sus efectos, sus clases o sus orígenes”².

Dicha ambigüedad interpretativa y el deseo de contribuir a su esclarecimiento fue el primero de los motivos que nos llevó a seleccionar este tema para elaborar nuestra Tesis Doctoral. Se trata de una materia jurídica, pero impregnada de un acentuado carácter interdisciplinar que, si bien lo enriquece, lo convierte en un objeto de estudio harto difícil para aquellos que nos hemos dedicado al mundo del Derecho. Consciente de nuestras limitaciones por la carencia de conocimientos previos en el ámbito médico, pero guiados en todo momento por la idea de colaborar en el desarrollo científico de un asunto que nos apasionó desde que lo estudiamos dentro de los Cursos de Doctorado, iniciamos la realización de esta investigación, la que pretendemos sea útil tanto al

¹ GAROFALO, R.: *La Criminología. Estudio sobre la naturaleza del crimen y teoría de la penalidad*, versión española de PEDRO BORRAJO, Daniel Jorro, Madrid, 1912, p. 85.

² STS de 22 de mayo de 1985 (RJ 1985\2525).

jurista como al perito forense por ofrecer una visión general del tratamiento legal y jurisprudencial de la eximente de anomalía o alteración psíquica, que incluye un exhaustivo análisis de los trastornos mentales que pueden incidir (y en qué forma) en la imputabilidad del sujeto que los padece.

Unido a lo anterior, ha contribuido a la selección de este tema la actualidad del mismo, dada la creciente invocación del padecimiento de trastornos mentales ante los tribunales españoles como causa eximente o atenuante de la responsabilidad criminal. Aunque quizás con cierta exageración, en la década de los sesenta se llegó a afirmar que se vivía la era de las enfermedades mentales³. Ciertamente, existe un importante número de personas afectadas por este tipo de dolencias que, en numerosas ocasiones, presentan una marcada tendencia a delinquir y que, desde luego, constituyen para la sociedad un importante problema que no siempre se resuelve de forma adecuada. En cualquier caso, que dichos tribunales se enfrenten en tantas ocasiones ante supuestos en los que han de pronunciarse sobre la imputabilidad de un sujeto que padece una anomalía o alteración psíquica, nos ha llevado a realizar el esfuerzo de poner a su disposición un instrumento científico más al que recurrir para documentar sus resoluciones.

Por último, aunque no por ello constituye un motivo de menor peso, nos incentivó en su día para desarrollar este trabajo la escasa existencia de obras en nuestro país que abordasen de forma global el análisis de la eximente, incluyendo, de un lado, un estudio sobre regulación legal; de otro, un repaso minucioso de los distintos trastornos que pueden conformarla; y, finalmente, y en este punto es donde se presentan las mayores carencias doctrinales, un examen sistemático y exhaustivo del tratamiento jurisprudencial que le han otorgado y otorgan en la actualidad los tribunales que la aplican.

Justificada la elección del tema, corresponde ahora presentar la estructura seguida para desarrollar el trabajo. No obstante, es importante realizar una matización previa, al objeto de acotar el contenido de la investigación. Como ya ha sido indicado, esta Tesis

³ NAVARRETE URIETA, J.M.: "El problema penal y criminológico de las neurosis", *Los delincuentes mentalmente anormales* (Conferencias y Comunicaciones), XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología, celebrado en la Facultad de Derecho de Madrid (23 de febrero a 20 de marzo de 1962), Art. Gráf. Helénica, Madrid, 1962, p. 461.

Doctoral se dedica al estudio de la primera (y en nuestra opinión, más importante) causa de inimputabilidad recogida en catálogo de eximentes (artículo 20), que declara exento de responsabilidad criminal a aquel sujeto que, como consecuencia del padecimiento de una anomalía o alteración psíquica, sea incapaz de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión. Pues bien, aun cuando el artículo 20.1 ofrece cobertura tanto a las anomalías o alteraciones psíquicas que podríamos denominar permanentes o duraderas, como a aquellas otras de carácter meramente transitorio, nuestro trabajo se centrará en exclusiva en el análisis de las primeras. En consecuencia, el trastorno mental transitorio, si bien será referido en numerosas ocasiones a lo largo de las páginas que presentamos, no será objeto de estudio individualizado. Se trata de una categoría a través de la que se pretenden regular las alteraciones pasajeras del psiquismo, o lo que es lo mismo, aquellos supuestos en los que el sujeto “está enfermo” en el momento de cometer un hecho delictivo, en contraposición al “ser enfermo” de manera permanente o duradera⁴. Según entendemos, un riguroso estudio de los muchos y variados problemas que presenta, sobre los que reina el más absoluto desacuerdo, exigiría un examen autónomo de su tratamiento penal y jurisprudencial, que preferimos posponer para futuras investigaciones. Dada su conexión con el trastorno mental transitorio, tampoco será tratado el tema de las *actio libera in causa*.

La Tesis consta de cinco capítulos.

I. Sería imposible abordar el análisis de la eximente de anomalía o alteración psíquica si no se establecieran previamente determinadas cuestiones generales acerca de la institución general que lo enmarca: *la imputabilidad*. Por tal razón, constituye el objeto de estudio del capítulo primero, en el que daremos una visión global y comprensiva de dicha institución (término conocido de antiguo que ha necesitado adaptarse a los avances científicos de la medicina), centrando nuestra atención en los problemas que la misma ha venido presentando y que todavía hoy parecen afectarle, derivados muchos de ellos de la complejidad que presenta la categoría más compleja de la culpabilidad, de la que forma parte, y que conforma una de las instituciones penales más debatida a lo largo de la historia, por ser fuente inagotable de discusiones tanto

⁴ Véase STS de 13 de mayo de 1997 (RJ 1997\4544).

doctrinales como jurisprudenciales y donde el pretendido carácter científico de la Dogmática Penal se torna ilusorio por momentos⁵.

Tras dedicar un apartado a revisar de forma crítica la regulación otorgada a la imputabilidad por el vigente Código Penal, nos ocuparemos de analizar la naturaleza jurídica de la citada categoría dogmática. Posteriormente, y con particular atención, nos adentraremos en el aspecto más debatido en relación a la imputabilidad: su fundamento, por no haber encontrado consenso en la doctrina a lo largo de la historia y cuya solución no parece vaya a alcanzarse en la actualidad. Realizaremos para ello una descripción crítica de las diversas concepciones que se han formulado sobre el mismo, sin ánimo alguno de ser exhaustivos, dado lo casi inabarcable de esta materia, lo que nos permitirá ir enumerando los aspectos que suscribimos y aquellos que no compartimos respecto de las distintas posiciones doctrinales que se mantienen al respecto. Determinado el fundamento, será factible dedicar nuestra atención al importante tema de su concepto, al que seguirá un examen del tratamiento que la jurisprudencia, con carácter general, ha otorgado a la categoría de la imputabilidad. Para finalizar, pondremos de relieve nuestra posición personal en este complejo asunto.

II. El segundo capítulo de este trabajo, se dirige a ofrecer una exposición completa de las distintas *fórmulas legislativas* (biológica, psicológica y mixta) empleadas para declarar la inimputabilidad de las personas que padecen trastornos mentales. La exposición de las mismas, sin embargo, no se ha limitado a describir sus distintos contenidos, sino que ha sido el marco en el que se ha realizado un exhaustivo examen del desarrollo histórico de la eximente a lo largo de nuestra Codificación, así como un análisis de las regulaciones en la materia de un buen número de Textos punitivos extranjeros. El capítulo concluye con un estudio sobre la evolución del tratamiento jurisprudencial, en el que se pone de relieve que los tribunales, con acierto, no se han sujetado a la fórmula legal que en cada momento requería el Texto penal vigente, sino que desde antiguo han aplicado la fórmula mixta que, con excepción del CP de 1928, sólo ha adoptado el CP de 1995.

⁵ SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.: *La imputabilidad del consumidor de drogas*, 1ª ed., 1ª imp., Tirant lo Blanch, Valencia, 2000, p. 21.

III. Únicamente tras el asentamiento de las anteriores bases nos encontrábamos en condiciones de afrontar el análisis específico del *tratamiento penal aplicable a los sujetos que padecen una anomalía o alteración psíquica*, valorando la trascendencia que en el Derecho penal español poseen los trastornos mentales en relación con la imputabilidad. Se trata, pues, de realizar un examen del régimen legal aplicable a quienes cometen hechos delictivos padeciendo alguna anomalía o alteración psíquica, con objeto de determinar la incidencia que presentan las mismas en la responsabilidad criminal del sujeto afectado. Este capítulo (tercero) se conforma en torno a los siguientes apartados.

En primer lugar, se aborda de forma minuciosa la regulación de la eximente descrita en el art. 20.1, mostrando como punto de partida sus novedades frente a la anterior regulación legal, para continuar después con el estudio de cada uno de los elementos que se derivan de la adopción de una fórmula mixta. El análisis se inicia precisando la base “biológica-psiquiátrica”, que consiste en la apreciación de una anomalía o alteración psíquica en el sujeto, terreno éste de la medicina y más concretamente de la psiquiatría, que nos exigirá con posterioridad la realización de una descripción de las pautas diagnósticas de los distintos trastornos mentales incardinables en dichos términos anomalía o alteración psíquica. De ahí que MEZGER afirmara en su momento en relación al parágrafo 51 del Código Penal alemán, que “era la puerta por la que el Derecho punitivo pasa al terreno de la moderna investigación de la personalidad”⁶. Después, centrando nuestra atención en el efecto “psicológico o normativo”, analizaremos los dos elementos en que se concreta: la capacidad de comprensión de la ilicitud del hecho y la de actuar conforme a esa comprensión. Ambos extremos (biológico y psicológico) requieren asimismo de la satisfacción de un requisito temporal y de una relación causa-efecto entre la anomalía o alteración psíquica sufrida y los hechos perpetrados por el sujeto, cuyo análisis cierra este apartado.

⁶ MEZGER, E.: *Tratado de Derecho Penal*, traducción de la segunda edición alemana (1933) y notas de derecho español por José Arturo Rodríguez Muñoz, 3ª ed., adicionada y puesta al día por Antonio Quintano Ripollés, T.II, Revista de Derecho Privado, Madrid, 1957, p. 68.

En segundo orden, se analiza la imputabilidad disminuida, parcial o atenuada reconducible a través de los art. 21.1 y 21.6 del CP (eximente incompleta y atenuante analógica).

Finalmente, se examinan las consecuencias jurídicas que comportan las diferentes vías permitidas por el Texto punitivo, con especial referencia a las distintas medidas de seguridad que pueden ser aplicadas y el repaso de las que realmente utilizan nuestros tribunales.

IV. Con objeto de dotar de contenido la expresión “cualquier anomalía o alteración psíquica”, en el capítulo cuarto de este trabajo se ha realizado una catalogación y estudios de los *principales trastornos mentales* con incidencia en la imputabilidad, atendiendo a su etiología y sintomatología. Para el desarrollo de esta tarea se han recogido y seleccionado las aportaciones que sobre el tema han realizado importantes maestros de Medicina Legal y Psiquiatría Forense, tanto españoles como extranjeros, clásicos y contemporáneos, aunque utilizando como principal referente para su descripción las dos clasificaciones internacionales de mayor reconocimiento: la CIE-10 y, sobre todo, el DSM-IV-TR, texto éste que nos ha servido de guía básica para su sistematización. Este apartado no pretende ser el sucedáneo de un tratado de psiquiatría forense, pues en él se perdería el profano, sino una aproximación científica extremadamente resumida de los principales trastornos mentales, que sirva al jurista para comprender aquéllos que con mayor frecuencia tienen alguna incidencia en la imputabilidad. Se trata por tanto de una modesta aportación de conocimientos médicos a este trabajo, pues el Derecho en general (y el Derecho penal en particular) debe asumir los avances logrados por otras ciencias como la Psiquiatría.

V. El capítulo que cierra la investigación (quinto), que constituye el cuerpo esencial y principal aportación de nuestra investigación, pretende describir de forma minuciosa y rigurosa, las respuestas en la materia que ha ido dando la jurisprudencia a lo largo de la historia y, sobre todo, aquellas que se ofrecen en la actualidad.

Ha resultado una empresa tremendamente compleja, pues se han analizado con detalle un ingente número de resoluciones, con la finalidad de dar a conocer cuál ha sido la trayectoria pasada y el quehacer presente de los tribunales españoles

(fundamentalmente la Sala Segunda del Tribunal Supremo), cuando ha tenido que enfrentarse a la difícil tarea de valorar la imputabilidad de los sujetos que padecen alguna anomalía o alteración mental.

El Tribunal Supremo ha creado una doctrina jurisprudencial sobre los distintos trastornos con incidencia jurídico-penal en la imputabilidad, pero sin establecer reglas rígidas, cerradas o inamovibles, lo que resulta lógico en un terreno movedizo donde las fluctuaciones científicas son frecuentes, incluso en su terminología. Es evidente que los tribunales españoles están intentando en los últimos años una adecuación a los avances científicos en la materia pero también lo es que nuestra jurisprudencia muestra una gran diversidad y algunas contradicciones, permaneciendo anclada en ocasiones en posiciones y referencias anticuadas y superadas. De ahí que nos hayamos visto obligados a realizar una exposición crítica del tratamiento jurisprudencial otorgado.

Como colofón del trabajo elaborado se presenta un apartado en el que se desarrollan una serie de *consideraciones finales* que tienen por objeto, de un lado, destacar las principales cuestiones que se han ido tratando a lo largo de la Tesis y, de otro, ofrecer una serie de propuestas que pretenden mejorar el tratamiento de la eximente y su más correcta aplicación.

Aunque conscientes de que el estudio de la eximente no queda agotado con estas páginas, esperamos que nuestra investigación contribuya al mejor conocimiento de la dimensión penal de las anomalías o alteraciones psíquicas y, modestamente, sirva para ayudar a lograr una más adecuada resolución de los problemas que plantea.

CAPÍTULO PRIMERO: LA IMPUTABILIDAD

I. INTRODUCCIÓN

La categoría dogmática de la imputabilidad (del latín, *imputare*=atribuir) es una de las más controvertidas de entre aquellas que conforman la Teoría Jurídica del Delito¹, además de ser de las que en menor medida admite criterios exactos de determinación², pudiendo ser contemplada desde una multiplicidad de posicionamientos dogmáticos, prácticos, médicos-psiquiátricos y psicológicos.

Según la teoría elaborada por la Ciencia del Derecho penal sobre el delito, la mera constatación de la realización de un hecho injusto tipificado por la ley penal no basta para la exigencia de responsabilidad criminal³, sino que la misma requiere inexorablemente la afirmación de la culpabilidad del sujeto. Por eso se proclama como principio esencial la máxima “*nullum crimen sine culpa*”, o lo que es lo mismo, la imposibilidad de que exista delito alguno si no se comprueba la culpabilidad de su autor.

Según COBO DEL ROSAL y VIVES ANTÓN, la culpabilidad es el reproche personal que se dirige al autor por la realización de un hecho típicamente antijurídico⁴, es decir, se trata de un juicio de reproche “sobre el autor de ese comportamiento; por haberlo realizado pese a conocer, o haberlo podido conocer pese a desconocerlo, que estaba prohibido”⁵. Para afirmar dicha culpabilidad se requiere, entre otras exigencias, que el sujeto sea imputable, esto es, la culpabilidad supone un determinado desarrollo o madurez de la personalidad y unas determinadas condiciones biopsíquicas que permitan al autor conocer la lesividad material de su comportamiento y su ilicitud, así como

¹ Siendo incluso calificada por BLANCO LOZANO como la más controvertida de entre todas las categorías (BLANCO LOZANO, C.: “El concepto penal de imputabilidad”, *La Ley*, (2002-1º), D-18, p. 1873).

² MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad penal. Concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2005, p. 15.

³ BACIGALUPO ZAPATER, E.: *Principios de Derecho Penal. Parte General*, 5ª ed., totalmente actualizada y basada en la nueva redacción del Código Penal L.O. 10/95, Akal, Madrid, 1998, p. 298.

⁴ COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal. Parte general*, 5ª ed. corregida, aumentada y actualizada, Tirant lo Blanch, Valencia, 1999, p. 535.

⁵ Véase CUELLO CONTRERAS, J.: *El Derecho Penal español. Parte General. Nociones introductorias. Teoría del delito*, 3ª ed., Dykinson, Madrid, 2002, p. 909.

dirigir su voluntad conforme a dicha comprensión. Pues bien, al conjunto de condiciones o facultades mínimas requeridas para poder considerar a un sujeto culpable de la conducta antijurídica que ha realizado es a lo que se denomina imputabilidad⁶.

La afirmación o negación de la imputabilidad constituye, pues, en el moderno Derecho penal una pieza clave, ya que si el mismo se fundamenta en la culpabilidad, y ésta a su vez presupone la imputabilidad, es obvio que puede llegarse a la conclusión de que sin imputabilidad no puede haber pena. Pero dado que la culpabilidad no es una categoría pacífica, sino que, contrariamente, se ha visto y ve envuelta en una compleja polémica doctrinal, dicha polémica se proyecta de forma necesaria sobre la institución de la imputabilidad, la que desde su creación ha estado ligada al arduo problema del fundamento de la culpabilidad. Durante siglos y todavía hoy, se sigue discutiendo sobre su fundamento, lo que provoca inevitablemente un debate acerca del propio fundamento de la imputabilidad, habida cuenta de que la concepción que se adopte sobre la primera incidirá directamente en la forma de concebir la segunda. De ahí que se encuentren diferentes formas de definir la imputabilidad, dependiendo del concepto de culpabilidad que se defienda, y que sintéticamente pueden resumirse en dos grandes posiciones: la de quienes afirman que es imputable la persona que es capaz de comprender lo injusto de su conducta así como de dirigir su actuación de acuerdo con esa comprensión⁷; y la de

⁶ COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 576.

⁷ BLANCO LOZANO, C.: *Tratado de Derecho Penal español. Tomo I. El sistema de la parte general. Volumen I, Fundamentos del Derecho Penal español: las consecuencias jurídico-penales*, J.M. Bosch Editor, Barcelona, 2004, p. 898; CERESO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal español. Parte General, III. Teoría jurídica del delito/2*, 1ª ed., 5ª reimp., 2005, Tecnos, Madrid, p. 50; COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 576; DÍAZ PALOS, F.: *Teoría general de la imputabilidad*, Bosch, Barcelona, 1965, p. 199; GARCÍA GARCÍA, J.: *Drogodependencias y justicia penal*, Ministerio de Justicia-Ministerio del Interior, Madrid, 1999, p. 131; LANDECHO VELASCO, C. y MOLINA BLÁZQUEZ, C.: *Derecho Penal español. Parte General*, 7ª ed., Tecnos, Madrid, 2004, pp. 358 y ss; MACHADO RUIZ, M.D. y MAQUEDA ABREU, M.L. en ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (director); PÉREZ ALONSO, E.J. (coordinador) y OTROS: *Derecho Penal. Parte General*, 2ª ed., 1ª imp., Tirant lo Blanch, Valencia, 2004, p. 627; MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M.: “La imputabilidad”, *La Ley*, (1996-1º), D-19, p. 1609; MORALES PRATS, F.: “Art. 20.1.º Código Penal”, en QUINTERO OLIVARES, G. (director); MORALES PRATS, F. (coordinador) y OTROS, *Comentarios al nuevo Código Penal*, 4ª ed., Thomson-Aranzadi, Navarra, 2005, p. 148; QUINTERO OLIVARES, G. (con la colaboración de MORALES PRATS, F.): *Parte General del Derecho Penal*, 1ª ed. 1ª imp., Thomson-Aranzadi, Navarra, 2005, p. 395; RODRÍGUEZ DEVESA, J.M. y SERRANO GÓMEZ, A.: *Derecho penal español. Parte general*, 18º ed., rev. y puesta al día., Dykinson, Madrid, 1995, p. 448; ROMEO CASABONA, C.Mª.: *Peligrosidad y Derecho penal preventivo*, 1ª ed., Bosch, Barcelona, 1986, p. 58; SÁINZ CANTERO, J.A.: *Lecciones de Derecho Penal. Parte General*, 3ª ed., Bosch, Barcelona, 1990, p. 645; SÁNCHEZ YLLERA, I.: “Art. 20.1º Código Penal”, en VIVES ANTÓN, T.S.

aquellos otros autores que situando su estudio en el ámbito de la función motivadora de la norma penal y en los fines preventivos de la pena, sustentan que sólo es imputable el sujeto que es motivable por la normas jurídico-penales⁸.

Por su parte, tradicionalmente, la no existencia de una definición expresa sobre la imputabilidad en la legislación penal, ha supuesto la aparición de una grave disparidad conceptual, y aunque parece haberse alcanzado en la actualidad un acuerdo en la doctrina penal española y alemana para concebirla como capacidad de culpabilidad, no parece haber terminado con la problemática sobre su papel como elemento o como presupuesto de la culpabilidad.

En definitiva, son bastantes las controversias que surgen en torno al concepto de imputabilidad, debidas en gran medida a las dificultades y carencias que impregnan la categoría de la culpabilidad, dentro de la que se integra y que por fuerza ha de alcanzarle, a las que se suma la discusión sobre su propia naturaleza.

Dado que esta investigación tiene por objeto el estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica, resulta necesario partir de una revisión de la institución de la imputabilidad. En tal sentido, analizaremos sus distintos aspectos abordando aquellos problemas centrales que esta categoría dogmática plantea. Comenzaremos por conocer la regulación que sobre la misma realiza nuestro Código Penal, para analizar con posterioridad su naturaleza. Una vez establecida la misma, abordaremos el que probablemente ha sido su aspecto más debatido: su fundamento, lo que nos permitirá estudiar su concepto. A continuación repasaremos el tratamiento que le ha otorgado la jurisprudencia, para finalizar con la aportación de una serie de conclusiones.

(coordinador) y OTROS: *Comentarios al Código Penal de 1995*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1996, p. 113; SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.; JUDEL PRIETO, A. y PIÑOL RODRÍGUEZ, J.R.: *Manual de Derecho Penal I. Parte General*, 4ª ed., Thomson-Civitas, Madrid, 2006, pp. 251 y 252; 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, Bilbao-Granada, 2004, p. 156, entre otros.

⁸ GIMBERNAT ORDEIG, E.: “¿Tiene un futuro la Dogmática jurídico-penal?”, en *Estudios de Derecho Penal*, 3ª ed., Madrid, Tecnos, 1990, p. 157; MIR PUIG, S.: *Derecho Penal. Parte General*, 7ª ed., 3ª reimpr., Reppertor, Barcelona, 2006, p. 558; MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal. Parte General*, 6ª ed., rev. y puesta al día., Tirant lo Blanch, Valencia, 2004, p. 372, entre otros.

II. LA IMPUTABILIDAD EN EL CÓDIGO PENAL DE 1995

Si nos adentramos en el primero de nuestros objetivos, que no es otro que conocer lo que establece nuestro Código Penal acerca de la imputabilidad, debemos advertir que el mismo no la define de forma expresa, es más ni siquiera la menciona, sino que su concepción debe deducirse *ad sensu* contrario de la regulación de algunas de las causas que excluyen la responsabilidad criminal. Esto es, nuestro Texto punitivo, a diferencia de otros Códigos Penales como el italiano, que recoge un concepto expreso de imputabilidad, no ofrece ningún tipo de regulación sobre la misma en sentido positivo, sino que a lo que alude es a su falta excepcional: la incapacidad de culpabilidad o inimputabilidad. En particular en su art. 20 declara exentos de responsabilidad criminal por carecer de la misma:

1. “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.

2. El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

3. El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad”.

Este precepto no hace sino definir en sus tres primeros apartados algunas de las causas de inimputabilidad, concretamente: en su apartado primero se refiere a las anomalías o alteraciones psíquicas y al trastorno mental transitorio; en el segundo al estado de intoxicación plena y al síndrome de abstinencia; y en el tercero a las alteraciones en la percepción, existiendo unanimidad en la doctrina sobre la consideración también como tal de la minoría de edad regulada en el art. 19 de nuestro Texto punitivo. Pero es tan solo de la redacción de las dos primeras causas (art. 20.1º y 2º), de donde podemos extraer que la imputabilidad requiere que el sujeto pueda

comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión. En consecuencia, legalmente se exigen dos elementos para que pueda afirmarse la imputabilidad: uno de comprensión (intelectivo o cognoscitivo) y otro de determinación (volitivo). El primero supone que la persona tiene capacidad para valorar la licitud o ilicitud de un hecho, esto es, para comprender que un determinado comportamiento es ilícito, es contrario a Derecho (elemento que permite desde nuestro punto de vista una crítica importante pues consideramos que la capacidad de comprensión no debe reducirse a la licitud o ilicitud del hecho sino que debe extenderse a la lesividad material del mismo)⁹. El segundo, sin embargo, hace referencia a la capacidad para actuar conforme a esa comprensión, a la posibilidad que tiene el sujeto de dirigir su actuación de acuerdo con dicho entendimiento, o lo que es lo mismo, a la capacidad del individuo para manejar su voluntad y encaminarla al cumplimiento de lo dispuesto por el Derecho. En definitiva, para que pueda afirmarse la imputabilidad de una persona que ha realizado un comportamiento antijurídico se requiere legalmente que la misma sea capaz de comprender ese significado antijurídico, es decir, que sea capaz de entender que lo que hace es ilícito, y de dirigir su actuación conforme a dicha comprensión¹⁰.

Ambas causas exigen la concurrencia de dichos elementos psicológico-normativos en el sujeto, pero también son necesarios datos biológicos cifrados en la existencia de una anomalía o alteración psíquica en el autor de un hecho antijurídico, en el primero de los casos, y una intoxicación plena o la influencia de un síndrome de abstinencia, en el segundo. Las anomalías o alteraciones psíquicas constituyen trastornos del psiquismo cuya clasificación debe hacerse a través de los catálogos internacionales de enfermedades mentales, más concretamente la CIE 10 y DSM-IV-TR, clasificación de la que más tarde nos ocuparemos, aunque ya podemos adelantar que se trata sobre todo de manifestaciones anormales de la mente siendo las psicosis, las neurosis, las psicopatías, el retraso mental o la epilepsia, las que en mayor medida reclaman una

⁹ Tal y como está formulada esta exigencia en el art. 20.1, el requisito está contemplado de una manera excesivamente formalista, dado que se centra únicamente en la comprensión por el ilícito del agente, olvidando que con carácter previo, dicho sujeto habrá debido tener conciencia de que con su comportamiento lesiona o pone en peligro un bien protegido jurídicamente. Con posterioridad volveremos a tratar esta cuestión.

¹⁰ MIR PUIG, S.: *Derecho Penal...*, cit., pp. 556 y 557.

valoración jurídica. La intoxicación plena a la que alude el art. 20.2 CP supone una intoxicación debida al consumo ocasional de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, que debe abarcar el lapso de tiempo durante el cual se comete la infracción penal y ser plena, es decir, debe provocar una grave afectación de las funciones psíquicas, normalmente hasta el punto de que el sujeto no pueda darse cuenta del alcance y trascendencia de sus actos. También el citado artículo 20 CP, en su apartado segundo, se refiere como elemento biológico al síndrome de abstinencia derivado de la falta de consumo de sustancias a las que se es adicto, que debe ser de tal magnitud que impida que el sujeto pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión (aunque normalmente la comisión de hechos delictivos se produce en momentos previos a dicho síndrome, con el objetivo de evitar el mismo¹¹).

Por tanto, podemos concluir que nuestro Código Penal, aunque no se refiere expresamente a la imputabilidad, sí que establece las causas que determinan que no concurra la misma, las que tanto doctrinal como jurisprudencialmente son consideradas como causas de exención de la responsabilidad por inimputabilidad, pero que no son acuñadas como tales por el legislador¹², y de cuya regulación puede extraerse una aproximación *in genere* a la imputabilidad¹³ a partir de elementos normativos explícitos, cifrados en “la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”¹⁴.

III. NATURALEZA JURÍDICA

Hoy en día parece existir cierto acuerdo en entender que la imputabilidad como concepto jurídico-penal consiste en la capacidad del sujeto para que puedan serle atribuidos los actos que realiza, pero cabe preguntarse: capacidad ¿de qué y para qué? Muchas han sido las formas de entender esta capacidad, lo que ha determinado la

¹¹ CASTELLÓ NICÁS, N.: “Exención y atenuación de la responsabilidad criminal (arts. 20.1.º, 20.2.º, 21.1.ª, 21.2.ª)”, en MORILLAS CUEVA, L. (coordinador) y OTROS, *Estudios jurídico-penales y político-criminales sobre tráfico de drogas y figuras afines*, Dykinson, Madrid, 2003, p. 316.

¹² COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 576.

¹³ SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.: *La imputabilidad...*, cit., p. 95.

¹⁴ MORALES PRATS, F.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 147.

ubicación de la imputabilidad en las más variadas categorías dogmáticas¹⁵, pero en la actualidad parecen no existir grandes dudas para concebir la misma como capacidad de culpabilidad. Las diversas maneras de entender la imputabilidad que se han defendido a lo largo de la historia (algunas todavía se defienden), consideran que la misma debe entenderse como capacidad de acción, capacidad jurídica de deber, capacidad de entender y querer e, incluso, capacidad de pena, pero dado que todas ellas presentan importantes objeciones, se hizo necesario buscar un nuevo significado como el que hoy en día se le otorga, concibiéndola como capacidad de culpabilidad.

Así, y en relación a la primera de las acepciones que entiende la imputabilidad como capacidad de acción hay que admitir que la misma resulta insostenible, por cuanto que dicha capacidad la tienen los inimputables, dado que los mismos pueden ejecutar un hecho que la Ley sanciona como delito¹⁶.

La imputabilidad también ha sido entendida como capacidad jurídica de deber. Concebir así la imputabilidad supone equiparar culpabilidad e injusto, lo que lleva a afirmar que los inimputables no cometen acto antijurídico alguno, lo que no es aceptable, ya que el inimputable es capaz de actuar antijurídicamente y en consecuencia puede estar obligado jurídicamente. Lo demuestra el hecho de que su actuación delictiva genera responsabilidad civil y por la posible aplicación a los mismos de medidas de seguridad, lo que exige entre otros requisitos, que los hechos cometidos por el inimputable sean además de típicos antijurídicos, es decir, no justificados¹⁷. Esta objeción puede realizarse a determinadas modalidades de imperativismo y a quienes conciben el injusto como infracción del deber personal, pero no a una sistemática objetiva, pues dado que concibe la norma como norma objetiva de valoración (norma de Derecho) de la que derivan las normas subjetivas de determinación (normas de deber),

¹⁵ ZAFFARONI, E.R.; ALAGIA, A. y SLOKAR, A.: *Derecho penal. Parte general*, 2ª ed., Ediar, Buenos Aires, 2002, p. 691.

¹⁶ CARMONA CASTILLO, G.A.: *La imputabilidad penal*, Porrúa, México, 1999, pp. 8 y 9 y JIMÉNEZ DE ASÚA, L.: *Tratado de Derecho Penal*, Tomo V, El delito: La culpabilidad, 3ª ed., Losada, Buenos Aires, 1976, p. 84.

¹⁷ CARMONA CASTILLO, G.A.: *La imputabilidad penal...*, cit., p. 12.

refiriendo las primeras al plano de la antijuricidad y las segundas al de la culpabilidad, la imputabilidad no tiene por qué desplazarse al plano de la antijuricidad¹⁸.

La imputabilidad también ha sido concebida como capacidad de pena, al vincular la misma con las exigencias de prevención general y especial y, por tanto, con los fines político-criminales. Para esta concepción se hace necesario atender como consecuencia de una causa de inimputabilidad a los efectos que la no imposición de pena conllevaría sobre la colectividad, es decir a las exigencias de prevención general, y asimismo también a las exigencias de prevención especial, al tener en cuenta en el caso concreto, la incidencia del reconocimiento de la exención de responsabilidad penal para la resocialización del sujeto. En nuestra opinión existen ciertas objeciones que hacen inviable esta concepción, tanto en su fundamento teórico como en sus consecuencias dogmáticas. Por un lado, es inadmisibles, desde el punto de vista de la prevención general, que para conocer la capacidad de pena del sujeto deba tenerse en cuenta, en lugar del estado del mismo en el momento de la comisión del hecho, el de los demás ciudadanos, pues con ello sólo se está logrando, como bien apunta URRUELA MORA¹⁹, una instrumentalización del individuo para conseguir finalidades sociales. También es rechazable desde el punto de vista de la prevención especial, ya que precisamente el hecho delictivo ha demostrado la insensibilidad del que lo lleva a cabo frente a la motivación legal, y en consecuencia, el castigo no puede depender de la capacidad de sentir la amenaza de la pena²⁰. De esta parte, consideramos criticable esta tesis porque si se concibe la imputabilidad como capacidad de pena, la misma debe ser analizada en un momento posterior a la realización del hecho punible (en el momento de la punición o pena), desconociendo que, legalmente, la imputabilidad debe ser revisada en un momento anterior, por regla general cuando se comete el hecho delictivo. Finalmente creemos que tampoco del art. 60 CP podemos extraer argumentos a favor de esta concepción, ya que el mismo no es sino una causa de suspensión de la pena, aplicable cuando sobreviene “el trastorno mental grave después de pronunciarse

¹⁸ COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., pp. 577 y 578.

¹⁹ URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., p. 160.

²⁰ Véase COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 579.

sentencia firme” y, por tanto, cuando la imputabilidad y la culpabilidad en general ya han sido afirmadas.

A quienes han configurado la imputabilidad como capacidad de entender y querer, debemos objetarles que los inimputables también pueden conocer y querer²¹, pues un menor de edad y un enajenado pueden ser conscientes y tener voluntad, por ejemplo, de matar (saben que están matando y quieren hacerlo). La imputabilidad es algo más que dicha concepción clásica de la misma, pues necesita una doble capacidad: por un lado, la que le permite conocer el significado antijurídico de la acción, es decir, comprender la ilicitud del hecho y previamente también su lesividad material; y por otro, la que posibilita dirigir su voluntad orientando su conducta conforme a esa comprensión.

En definitiva, la imputabilidad, según opinión dominante tanto de la doctrina alemana²² como española²³ así como de la jurisprudencia²⁴, y que compartimos, debe

²¹ MIR PUIG, S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 557.

²² JESCHECK, H.H. y WEIGEND T.: *Tratado de Derecho Penal. Parte General*, Traducción de OLMEDO CARDENETE, M., 5ª ed. renovada. y ampliada, Comares, Granada, 2002, p. 465; MEZGER, E.: *Derecho penal: libro de estudio. I, Parte general*, traducción de la 6ª ed. alemana por FINZI, C.A., El Foro, Buenos Aires, 2001, p. 202; STRATENWERTH, G.: *Derecho Penal. Parte General I. El Hecho Punible*, traducción de CANCIO MELIÁ M. y SANCINETTI, M.A., 1ª ed., 1ª imp., Civitas, Madrid, 2005, p. 235; WELZEL, H.: *Estudios de Derecho penal: estudios sobre el sistema de derecho penal, causalidad y acción, derecho penal y filosofía*, traducción por ABOZO, G.E. y LÖW, T., B de F Ltda., Buenos Aires, 2002, p. 74.

²³ BLANCO LOZANO, C.: *La eximente de anomalía o alteración psíquica*, Dykinson, Madrid, 2000, p. 47; CANTARERO BANDRÉS, R.: “Responsabilidad penal del menor y teorías clásicas de la culpabilidad”, en CARBONELL MATEU, J.C.; DEL ROSAL BLASCO, B.; MORILLAS CUEVA, L.; ORTS BERENGUER, E. y QUINTANAR DÍEZ, M. (coordinadores) y OTROS: *Estudios penales en homenaje al profesor Cobo del Rosal*, 1ª ed., 1ª imp., Dikynson, 2005, p. 174; CERZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 50; COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR DÍEZ, M.: *Instituciones de Derecho Penal español. Parte general*, CESEJ-Ediciones, Madrid, 2004, p. 167; COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 579; CUELLO CALÓN, E.: *Derecho Penal, I (Parte General)*, vol. 1º., revisado y puesto al día por CAMARGO HERNÁNDEZ, C., 18ª ed., Bosch, Barcelona, 1980, p. 426; CUELLO CONTRERAS, J.: *El Derecho Penal español...*, cit., p. 942; DEL ROSAL, J.: *Tratado de Derecho Penal Español (Parte General)*, vol. II., 2ª ed. rev. y corr. por COBO DEL ROSAL, M., Darro, Madrid, 1972, p. 175; DÍAZ PALOS, F.: *Teoría...*, cit., p. 198; FERNÁNDEZ ENTRALGO, J.: “La Enajenación y el Trastorno Mental Transitorio: Tratamiento jurídico-penal” en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, p. 113; GARCÍA GARCÍA, J.: *Drogodependencias...*, cit., p. 131; HIGUERA GUIMERA, J-F.: “La prueba pericial psiquiátrica en los procedimientos judiciales penales y la medicina forense en España: una respetuosa llamada 'urgente' de atención” en CARBONELL MATEU, J.C.; DEL ROSAL BLASCO, B.; MORILLAS CUEVA, L.; ORTS BERENGUER, E. y QUINTANAR DÍEZ, M. (coordinadores) y OTROS: *Estudios penales en homenaje al profesor Cobo del Rosal*, 1ª ed., 1ª imp., Dikynson, 2005, p. 504; MACHADO RUIZ, M.D. y MAQUEDA ABREU, M.L. en ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (director); PÉREZ ALONSO, E.J. (coordinador) y OTROS: *Derecho Penal...*, cit., p.

concebirse, como capacidad de culpabilidad. Y ello debido a que alude directamente al conjunto de condiciones o facultades mínimas exigibles al sujeto para se le pueda atribuir un comportamiento antijurídico. Cuando un sujeto infringe el ordenamiento jurídico, sólo puede atribuírsele el hecho por él realizado, si cuenta con una serie de facultades psíquicas o requisitos mínimos que permitan reprochárselo jurídicamente. Es decir, el mismo debe ser imputable, debe tener la capacidad suficiente para que se le pueda declarar culpable. Dicha capacidad de culpabilidad, como se ha visto, queda concretada en nuestro Código Penal en la capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión.

Aceptada la imputabilidad como capacidad de culpabilidad y, en consecuencia, formando parte del juicio de culpabilidad, se plantea ahora el problema de decidir su consideración como elemento o presupuesto de la misma. Pocos autores españoles se han planteado este tema en sus manuales, pues aunque se han decantado por una de las soluciones, no han argumentado su posición.

627; MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal...*, cit., pp. 371 y ss; PADILLA ALBA, H.R.: *Exención y atenuación de la responsabilidad penal por consumo de drogas*, Comares, Granada, 2001, pp. 88 y ss; QUINTERO OLIVARES, G. (con la colaboración de MORALES PRATS, F.): *Parte General...*, cit., p. 397; RODRÍGUEZ DEVESA, J.M. y SERRANO GÓMEZ, A.: *Derecho penal español...*, cit., p. 448; ROMEO CASABONA, C.Mª.: *Peligrosidad...*, cit., p. 64; SÁINZ CANTERO, J.A.: *Lecciones de Derecho Penal...*, cit., p. 646; SEOANE RODRÍGUEZ, J.A.; ÁLVAREZ LATA, N y CARRIL VÁZQUEZ, X.M.: *Derecho y retraso mental: hacia un estatuto jurídico de la persona con retraso mental*, 1ª ed., 1ª imp., Fundación Paideia, A Coruña, 1999, p. 268; SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.; JUDEL PRIETO, A. y PIÑOL RODRÍGUEZ, J.R.: *Manual de Derecho Penal...*, cit., p. 250; TORÍO LÓPEZ, A.: “Las fórmulas legislativas sobre la enfermedad mental, discusión del concepto de enajenación”, en *Estudios jurídicos en honor del profesor Octavio Pérez Vitoria*, Vol. II, Bosch, 1983, pp. 969 y 979.

²⁴ SSTS de 7 de octubre de 1981 (RJ 1981\3618), 13 de noviembre de 1981 (RJ 1981\4544), 19 de junio de 1982 (RJ 1982\3549), 23 de marzo de 1988 (RJ 1988\2079), 10 de mayo de 1988 (RJ 1988\3521), 27 de junio de 1988 (RJ 1988\5353), 20 de octubre de 1988 (RJ 1988\8370), 1 de diciembre de 1989 (RJ 1989\9375), 30 de diciembre de 1989 (RJ 1990\929), 2 de octubre de 1990 (RJ 1990\7627), 1 de diciembre de 1990 (RJ 1990\9369), 27 de diciembre de 1990 (RJ 1990\10090), 12 de junio de 1991 (RJ 1991\4662), 27 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6638), 15 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7154), 17 de septiembre de 1993 (RJ 1993\6703), 1 de marzo de 1995 (RJ 1995\1784), 29 de mayo de 1995 (RJ 1995\3960), 19 de mayo de 1996 (RJ 1996\3889), 25 de septiembre de 1997 (RJ 1997\6719), 14 de abril de 1998 (RJ 1998\4025), 25 de noviembre de 1998 (RJ 1998\8985), 21 de diciembre de 1998 (RJ 1998\9802), 4 de marzo de 1999 (RJ 1999\984), Auto de 8 septiembre de 1999 (RJ 1999\7185), 22 de diciembre de 1999 (RJ 1999\9221), 19 de enero de 2000 (RJ 2000\196), 10 de julio de 2000 (RJ 2000\6616), 30 de julio de 2001 (RJ 2001\6876), 13 de octubre de 2001 (RJ 2001\9467), 1 de marzo de 2002 (RJ 2002\4729), 16 de mayo de 2002 (RJ 2002\5570), 8 de abril de 2003 (RJ 2003\5180), 12 de septiembre de 2003 (RJ 2003\6373), 7 de noviembre de 2003 (RJ 2003\7354), 15 de abril de 2004 (RJ 2004\3961), 9 de diciembre de 2004 (RJ 2005\755), 25 de abril de 2005 (RJ 2005\9768), 16 de mayo 2005 (RJ 2005\6752), 26 de mayo de 2005 (RJ 2005\5967), 4 de octubre de 2005 (RJ 2005\7368), 27 de febrero de 2006 (RJ 2006\1812) y 7 de marzo de 2006 (RJ 2006\2305).

Para la teoría psicológica, la culpabilidad fue concebida como un nexo psicológico entre el autor y el resultado, formada por el dolo y la culpa, quedando la imputabilidad fuera de su contenido. Pero dado que era necesario ser imputable antes de obrar con dolo o culpa, es decir, la imputabilidad era necesaria para poder otorgar relevancia penal a la relación psíquica entre la conducta y el resultado, la misma pasa a conceptuarse como presupuesto de la culpabilidad. Posteriormente, con la llegada de la teoría normativa de la culpabilidad, al ser conceptuada ésta como un juicio de reproche que se hace al autor del hecho por la acción típica y antijurídica, fundada en la capacidad de autodeterminación humana, la imputabilidad, al constituir la esencia de dicha capacidad, pasa a concebirse como elemento de la culpabilidad, aunque no se impone necesariamente su configuración como tal, de ahí que diferentes opiniones no se hayan hecho esperar.

La doctrina parece estar dividida entre quienes consideran la imputabilidad un elemento de la culpabilidad²⁵, que constituyen hoy en día un importante sector doctrinal, y quienes abogan por su conceptualización como presupuesto de la culpabilidad²⁶.

²⁵ BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, I. y OTROS: *Curso de derecho penal. Parte general*, 1ª ed., 1ª imp., Experiencia, Barcelona, 2005, p. 317; BLANCO LOZANO, C.: *La eximente...*, cit., pp. 47 y 48; CAIROLI MARTÍNEZ, M.: “La capacidad de culpabilidad y su exclusión”, en ARROYO ZAPATERO, L. A., ... [et. al.]; coordinador NIETO MARTÍN, A.: *Homenaje al Dr. Marino Barbero Santos. In memoriam, Vol. I: II. Parte general*, 1ª ed., 1ª imp., Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Ediciones de la Universidad de Salamanca, Cuenca, 2001, p. 895; COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR DÍEZ, M.: *Instituciones...*, cit., p. 169; COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., pp. 580 y 581; CUELLO CONTRERAS, J.: *El Derecho Penal español...*, cit., p. 911; GÓMEZ BENÍTEZ, J.M.: *Teoría Jurídica del delito. Derecho Penal. Parte General*, 1ª ed. reimpr., Civitas, Madrid, 1992, p. 455; JESCHECK, H.H. y WEIGEND T.: *Tratado de Derecho Penal...*, cit., p. 465; LANDECHO VELASCO, C. y MOLINA BLÁZQUEZ, C.: *Derecho Penal español...*, cit., p. 358; MEZGER, E.: *Modernas orientaciones de la dogmática jurídico-penal*, traducción del alemán de MUÑOZ CONDE, F., 1ª ed., 1ª imp., Tirant lo blanch, Valencia, 2001, p. 56; MORALES PRATS, F.: “Precisiones conceptuales en torno a la culpabilidad: Convenciones normativas y función individualizadora”, en CERESO MIR, J.; SUÁREZ MONTES, R.F.; BERISTÁIN IPIÑA, A. y ROMEO CASABONA, C.M. (editores), *El nuevo Código Penal: presupuestos y fundamentos (Libro Homenaje al Profesor Doctor Don Ángel Torío López)*, Estudios de Derecho Penal (dirigidos por Carlos María Romeo Casabona), Comares, Granada, 2000, p. 174; MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal...*, cit., p. 360; PADILLA ALBA, H.R.: *Exención...*, cit., pp. 81 y ss; PÉREZ-CURIEL CECCHINI, J.: *Tratamiento penal del drogodependiente: análisis práctico de las eximentes y atenuantes del Código Penal de 1995*, Forum, Oviedo, 1999, p. 75; RODRÍGUEZ DEVESA, J.M. y SERRANO GÓMEZ, A.: *Derecho penal español...*, cit., p. 444; SEOANE RODRÍGUEZ, J.A.; ÁLVAREZ LATA, N. y CARRIL VÁZQUEZ, X.M.: *Derecho...*, cit., p. 268; SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.; JUDEL PRIETO, A. y PIÑOL RODRÍGUEZ, J.R.: *Manual de Derecho Penal...*, cit., p. 251; TORÍO LÓPEZ, A.: “Indicaciones metódicas sobre el concepto material de culpabilidad”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 36, 1988, p. 763; URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., p. 184 y ZUGALDÍA ESPINAR,

Quienes defienden que la imputabilidad constituye un presupuesto de la culpabilidad, parten de concebir la misma como una característica personal del sujeto, como una capacidad general o estatus de la persona que existe o no, con independencia de que el sujeto se comporte de manera conforme o contraria a Derecho. Así lo manifiesta, entre otros, NÁQUIRA RIVEROS cuando establece que la “imputabilidad es una capacidad de carácter general que existe o no existe, independiente de si el actor actúa o no”²⁷. Para estos autores, la imputabilidad es una cualidad personal, un estatus subjetivo, autónomamente del comportamiento que haya realizado²⁸. Concebir así la imputabilidad comporta su alejamiento de la culpabilidad en cuanto esta última se refiere a un hecho concreto ya perpetrado y aquella a un estado general del sujeto independiente de un hecho delictivo determinado. Así lo refiere MANTOVANI en sus escritos al afirmar que “la culpabilidad es una actitud psíquica reprochable respecto de un hecho, mientras que la imputabilidad es un estatus personal y, por tanto, no constituye requisito de la culpabilidad, en ella absorbido, sino el presupuesto de la culpabilidad, esencial para la misma pero distinto de ella”²⁹. También REYES ECHANDÍA³⁰ cuando defiende que la imputabilidad “es un fenómeno que apunta

J.M. en ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (director); PÉREZ ALONSO, E.J. (coordinador) y OTROS: *Derecho Penal. Parte General*, 2ª ed., 1ª imp., Tirant lo Blanch, Valencia, 2004, p. 607.

²⁶ CERESO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 50; CUELLO CALÓN, E.: *Derecho Penal...*, cit., p. 425; DE LA CUESTA ARZAMENDI, J.L.: “Imputabilidad y nuevo Código Penal”, en CERESO MIR, J.; SUÁREZ MONTES, R.F.; BERISTÁIN IPIÑA, A. y ROMEO CASABONA, C.M. (editores), *El nuevo Código Penal: presupuestos y fundamentos (Libro Homenaje al Profesor Doctor Don Ángel Torío López)*, Estudios de Derecho Penal (dirigidos por Carlos María Romeo Casabona), Comares, Granada, 2000, p. 302; DÍAZ PALOS, F.: *Teoría...*, cit., p. 198; GARCÍA GARCÍA, J.: *Drogodependencias...*, cit., p. 131; HIGUERA GUIMERA, J-F.: “La imputabilidad en los sujetos activos de la violencia doméstica y de género (Referencia a la práctica de la prueba pericial-psiquiátrica)”, *Revista General de Derecho Penal*, nº. 3, 2005, p. 18; JIMÉNEZ DE ASÚA, L.: *Tratado...*, cit., p. 74; LUZÓN CUESTA, J.M.: *Compendio de Derecho Penal. Parte general. Adaptado al programa de la oposición a ingreso en las carreras judicial y fiscal*, 16ª ed., 1ª imp., Dikynson, 2005, p. 131; REYES ECHANDÍA, A.: *Imputabilidad*, 5ª ed., Temis, Bogotá, 1997, p. 28; STRATENWERTH, G.: *Derecho Penal...*, cit., p. 235 y YÁÑEZ ROMÁN, P.L.: “Consideraciones en torno a la imputabilidad disminuida con especial referencia a los psicópatas. Su tratamiento y los denominados establecimientos de terapéutica social”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, mayo-agosto, 1970, p. 302.

²⁷ NÁQUIRA RIVEROS, J.: “Imputabilidad, conciencia de lo injusto y contexto situacional normal: de su objeto, contenido y relación”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 55, Madrid, 1995, p. 159.

²⁸ MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad...*, cit., p. 122.

²⁹ MANTOVANI, F.: *Diritto penale. Parte generale*, 4ª ed., CEDAM, Padova, 2001, p. 666.

³⁰ REYES ECHANDÍA, A.: *Imputabilidad...*, cit., p. 28.

básicamente a la persona como un modo de ser suyo, a tiempo que el de la culpabilidad es un concepto dirigido a la conducta misma frente al ordenamiento penal”³¹.

Quienes estiman que la imputabilidad es un elemento de la culpabilidad, parten de la idea de que la misma constituye uno de los componentes que debe concurrir para que pueda hablarse de dicha categoría dogmática, siendo la postura dominante de quienes defienden la concepción normativa de la culpabilidad. Sólo considerando así la imputabilidad podrá estar en relación con la culpabilidad referida a un hecho concreto, pues no debemos olvidar que nuestro Derecho penal, como bien apunta QUINTERO OLIVARES, solo juzga hechos y no personas y a esta dimensión debe reducirse también la imputabilidad. Si se estima que la imputabilidad no es un elemento de la culpabilidad sino su presupuesto y por lo tanto capacidad general del individuo, se estará juzgando en abstracto al sujeto, independientemente del hecho cometido, lo que supondría dividir a las personas en dos grandes grupos, los capaces y los incapaces, lo que no resulta acorde con la culpabilidad por el hecho concreto cometido que recoge nuestro Texto punitivo. No se es imputable “en abstracto y al margen y previamente al delito, sino que la condición de imputable se puede examinar o decidir solamente a partir del hecho de la comisión de un delito. «Imputable» es una calificación jurídica, no natural o social, y como tal calificación jurídica se explicará en relación con un hecho, un proceso y un conflicto concreto”³².

En definitiva, tal y como muy bien explican COBO DEL ROSAL y VIVES ANTÓN³³, con la teoría normativa queda sentada la adscripción de la imputabilidad al juicio de culpabilidad, pero aún queda por determinar si lo hace como elemento o como presupuesto. Para resolver este problema es necesario distinguir que la imputabilidad puede ser contemplada al margen del hecho o en el hecho. En el primero de los casos, cuando se contemple la imputabilidad al margen del hecho (en abstracto) la misma

³¹ Junto a ellos también GISBERT CALABUIG, para quien la imputabilidad se refiere “a un modo de ser del sujeto, a un determinado estado espiritual del mismo y a un conjunto de condiciones psíquicas existentes en él en el momento de la ejecución de un hecho antijurídico, que le capacitan para responder ante el poder social” (GISBERT CALABUIG, J.A.: “Imputabilidad” en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, p. 1067).

³² QUINTERO OLIVARES, G.: *Locos y culpables*, 1ª ed., 1ª imp., Aranzadi, Pamplona, 1999, p. 159.

³³ COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., pp. 580 y 581.

conformará un simple presupuesto de la culpabilidad, pues la propia realidad de la culpabilidad todavía no ha sido tomada en consideración. En el segundo de los supuestos, entendida la imputabilidad respecto al hecho realizado (en concreto), la misma aparecerá como elemento del reproche, al ser un momento fundamental de ese reproche el mal uso de la capacidad de autodeterminación en que la imputabilidad consiste.

Dado, que consideramos que la imputabilidad de un sujeto sólo es relevante jurídico-penalmente en aquellos supuestos en los que previamente ha cometido un hecho delictivo, estimamos que la misma constituye un elemento de la culpabilidad.

IV. FUNDAMENTO DE LA IMPUTABILIDAD. DETERMINACIÓN DE SU CONCEPTO

Entramos en la que consideramos es la cuestión más polémica a la que se enfrenta la categoría dogmática de la imputabilidad, su fundamento. En ella, se trata de conocer por qué los inimputables no son sujetos a los que se les deba imponer una pena, se intenta, por tanto, contestar a la pregunta: ¿por qué la ley penal considera que los inimputables deben quedar exentos de responsabilidad penal, es decir, no se les debe sancionar con una pena? Actualmente, esta pregunta no obtiene una respuesta unánime, defendiéndose básicamente dos concepciones o teorías explicativas. Una constituida por aquellos autores que conciben la culpabilidad como reproche penal al autor de un hecho delictivo porque en el momento de su ejecución “podía actuar de otro modo”, y otra, patrocinada por aquellos que acentúan el perfil preventivo de la misma, formulando la cuestión en términos de motivabilidad del sujeto a través de la norma.

Estas divergencias sobre el fundamento de la imputabilidad han venido provocadas por ser en esta categoría donde se ha debatido ampliamente sobre el mismo fundamento de la culpabilidad y, especialmente, sobre el libre albedrío. De ahí, que la discusión sobre el fundamento de la imputabilidad se identifique con el propio debate sobre la culpabilidad, lo que exige estudiar el fundamento de esta última para poder dar respuesta a la pregunta antes apuntada, y por tanto, conocer el fundamento de la imputabilidad. Pero, además, determinar este fundamento permite resolver el problema de definición de la imputabilidad, del conocimiento de qué es la imputabilidad, pues

dependiendo de lo que entendamos como la esencia o fundamento de la imputabilidad, la definición o concepto de la misma será distinto. De ahí, que también en este epígrafe nos propongamos intentar mostrar los distintos conceptos que se han ofrecido sobre la imputabilidad. Por tanto, son dos los objetivos que nos marcamos con este apartado: conocer cuál es el fundamento de la imputabilidad a través del estudio de las distintas concepciones que ha elaborado la doctrina y, posteriormente, estudiar los diferentes conceptos que se han dado sobre la misma.

1. FUNDAMENTO DE LA IMPUTABILIDAD

1.1. EL LIBRE ALBEDRÍO COMO FUNDAMENTO DE LA CULPABILIDAD Y DE LA IMPUTABILIDAD

La idea tradicional fundamentadora de la culpabilidad, basada en el libre albedrío, la concibe como un juicio de reproche que se hace al autor de la acción típica y antijurídica por la contradicción existente entre su voluntad exteriorizada y una norma jurídica, es decir, se reprocha al autor haberse comportado de modo contrario al Derecho, habiendo podido hacerlo de acuerdo con él³⁴. Para conocer si al individuo le era exigible comportarse de un modo alternativo, (adecuado a Derecho), ha de comprobarse si, efectivamente, tuvo la posibilidad de hacerlo, lo que nos sitúa ante el problema de su libertad electiva. El poder actuar de otro modo se ha considerado tradicionalmente el fundamento de la culpabilidad, lo que remite a un asunto que inquieta a la humanidad desde los albores de la civilización³⁵: el irresoluto enigma del libre albedrío³⁶.

Para esta corriente, la imputabilidad es la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión y su fundamento coincide con el fundamento de la culpabilidad. Puesto que sólo un hombre libre puede regirse por normas que le permitan distinguir una conducta lícita de otra ilícita, solo éste puede

³⁴ En este sentido, CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 15; COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 539; RODRÍGUEZ DEVESA, J.M. y SERRANO GÓMEZ, A.: *Derecho penal español...*, cit., p. 432; ROMEO CASABONA, C.M^a.: *Peligrosidad...*, cit., pp. 20 y 21 y SÁINZ CANTERO, J.A.: *Lecciones de Derecho Penal...*, cit., p. 617.

³⁵ COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 539.

³⁶ SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.: *La imputabilidad...*, cit., p. 34.

actuar conforme a dichas normas, lo que hace posible declarar imputable al autor de un hecho antijurídico cuando a pesar de existir la posibilidad de respetar la ley en el momento de cometer la infracción penal, el sujeto se sitúa voluntariamente contra la norma jurídica. Se trata en definitiva, de la libertad como fundamento tanto de la culpabilidad como de la imputabilidad.

Pero esta concepción, parece entrar en crisis tras la publicación por ENGISCH de la monografía “Die Lehre von der Willensfreiheit in der strafrechtsphilosophischen Doktrin der Gegenwart”, que provoca un importante debate doctrinal en torno al fundamento material de la culpabilidad. Dicho autor plantea la indemostrabilidad del libre albedrío, lo que conlleva a su vez el carácter empíricamente indemostrable de la capacidad de autodeterminación humana individual. Considera que la capacidad de poder actuar de un modo distinto a como realmente se hizo, es algo en lo que se puede creer, pero que no se puede demostrar³⁷. La gravedad de la situación hace que los intentos de solución no se hagan esperar y la doctrina comience una labor de reconstrucción de la fundamentación del Derecho penal, sin renunciar a la culpabilidad como categoría dogmática³⁸, intentando introducir mayor racionalidad y cientificidad en el Derecho penal a través de su secularización y acercamiento a la realidad social³⁹. Se trata, en consecuencia, de buscar, por parte de la doctrina, planteamientos de revisión de la culpabilidad. En palabras de QUINTERO OLIVARES y MORALES PRATS⁴⁰, “intentos de reformulación o sustentación de la idea de culpabilidad, alejados de la concepción determinista tradicional, intentando romper el binomio culpabilidad-retribución, que reclaman una nueva base material en la función motivadora de la norma”. Durante todo el siglo pasado, la dogmática penal ha estado dedicada a defender, a negar o a restablecer el concepto de culpabilidad, existiendo una gran falta de acuerdo y multitud de soluciones posibles. De entre ellas, básicamente pueden

³⁷ MUÑOZ CONDE, F.: *Teoría general del delito*, 2ª ed., 1ª imp., Tirant lo blanch, Valencia, 2004, p. 143.

³⁸ *Ibidem*, cit., p. 144.

³⁹ PÉREZ MANZANO, M.: *Culpabilidad y prevención: las teorías de la prevención general positiva en la fundamentación de la imputación subjetiva y de la pena*, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 1990, p. 138.

⁴⁰ QUINTERO OLIVARES, G. (con la colaboración de MORALES PRATS, F.): *Parte General...*, cit., p. 382.

distinguirse tres grupos de actitudes⁴¹ ante esta pretendida crisis del concepto tradicional de culpabilidad: a) la de mantener, pese a todo, el concepto; b) la de prescindir absolutamente de él; c) la de influir en su evolución para llevarlo a un plano razonable y político-criminal provechoso.

Las tesis que desarrollan los dos últimos grupos de autores, conllevan una diferente manera de entender la imputabilidad, pues la misma ya no se basa en el libre albedrío sino en la capacidad de motivación, pasando a englobar la que constituye la segunda concepción de la imputabilidad.

1.2. LA NECESIDAD DE PREVENCIÓN COMO FUNDAMENTO DE LA IMPUTABILIDAD

Ante todas estas innumerables críticas al fundamento tradicional de la culpabilidad y de la imputabilidad, actualmente existen otras teorías que lo sustentan en necesidades preventivas a través de la motivabilidad del sujeto para que no cometa hechos delictivos. El fin que las normas penales persiguen intentando evitar la comisión de delitos se alcanza en estas concepciones a través de la función motivadora que éstas ejercen en la conciencia de los ciudadanos.

Dado que la imputabilidad se concibe como la capacidad para ser motivado mediante normas, en los casos de inimputabilidad la ausencia de pena se deberá a que la misma no puede cumplir su función, puesto que aquellas personas no son accesibles a la motivación punitiva, es decir, no son motivables mediante la amenaza de la pena. Vamos a analizar aquellas posiciones que por su trascendencia son de obligada referencia, las que a partir de criterios propios de la prevención general buscan prescindir de la categoría de la culpabilidad o dotarla de un nuevo contenido. En primer lugar nos referiremos a la tesis de GIMBERNAT por tratarse de una concepción que intenta sustituir por completo la culpabilidad como criterio autónomo, para pasar a determinar la responsabilidad a través de las necesidades de prevención, al considerar

⁴¹ ZUGALDÍA ESPINAR, J.M.: “Acerca de la evolución del concepto de culpabilidad”, en *Estudios penales, Libro homenaje al prof. J. Antón Oneca*, Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca, 1982, pp. 574 y 575. Siguiendo a este autor MORILLAS CUEVA, L.: “La culpabilidad en la reforma del Código Penal”, en *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad de Granada* 4, 1984, 2º cuatrimestre, p. 86.

que el juicio de reproche es incapaz de dar un fundamento racional a la pena. Posteriormente, analizaremos las propuestas de aquellos autores que no han optado por la supresión de esta categoría sino por su mantenimiento como institución de la teoría del delito pero la han dotado de un nuevo contenido. Nos referimos en primer lugar a la concepción de dos autores alemanes, ROXIN y JAKOBS, que intentan conectar la teoría preventiva de la culpabilidad con la preservación de la analizada categoría dogmática, redefinida con base en los fines del Derecho penal⁴². Los mismos conforman los dos modelos que pueden reconocerse entre las corrientes funcionales preventivistas en cuanto a la construcción de la culpabilidad: a) el modelo complementario propuesto por ROXIN, en el que se trata, a partir de la doctrina de la “prevención-integración”, de complementar la culpabilidad tradicional con consideraciones preventivas⁴³; b) el modelo diseñado por JAKOBS, que niega al Derecho penal de la culpabilidad la posibilidad de edificarse en fundamentos ajenos a sus fines sociales, defendiendo un concepto funcional de culpabilidad, que reconduce la misma a la necesidad preventivo-general positiva de pena. Finalmente, repasaremos la concepción seguida por parte de nuestra doctrina (MIR PUIG y MUÑOZ CONDE) que ha venido desarrollando una corriente motivacionista cuyas teorías, aunque basadas en la motivación, presentan diferentes matices.

A. GIMBERNAT

GIMBERNAT lo que pretende es vaciar de contenido el tradicional principio de culpabilidad y dotarlo de un nuevo significado basado en la prevención general y especial, a través del cual persigue hacer posible la convivencia humana y dar sentido al sistema, sin renunciar al mantenimiento de las consecuencias dogmáticas que tradicionalmente se le han asociado en el marco de la Ciencia del Derecho penal.

Este autor, que niega el postulado libero-arbitrista, por su indemostrabilidad por medio de las ciencias empíricas⁴⁴, y la pena retributiva, porque cree que constituiría una

⁴² QUINTERO OLIVARES, G. (con la colaboración de MORALES PRATS, F.): *Parte General...*, cit., p. 384.

⁴³ *Ibidem*, cit.

⁴⁴ GIMBERNAT ORDEIG, E.: “¿Tiene un futuro...?”, cit., pp. 144 y 145.

crueledad innecesaria⁴⁵, intenta construir un sistema de Derecho penal basado en el principio de necesidad de la pena, al que denomina “Derecho penal de política social”. Con él, acude a los fines de prevención general y especial para justificar y medir la pena y a la función de motivación de la conminación penal, para que la exclusión de la culpabilidad no provoque el derrumbamiento del edificio conceptual del sistema penal⁴⁶.

La pena constituye un recurso esencial al que tiene que acudir el Estado para hacer posible la convivencia entre los hombres, por lo que su fundamento sólo se encuentra en la necesidad preventiva del Derecho penal de motivar a los autores capaces de evitar la lesión de los bienes jurídicos⁴⁷, ya que, independientemente de la demostración de si en el caso concreto el autor era motivable, es necesario partir de ese presupuesto puesto que no se comprendería la impunidad del “presuntamente” motivable⁴⁸.

Este principio encuentra su fundamento científico en los conocimientos aportados por la Ciencia psicoanalítica ya que para GIMBERNAT, las sanciones penales vendrían avaladas por la traslación al plano social de las conclusiones alcanzadas por el Psicoanálisis en el ámbito individual⁴⁹. Pues igual que “el padre castiga al niño cuando se comporta mal”⁵⁰, también “la Sociedad tiene que acudir a la pena para conseguir que se respeten en lo posible las normas elementales e imprescindibles de convivencia humana”⁵¹, es decir, “para reforzar aquellas prohibiciones cuya observancia es absolutamente necesaria, confirmando a las mismas, con la amenaza y la ejecución de la pena cuando no sean respetadas, un especial vigor que eleve en la instancia de la conciencia su efecto exhibidor”⁵².

Criterio rector de todo el sistema es también, en otro plano, la consideración de que la actividad represiva del poder público tiene un límite en el Estado de Derecho, y éste reside en que la pena sólo puede imponerse, en la medida en que implica un notable

⁴⁵ *Ibidem*, cit., p. 153.

⁴⁶ *Ibidem*, cit., pp. 148 y 149.

⁴⁷ *Ibidem*, cit., pp. 148, 151 y 152.

⁴⁸ GIMBERNAT ORDEIG, E.: “El sistema del Derecho Penal en la actualidad”, en *Estudios de Derecho Penal*, 3ª ed., Madrid, Tecnos, 1990, p. 175.

⁴⁹ GIMBERNAT ORDEIG, E.: “¿Tiene un futuro...?”, cit., p. 146.

⁵⁰ *Ibidem*, cit., p. 148.

⁵¹ *Ibidem*, cit., p. 147.

⁵² *Ibidem*, cit., p. 148.

sacrificio de derechos del individuo, en tanto en cuanto su aplicación sea necesaria para prevenir delitos⁵³.

La cuestión de cómo se determina la entidad de las penas a imponer en un Derecho penal no basado en el libre albedrío se solventa acudiendo, como además lo hacen todas las leyes penales vigentes en la actualidad, en primer lugar, al valor del bien jurídico protegido y en segundo lugar, castigando con mayor severidad la lesión dolosa que la culposa del mismo bien jurídico⁵⁴.

Respecto de estos casos tradicionales de exclusión de la culpabilidad, apoya GIMBERNAT la innecesidad de la pena en dos criterios argumentativos: por un lado, en la motivabilidad, ya que considera a los inimputables no motivables por la amenaza de la pena; y, por otro, en la identificación social con el grupo al que pertenece el autor del hecho, pues considera a los ciudadanos normales no identificables con este grupo de personas. Este autor afirma que la impunidad en estos casos en nada afecta el carácter inhibitorio general de las prohibiciones penales, pues el sujeto “normal” es capaz de distinguir su situación personal de la del inimputable y es plenamente consciente de que en caso de cometer él una acción típica y antijurídica habrá de padecer la imposición de una pena⁵⁵.

La imputabilidad constituye, por tanto, una capacidad normal de motivación por la norma, siendo imputable el sujeto que puede ser motivado por ella y no siéndolo, aquel que no reúne las condiciones para su afectación por el mensaje de la misma. Ya que si la imposición de una pena se hace para motivar al sujeto a que no delinca, en nada se verá afectada dicha motivación por la no imposición de una pena al inimputable, es decir, a un no motivable, de ahí la impunidad de estos últimos⁵⁶.

La pena en tales casos no tiene sentido alguno, ni desde el punto de vista de la prevención general ni desde la prevención especial, ya que los inimputables son escasa

⁵³ *Ibidem*, cit., p. 149.

⁵⁴ *Ibidem*, cit., p. 151.

⁵⁵ *Ibidem*, cit., p. 157.

⁵⁶ Véase CARBONELL MATEU, J.C.: “Sobre la Imputabilidad en Derecho Penal español”, *Cuadernos de Derecho Judicial. La Imputabilidad en General en el Derecho Penal*, núm. XVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, p. 16.

o nulamente motivables, por lo que la pena no supone para ellos, *ex ante*, un factor inhibitorio serio y *ex post*, tras la comisión del hecho delictivo, el método más adecuado para su readaptación social (dicho método no sería la pena sino el tratamiento médico). Además, la impunidad de los mismos en nada relaja la eficacia inhibitoria de la pena frente a los sujetos imputables, dado que estos últimos no se identifican con ellos pues saben que si cometen un hecho delictivo sí que van a ser castigados⁵⁷.

Este planteamiento de la imputabilidad presenta desde nuestro punto de vista importantes objeciones que pueden concretarse en las siguientes:

1. Para este autor carece de sentido la imposición de una pena, tanto desde el punto de vista de la prevención general como de la especial, a los sujetos comprendidos en la exigente de anomalía o alteración psíquica, lo que no nos parece excesivamente convincente, pues como apunta CEREZO MIR⁵⁸, estas personas pueden ser en ciertos casos y en alguna medida susceptibles de intimidación, de manera que cuando se les aplica una pena se puede atender a las exigencias de prevención especial respecto de los mismos.

2. El mismo realiza una distinción entre perturbados mentales y los demás ciudadanos, que considera normales. Pero ¿a quién podemos llamar “normales”?, ¿dónde se encuentra el límite de la normalidad? Consideramos que hoy en día es casi imposible realizar una distinción exacta entre ambos grupos, pues en multitud de ocasiones no resulta fácil conocer el estadio en el que se encuentra un sujeto dado que muchos de ellos se encuentran en un punto intermedio que no podríamos considerar ni de total perturbación ni de normalidad. Luego ¿cuál es el fundamento de la capacidad de culpabilidad de estos sujetos?⁵⁹

B. ROXIN

Basándose en el rechazo a la teoría de la retribución por la indemostrabilidad del libre albedrío, pero sobre todo pensando en atender necesidades preventivas, considera necesaria la reformulación del principio de culpabilidad, a través de la creación de una

⁵⁷ GIMBERNAT ORDEIG, E.: “El sistema...”, cit., pp. 176 y 177.

⁵⁸ CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 30.

⁵⁹ Véase MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad...*, cit., pp. 207 y 208.

nueva categoría en el sistema de la Teoría del Delito, la “responsabilidad”, en la que pretende integrar culpabilidad y prevención.

Desarrolla su concepción de la culpabilidad partiendo de la necesidad de analizar la misma en estrecha relación con las necesidades preventivo-generales que atribuye al Derecho penal, ya que, a su juicio, el Derecho penal más adecuado para la represión del delito en la sociedad de un Estado liberal de Derecho debe ser una síntesis de un Derecho penal retributivo de la culpabilidad y un Derecho penal preventivo, no pudiéndose castigar nunca mas allá de las necesidades preventivas, pero tampoco más allá de la culpabilidad.

Este autor defiende que hay que entender la culpabilidad como “actuación injusta pese a la existencia de asequibilidad normativa, lo que considera un fenómeno científico empírico, que se traduce en la posibilidad de afirmar la culpabilidad de un sujeto cuando el mismo estaba disponible en el momento del hecho para la llamada de la norma según su estado mental y anímico, cuando le eran psíquicamente asequibles 'posibilidades de decisión por una conducta orientada conforme a la norma', cuando la posibilidad psíquica de control que existe en el adulto sano en la mayoría de las situaciones existía en el caso concreto”⁶⁰.

Considera, por tanto, la culpabilidad como un dato mixto empírico-normativo, pues no duda de su componente psíquico (el sujeto “se convierte en culpable cuando no adopta ninguna de las alternativas de conducta en principio psíquicamente asequibles para él”, por lo que es “empíricamente constatable la capacidad general de autocontrol y la asequibilidad normativa que con ella se produce”) ni de su carácter normativo (pues se atribuye normativamente “la posibilidad derivada de esa constatación, de conducta conforme a Derecho”)⁶¹.

⁶⁰ ROXIN, C.: *Derecho Penal. Parte General, Tomo I. Fundamentos. La estructura de la teoría del delito*, Traducción de la 2ª ed. alemana y notas por LUZÓN PEÑA, D.M.; DÍAZ y GARCÍA CONLLEDO, M. y DE VICENTE REMESAL, J., 1ª ed., reimp., Civitas, Madrid, 2006, p. 807.

⁶¹ *Ibidem* cit., p. 810.

Comprobada la culpabilidad, que aparece como condición indispensable aunque no suficiente para la imposición de la pena⁶², y dado que para este autor, lo decisivo radica en la necesidad jurídico penal de sancionar el caso concreto desde puntos de vista jurídico penales, procede ahora averiguar si es necesaria también una reacción por razones de prevención especial o general para mantener el orden social pacífico, es decir, si es o no necesaria una pena desde el punto de vista de los fines preventivos del Derecho penal, si se puede y se debe hacer responsable al sujeto de sus hechos⁶³. De ahí que en lugar de culpabilidad, prefiera hablar de responsabilidad, integrada por la culpabilidad y necesidad preventiva de la pena⁶⁴.

La función de esta tercera categoría del sistema, que ROXIN prefiere llamar responsabilidad, consiste en comprobar si el comportamiento antijurídico del autor resulta “merecedor de pena”. Se trata por tanto, de una valoración desde el punto de vista de hacer responsable penalmente al sujeto⁶⁵.

En consecuencia, para ROXIN, la culpabilidad no legitima una retribución por parte del Estado, por lo que no ostenta el carácter de fundamento, sino simplemente de límite de la pena⁶⁶. Para él, la culpabilidad es sólo un medio de limitar sanciones jurídico-penales, pero no de fundamentarlas, constituye por tanto su límite, y dentro de ese límite, la pena debe imponerse únicamente en función de las exigencias de prevención general y especial.

Esta doctrina no afirma que la persona pudiera actuar de otra manera, lo que es indemostrable, sino sólo que, cuando exista una capacidad de autoconducción intacta y, con ello, una dirigibilidad normativa, se le trata como libre⁶⁷. La suposición de libertad es una “aserción normativa”, una regla del juego social, cuyo valor social es independiente del problema del conocimiento o de las ciencias de la naturaleza, y está

⁶² ROXIN, C.: “Reflexiones político-criminales sobre el principio de culpabilidad”, en *Culpabilidad y prevención en Derecho penal*, traducción, introducción y notas, MUÑOZ CONDE, F., Reus, Madrid, 1981, p. 50.

⁶³ ROXIN, C.: *Derecho Penal...*, cit., pp. 792 y 793.

⁶⁴ *Ibidem* cit., p. 792.

⁶⁵ *Ibidem* cit., p. 791.

⁶⁶ ROXIN, C.: “Reflexiones político-criminales...”, cit., p. 43.

⁶⁷ ROXIN, C.: “¿Qué queda de la culpabilidad en Derecho penal?”, *Cuadernos de Política Criminal*, n° 30, 1986, p. 685.

basado en el principio de igualdad, según el cual todos los hombres deben recibir igual trato ante la ley⁶⁸.

Por tanto, si este concepto de culpabilidad restringe el Derecho penal a lo absolutamente indispensable socialmente, a la imposición de una pena ante la infracción de leyes penales por la conmoción social que eso produce, no tiene sentido imponer una pena a los inimputables, ya que en ellos faltaría toda culpabilidad porque el sujeto no es motivable por las normas y no se defraudaría ninguna expectativa social y, por tanto, no se conmovería la conciencia social⁶⁹.

Para ROXIN la capacidad de culpabilidad es la capacidad de autoconducción de impulsos psíquicos y la resultante dirigibilidad normativa de un sujeto en una determinada situación⁷⁰.

Las objeciones que pueden alegarse frente a esta concepción son las siguientes⁷¹:

1. ROXIN considera la imputabilidad como abordabilidad normativa pero no ofrece una definición de qué debe entenderse por tal. Únicamente remite a su comprobación empírica, lo que supone pasar la decisión sobre la misma a los peritos, quienes en atención a criterios subjetivos resolverán cada situación.

2. La libertad es sacada como fundamento de la culpabilidad con objeto de evitar los problemas entre deterministas e indeterministas y es considerada por este autor una atribución normativa que se concede al sujeto de forma automática cuando se demuestra su asequebilidad normativa. Dicha atribución no aporta nada a la categoría dogmática de la imputabilidad y su establecimiento no hace sino acrecentar el problema planteado por la abordabilidad normativa en el “aspecto de la discriminación de los no libres propio de la concepción tradicional”.

⁶⁸ ROXIN, C.: *Derecho Penal...*, cit., p. 810.

⁶⁹ *Ibidem*, cit., pp. 810 y 811.

⁷⁰ ROXIN, C.: “¿Qué queda de la culpabilidad...?”, cit., p. 685.

⁷¹ Siguiendo a MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad...*, cit., pp. 212 y ss.

C. JAKOBS

Elabora una nueva concepción de la culpabilidad sobre la base de la teoría funcionalista, concibiendo ésta en torno al concepto de prevención general positiva y negando que el Derecho penal de la culpabilidad pueda edificarse en fundamentos ajenos a sus fines sociales⁷².

Este penalista intenta desarrollar este nuevo principio de fundamentación recurriendo decididamente a los componentes preventivos generales del Derecho penal y concibiendo la culpabilidad como una noción eminentemente funcional, para la cual sólo la idea de fin permite darle contenido, entendiendo el mismo como prevención general, cuya razón de ser sería la fidelidad para el Derecho⁷³.

Para JAKOBS “el autor de un hecho antijurídico tiene culpabilidad cuando dicha acción antijurídica no sólo indica una falta de motivación jurídica dominante -por eso es antijurídica-, sino cuando el autor es responsable de esa falta. Esta responsabilidad se da cuando falta la disposición a motivarse conforme a la norma correspondiente y este déficit no se puede hacer entendible sin que afecte a la confianza general en la norma. Esta responsabilidad por un déficit de motivación jurídica dominante, en un comportamiento antijurídico, es la culpabilidad. La culpabilidad se denominará en lo sucesivo como falta de fidelidad al Derecho o, brevemente, como infidelidad al Derecho”⁷⁴.

Por tanto, para que pueda hablarse de culpabilidad, han de darse una serie de requisitos positivos cuanto elementos necesarios cumulativamente: a) El autor debe comportarse antijurídicamente; b) Debe ser imputable, es decir, un sujeto con capacidad de cuestionar la validez de la norma; c) Debe actuar no respetando el fundamento de validez de las normas; d) Según la clase de delito, a veces deben concurrir especiales elementos de la culpabilidad⁷⁵.

⁷² JAKOBS, G.: *Derecho Penal. Parte General. Fundamentos y teoría de la imputación*, Traducción de CUELLO CONTRERAS, J. y SERRANO GONZÁLEZ DE MURILLO, J.L., 2ª ed., Marcial Pons, Madrid, 1997, pp. 566 y ss.

⁷³ *Ibidem*, cit., pp. 579 y ss.

⁷⁴ *Ibidem*, cit., p. 566.

⁷⁵ *Ibidem*, cit., p. 567.

Como afirma BACIGALUPO, en JAKOBS “se produce un giro decisivo en la teoría de la culpabilidad. En efecto, la culpabilidad se dará no sólo cuando el autor no se haya motivado por la norma, sino cuando, además, estuviera obligado a ello, es decir, cuando fuera competente por su falta de motivación [...]. En la culpabilidad se trata de si existe una alternativa de organización que fuera preferible a la imputación del hecho al autor”⁷⁶.

El funcionalismo sistémico de este autor, se basa en que el concepto de culpabilidad debe ser construido a partir de los fines preventivos de la pena. Por ello, “la relación entre culpabilidad y fin sólo puede ser del tipo de que el fin tiña la culpabilidad...”⁷⁷, es decir, la dota de contenido. Y ese fin de mantenimiento del orden jurídico que se encuentra en la prevención general positiva, es el mantenimiento del reconocimiento general de la norma⁷⁸. Prevención *general*, porque pretende producirse un efecto en todos los ciudadanos, *positiva*, porque este efecto no se pretende que consista en miedo ante la pena, sino en una tranquilización en el sentido de que la norma está vigente, de que la vigencia de la norma, que se ha visto afectada por el hecho, ha vuelto a ser fortalecida por la pena⁷⁹.

La culpabilidad, además, es un concepto funcional, adaptado al sistema social; ya que en un sistema social como el actual, dado que es imposible “demostrar desde el punto de vista individual que sea preferible respetar las normas sociales cognoscibles, es asunto de cada cual procurarse la motivación necesaria para respetar la norma, esto es la fidelidad al ordenamiento jurídico”⁸⁰, aunque se hace necesario tener en cuenta los déficits cognitivos ya que sólo quedará disculpado cuando le fue imposible conocer⁸¹.

El contenido de la culpabilidad, por tanto, no sólo es resultante de la teoría de los fines de la pena, sino de ésta y de la constitución de la sociedad, que se deben adaptar recíprocamente. Para la determinación de la culpabilidad “ha de establecerse cuántas

⁷⁶ BACIGALUPO ZAPATER, E.: *Principios...*, cit., pp. 302 y 303.

⁷⁷ JAKOBS, G.: *Derecho Penal...*, cit., p. 584.

⁷⁸ *Ibidem*, cit.

⁷⁹ JAKOBS, G.: “El principio de culpabilidad”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, septiembre-diciembre, 1992, p. 1074.

⁸⁰ *Ibidem*, cit., p. 1083.

⁸¹ Véase CUELLO CONTRERAS, J.: *El Derecho Penal español...*, cit., p. 930.

presiones sociales se le pueden achacar al autor afectado por la atribución de culpabilidad y cuántas cualidades perturbadoras del autor han de ser aceptadas por el Estado y por la propia sociedad o han de soportarlas terceros incluso la propia víctima”⁸².

Se pune para mantener la confianza general en la norma, por eso, con arreglo a este fin de la pena, el concepto de culpabilidad vendría constituido por el conocimiento y la voluntad de acatar la norma. Reconociendo, sin embargo, que los defectos cognitivos exoneran de pena, no así los volitivos que agravan precisamente la reprochabilidad. Pues en nada perturba la función estabilizadora de expectativas del derecho el sujeto que no es imputable, es decir, el autor que no se considera igual sino como alguien que no es determinante o que se encuentra en una situación especial.

JAKOBS parte de que todos los actos son imputados salvo que puedan reelaborarse de otra forma⁸³, momento en el que entra en juego la llamada imputabilidad, definible como competencia de poner en cuestión la validez de la norma, para lo que exige que el sujeto sea definible como igual a los demás, especialmente en lo que se refiere a que todos son competentes para manifestarse sobre la configuración correcta del mundo social. Entiende que la igualdad presupone que “los factores que forman o no impiden el proceso motivatorio en el autor en sus rasgos esenciales, forman o no impiden ubicuamente un suceso motivatorio”⁸⁴. Por tanto, dada una situación motivatoria igual, si se infringe una norma se supone que ejemplifica la infracción de la misma por cualquier autor equiparable y por ello pone en cuestión la vigencia de las normas para todos⁸⁵.

De estas premisas podemos deducir que es inimputable el desigual, el autor “cualitativamente anormal”, que deja de ser un sujeto determinable por las normas, debido a la pérdida de subjetividad que se puede demostrar psico-fenomenológicamente o que puede suponerse sobre la base de un dato orgánico-cerebral⁸⁶. En el hecho ya no

⁸² JAKOBS, G.: *Derecho Penal...*, cit., pp. 582 y 583.

⁸³ *Ibidem*, cit., p. 598.

⁸⁴ *Ibidem*, cit.

⁸⁵ *Ibidem*, cit.

⁸⁶ *Ibidem*, cit.

hay un sujeto interpelable, no actúa ya el sistema “sujeto” sino un sistema objetivo o un sujeto tan reducido que ya no es comparable con una persona normal, lo que hace que la motivación se forme anómalamente y falte la competencia para cuestionar la validez de la norma⁸⁷.

Pero junto a este tipo de supuestos también contempla JAKOBS otros que considera de no exigibilidad, donde el sujeto no ha perdido su subjetividad (porque sigue existiendo sujeto responsable) pero debido a condicionantes de cuyas causas el sujeto no es responsable presenta problemas para motivarse de acuerdo con la norma⁸⁸.

No parte, por tanto, de circunstancias que radican en la persona para imponer una pena, sino de lo que sea necesario para el ejercicio de los ciudadanos en la fidelidad al Derecho, para la estabilidad de su confianza al ordenamiento.

Frente a la postura de JAKOBS cabe referir como objeciones:

1. La escasez de criterios para determinar la imputabilidad en el caso concreto y la reducción de las posibilidades de exculpación del delincuente en aras a una pretendida tranquilidad de la conciencia pública, intentando mantener el sistema⁸⁹.

2. Y la que consideramos es su crítica más relevante, formulada por OLMEDO CARDENETE, quien considera que lo discutible, por profundizar en la denunciada deshumanización de las normas penales, es la reflexión desarrollada por JAKOBS, “de que no todo ser humano es persona en sentido jurídico-penal, por el hecho de que los menores o los enfermos mentales carecen de capacidad de culpabilidad. Que no puedan ser declarados *responsables* por los delitos o faltas cometidos no significa que su comportamiento no tenga trascendencia para el Derecho penal. Es cierto que la sociedad, en términos sistémico-comunicativos, no despliega expectativas jurídicas en torno al comportamiento de los mismos, pero eso no significa que no puedan ser destinatarios de las normas penales en un sentido objetivo y, también, en algunos casos, en sentido subjetivo. Si se hubiera de aceptar un concepto de persona en sentido jurídico-penal en los términos descritos por el maestro alemán, en nuestro Derecho también

⁸⁷ *Ibidem*, cit., pp. 630 y 631.

⁸⁸ *Ibidem*, cit., p. 631.

⁸⁹ En este sentido, MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad...*, cit., p. 237.

deberían tener cabida los exentos de responsabilidad criminal por padecer enfermedades mentales, toxicomanías o alteraciones graves en la percepción, pues aunque los mismos no sean destinatarios de una pena sí lo son de medidas de seguridad destinadas a desplegar un efecto terapéutico. La cuestión es, precisamente, que por poseer tales medidas una finalidad exclusivamente preventivo-especial, caen fuera del ámbito explicativo de la prevención general positiva. Las normas que contienen medidas de seguridad son también normas penales y las consecuencias jurídicas que comporta la comisión de un hecho antijurídico por tales personas poseen una indudable naturaleza punitiva. Negarles, pues, incluso desde esa óptica, la consideración de «personas» es olvidar que el Derecho penal no sólo persigue preservar la fidelidad de la norma”⁹⁰.

D. MIR PUIG

Este autor parte de considerar que sólo se impondrá la pena que sea necesaria para la prevención. MIR PUIG, define la culpabilidad como el ámbito en que se comprueba “si el hecho injusto cometido puede atribuirse a su concreto autor en condiciones psíquicas de motivabilidad normativa”⁹¹. La culpabilidad es “sólo condición de atribución del injusto a su autor”⁹².

La infracción personal de una norma primaria de determinación permite imputar la antijuridicidad penal a su autor, pero ello no basta para considerar adecuada la imposición al mismo de una pena, es preciso además que la persona aparezca como un sujeto idóneo para responder penalmente. Considerando idóneo al sujeto que acceda a la norma en condiciones de normalidad motivacional.

Las causas de inimputabilidad, generalmente no llegan a excluir toda posibilidad de ser motivado por la norma sino que acostumbran a excluir dicha normalidad al igual que ocurre en las llamadas causas de “no exigibilidad”⁹³.

⁹⁰ OLMEDO CARDENETE, M.: Nota bibliográfica a la obra JAKOBS, GÜNTHER: Sobre la normativización de la dogmática jurídico-penal (traducción de Manuel Cancio Meliá y Bernardo Feijóo Sánchez). Cuadernos Civitas, Madrid, 2003, 163 páginas, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 83, 2004, pp. 139 y 140.

⁹¹ MIR PUIG, S.: *Función de la pena y teoría del delito en el Estado social y democrático de Derecho*, 2ª ed., Bosch, Barcelona, 1982, pp. 102 y 103.

⁹² *Ibidem*, cit., p. 105.

⁹³ MIR PUIG, S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 531.

MIR añade una característica a la motivabilidad como fundamento de la culpabilidad, cual es la normalidad. Entiende que no se trata de que los inimputables sean inmotivables mediante normas; más bien al contrario, la experiencia demuestra que la mayoría de los inimputables no delinquen, por lo que puede entenderse que “sí hacen mella en ellos las normas jurídicas”⁹⁴; lo que ocurre es que en ellos “la norma no puede desplegar entonces la intensidad motivadora que normalmente posee por concurrir una serie de condiciones personales o situaciones que disminuyen, por debajo del límite de lo normal, las posibilidades de que dispone el sujeto *a priori* para ser influenciado por la llamada normativa. Todo ello redundaría en una inferior capacidad del sujeto para cumplir el mandato normativo en comparación con las posibilidades de que dispone el hombre que actúa normalmente”⁹⁵.

Desde nuestro punto de vista esta concepción de MIR PUIG presenta un importante defecto al no determinar los criterios que permitan medir lo normal, pues si inimputable es aquel que no es motivable normalmente por las normas, nos falta conocer qué se entiende por normal, cuándo es normalmente motivable un sujeto, pues de ello dependerá no solo su declaración de inimputabilidad sino la posible graduación de su responsabilidad.

De esta manera, y puesto que la falta de culpabilidad no se deduce directamente de la no motivabilidad del autor, MIR PUIG cree necesario introducir un criterio valorativo que sirva de límite frente a la posibilidad de imponer una pena al que actúa sin culpabilidad pero con una mínima motivabilidad, dado que la necesidad de pena sí deriva de la motivabilidad. Este límite se deduce de la configuración del Estado como social y democrático de Derecho, en tanto que, en el mismo, “no se considera justo llevar el deseo de prevención hasta castigar a quien actúa sin una capacidad normal de ser motivado por la norma”⁹⁶ y más en concreto, en el principio de igualdad real ante la ley, ya que la sanción en dichos casos supondría elevar el nivel de lo exigible

⁹⁴ *Ibidem*, cit., p. 534.

⁹⁵ *Ibidem*, cit., p. 536.

⁹⁶ *Ibidem*, cit.

penalmente a los que sufren una anormalidad motivacional por encima de lo que se impone al sujeto plenamente motivable⁹⁷.

Según PADILLA ALBA es correcta la deducción de que si imponemos una pena a estos sujetos estaremos elevando el nivel de lo exigible penalmente a un hombre normal, pero se pregunta si verdaderamente está siendo aplicada por los tribunales pues no está tan claro que los mismos, presionados por la sociedad, comprendan y disculpen la realización de hechos perpetrados por los incapaces de culpabilidad⁹⁸.

En consecuencia MIR PUIG asienta el fundamento material de la imputación personal en la idea de necesidad de pena y en la posibilidad de motivación normativa del sujeto, elementos ambos que se condicionan mutuamente. Reduce el fundamento de la culpabilidad a la exigibilidad de la conducta que a su vez basa en la normalidad de la motivación. La culpabilidad consiste pues, desde el punto de vista material, en la capacidad de motivación normal por las normas jurídicas. Por ello, cuando los ciudadanos tienen una motivación normal, se les puede exigir penalmente que no realicen acciones típicas y antijurídicas⁹⁹, capacidad que está excluida en los inimputables y en los que obran en una situación de inexigibilidad.

La tesis de MIR PUIG prescinde por completo de la cuestión de la capacidad de autodeterminación individual y parte de la imposibilidad de demostrar empíricamente la capacidad de obrar de otro modo¹⁰⁰. El propio autor pone de manifiesto que la capacidad normal de motivación no supone que el sujeto hubiera podido motivarse a sí mismo a actuar de otro modo, sino que afirma la culpabilidad porque el individuo “-pudo ser y fue motivado normalmente- aunque el motivo representado por la norma no lograra imponerse frente a los otros motivos”¹⁰¹.

Partiendo de lo anterior prescinde este autor del concepto de culpabilidad y se refiere a la imputación personal del hecho, que en su opinión resulta una expresión más

⁹⁷ *Ibidem*, cit., p. 537.

⁹⁸ PADILLA ALBA, H.R.: *Exención...*, cit., pp. 127 y 128.

⁹⁹ LANDECHO VELASCO, C. y MOLINA BLÁZQUEZ, C.: *Derecho Penal español...*, cit., p. 351.

¹⁰⁰ MIR PUIG, S.: “La imputabilidad en Derecho penal”, *Jornadas sobre Psiquiatría forense*, Colección Cursos del Centro de Estudios Judiciales, vol. 3, Ministerio de Justicia, Madrid, 1994, p. 41.

¹⁰¹ MIR PUIG, S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 537.

acertada para poner de manifiesto que en esta categoría dogmática se pretende únicamente atribuir el hecho típico y antijurídico a su autor¹⁰².

E. MUÑOZ CONDE

MUÑOZ CONDE, también utiliza la teoría de la motivación para intentar solucionar los problemas de la culpabilidad tradicional, puesto que el libre albedrío es indemostrable empíricamente. Para ello, redefine el concepto de culpabilidad, no renunciando a la misma como categoría jurídico-penal, sino haciéndola capaz de acoger la finalidad preventiva que anima a todo el sistema penal¹⁰³.

Defiende, por tanto, que sin renunciar a la categoría de la culpabilidad, ésta debe ser concebida como un fenómeno de naturaleza eminentemente social: “no hay una culpabilidad en sí, sino una culpabilidad en referencia a los demás”¹⁰⁴, produciéndose así, el paso de una concepción individual de la culpabilidad a una concepción social y su puesta en relación con la función de motivación de la norma penal¹⁰⁵.

Para este autor, formalmente la culpabilidad no supone más que “la declaración de frustración de una expectativa de conducta determinada en la Ley penal, que recae sobre su autor y que posibilita la aplicación de una pena”¹⁰⁶ y para esta declaración lo decisivo no es que el sujeto pudiera elegir entre varias conductas, sino que debe optar por evitar una determinada, que es la que la norma prohíbe¹⁰⁷. Y desde el punto de vista material, la misma presupone la capacidad de motivación por la norma penal¹⁰⁸. Considera imprescindible el recurso a un elemento normativo para delimitar la existencia de la capacidad de motivación y, por tanto, de culpabilidad en sentido material, elemento que

¹⁰² *Ibidem*, cit., p. 522.

¹⁰³ MUÑOZ CONDE, F.: *Teoría general...*, cit., pp. 144 y ss.

¹⁰⁴ *Ibidem*, cit., p. 145.

¹⁰⁵ PÉREZ MANZANO, M.: *Culpabilidad...*, cit., p. 121.

¹⁰⁶ MUÑOZ CONDE, F.: “El principio de culpabilidad”, *III Jornadas de Profesores de Derecho Penal*, Universidad de Santiago de Compostela, 1976, p. 228.

¹⁰⁷ MUÑOZ CONDE, F.: *Teoría general...*, cit., p. 147.

¹⁰⁸ Véase MUÑOZ CONDE, F.: “El principio...”, cit., pp. 229 y 230 y el mismo, *Teoría general...*, cit., p. 147.

viene suministrado por las exigencias de la prevención general en una sociedad y en un momento determinado¹⁰⁹.

Por tanto, MUÑOZ CONDE defiende una concepción social de la culpabilidad que encuentra su explicación en la función motivadora de la norma penal y más concretamente en razones de prevención general¹¹⁰, pues para él, “el concepto de culpabilidad tiene un fundamento social, antes que psicológico”¹¹¹, constituye una categoría a favor de las finalidades preventivas del Derecho penal, y “la culminación de todo un proceso de elaboración conceptual destinado a explicar por qué y para qué, en un momento histórico determinado, se recurre a un medio defensivo de la sociedad tan grave como la pena y en qué medida debe hacerse uso de ese medio”¹¹².

Concibe la motivación como el denominador común o aglutinante de los elementos de la categoría sistemática culpabilidad, explicada en términos psicológicos, en el que la amenaza de pena actúa como estímulo inhibitorio de las conductas antijurídicas.

La norma penal se dirige a individuos capaces de motivarse en su comportamiento por los mandatos normativos. Siendo presumible que a partir de un determinado desarrollo mental, biológico y cultural, que la legislación penal fija a través de unos criterios, cuyo fundamento se encuentra en aquellas facultades que permiten al ser humano participar con sus semejantes, en condiciones de igualdad, en una vida en común pacífica y justamente organizada, los sujetos pueden ser motivables por los mandatos normativos. La “motivabilidad”, la capacidad para reaccionar frente a las exigencias normativas es, según defiende, la facultad humana fundamental que, unida a otras (inteligencia, afectividad, etc.), permite la atribución de una acción a un sujeto y, en consecuencia, la exigencia de responsabilidad por la acción por él cometida¹¹³.

Cualquier alteración importante de esa facultad, cualquiera que sea el origen de la misma deberá determinar la exclusión o, si no es tan importante, la atenuación de la

¹⁰⁹ Véase MUÑOZ CONDE, F.: “Culpabilidad y Prevención General”, en MIR PUIG, S. (editor), *Derecho Penal y Ciencias Sociales*, 1ª ed., Bellaterra, Universidad Autónoma de Barcelona, 1982, pp. 166 y ss.

¹¹⁰ MUÑOZ CONDE, F.: *Teoría general...*, cit., p. 145.

¹¹¹ *Ibidem*, cit.

¹¹² *Ibidem*, cit.

¹¹³ MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal...*, cit., pp. 357 y 358.

culpabilidad¹¹⁴. Y ello debido a que el sujeto no puede ser motivado en sus actos por los mandatos normativos, por carecer de las facultades psíquicas y físicas mínimas requeridas para poder declarar a un sujeto culpable, facultades a las que denominamos imputabilidad.

Es por tanto, la capacidad de motivación a nivel individual, la capacidad para motivarse por los mandatos normativos, lo que constituye también la esencia de la imputabilidad. Entendiendo ésta, como el conjunto de facultades mínimas requeridas para ser motivado por los mandatos normativos¹¹⁵. Por lo que, si el sujeto carece de esa capacidad no puede ser declarado culpable y por consiguiente no puede ser declarado penalmente responsable de sus actos. Constituye por tanto el concepto de imputabilidad o de capacidad de culpabilidad un tamiz que sirve para filtrar aquellos hechos antijurídicos que pueden ser atribuidos a su autor y permiten que, en consecuencia, éste pueda responder de ellos¹¹⁶.

Esas facultades que exige el concepto de imputabilidad no son sólo las facultades intelectuales y volitivas sino que se trata de algo más complejo, ya que el individuo en el proceso de interacción social que supone la convivencia, obligado por sus propios condicionamientos al intercambio y a la comunicación con los demás, desarrolla una serie de facultades que le permiten conocer las normas que rigen la convivencia en el grupo al que pertenece y regir sus actos de acuerdo con dichas normas¹¹⁷.

Por todo lo anterior parece obvio que el concepto de imputabilidad debe ser entendido como enmarcado en una historia, en una biografía y referido a una estructura social determinada, como la consecuencia de un largo proceso de socialización que se inicia desde el nacimiento y se continua durante toda la vida con internalización de las diversas exigencias normativas sociales y jurídicas¹¹⁸.

¹¹⁴ MUÑOZ CONDE, F.: *Teoría general...*, cit., p. 147.

¹¹⁵ MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal...*, cit., p. 371.

¹¹⁶ *Ibidem*, cit.

¹¹⁷ *Ibidem*, cit. p. 372.

¹¹⁸ *Ibidem*, cit. p. 380.

2. CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD

Una vez analizadas las distintas tesis sobre el fundamento de la imputabilidad, y dado que las mismas han provocado diversas formas de definirla, pasamos ahora a conocer dichas definiciones. De ellas puede deducirse que, aun partiendo de distintas premisas, todas la conciben como aquella categoría dogmática mediante la que se establecen las condiciones que debe tener un sujeto para que le sea atribuible penalmente el hecho antijurídico que ha realizado. A partir esta idea son muchas las definiciones que se han dado sobre la imputabilidad intentando perfeccionar este concepto, y todas ellas responden a una u otra de las dos grandes concepciones que muestran el fundamento que a dicha categoría dogmática se le ha dado. Nos referimos a la concepción, constituida por la doctrina mayoritaria, que concibe la imputabilidad como la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforma a dicha comprensión y la formada por quienes la conceptúan como la capacidad del sujeto para ser motivado por los mandatos normativos. Junto a ellas no podemos olvidar la postura de quienes sustituyen la culpabilidad y defienden la aplicación de la pena cuando sea necesario por razones de prevención general y especial.

Pasemos entonces a describir dichas definiciones, tarea que requiere advertir que reproducirlas aquí todas sería una meta imposible que alargaría en exceso nuestra exposición. Por ello, hemos creído conveniente seleccionar aquellas que consideramos más representativas o que sostienen posiciones particularmente interesantes.

Comencemos por analizar las definiciones de quienes basándose en la concepción que centra la culpabilidad en el poder actuar de un modo distinto a como lo hizo, consideran que no puede ser castigado un menor o un enfermo mental que ha cometido un delito debido a que “no podía actuar de otro modo” al tener limitada gravemente su libertad de voluntad. En primer lugar, citamos a JIMÉNEZ DE ASÚA quien a través de una definición muy clara concibe la imputabilidad como la “capacidad en el agente para que le puedan ser atribuidos los actos que perpetra”¹¹⁹. Capacidad que desarrolla DÍAZ PALOS explicando que se trata del “conjunto de condiciones psicosomáticas exigidas por le Ley penal para que las acciones u omisiones penadas en la misma puedan ser

¹¹⁹ JIMÉNEZ DE ASÚA, L.: *Tratado...*, cit., p. 81.

atribuidas al que las ejecutó como a su causa voluntaria”¹²⁰, o como lo hace DEL ROSAL al entenderla como “un conjunto de condiciones psicobiológicas de la persona requerido por las disposiciones vigentes para que la acción fuera comprendida como causada psíquica y éticamente por aquella”¹²¹.

Posteriormente, muchos autores definieron expresamente en sus investigaciones la imputabilidad, pero de todos ellos, creemos que merecen una mención especial, al sentar las bases de lo que se entiende hoy por imputabilidad, las realizadas por ANTÓN ONECA, CUELLO CALÓN y RODRÍGUEZ DEVESA. Para el primero, la misma consiste en “el estado, aptitud o capacidad del sujeto, base de la responsabilidad criminal”¹²². CUELLO CALÓN, yendo más allá, considera que “se refiere a un modo de ser del agente, a un estado espiritual del mismo, y tiene por fundamento la concurrencia de ciertas condiciones psíquicas, biológicas y morales (salud mental y madurez) exigidas por la ley para responder de los hechos cometidos”¹²³. Es sobre estas condiciones sobre las que centra RODRIGUEZ DEVESA su definición, considerando imputable “al que reúne aquellas características biopsíquicas que con arreglo a la legislación vigente le hacen capaz de ser responsable de sus propios actos”¹²⁴. A estas definiciones han seguido en la dogmática moderna muchas otras que no podemos olvidar por su importancia. Entre ellas vamos a citar, en primer lugar, la que para nosotros constituye por su claridad y exactitud una de las mejores, nos referimos a la realizada por COBO DEL ROSAL y VIVES ANTÓN que la describen como “el conjunto de requisitos psicobiológicos, exigidos por la legislación vigente, que expresan que la persona tenía la capacidad de valorar y comprender la ilicitud del hecho realizado por ella y de actuar en los términos requeridos en el ordenamiento jurídico”¹²⁵. En términos parecidos encontramos la realizada por CEREZO MIR, que añade a los requisitos psicobiológicos que veíamos en la anterior, una categoría más amplia que denomina condiciones biopsíquicas y la necesidad de un desarrollo o madurez de la

¹²⁰ DÍAZ PALOS, F.: *Teoría...*, cit., p. 40.

¹²¹ DEL ROSAL, J.: *Tratado de Derecho...*, cit., p. 75.

¹²² ANTÓN ONECA, J.: *Derecho penal*, 2ª ed., anotación y puesta al día por HERNÁNDEZ GUIJARRO, J.J. y BENEYTEZ MORENO, L., Akal, Madrid, 1986, p. 215.

¹²³ CUELLO CALÓN, E.: *Derecho Penal...*, cit., p. 425.

¹²⁴ RODRÍGUEZ DEVESA, J.M. y SERRANO GÓMEZ, A.: *Derecho penal español...*, cit., p. 449.

¹²⁵ COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 576.

personalidad. Así, define la misma como “un determinado desarrollo o madurez de la personalidad y unas determinadas condiciones biopsíquicas que le permitan al sujeto conocer la licitud o ilicitud de sus acciones u omisiones y obrar conforme a ese conocimiento”¹²⁶. Junto a estas definiciones, con características similares se encuentra la ofrecida por DEL ROSAL BLASCO, que resume las anteriores al entender que el concepto de imputabilidad lo integran “todo el conjunto de requisitos o factores que, desde el punto de vista de la legislación penal, son exigidos para que a una persona se le pueda imputar subjetivamente un hecho castigado por la ley como delito y que no hacen sino expresar que la persona en cuestión tenía capacidad para comprender la ilicitud de ese hecho y de actuar de forma diferente a como lo hizo, cumpliendo lo que le exigía el ordenamiento jurídico”¹²⁷.

Acentuando la imputabilidad como un estado del sujeto o conciencia del mismo, encontramos las definiciones de MAURACH y ZIPF, GARCÍA GARCÍA y NÁQUIRA RIVEROS. Los primeros, estiman que es imputable “el autor que, en virtud del estado de su desarrollo espiritual-moral, esté en condiciones de reconocer el ilícito de su acción y de obrar conforme a este conocimiento”¹²⁸. Para GARCÍA GARCÍA la imputabilidad es “capacidad de culpabilidad, y, por tanto, presupuesto del delito y de la responsabilidad penal, consistente en un estado (normal) de las facultades cognoscitivas y volitivas tal que permite atribuir al sujeto la capacidad para comprender la ilicitud del hecho y para decidir su propio comportamiento”¹²⁹. Finalmente, NÁQUIRA RIVEROS concibe la imputabilidad como “aquella conciencia que permite al actor comprender el injusto base de su actuar dentro de un ámbito jurídico-penal determinado y, sobre la base de dicha comprensión, autodeterminarse conforme a Derecho”¹³⁰.

Definición más sencilla, pero expresiva, que acentúa la imputabilidad como capacidad de actuar culpablemente, es la aportada por SÁINZ CANTERO, que entiende la misma como “la capacidad del hombre para actuar culpablemente esto es: para

¹²⁶ CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 50.

¹²⁷ Véase SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.: *La imputabilidad...*, cit., pp. 81 y 82.

¹²⁸ MAURACH, R. y ZIPF, H.: *Derecho Penal. Parte general 1, Teoría general del Derecho penal y estructura del hecho punible*, actualizada por ZIPF, H., traducción de la 7ª. ed. alemana por BOFILL GENZSCH, J. y AIMONE GIBSON, E., Astrea, Buenos Aires, 1995, p. 600.

¹²⁹ GARCÍA GARCÍA, J.: *Drogodependencias...*, cit., p. 131.

¹³⁰ NÁQUIRA RIVEROS, J.: “Imputabilidad...”, cit., p. 143.

realizar la acción (que puede ejecutar también sino es imputable) típica y antijurídica, con dolo o culpa, y para que el ordenamiento jurídico pueda exigirle que se comporte conforme a lo que la norma manda o prohíbe”¹³¹. En la misma línea OLIVA GARCÍA, que la define como “la capacidad de autodeterminación que el Ordenamiento requiere para la responsabilidad penal”¹³² o MARTÍN CRUZ, que considera que “la imputabilidad se refiere a la capacidad psíquica exigible a una persona en el momento de realizar el comportamiento antijurídico para que el Estado le estime responsable penalmente de sus actos”¹³³. Asimismo, SUÁREZ MIRA, en la misma dirección que las definiciones anteriores, pero de forma más precisa, estima que “la imputabilidad debe ser definida como el juicio de valor, expresado sobre la base de la existencia en el individuo de un conjunto de requisitos psicológicos y normativos, que permite la atribución subjetiva de una infracción penal al mismo por poseer las condiciones mentales adecuadas y no existir impedimento legal alguno para poder formular contra él el reproche por haber actuado en contra de las exigencias del Derecho pese a haber comprendido la ilicitud del hecho y poder haber actuado conforme a dicha comprensión”¹³⁴.

Otros autores, por su parte, acentúan en sus definiciones los dos requisitos que la legislación penal exige para poder hablar de imputabilidad. Dos elementos a los que WELZEL¹³⁵ se refiere como “un elemento de conocimiento (intelectual) y un elemento de voluntad (voluntario): la capacidad de comprensión de lo injusto y de la determinación de la voluntad (conforme a sentido)”, por lo que no son capaces de culpabilidad “todos aquellos hombres que no son todavía, o no son ya, capaces de la misma autodeterminación plena de sentido”. También SÁNCHEZ ILLERA considera que por imputabilidad ha de entenderse “la presencia en el sujeto presunto autor de un hecho delictivo de capacidad intelectual -para valorar el hecho, su licitud o ilicitud- y

¹³¹ SÁINZ CANTERO, J.A.: *Lecciones de Derecho Penal...*, cit., p. 645.

¹³² OLIVA GARCÍA, H.: “Introducción a las bases doctrinales de la imputabilidad”, *La Ley* (1982-4º), D-217, p. 1141.

¹³³ MARTÍN CRUZ, A.: *Los fundamentos de la capacidad de culpabilidad penal por razón de la edad*, Comares, Granada, 2004, p. 1.

¹³⁴ SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.: *La imputabilidad...*, cit., p. 85.

¹³⁵ WELZEL, H.: *El nuevo sistema del Derecho Penal: una introducción a la doctrina de la acción finalista*, traducción y notas por CEREZO MIR, J.J., 1ª ed., 2ª reimp, Colección Maestros del Derecho Penal, Nº 4, B de F Ltda., Montevideo, 2004, pp. 147 y 148.

capacidad volitiva o posibilidad de dirigir la voluntad para evitar la actuación prohibida por la norma penal”¹³⁶. Se trata como BLANCO LOZANO defiende de una “doble capacidad del sujeto para, por un lado, comprender la ilicitud del hecho determinada por la norma, y por otro, actuar conforme a dicha comprensión”¹³⁷. Por lo que como afirma MARTÍNEZ GARAY, sólo será posible “la exigibilidad de conducta adecuada a derecho por no encontrarse alterada de manera relevante la estructura de los procesos psíquicos -cognitivos y afectivos- de la decisión de voluntad que dio lugar a la realización del delito”¹³⁸.

Así lo ha entendido STRATENWERTH, al afirmar que “el primer presupuesto de todo reproche de culpabilidad es que el autor, en el momento del hecho, haya sido capaz de obrar responsablemente: comprender que el hecho no está autorizado y determinarse por esta comprensión, es decir, abstenerse del hecho”¹³⁹. También ALHAMBRA PÉREZ y SEGURA ABAD, para quienes la imputabilidad o capacidad de culpabilidad “constituye la capacidad penal, es decir, la capacidad de comprender la criminalidad del acto y dirigir las propias acciones hacia el mismo”¹⁴⁰. Y finalmente, JIMENEZ SEGADO que considera que la imputabilidad hace referencia a la “posibilidad de conocer el sentido de los mandatos y prohibiciones del Derecho y de actuar con arreglo a esa comprensión”¹⁴¹ y SERRANO BUTRAGUEÑO, para quien la imputabilidad es “la capacidad para comprender y determinarse o autogobernarse correctamente (lícitamente); en definitiva, la capacidad de ser responsable de los propios actos”¹⁴².

Junto a todos los anteriores, QUINTERO OLIVARES desarrolla una definición de imputabilidad a través de las causas que excluyen la responsabilidad criminal al señalar que “para el Derecho es imputable quien no sea un enfermo mental, un niño, un

¹³⁶ SÁNCHEZ YLLERA, I.: “Art. 20.1º ...”, cit., p. 113.

¹³⁷ BLANCO LOZANO, C.: *Tratado de Derecho Penal...*, cit., p. 193.

¹³⁸ MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad...*, cit., p. 365.

¹³⁹ STRATENWERTH, G.: *Derecho Penal...*, cit., p. 235.

¹⁴⁰ ALHAMBRA PÉREZ, M.P. y SEGURA ABAD, L.J.: *El alcohol: cuestiones jurídico-médicas. Aspectos civiles, penales, administrativos y laborales. Jurisdicción de menores. Valoración de la práctica médico-forense*, 1ª ed., 1ª imp., Comares, Granada, 2001, p. 13.

¹⁴¹ JIMÉNEZ SEGADO, C.: *La exclusión de la responsabilidad criminal. Estudio jurisprudencial penal y procesal*, prólogo Ignacio Gordillo Alvarez-Valdés, Dykinson, Madrid, 2003, p. 66.

¹⁴² SERRANO BUTRAGUEÑO, I.: “Art. 20.1.º Código Penal”, en SERRANO BUTRAGUEÑO, I. (coordinador editorial): *Código Penal de 1995 (Comentarios y jurisprudencia)*, Comares, Granada, 1999, p. 268.

drogodependiente profundo o un sujeto sin instrucción”¹⁴³ es decir, quien tiene “capacidad para comprender el significado del proceso penal”¹⁴⁴. En iguales términos, aunque de forma mucho más amplia, lo hace MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, para quien “es imputable todo sujeto que en el momento de la realización de un hecho típico es mayor de dieciocho años, carece de anomalía o alteración psíquica que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, no está en situación de trastorno mental transitorio, no provocado, previsto o debido prever con propósito delictivo, no se halla en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, no buscada de propósito, no se halla bajo la influencia de síndrome de abstinencia a causa de la dependencia de tales sustancias que le impidan comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, y no sufre alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia que alteren gravemente la conciencia de la realidad”¹⁴⁵.

Frente a esta concepción de la imputabilidad, encontramos otra constituida por los juristas que en la actualidad parecen estar de acuerdo en la indemostrabilidad del libre albedrío, base como sabemos de la concepción anteriormente citada, y que proponen buscar la esencia de la imputabilidad en la motivabilidad. Así por ejemplo GIMBERNAT, quien tras vaciar de contenido el tradicional principio de culpabilidad y dotarlo de un nuevo significado basado en la prevención general y especial, considera que la imputabilidad constituye una capacidad normal de motivación por la norma, por lo que los inimputables son sujetos inaccesibles a la motivación de la pena¹⁴⁶. Postura seguida por MIR PUIG, que rechaza el concepto de imputabilidad de la opinión dominante, considerando la misma como “la normalidad psíquica, que hace posible una motivación normal del sujeto”¹⁴⁷. En términos parecidos pero acentuando sólo como esencia de la culpabilidad y de la imputabilidad la capacidad de motivación individual

¹⁴³ QUINTERO OLIVARES, G. (con la colaboración de MORALES PRATS, F.): *Parte General...*, cit., p. 390.

¹⁴⁴ QUINTERO OLIVARES, G.: *Locos...*, cit., p. 160.

¹⁴⁵ MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M.: “La imputabilidad”..., cit., p. 1609.

¹⁴⁶ GIMBERNAT ORDEIG, E.: “El sistema...”, cit., p. 180.

¹⁴⁷ MIR PUIG, S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 558.

ante los mandatos normativos, encontramos la definición de MUÑOZ CONDE y GARCÍA ARÁN¹⁴⁸. Según sus palabras: es culpable aquel que tiene “las facultades psíquicas y físicas mínimas requeridas para poder ser motivado en sus actos por los mandatos normativos”, por lo que “al conjunto de facultades mínimas requeridas para considerar a un sujeto culpable por haber hecho algo típico y antijurídico, se le llama imputabilidad o más modernamente capacidad de culpabilidad”, a lo que añaden que “el concepto de imputabilidad o de capacidad de culpabilidad es, pues, un tamiz que sirve para filtrar aquellos hechos antijurídicos que pueden ser atribuidos a su autor y permiten que, en consecuencia, éste pueda responder de ellos”. Junto a las anteriores, la realizada por BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE que entiende por imputabilidad “la suficiente capacidad de motivación, es decir, la capacidad psíquica que se considera necesaria para atribuirle la categoría de responsable de ese hecho antijurídico”¹⁴⁹. Capacidad psíquica que también es defendida por OCTAVIO DE TOLEDO Y UBIETO y HUERTA TOCILDO, quienes amparándose en la finalidad preventiva de la pena a través de la motivación, conciben la imputabilidad como “la aptitud psíquica de autogobernar el comportamiento por el temor al castigo (pena) con que en la norma penal se conmina la realización de una cierta conducta. Esto es, capacidad psíquica para inhibirse de practicar la conducta prohibida por la norma penal ante el temor de que se imponga la pena que amenaza la realización de esa conducta. En suma: imputabilidad es motivabilidad (o, si se prefiere, motivabilidad normal) del sujeto respecto de la norma penal”¹⁵⁰. GÓMEZ BENÍTEZ¹⁵¹ por su parte, también postula como fundamento de la imputabilidad “la capacidad de motivación del sujeto por las normas penales y sus sanciones” y considera que suele coincidir en que la imputabilidad penal significa “capacidad para conocer y valorar el deber de respetar la norma y capacidad de actuar o de determinarse conforme a dicha comprensión”.

ZUGALDÍA ESPINAR, sin embargo, no utiliza una definición positiva de la imputabilidad sino que se refiere a ella *ad sensu* contrario al creer que no será culpable

¹⁴⁸ MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal...*, cit., p. 371.

¹⁴⁹ BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, I. y OTROS: *Curso de derecho penal...*, cit., p. 320.

¹⁵⁰ OCTAVIO DE TOLEDO Y UBIETO, E. y HUERTA TOCILDO, S.: *Derecho penal. Parte General. Teoría Jurídica del Delito*, 2ª ed. corregida y aumentada, Rafael Castellanos, Madrid, 1986, p. 335.

¹⁵¹ GÓMEZ BENÍTEZ, J.M.: *Teoría Jurídica del delito...*, cit., p. 456.

el sujeto si actuó en circunstancias de motivación absolutamente anormales, es decir, no será responsable de sus actos por no ser accesible a la motivación de la norma, y en consecuencia no habrá tampoco necesidad de pena¹⁵². Definición que sirve de base a la realizada por MACHADO RUIZ y MAQUEDA ABREU¹⁵³ quienes consideran que es inimputable el sujeto “que no reúna las exigencias de motivabilidad requeridas para hacerle responsable” del injusto, porque eran incapaces de comprender el mensaje normativo o de comportarse de acuerdo con esa comprensión.

Para concluir, también creemos necesario destacar la definición de dos autores alemanes nos referimos a JAKOBS para quien la imputabilidad consiste en “la competencia de poner en cuestión la validez de la norma”¹⁵⁴ y ROXIN para quien “la capacidad de culpabilidad es la capacidad de autoconducción de impulsos psíquicos y la resultante dirigibilidad normativa de un sujeto en una determinada situación”¹⁵⁵.

V. LA IMPUTABILIDAD EN LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO

No podemos cerrar este estudio sin referirnos a la postura de la jurisprudencia española en la magna cuestión de la imputabilidad. La misma, como ya hiciera la doctrina, encara esta cuestión por la vía negativa de las causas de inimputabilidad contempladas en el Código Penal.

Tradicionalmente y a lo largo del presente siglo, dado que no existía una acotación legal de la capacidad para ser culpable por parte de la legislación penal española, la jurisprudencia, al igual que la doctrina, se vio obligada a extender una configuración de la imputabilidad que la identificaba con la capacidad de conocer y querer¹⁵⁶, por

¹⁵² ZUGALDÍA ESPINAR, J.M.: *Fundamentos de Derecho Penal. Parte General. Las teorías de la pena y de la ley penal. (Introducción teórico-práctica a sus problemas básicos)*, 3ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 1993, pp. 244 y 245.

¹⁵³ MACHADO RUIZ, M.D. y MAQUEDA ABREU, M.L. en ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (director); PÉREZ ALONSO, E.J. (coordinador) y OTROS: *Derecho Penal...*, cit., p. 627.

¹⁵⁴ JAKOBS, G.: *Derecho Penal...*, cit., p. 598.

¹⁵⁵ ROXIN, C.: “¿Qué queda de la culpabilidad...?”, cit., p. 685.

¹⁵⁶ El Tribunal Supremo, en innumerables sentencias, parte de este concepto de imputabilidad; así, por ejemplo, las SSTs de 7 de marzo de 1951 (RJ 1951\509), 5 de noviembre de 1955 (RJ 1955\2980), 13 de marzo de 1967 (RJ 1967\1091), 4 de abril de 1968 (RJ 1968\1755), 7 de noviembre de 1977 (RJ 1977\4213), 20 de enero (RJ 1981\161) y 29 de octubre de 1981 (RJ 1981\3902), 12 de noviembre de

influencia de la legislación penal italiana. Así, el Tribunal Supremo en muchas de sus sentencias, al ocuparse de la imputabilidad a través de las causas que declaraban su ausencia, consideraba que era inimputable el sujeto que tenía abolidas sus facultades de conocer y de querer. Facultades a las que se refería utilizando también las expresiones “capacidad de comprender y querer”¹⁵⁷, “capacidad de pensar y de querer”¹⁵⁸, “capacidad de entender o querer”¹⁵⁹, “capacidad para conocer y valorar sus propios actos”¹⁶⁰, “capacidad de conocer o determinarse”¹⁶¹, “capacidad de conocer y obrar”¹⁶², “controles volitivos y cognoscitivos”¹⁶³, “los soportes del intelecto y la voluntad”¹⁶⁴, “facultades de raciocinio o volición”¹⁶⁵, “facultades intelectuales y volitivas”¹⁶⁶, “facultades cognoscitivas y volitivas”¹⁶⁷, “facultades de obrar y de querer”¹⁶⁸ y “consciencia y voluntad”¹⁶⁹.

Este concepto clásico tuvo que ser abandonado pronto al demostrarse que los inimputables también podían conocer y querer¹⁷⁰, por lo que no era la falta de inteligencia o voluntad lo que decidía sobre su inimputabilidad. La incapacidad de culpabilidad exigía junto al clásico “conocer y querer, saber y entender”, la referencia

1983 (RJ 1983\8653), 26 de septiembre de 1988 (RJ 1988\7031), 21 de marzo (RJ 1991\2118) y 3 de diciembre de 1991 (RJ 1991\6720), 2 de febrero (RJ 1993\629), 2 de febrero (RJ 1993\10139), 5 de febrero (RJ 1993\871), 7 de abril (RJ 1993\3045), 22 de abril (RJ 1993\3174), 22 de junio (RJ 1993\5279), 13 de octubre (RJ 1993\7709), 25 de octubre (RJ 1993\7733), 10 de noviembre (RJ 1993\8386) y 15 de noviembre (RJ 1993\8581) todas de 1993, 14 de marzo (RJ 1994\2146), 24 de octubre (RJ 1994\8165) y 28 de octubre de 1994 (RJ 1994\8360), 9 de febrero de 1996 (RJ 1996\816), 27 de enero (RJ 1997\521) y 13 de mayo de 1997 (RJ 1997\3813) y el Auto de 14 de mayo de 1996 (RJ 1996\3936).

¹⁵⁷ SSTS de 20 de mayo de 1986 (RJ 1986\2857) y 17 de mayo de 1991 (RJ 1991\3685).

¹⁵⁸ SSTS de 13 de octubre de 1993 (RJ 1993\7707), 25 de noviembre de 1996 (RJ 1996\8000) y 13 de marzo de 1997 (RJ 1997\1691).

¹⁵⁹ STS de 20 de julio de 1987 (RJ 1987\5572).

¹⁶⁰ STS de 12 de abril de 1950 (RJ 1950\795).

¹⁶¹ STS de 6 de junio de 1988 (RJ 1988\4476).

¹⁶² STS de 6 de julio de 1987 (RJ 1987\5284).

¹⁶³ STS de 28 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5761).

¹⁶⁴ STS de 8 de abril de 1995 (RJ 1995\2859).

¹⁶⁵ STS de 10 de noviembre de 1980 (RJ 1980\4471).

¹⁶⁶ SSTS de 24 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8730), Auto de 10 de julio de 1992 (RJ 1992\6387) y STS 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10255).

¹⁶⁷ SSTS de 16 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7162), 21 de enero (RJ 1993\142) y 8 de octubre de 1993 (RJ 1993\7298), 6 de mayo (RJ 1994\3621) y 20 de julio de 1994 (RJ 1994\6615), 19 de mayo de 1995 (RJ 1995\4492), 28 de septiembre de 1996 (RJ 1996\6934) y 29 de abril de 1997 (RJ 1997\3377).

¹⁶⁸ STS de 9 de abril de 1987 (RJ 1987\2472).

¹⁶⁹ STS de 13 de noviembre de 1981 (RJ 1981\4544).

¹⁷⁰ Véase MIR PUIG, S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 557.

también a la dirección de la voluntad. A ello se unía, además, que exigía en jurisprudencia constante que esas facultades se encontraran abolidas para la declaración de inimputabilidad. Requería que el sujeto careciera totalmente de inteligencia y voluntad, incluso en algunas sentencias llegó a hablar de la necesidad de que “el sujeto se encuentre en el momento de la comisión del delito en estado de plena y absoluta inconsciencia”¹⁷¹ y si eso era así, es decir, si el sujeto no era consciente en absoluto del hecho que realizaba, no faltaría solo la imputabilidad, sino la propia presencia de comportamiento humano, de la acción penal. Sirva como ejemplo, entre otras, la STS de 12 de abril de 1950 (RJ 1950\795) que exige “un estado o situación de plena, total y absoluta inconsciencia, durante cierto período de tiempo, que anula la voluntad del agente y priva al que la sufre del uso de razón para discernir acerca del alcance e ilicitud de los actos que ejecuta”. O la STS de 26 de noviembre de 1984 (RJ 1984\5954) que reclama para aplicar la eximente número 1ª. del artículo 8 del derogado Código Penal, “que el sujeto que las sufre tenga abolidas totalmente sus facultades intelectivas o volitivas, de tal forma que coloque al paciente -enfermo- en un estado de verdadera y manifiesta inconsciencia para sus determinaciones que le prive de la inteligencia y voluntad para comprender, y abarcar la trascendencia, antijuridicidad o injusticia de sus actos”. También la STS de 9 de mayo de 1986 (RJ 1986\2436) solicita “la abolición consecutiva del racionamiento del trastornado o de la determinación autónoma del yo que constituye la voluntad”, ó la STS 25 de junio de 1985 (RJ 1985\3060) que refiere a “la abolición de las normalidades intelectivas y volitivas”¹⁷². O finalmente la STS de 29 de junio de 1984 (RJ 1984\3706) que exige “una anulación completa de la conciencia y la abolición de todo freno inhibitorio, efecto psicológico que sería imprescindible para admitir la completa exención de responsabilidad”.

Ante la posibilidad de conocer y querer de los inimputables y lo exagerado de la exigencia de la total abolición de las facultades intelectuales y volitivas, dicho concepto de imputabilidad tuvo que ser sustituido, creemos que con mucho acierto, en el ámbito

¹⁷¹ STS de 20 de junio de 1985 (RJ 1985\3035).

¹⁷² En iguales términos las SSTS de 5 de noviembre de 1955 (RJ 1955\2980), 7 de noviembre de 1977 (RJ 1977\4213), 17 de febrero (RJ 1978\456) y 10 de abril de 1978 (RJ 1978\1323) y 20 de mayo de 1981 (RJ 1981\2258).

doctrinal y en los más modernos textos legales. Se llegó a la conclusión de que la imputabilidad era algo más que la simple capacidad de conocer o querer lo lícito o antijurídico de la conducta, de ahí que se pasara a conceptualarla como la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión¹⁷³.

La entrada en vigor del actual Código Penal y con él, de una nueva redacción a las exigencias de la responsabilidad penal, permite extraer ya del art. 20.1 CP, una definición de imputabilidad que se concreta en la “capacidad para comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión”. Este concepto, a pesar de lo descrito anteriormente, ya había sido utilizado en la doctrina del Supremo, cuando desde antiguo afirmaba en algunas de sus resoluciones que la misma es “la aptitud para comprender la injusticia del acto que realizó o la voluntad para obrar conforme con ella”¹⁷⁴; o bien que se da “en toda persona que posee capacidad bastante para conocer y distinguir la diferente categoría de lo lícito y de lo prohibido, y conducirse según tal discernimiento”¹⁷⁵. En esta línea se manifestaba asimismo la STS de 25 de febrero de 1970 (RJ 1970\1027) que estableció que debía ser considerado imputable “quien tiene cubiertos los límites mínimos de sus facultades intelectivas para conocer la bondad o malicia de los actos que realiza, o de sus facultades volitivas; para querer libremente los actos ilícitos que lleva a cabo; también para haber podido libremente inhibirlos”.

Posteriormente, y ya en la actualidad, son muchas las sentencias del Alto Tribunal que han definido de este modo la imputabilidad, es decir como, capacidad para “comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión”¹⁷⁶. E incluso

¹⁷³ Así lo ha señalado el propio Tribunal Supremo en STS de 4 de febrero de 2000 (RJ 2000\420): “con referencia a esta incapacidad de comprensión de la antijuridicidad del hecho y de autodeterminación conforme a esa comprensión, la doctrina científica entiende que caracteriza mejor que la fórmula tradicional de la jurisprudencia de incapacidad de querer y entender, y que constituye la esencia de la imputabilidad, o mejor aún de falta de capacidad de culpabilidad”.

¹⁷⁴ STS de 3 de marzo de 1930 (RJ 1930\175).

¹⁷⁵ STS de 10 de abril de 1957 (RJ 1957\1273).

¹⁷⁶ SSTs de 18 de mayo de 1959 (RJ 1959\1786), 17 de diciembre de 1965 (RJ 1965\5713), 14 de febrero de 1966 (RJ 1966\696), 25 de febrero de 1970 (RJ 1970\1027), 21 de junio (RJ 1993\5276) y 20 de julio de 1993 (RJ 1993\6414), 26 de mayo (RJ 1995\3953), 2 de octubre (RJ 1995\7372), 5 de diciembre (RJ 1995\9641) y 19 de diciembre (RJ 1995\9451), todas de 1995, 5 de marzo (RJ 1996\1898), 27 de septiembre (RJ 1996\6496), 4 de octubre (RJ 1996\7197) y 30 de noviembre de 1996 (RJ 1996\9772), 20 de enero (RJ 1997\337) y 19 de abril de 1997 (RJ 1997\3027), 23 de abril (RJ 1998\3812) y 22 de octubre de 1998 (RJ 1998\8716), 9 de octubre (RJ 1999\8916) y 16 de noviembre de 1999 (RJ 1999\8940), 4 de febrero (RJ 2000\420) y 11 de septiembre de 2000 (RJ 2000\7752), 25 de enero (RJ 2001\461) y 14 de

encontramos resoluciones que han ido más allá y se han pronunciado sobre qué es dicha capacidad, entendiéndola como “conjunto de facultades mínimas requeridas para considerar a un sujeto culpable por haber realizado un hecho típico y antijurídico”¹⁷⁷; o “las facultades mínimas de comprensión de la realidad y del sentido de sus propios actos”¹⁷⁸.

También la jurisprudencia ha tenido ocasión de ocuparse del fundamento de la categoría dogmática estudiada, aludiendo con diferente terminología, frecuentemente y desde antiguo a la *libertad humana*. Ha utilizado términos como *libre albedrío*, en la STS de 1 marzo de 1950 (RJ 1950\458), cuando al estudiar la aplicación de la eximente contemplada en el art. 8.1º TRCP1973 manifiesta que la misma exige “un estado de absoluta perturbación de las facultades mentales, que se traduce en una verdadera y total inconsciencia para las decisiones en la vida de comunidad, sea permanente o accidental, que priva al que la sufre de su libre albedrío, requisito fundamental de toda acción delictiva”. Al igual que la STS de 5 de abril de 1954 (RJ 1954\1122), que al enumerar los requisitos que exige el trastorno mental transitorio sostiene “... 3º. que el libre albedrío se anule en absoluto”. También la STS de 13 de abril de 1955 (RJ 1955\938) utiliza la expresión normalidad mental, que consiste en el “libre y consciente ejercicio” de las facultades mentales. Finalmente, la STS de 18 de noviembre del mismo año (RJ 1955\3015), que refiere en relación a la epilepsia que la misma “puede dejar intacta la libre determinación del enfermo en el momento de delinquir”.

Otras sentencias posteriores han aludido a la *libertad de decisión* para referirse a la libertad como fundamento de la imputabilidad. Sirva como ejemplo la STS de 17 de mayo de 1991 (RJ 1991\3685) que, al ocuparse como muchas otras¹⁷⁹ de la

mayo de 2001 (RJ 2001\10313), 4 de febrero (RJ 2002\2675) y 3 de diciembre de 2002 (RJ 2002\174), 18 de febrero (RJ 2003\2388), 22 abril (RJ 2003\4676) y 24 de noviembre de 2003 (RJ 2003\8619), 10 de febrero (RJ 2004\2139), Auto 17 de marzo (RJ 2004\114279), 20 de mayo (RJ 2004\166689), 27 de mayo (RJ 2004\3798), 19 de julio (RJ 2004\6039), 17 de septiembre (RJ 2004\5777), y 11 de octubre, todas de 2004 (RJ 2004\7319), Auto 20 de enero (RJ 2005\121461) y SSTS de 25 de febrero (RJ 2005\1903), 6 de abril (RJ 2005\2009), Auto 2 de junio (RJ 2005\179762) y 11 de octubre de 2005 (RJ 2005\7511), 8 de marzo de 2006 (RJ 2006\2278) y Auto 24 de mayo de 2006 (RJ 2006\173967), entre muchas otras.

¹⁷⁷ SAP de Las Palmas de Gran Canaria de 20 de marzo de 1990 (ARP 1990\1549).

¹⁷⁸ STS de 14 de junio de 2006 (RJ 2006\4759).

¹⁷⁹ SSTS de 11 de noviembre de 1987 (RJ 1987\8496), 16 de febrero de 1988 (RJ 1988\1095), 29 de septiembre de 1989 (RJ 1989\7516), 17 de mayo de 1991 (RJ 1991\3685), 6 de mayo (RJ 1992\4315) y 9

imputabilidad de los psicópatas, refiere que el padecer las mismas “no influye para nada en la capacidad de comprender o de querer del sujeto agente, puesto que su raciocinio y la libertad de decisión permanecen intactos”; o se dice que permanece inalterable su “libertad de decisión y capacidad de análisis”¹⁸⁰. También la STS de 4 de octubre de 1982 (RJ 1982\5593) entiende la imputabilidad como “capacidad de discernir el bien y el mal o de su libertad de decisión y de determinación”. Finalmente, la STS de 29 de septiembre de 1987 (RJ 1987\6651) pone de manifiesto “que hubo merma de las facultades cognoscitivas y volitivas, del raciocinio y de la libertad de decisión”.

En otras ocasiones el Tribunal Supremo ha utilizado el término *capacidad de autodeterminación* para referirse a la imputabilidad, como en las *SSTS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988\1341)* en la que en relación con un caso de psicopatía, se afirma que “de acuerdo con la interpretación biológico-psiquiátrica que la doctrina ha hecho de la circunstancia número 1 del artículo 8 del Código Penal, pueda ser más o menos relevante, o en ocasiones absolutamente irrelevante, para la determinación de la imputabilidad que quepa atribuirle, según la entidad de la merma que el sujeto experimente en sus facultades intelectuales y volitivas, es decir, en su capacidad para autodeterminarse libre y conscientemente” y de *13 de marzo de 1997 (RJ 1997\1691)* que con objeto de pronunciarse sobre la imputabilidad de un sujeto adicto a las drogas explica que habrá que definir “el grado de influencia que la adicción del sujeto pueda tener en su capacidad de pensar y de querer, es decir, sobre su inteligencia y voluntad, sobre su capacidad de autodeterminación”, pudiendo encontrarse en ocasiones, como en STS de 1 de diciembre de 1986 (RJ 1986\7768) sujetos cuya adicción “disminuía en forma leve su facultad de libre determinación, pero sin que tuviere anuladas la conciencia y la voluntad ni suprimida la capacidad de autodeterminación”. También la STS de 22 de febrero de 1997 (RJ 1997\1369) al ocuparse de la imputabilidad de los psicópatas recoge que “sus efectos, exclusivamente atenuatorios, nacen de su concurrencia con anomalías que produzcan una disminución grave de la capacidad de

de junio de 1992 (RJ 1992\4889), 22 abril (RJ 1993\3174), 28 de mayo (RJ 1993\4273) y 20 de septiembre de 1993 (RJ 1993\6801), 27 de abril (RJ 1994\4602), 27 de julio (RJ 1994\6817) y 28 de septiembre de 1994 (RJ 1994\7238) y 7 de mayo de 1996 (RJ 1996\3843).

¹⁸⁰ STS de 7 de septiembre de 2001 (RJ 2001\7369).

autodeterminación”. Finalmente, entre otras¹⁸¹, la STS de 5 de diciembre de 1996 (RJ 1996\9486) estima sobre el trastorno mental transitorio que “anula momentáneamente la capacidad de autodeterminación del sujeto y desaparece después sin dejar secuelas”.

En otras ocasiones el Alto Tribunal usa la expresión *capacidad de autorregulación* como en las SSTS de 29 de noviembre de 1996 (RJ 1996\8675) y 15 de diciembre de 1994 (RJ 1994\9378) que con objeto de tratar la imputabilidad de los adictos a las drogas afirman que las mismas pueden “producir un deterioro de la personalidad que disminuye de forma notoria la capacidad de autorregulación del sujeto”.

Por último también alude a la de *capacidad de autocontrol* en el Auto de 24 de mayo de 2006 (RJ 2006\173967) donde se reconoce en el procesado “una disminución de sus capacidades volitivas y de autocontrol, estando éstas, levemente mermadas en el momento de los hechos”, cosa que no ocurre en la STS de 4 de octubre de 1982 (RJ 1982\5593) donde se refiere a la no afectación de “la capacidad de discernimiento del sujeto ni a sus facultades de inhibición, autodominio o autocontrol, es decir, a su capacidad de determinación o de decisión”. También la STS de 28 de abril de 1989 (RJ 1989\6294) en la que se explica que el sujeto “ocasionalmente, en situaciones de tensión emocional, puede sufrir una reducción parcial importante en su reflexividad y lucidez de conciencia y en su capacidad de autocontrol y volitiva”. Junto a ellas, la STS de 22 de octubre de 1987 (RJ 1987\7572) que señala la posible afectación sensible en el sujeto de “su capacidad de discernimiento en cuanto a su veracidad, y también a su capacidad de autocontrol volitivo en lo referente al control de su voluntad” y la STS de 19 de mayo de 1996 (RJ 1996\3889) en la que se reconoce “que a la hora de medir tal afectación de la imputabilidad, entendemos que conservaba, aunque disminuidas notablemente, sus facultades de autocontrol, lo que justifica la aplicación, no de la eximente completa del núm. 1.º del art. 8.º, como pretende la recurrente, sino la incompleta del núm. 1.º del art. 9.º”, entre otras¹⁸².

¹⁸¹ SSTS de 16 de enero de 1980 (RJ 1980\96), 3 de julio de 1987 (RJ 1987\5152), 27 de marzo de 1989 (RJ 1989\2740), 11 de diciembre de 1992 (RJ 1992\10165), 22 de abril de 1993 (RJ 1993\3174), 27 de julio (RJ 1994\6817) y 28 de septiembre de 1994 (RJ 1994\7238), 22 de marzo de 1995 (RJ 1995\2271), 18 de mayo de 1996 (RJ 1996\4549) y 25 de junio de 1997 (RJ 1997\4975).

¹⁸² SSTS de 24 de octubre de 1994 (RJ 1994\8165) y 22 de marzo de 1995 (RJ 1995\2253).

También el Tribunal Supremo, sobre todo en los últimos años, se ha referido al fundamento de la imputabilidad como *capacidad de motivación* por la norma penal. En tal sentido cabe mencionar sentencias como la de 28 de enero de 1989 (RJ 1989\598) que considera que “la capacidad de culpabilidad o inimputabilidad en la terminología clásica descansa estructuralmente en una falta de motivación por la norma” y la STS de 20 de julio de 1987 (RJ 1987\5572) que alude, en relación a la imputabilidad del sujeto autor de los hechos, que el mismo actuó “con plena capacidad para entender y querer y, por consiguiente, para recibir la motivación de la norma y dirigir su propio comportamiento según las exigencias de la misma”. Junto a ella, la STS de 30 de diciembre de 1989 (RJ 1989\929) que estima que “la posibilidad de motivación por norma resta intacta”; la STS de 15 de octubre de 1990 (RJ 1990\8073) que define la imputabilidad como “aptitud para la normal motivación por la ley...”; la STS de 23 de noviembre de 1993 (RJ 1993\8683) que refiere “la capacidad de culpabilidad o de motivación por la norma es un tema de valoración de la prueba”; y la STS de 27 de mayo de 1994 (RJ 1994\4405) que con objeto de mostrar la imputabilidad del sujeto en el momento de los hechos explica que “su capacidad de motivación por la norma estaba seriamente mediatizada por la alteración anímica padecida”. Más recientemente, la STS de 17 de diciembre de 1997 (RJ 1997\8769), recoge literalmente la expresión “capacidad de motivación por la norma” y las SSTS de 1 de octubre de 1999 (RJ 1999\7594) y 16 de noviembre de 1999 (RJ 1999\8940) que consideran acerca de la definición legal de 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”. En la misma línea, las SSTS de 11 de septiembre de 2000 (RJ 2000\7752) y de 16 de octubre de 2000 (RJ 2000\9768) cuando afirman que “es preciso que la anomalía o alteración se interponga entre el sujeto y la norma que establece la ilicitud del hecho, de forma que no pueda ser motivado por aquella o que, pudiendo percibir el mandato o la prohibición contenidos en la norma, carezca ésta de fuerza motivadora para el sujeto porque el mismo se encuentre determinado en su actuación por causas vinculadas a su alteración psíquica que anulen la motivación normativa”.

Finalmente la STS de 22 de septiembre de 2003 (RJ 2003\7439), al advertir que la definición del art. 20.1 CP “pone 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” y la STS de 27 de febrero de 2006 (RJ 2006\1812) que considera que no queda acreditado que “ese hábito tóxico haya influido en su capacidad de motivación, en definitiva, haya afectado a sus facultades psíquicas, intelectivas o volitivas”.

VI. POSICIÓN PERSONAL

Intentar conocer el fundamento de la imputabilidad y de la culpabilidad nos conduce ineludiblemente al problema de la libertad de la voluntad humana. Pero si pretendemos esclarecer el mismo a través de la resolución de la discusión entre libre albedrío y determinismo y dado que tan indemostrable es la posibilidad de actuar de un modo distinto a como se hizo, como lo contrario, estamos seguros de que nunca podremos lograrlo, ya que como ROXIN, pensamos que el principio de culpabilidad “es un tema eterno del Derecho penal y su principal problema específico: tanto en su existencia y en sus presupuestos como en la constatación de su fundamento y medida está expuesta a dudas que nunca serán despejadas”¹⁸³.

Pretender solucionar este debate supone entrar en un terreno ético y metafísico que parece no tener respuesta. Por ello, y siguiendo a MORILLAS CUEVA¹⁸⁴ por lo acertado de sus reflexiones, estimamos que debemos trasladar esta cuestión al plano normativo, esto es, dado que el Derecho penal es una ciencia normativa, el fundamento de la imputabilidad debemos buscarlo en un ámbito de racionalidad axiológica y práctica¹⁸⁵.

¹⁸³ ROXIN, C.: “Culpabilidad, prevención y responsabilidad en derecho penal”, en *Culpabilidad y prevención en Derecho penal*, traducción, introducción y notas, MUÑOZ CONDE, F., Reus, Madrid, 1981, p. 147.

¹⁸⁴ MORILLAS CUEVA, L.: “La culpabilidad...”, cit., p. 89.

¹⁸⁵ GARCÍA GARCÍA, J.: *Drogodependencias...*, cit., p. 162.

Nuestra Constitución, al igual que los demás textos fundamentales de nuestro entorno se basa en la idea de libertad como bien jurídico protegido penal y constitucionalmente, pues se reconoce un Estado de libertades públicas que permite la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social en franca libertad, cuando el artículo 1.1 de la CE proclama como valor superior del Ordenamiento Jurídico del Estado Social y Democrático de Derecho, la “libertad”, e incluso, con el art. 9.2 CE se llega hasta el punto de atribuir la promoción de condiciones a los poderes públicos para que la “libertad del individuo sea real y efectiva”¹⁸⁶.

El Derecho penal no puede vivir de espaldas a este reconocimiento constitucional de que los hombres son seres libres, con capacidad de decisión sobre sus actos de forma responsable y autónoma, pues se trata de una auténtica exigencia jurídica¹⁸⁷ sobre la que se construye gran parte de la propia vida social al estar basada en la “recíproca atribución de libertad”¹⁸⁸.

Además, debido también a que nuestro modelo de Estado de Derecho muestra como principio rector el principio de la dignidad humana, que se basa en la idea de que el hombre es un ser capaz de elección, y que dota de sentido y cohesión al conjunto de derechos y libertades recogidos por los textos constitucionales, estamos obligados a partir de una atribución de libertad al ciudadano¹⁸⁹. El hombre es un ser racional con capacidad de elección libre en la realización de sus actos, pero no hemos de caer en la trampa de pensar que se trata de una libertad absoluta sino relativa, pues no debemos olvidar que existen situaciones contempladas por la legislación en las que el sujeto, a pesar de su libertad, no puede evitar realizar la conducta típica y antijurídica (supuestos legales de no exigibilidad).

Por todo ello, estimamos que desde la perspectiva político-constitucional, que asume una concepción de la persona como ser capaz de autodeterminarse conforme a

¹⁸⁶ MARTOS NUÑEZ, J.A.: *Derecho penal. Parte general: fundamentos del derecho penal*, Civitas, Madrid, 2001, pp. 146 y 147.

¹⁸⁷ CERESO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 40.

¹⁸⁸ ROXIN, C.: “¿Qué queda de la culpabilidad...?”, cit., p. 678.

¹⁸⁹ COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 543.

criterios normativos, que se infiere de los preceptos 1.1 y 10.1 CE¹⁹⁰, parece necesario partir de la idea de libertad como sustrato básico de la persona en el ámbito de las relaciones interpersonales que el individuo establece¹⁹¹.

Pero además de ser la libertad individual un valor superior del Estado democrático de Derecho es una indudable realidad de la vida moral, social y jurídica, pues existe un convencimiento social de su existencia. En la realidad social, el hombre vive, se concibe y actúa como un ser indeterminado. Por eso, la libertad parece la única fundamentación sólida del principio de culpabilidad, en la que se asientan todos los Derechos penales modernos. Únicamente mediante su empleo se puede dar una razón fundada de por qué la pena y la medida de la misma se fundan en la culpabilidad: pues al ser libre, el sujeto es responsable de sus actos y se le reprocha haberse situado en contra de la norma jurídica cuando pudo no hacerlo.

Las restantes fundamentaciones de la culpabilidad, que prescinden de la libertad e incluso la niegan, no ofrecen un fundamento más sólido al hecho de que la pena se imponga sólo en razón y en la medida de la culpabilidad. Pues tan indemostrable es que el autor pudo actuar de otro modo a como lo hizo, como que no pudiera hacerlo. Estamos, por tanto, partiendo en ambas situaciones de fundamentar la culpabilidad en suposiciones. Pero si basamos la culpabilidad en la libertad de voluntad partimos del castigo, como bien apuntan COBO DEL ROSAL y VIVES ANTÓN¹⁹², como “una opción práctica pues si se presupone que el hombre es libre se castiga por las infracciones de las normas que libremente comete, en el caso de basar la culpabilidad en algo distinto, estamos recurriendo a leyes causales para dirigir la conducta”. Por lo tanto, consideramos más acertado, junto a los citados autores, que “por insatisfactorio que parezca castigar sobre la base de una presuposición, más insatisfactorio resultaría gobernar la sociedad humana como si se tratase de un mecanismo”¹⁹³.

¹⁹⁰ CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 40.

¹⁹¹ PRATS CANUT, J.M.: “La culpabilidad: principio y categoría dogmática”, en QUINTERO OLIVARES, G. y MORALES PRATS, F. (coordinadores) y OTROS: *El Nuevo Derecho Penal Español. Estudios Penales en Memoria del Profesor José Manuel Valle Muñiz*, Thomson-Aranzadi, Navarra, 2001, p. 629.

¹⁹² COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 542.

¹⁹³ *Ibidem*, cit.

Mucho se ha criticado el fundamento material de la culpabilidad basado en el poder actuar de otro modo, pero frente al mismo no se han presentado soluciones mejores o conclusiones cualitativamente más relevantes en orden a los elementos que condicionan la atribución del hecho desvalorado al autor. E incluso podemos afirmar con CARBONELL MATEU que las diferencias entre concepciones tampoco son tan esenciales, ya que parecen acabar en el libre albedrío como fundamento de la culpabilidad. Porque tal y como indica este autor, “cómo es posible que un sujeto cuyo libre albedrío se niega pueda motivarse es algo definitivamente mal explicado: si el agente pudo motivarse quiere decir que pudo no matar, siendo así que lo hizo. Parece que estamos afirmando que el sujeto pudo optar, elegir, entre matar o no. En otras palabras: que pudiendo haber adaptado su conducta al Ordenamiento, no lo ha hecho: ha elegido matar. Pues bien, si pudo hacer algo distinto a lo que hizo -pues se afirma que pudo motivarse y no se motivó- quiere decir que era libre para elegir entre matar o no matar. Hemos regresado a la cuestión del libre albedrío”¹⁹⁴. Para motivarse por la norma el sujeto debe ser libre pues sólo de esa forma podrá elegir entre motivarse o no hacerlo, luego volvemos al fundamento que defendemos basado en la libertad. Quizás, al final, estamos hablando de lo mismo, teniendo todas las concepciones una idea común (la posibilidad al fin y al cabo de la elección) lo que conduce inevitablemente a la libertad entre actuar de un modo u otro, entre motivarse y no hacerlo. Estas posiciones han intentado buscar otro fundamento a la culpabilidad, rechazando el principio de “poder obrar de otro modo”, y han terminado utilizando un criterio sustituto del “poder”, pero ahora referido al “poder para motivarse”. En suma, aunque lo nieguen, han acabado por fundamentar la culpabilidad en la idea de libertad de la voluntad¹⁹⁵.

Por todo lo anterior, estimamos que sólo una concepción normativa (mantenida por gran parte de la doctrina y por nuestra legislación penal) sustentada en la libertad de voluntad, en la autodeterminación como hecho real y propio del funcionamiento humano, y basada sobre todo en el presupuesto indeclinable que constituye la libertad

¹⁹⁴ CARBONELL MATEU, J.C.: “Aspectos penales”, en CARBONELL MATEU, J.C.; GÓMEZ COLOMER, J.L. y MENGÜAL I LULL, J.B.: *Enfermedad mental y delito: aspectos psiquiátricos, penales y procesales*, Civitas, Madrid, 1987, p. 28.

¹⁹⁵ CARBONELL MATEU, J.C.: *Derecho penal: concepto y principios constitucionales*, 3ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 1999, p. 220.

en la construcción de nuestro ordenamiento constitucional, puede configurar el fundamento de la culpabilidad y de la imputabilidad. Partimos pues, de la existencia de una libertad relativa para autodeterminarse a llevar a cabo o no una acción contraria a la norma penal.

**CAPÍTULO SEGUNDO: FÓRMULAS LEGISLATIVAS
DESCRIPTORAS DE LA EXIMENTE. ESPECIAL
REFERENCIA A LA CODIFICACIÓN ESPAÑOLA Y AL
DERECHO COMPARADO**

Tres son las fórmulas legislativas que tradicionalmente se han utilizado para configurar los supuestos de inimputabilidad debido a problemas psíquicos: 1) Fórmula biológica, 2) Fórmula psicológica y 3) Fórmula mixta.

I. FÓRMULA BIOLÓGICA

También ha sido conocida con la denominación psiquiátrica, naturalista, descriptiva o etiológica¹, e incluso psicopatológica² y atiende únicamente para la declaración de inimputabilidad a la enfermedad, trastorno o anomalía del sujeto que comete un hecho típicamente antijurídico. Esta fórmula conecta la exención de responsabilidad criminal con la sola existencia de la enfermedad mental, lo que trae consigo como consecuencia lógica la declaración de inimputabilidad sólo de quien es un enfermo mental³.

Su paradigma es el art. 64 del derogado *Código Penal francés* de 1810 que establece que no existe crimen ni delito si el autor se hallaba en estado de demencia al tiempo del hecho. A dicho Código siguieron (tomándolo como ejemplo) algunos otros como los *Códigos Decimonónicos* de las *Dos Sicilias* de 1819 y el *de Parma* de 1848. También los *Códigos de Baviera* de 1813, *Brasil* de 1830, *Portugal* de 1886, el *holandés* de 1881, el *venezolano* de 1897⁴ y en el ámbito anglosajón la regla de valoración de la responsabilidad criminal conocida como “Test de Durham”⁵.

¹ FERNÁNDEZ ENTRALGO, J.: “La Enajenación...”, cit., p. 122.

² GARCÍA GARCÍA, J.: *Drogodependencias...*, cit., p. 175.

³ TORÍO LÓPEZ, A.: “Las fórmulas legislativas...”, cit., p. 973.

⁴ Véase MATEO AYALA, E.J.: *La inimputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Código penal Español*, prólogo de Juan-Felipe Higuera Guimerá, 1ª ed., 1ª imp., Edersa, Madrid, 2003, pp. 41 y ss.

⁵ “Un sujeto no es imputable si su acto está en relación con su déficit o trastorno mental”, véase DELGADO BUENO, S. y ESBEC RODRÍGUEZ, E.: “Imputabilidad: Concepto y perspectivas. La inimputabilidad de los trastornos mentales” en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, p. 349.

En nuestra legislación ésta ha sido la fórmula que han seguido desde 1822 todos nuestros Códigos Penales, a excepción del de 1928, en el que se utilizó una fórmula mixta⁶.

El *Texto punitivo de 1822*, en su Título Preliminar (dentro del Capítulo II: “De los delincuentes y culpables y de los que responden de las acciones de otros”) y más concretamente, en el art. 26, establecía que “Tampoco se puede tener por delincuente ni culpable al que comete la acción hallándose dormido, ó en estado de demencia ó delirio, ó privado del uso de su razón de cualquiera otra manera independientemente de su voluntad. La embriaguez voluntaria y cualquiera otra privación ó alteración de la razón de la misma clase no serán nunca disculpa del delito que se cometa en ese estado, ni por ella se disminuirá la pena respectiva”. Este artículo no hacía sino describir las situaciones o estados en los que no se podía considerar delincuente a un sujeto⁷.

Desde nuestro punto de vista, son dos las características más sobresalientes del mismo. En primer lugar, la equiparación que realiza entre los sujetos que ejecutan el hecho dormidos y aquellos que lo realizan en estado de demencia o delirio. Respecto de los primeros es inevitable advertir que no presentan dudas sobre su irresponsabilidad debido a que sus actos no son voluntarios, de ahí, que en redacciones posteriores del artículo, estos supuestos fueran excluidos del mismo. Y en segundo lugar, la expresión “privado del uso de su razón de cualquier otra manera” que parece hacer referencia a lo que en Códigos posteriores será denominado trastorno mental transitorio.

A dicho Código le siguió el realizado en 1848⁸, que dentro del Libro I, Título I, Capítulo II, declaraba en su art. 8.1º, al igual que lo haría en su posterior modificación de 1850, que “Están exentos de responsabilidad criminal: 1.º El loco o demente, a no ser

⁶ Término con el que no parece estar de acuerdo MATEO AYALA, E.J.: *Los antecedentes de la eximente de anomalía o alteración psíquica*, 1ª ed., 1ª imp., Dykinson, Madrid, 2005, pp. 85 y ss, que considera que todos los Códigos Penales españoles hasta el de 1928 responden a una fórmula mixta.

⁷ Para TERRADILLOS BASOCO la aplicación de este artículo impide imponer una pena y medidas especiales (TERRADILLOS BASOCO, J.M.: “Tratamiento jurídico-penal de la enajenación”, *Comentarios a la Legislación Penal (dirigidos por Cobo del Rosal y coordinados por Bajo Fernández). La reforma del Código Penal de 1983*, Tomo V-Vol. 1º, Edersa, Madrid, 1985, p. 125).

⁸ Fórmula considerada por GONZÁLEZ GONZÁLEZ “no una fórmula racionalista, ni biológica ni psiquiátrica, sino una fórmula histórica, cultural y del hecho excepcional” (GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J.: *La imputabilidad en el Derecho Penal español. Imputabilidad y locura en la España del siglo XIX*, Comares, Granada, 1994, p. 41).

que haya obrado en un intervalo de razón. Cuando el loco ó demente hubiere ejecutado un hecho que la ley califique de delito grave, el Tribunal decretará su reclusión en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal. En otro caso será entregado a su familia bajo fianza de custodia; y, no presentándola, se observará lo dispuesto en el párrafo anterior”.

Estos Códigos Penales abandonaron la redacción anterior e introdujeron importantes novedades:

En primer lugar, la ausencia de toda referencia al durmiente, ya que se entendió, acertadamente, que al mismo debía aplicársele el art. 1 CP por ausencia de acción penal⁹.

En segundo orden, la introducción de las expresiones “loco” y “demente” para declarar la exención de responsabilidad criminal, fórmula mucho más sintética que la anterior con la que se intenta introducir el lenguaje médico en el Código Penal, pero que provocó en los juristas importantes diferencias en torno a ambas nociones, lo que llevó a que la misma no fuera muy bien acogida. Para algunos se trataba de términos sinónimos¹⁰. Para otros, de una redacción “muy imprecisa” ya que consideraban que el vocablo “loco” sobraba pues la demencia ya albergaba ambos estados. Por último, no faltaron los que aplaudieron la distinción, puesto que estimaban que con el término “demente” se definía la falta de juicio sosegado y tranquilo, y con el de “loco” a la misma falta pero con acceso de delirio o furor¹¹. Así pues, faltó la conformidad sobre la equivalencia o diferencia semántica entre ambos significados, así como sobre su eventual relación de género a especie¹².

⁹ Sobre los efectos del sueño en la responsabilidad penal, ver JIMÉNEZ DÍAZ, M.J.: “Los trastornos del sueño como causa de ausencia de acción penal”, *La Ley*, (1998-5º), D-245, pp. 1609 y ss.

¹⁰ Véase GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J.: *La imputabilidad...*, cit., p. 34.

¹¹ Entre los que destaca PACHECO, J.F., véase GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J.: *La imputabilidad...*, cit., p. 32.

¹² FERNÁNDEZ ENTRALGO, J.: “La Enajenación...”, cit., p. 127.

Finalmente, *como tercera novedad*, se mencionan por primera vez los estados lúcidos, ya que aquellos sujetos que, aun siendo locos o dementes, obrasen en un momento de lucidez, serían considerados plenamente responsables de sus actos.

Será ya en 1870, con la reforma parcial del viejo Código Penal, cuando se introduzcan pequeñas modificaciones en la regulación de la eximente, quedando el precepto redactado en los siguientes términos: “No delinquen y por consiguiente están exentos de responsabilidad criminal: 1º El imbécil y el loco, á no ser que éste haya obrado en un intervalo de razón. Cuando el imbécil ó el loco hubiere ejecutado un hecho que la ley calificare de delito grave, el Tribunal decretará su reclusión en uno de los hospitales destinados á los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal. Si la ley calificare de delito menos grave el hecho ejecutado por el imbécil ó el loco, el Tribunal, según las circunstancias del hecho, practicará lo dispuesto en el párrafo anterior, ó entregará al imbécil ó loco á su familia, si ésta diese suficiente fianza de custodia” (art. 8, dentro del Capítulo II del Título I del Libro I).

El legislador empleó una nueva expresión en la redacción del precepto al anteponer a la fórmula del Código de 1848 que decía “están exentos de responsabilidad criminal...”, la expresión “no delinquen y por consiguiente están exentos de responsabilidad criminal...”. Además, el texto legal sustituye el término demente por el de imbécil, quizás haciéndose eco de las críticas vertidas casi unánimemente por la doctrina de la época en relación a la anterior redacción donde no se hacía referencia al mismo. Además de la sustitución de la conjunción “o” por la “y”, y el establecimiento del pronombre “éste” para referirse al loco que haya obrado con intervalo de lucidez. Inspirado como se afirma en el Código prusiano y en racionales principios y doctrinas médicas, presentó como el anterior similares problemas de interpretación¹³, y ciertas novedades en relación a las medidas de seguridad destinadas a los sujetos a los que es de aplicación lo establecido en el art. 8.1º CP, como la no imposición de las mismas cuando los hechos son constitutivos de una simple falta y la posibilidad de valorar por parte del juez, cuando se trata de un delito menos grave, las circunstancias del hecho a

¹³ BLANCO LOZANO, C.: *La eximente...*, cit., p. 29.

los efectos de declarar el internamiento o la custodia familiar del enfermo. Fuera de estos cambios que suponen la reforma de aquellos aspectos ampliamente criticados por comentaristas y prácticos, este Código no es sino la subsistencia del molde precedente¹⁴, que será utilizado por el *Código Penal para la Zona de influencia española en Marruecos de 1914*.

Dicho Código de 1870 tendrá vigencia, salvo el breve paréntesis en que estuvo en vigor el Código Penal de 1928, hasta 1932, en que se renovará a fondo la fórmula legislativa de la inimputabilidad.

Con la llegada *del Código de 1932*, se produce una nueva redacción que persistirá hasta el anterior Código Penal. El mismo, en su art. 8¹⁵, establecía “Están exentos de responsabilidad criminal: 1º. El enajenado y el que se halle en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito. Para que la embriaguez exima de responsabilidad ha de ser plena y fortuita. Cuando el enajenado hubiere cometido un hecho que la Ley sancionare como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal”.

Este precepto supone una reelaboración del artículo del Código Penal de 1848, con importantes novedades:

En primer lugar, abandonará las voces “loco y demente” y los intervalos de lucidez para buscar una fórmula que comprenda tanto las psicosis, como las oligofrenias y los casos dudosos que merezcan ser asimilados a los de psicosis. En tal sentido, empleando la propuesta de SANCHÍS BANÚS, se decanta por dos conceptos de plena novedad legislativa, el de “enajenado” y el de “trastorno mental transitorio”¹⁶. Los mismos van a perdurar en nuestra Codificación penal hasta que el actual Texto punitivo, los sustituyera.

¹⁴ GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J.: *La inimputabilidad...*, cit., p. 81.

¹⁵ Dentro del Libro I, Título I, Capítulo II.

¹⁶ PÉREZ-VICTORIA, O.: “El 'trastorno mental, transitorio' como causa de inimputabilidad en el Código Penal Español”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, enero-abril, 1952, p. 27.

La introducción de la expresión enajenado supone la ruptura con la terminología médico-psiquiátrica y la utilización del lenguaje coloquial, con el que SANCHÍS BANÚS intenta "... sembrar la concordia entre médicos y juristas...". Dicho término será tachado de ser un vocablo popular esencialmente valorativo¹⁷, que al no tener un significado concreto, pues no denota una materia existente en la realidad que pueda comprobarse o verificarse científicamente, posibilita su aplicación a muchas enfermedades mentales, en detrimento del rigor científico¹⁸.

El uso de este concepto ha sido criticado casi unánimemente por la doctrina¹⁹ y por la jurisprudencia. Equiparar enajenación con enfermedad mental fue un error reiteradamente denunciado²⁰, puesto que obligó a penalistas y jueces a determinar qué hipótesis conformarían la enajenación mental y el trastorno mental transitorio tanto en su forma de eximente completa como incompleta.

En segundo lugar, introducirá como novedad en relación a las medidas de seguridad, el internamiento como la única y unánimemente considerada medida obligatoria, regla que pasará al Código Penal posterior²¹.

Ya en 1944, se aprueba un nuevo Código Penal, en cuyo Libro I, Título I y Capítulo II, encontramos el art. 8, en términos muy parecidos a su antecesor, donde se declara: "Están exentos de responsabilidad criminal: 1º. El enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir.

Cuando el enajenado hubiere cometido un hecho que la Ley sancionare como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal".

¹⁷ TORÍO LÓPEZ, A.: "Las fórmulas legislativas...", cit., pp. 970 y 980.

¹⁸ MENGÜAL I LULL, J.B.: "Aspectos psiquiátricos", en CARBONELL MATEU, J.C.; GÓMEZ COLOMER, J.L. y MENGÜAL I LULL. J.B.: *Enfermedad mental y delito: aspectos psiquiátricos, penales y procesales*, Civitas, Madrid, 1987, p. 200.

¹⁹ CUELLO CONTRERAS, J.: *El Derecho Penal español...*, cit., p. 989.

²⁰ SÁNCHEZ YLLERA, I.: "Art. 20.1.º...", cit., p. 117.

²¹ TERRADILLOS BASOCO, J.M.: "Tratamiento jurídico-penal...", cit., p. 127.

Tan sólo como novedad del mismo podemos referir la introducción en el primer párrafo, al final de la fórmula que estima “Están exentos de responsabilidad criminal: 1º. El enajenado y el que se halle en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito” de la expresión “para delinquir” y la supresión de la referencia expresa a la embriaguez, lo que ha llevado a la doctrina a considerarla incluida en ella, dado que el legislador no la ha ubicado en ningún otro apartado del citado artículo²².

Finalmente, en 1973, se articula la referida eximente en su art. 8.1 CP²³ del siguiente modo: “Art. 8.º Están exentos de responsabilidad criminal:

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

Cuando el Tribunal sentenciador lo estime procedente, a la vista de los informes de los facultativos que asistan al enajenado y del resultado de las demás actuaciones que ordene, podrá sustituir el internamiento, desde un principio o durante el tratamiento, por alguna o algunas de las siguientes medidas:

- a) Sumisión a tratamiento ambulatorio.
- b) Privación del permiso de conducción o de la facultad de obtenerlo durante el tratamiento o por el plazo que se señale.
- c) Privación de la licencia o autorización administrativa para la tenencia de armas, o de la facultad de obtenerla, con intervención de las mismas durante el tratamiento o por el plazo que se señale.
- d) Presentación mensual o quincenal, ante el Juzgado o Tribunal sentenciador, del enajenado, o de la persona que legal o judicialmente tenga atribuida su guarda o custodia”.

Su principal novedad consiste en la enumeración de las medidas de seguridad que se pueden imponer y la inclusión en el párrafo tercero de la posibilidad de sustituir la medida de internamiento en un centro por las demás medidas que se relacionan en el precepto.

²² BLANCO LOZANO, C.: *La eximente...*, cit., p. 32.

²³ Dentro del Capítulo II del Título I del Libro I.

Repasada la trayectoria legislativa en nuestra Codificación, debemos advertir que, según entendemos, la fórmula biológica presenta varios inconvenientes:

1. Dependiendo de la interpretación que se realice de la misma puede presentar un ámbito de aplicación muy reducido²⁴, lo que ocurrirá (y, de hecho, ha ocurrido) si se parte de identificar el elemento biológico (por ejemplo enajenación mental) con un concepto restringido de enfermedad mental, que considere como tal únicamente las psicosis. Siendo así, sólo los psicóticos serían enfermos mentales y, en consecuencia, inimputables, en tanto que no podrían ser declarados como tales aquellas personas que padecieran cualquier otra anomalía psíquica (oligofrenia, neurosis, psicopatía, etc).

2. Conduce a declarar al enfermo mental como inimputable y, por tanto, como irresponsable criminal, casi de forma automática, por el mero hecho de padecer la enfermedad (sólo psicosis si se realiza la interpretación antes apuntada), con independencia de que la misma esté o no conectada con la ejecución del acto delictivo. Tal proceder puede tener ventajas, como la consecución de una mayor seguridad jurídica, al precisarse exacta y taxativamente los casos en que la inimputabilidad debe ser declarada, pero también inconvenientes, pues las calificaciones mecánicas deben ser tomadas con cautela, ya que en Derecho y sobre todo en Derecho penal, resultan sumamente peligrosas. La presencia en un sujeto de una enfermedad mental no significa que sea irresponsable en todo caso, lo que dependerá de diversos factores que vincularán o no el hecho criminal a su padecimiento.

3. A lo que se añade, que con esta fórmula, aun cuando corresponde al juez la decisión sobre la imputabilidad o inimputabilidad del autor del hecho, al venir avalada de forma automática por el diagnóstico psiquiátrico efectuado por el perito, al final parece que sería éste quien asumiría tan importante decisión.

4. Con todo, la crítica más importante que debe hacerse a la fórmula biológica es que la única referencia al padecimiento psíquico del autor de un hecho delictivo resulta insuficiente para declarar su inimputabilidad, puesto que lo verdaderamente relevante es que del mismo se deriven ciertos efectos que presidan su actuación. Por eso, en muchos

²⁴ En este sentido CARMONA CASTILLO, G.A.: *La imputabilidad penal...*, cit., p. 87.

países en los que legalmente se ha adoptado la misma, la doctrina y la jurisprudencia se han visto obligadas a exigir o completar lo que la legislación no ha manifestado expresamente, a través de la solicitud de una serie de referencias psicológicas. Este es el caso de España, donde la jurisprudencia ha seguido siempre una línea interpretativa de aplicación de una fórmula mixta, al exigir un efecto psicológico como consecuencia de la enfermedad, cumpliendo con ella los deseos de la doctrina mayoritaria²⁵.

II. FÓRMULA PSICOLÓGICA

También conocida como método valorativo, sintomático o normativo²⁶, se limita única y exclusivamente, a indicar las consecuencias psicológicas que jurídicamente son relevantes para calificar a un sujeto como inimputable, con independencia de las causas o factores que las provocan. Lo fundamental son los efectos de inimputabilidad que se producen en el momento del hecho, consistentes por regla general en la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión.

Esta fórmula peca de excesiva amplitud, ya que permite una excesiva discrecionalidad judicial, lo que dificulta que la jurisprudencia sea uniforme y, en consecuencia, genera una gran incertidumbre, imprecisión e inseguridad jurídica. Para solucionar este problema, los países que la han aplicado se han visto en la necesidad de elaborar un catálogo de trastornos de los que se pudieran derivar dichos efectos psicológicos. Se trata, por tanto, de un criterio demasiado elástico, por lo que es muy difícil encontrarlo en algún sistema penal positivo²⁷.

²⁵ Así lo afirma el TS en sentencia de 19 de julio de 2004 (RJ 2004\6039) al referir “Fue la propia Jurisprudencia, desde tiempos antiguos (incluso anteriores a la trascendental STS de 29 de mayo de 1948 [RJ 1948\870]), la que desarrolló, en nuestro país, el denominado «criterio mixto», «biológico-psicológico» o también denominado en otros ámbitos «normativo-psicológico», para dejar sentado que la detección de la anomalía no era siempre equivalente a la exención de la responsabilidad criminal, pues para ello se requerían otros dos elementos igualmente esenciales, consecuencia de aquella, a saber: a) la afectación o limitación severa de alguna de las facultades psíquicas del sujeto, es decir, la cognoscitiva o de conocimiento por el individuo del alcance de la ilicitud de su conducta y la volitiva o de libre voluntad para acomodar su comportamiento a ese previo conocimiento de la ilicitud del acto que llevaba a cabo; y b) la «relación de sentido» entre la enfermedad y sus consecuencias en lo psíquico con el delito efectivamente ejecutado”.

²⁶ FERNÁNDEZ ENTRALGO, J.: “La Enajenación...”, cit., p. 123.

²⁷ CAIROLI MARTÍNEZ, M.: “La capacidad de culpabilidad...”, cit., p. 898.

Podemos citar como ejemplos los artículos 37 y 26 de los derogados *Códigos Penales de Holanda de 1881 y de Portugal de 1886* respectivamente²⁸, los también derogados art. 34.1 del *Código Penal toscano* de 1853²⁹, art. 11.2 del *Código Penal de Checoslovaquia* de 1962³⁰, y art. 20, fracción IX, primera parte del *Código Penal de Veracruz* de 1980³¹.

Se ha aludido a su carácter esencialmente doctrinal más que legal para justificar su escasa utilización, aunque consideramos que es la gran inseguridad jurídica que produce, por no descansar en conocimientos científicos firmes, lo que ha provocado que los ordenamientos jurídicos no la hayan utilizado para declarar la inimputabilidad de las personas con problemas psíquicos. Con esta fórmula se deja una excesiva libertad al juez para decidir sobre la imputabilidad del sujeto en el momento de los hechos enjuiciados, lo que puede originar, como acertadamente ha puesto de relieve TORÍO LÓPEZ, “aplicaciones indebidas de la pena o configurar pietatis causa absoluciones en casos donde la culpabilidad se encuentre presente”³².

En definitiva, esta fórmula no constituye una solución adecuada para declarar la inimputabilidad del que sufre problemas psíquicos debido a la excesiva discrecionalidad judicial que permite, lo que dificulta que la jurisprudencia sea uniforme y, en consecuencia, por la gran inseguridad jurídica que genera.

III. FÓRMULA MIXTA

El método o fórmula mixta³³ también conocido como método biológico-psicológico³⁴, biológico-normativo³⁵, normativo-biológico³⁶, psicológico-normativo³⁷,

²⁸ Así lo señala FERNÁNDEZ ENTRALGO, J.: “La Enajenación...”, cit., p. 123.

²⁹ Este artículo estimaba que “Las violaciones de la ley penal no son imputables cuando quien las cometió no tuvo conciencia de sus actos y libertad de elección”.

³⁰ En el mismo se establecía que “Quien no ha podido comprender en el momento del acto que su conducta era peligrosa para la comunidad o no ha podido dominar su conducta, no es penalmente responsable por dicho acto”.

³¹ En ese artículo se disponía como causa que excluye la incriminación: “Que el agente en el momento de realizar la conducta o hecho, a virtud de cualquier causa, no tuviere la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, con excepción de aquellos casos, en que el sujeto activo haya provocado dolosa o culposamente dicho estado”.

³² TORÍO LÓPEZ, A.: “Las fórmulas legislativas...”, cit., p. 975.

³³ SÁINZ CANTERO, J.A.: *Lecciones de Derecho Penal...*, cit., pp. 651 y 652 y las SSTs de 27 de marzo de 1987 (RJ 1987\2225) y 19 de julio de 2004 (RJ 2004\6039).

psicopatológico-normativo³⁸, psiquiátrico-psicológico-jurídico, psiquiátrico-psicológico o biopsicológico³⁹, psiquiátrico-psicológico⁴⁰, psíquico-normativo⁴¹, psicopatológico y médico-legal⁴², bio/psicopatológico-psicológico⁴³ o psicológico-psiquiátrico y normativo⁴⁴, supone una combinación de los dos métodos anteriores, al exigir unas causas biopatológicas que deben producir en el momento de la comisión del hecho delictivo determinados efectos psicológicos, cifrados en la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión.

Fue el *Código Penal de 1928* en su art. 55, bajo el epígrafe de las “Causas de inimputabilidad”, el primero que recurrió a esta fórmula para declarar la inimputabilidad de los sujetos afectados de anomalías o alteraciones psíquicas. El citado precepto utilizó un criterio totalmente diferente al seguido hasta el momento por la legislación penal española y también del que se seguirá utilizando en los sucesivos textos punitivos hasta el actual⁴⁵. El mismo establecía: “Es irresponsable el que, en el momento de ejecutar la acción u omisión punible, se hallare en estado de perturbación o debilidad mental, de origen patológico, que prive necesariamente y por completo a su conciencia de la aptitud para comprender la injusticia de sus actos, o a su voluntad para obrar de acuerdo con ella, siempre que no se hubiere colocado en ese estado voluntariamente”.

³⁴ SÁNCHEZ YLLERA, I.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 114 y MIR PUIG, S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 562.

³⁵ FERNÁNDEZ ENTRALGO, J.: “La Enajenación...”, cit., p. 123.

³⁶ TORÍO LÓPEZ, A.: “Las fórmulas legislativas...”, cit., p. 971.

³⁷ JAKOBS, G.: *Derecho Penal...*, cit., p. 630; MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad...*, cit., p. 358 y la STS de 10 de julio de 2000 (RJ 2000\6616).

³⁸ GARCÍA GARCÍA, J.: *Drogodependencias...*, cit., p. 177.

³⁹ CERESO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 53.

⁴⁰ COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 585; MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., p. 69 y las SSTS de 22 de febrero de 2005 (RJ 2005\1943) y 13 de diciembre de 2005 (RJ 2006\3020).

⁴¹ JESCHECK, H.H. y WEIGEND T.: *Tratado de Derecho Penal...*, cit., p. 469.

⁴² ORTEGA MONASTERIO, L.: “La imputabilidad desde el punto de vista clínico”, en ORTEGA MONASTERIO, L. y colaboradores: *Psicopatología jurídica y forense*, PPU, Barcelona, 1991, p. 169.

⁴³ ESBEK RODRÍGUEZ, E.: “El Psicólogo Forense en el proceso penal”, en ESBEK RODRÍGUEZ, E.; GÓMEZ-JARABO, G. y NEVADO BRAVO, C.: *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*, 1ª ed., 1ª imp., Edisofer, Madrid, 2000, p. 118.

⁴⁴ El Tribunal Supremo en sentencia de 25 de febrero de 1997 (RJ 1997\2210).

⁴⁵ ROMERO SIRVENT, C. y GÓMEZ PAVÓN, P.: “Enajenación mental y trastorno mental transitorio (Evolución legal y análisis jurisprudencial)”, *La Ley* (1985-1º), p. 984.

El texto legislativo sustituye la frase con la que comenzaba el anterior Código (“No delinquen y por tanto están exentos de responsabilidad criminal...”) por una fórmula más precisa “Es irresponsable...”, y omite la referencia a los intervalos lúcidos. La principal aportación de este Código consiste en exigir junto a un elemento biológico (“estado de perturbación o debilidad mental de origen patológico”) un elemento psicológico (“que prive necesariamente y por completo a su conciencia de la aptitud para comprender la injusticia de sus actos, o a su voluntad para obrar de acuerdo con ella, siempre que no se hubiere colocado en ese estado voluntariamente”). Por tanto, sólo cuando el sujeto presentaba tal estado debido a dichas causas y producidos los aludidos efectos, consistentes en la incapacidad para conocer la ilicitud del acto (lo que el Código Penal refiere como “injusticia”) o bien para obrar conforme a dicha conciencia, podía aplicarse este artículo y, por tanto, la exención de responsabilidad criminal.

Nuestro vigente Código Penal, al igual que la mayoría de las legislaciones penales de nuestro entorno cultural, recoge en su articulado el método mixto, al exigir un *presupuesto psicopatológico* constituido por lo que en el art. 20.1 CP se denomina “anomalía o alteración psíquica” (que puede ser de carácter permanente o transitorio, según podemos comprobar de la lectura del párrafo 2º de dicho artículo) y *un elemento normativo*, cifrado en que a causa de la alteración o anomalía psíquica padecida, el sujeto sea incapaz de comprender lo injusto del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión al tiempo de cometer la infracción penal. Es este último elemento el decisivo para declarar la exención de responsabilidad criminal del sujeto⁴⁶.

La existencia o no en la persona de una base de anomalía o alteración psíquica corresponde declararla al perito, mientras que al juez compete apreciar, de acuerdo con los hechos que se prueben y con el apoyo de los dictámenes periciales, la afectación o incapacidad del concreto acusado para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión. Con lo que podemos concluir que el enjuiciamiento de

⁴⁶ BUSTOS RAMÍREZ y HORMAZÁBAL MALARÉE consideran que es sobre este elemento sobre el que se pone el acento para declarar exento de responsabilidad al sujeto que padece una anomalía o alteración psíquica (BUSTOS RAMÍREZ, J.J. y HORMAZÁBAL MALARÉE, H.: *Lecciones de Derecho Penal. Parte General*, Trotta, Madrid, 2006, p. 458).

la capacidad de culpabilidad es una cuestión jurídica que deberá resolver el Juez con la ayuda de los expertos.

Con esta nueva redacción, se ha producido un gran cambio, por el salto considerable que supone pasar de un concepto puramente biológico de enfermedad mental, la “enajenación”, a un criterio mixto donde se requiere tanto una anomalía o alteración psíquica como el efecto que la misma debe producir sobre la capacidad del sujeto⁴⁷ y por el intento de lograr el objetivo de ampliar el ámbito de la eximente de anomalía o alteración psíquica, al englobar dentro del art. 20.1 CP tanto a las que han sido conocidas como las estrictas enfermedades mentales o psicosis como al resto de manifestaciones anormales del psiquismo. A este tema volveremos con posterioridad.

El Código Penal de 1995 tomó como base la redacción que sobre dicha eximente realiza *el Código Penal alemán en su §20⁴⁸*, donde señala que: “No actúa culpablemente el que, al cometer el hecho, como consecuencia de una perturbación psíquica patológica, de una alteración profunda 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”.

Este párrafo realiza, en primer lugar, una enumeración de las causas a partir de las cuales se puede establecer el juicio de imputabilidad del sujeto, para posteriormente describir los efectos que dichas causas deben producir en el mismo. Se mencionan cuatro causas psicopatológicas: trastornos psíquicos patológicos, trastornos profundos de la conciencia, oligofrenia y otras anomalías psíquicas graves y, como efecto, la incapacidad para comprender lo injusto del hecho o de obrar conforme a ese conocimiento. Se asienta, por tanto, este Código para la declaración de inimputabilidad en dos criterios: en primer lugar, en la presencia de una serie de factores biológicos y, en segundo orden, en los efectos que dichos factores deben producir en el sujeto, que se manifiestan en una doble dirección (bien anulando la capacidad de comprensión del

⁴⁷ PADILLA ALBA, H.R.: *Exención...*, cit., p. 47.

⁴⁸ Dentro del Capítulo II “El Hecho” del Título I “Fundamentos de la punibilidad”.

hecho injusto bien incapacitando al sujeto para comportarse de acuerdo a dicha comprensión)⁴⁹.

La primera de las causas enumeradas alude a *los trastornos psíquicos patológicos*. Con esta referencia el Código Penal alemán reemplaza al antiguo “trastorno patológico de la actividad mental” intentando superar lo restrictivo de este concepto e incluir todos aquellos trastornos psíquicos que se deben a causas corporales-orgánicas⁵⁰. Entre estos trastornos deben ser incluidas con toda certeza las psicosis, por caracterizarse en parte por una correlación conocida entre el cuadro psicopatológico y un hallazgo orgánico cerebral⁵¹. Las psicosis están compuestas por dos grandes grupos de anormalidades patológicas de distinto origen: las psicosis exógenas y las psicosis endógenas. Las primeras presentan una causa externa como causante de la perturbación psíquica, entre las que cabe actualmente mencionar: las psicosis traumáticas, las psicosis por intoxicación, a las que pertenecen también los estados de embriaguez producidos por el alcohol u otros medios, las psicosis infecciosas, las dolencias convulsivas orgánicocerebrales (epilepsias) y los casos de desintegración de la personalidad con base orgánicocerebral (arterosclerosis cerebral y atrofia cerebral)⁵². Las segundas constituyen psicosis en las que si bien no se puede constatar con exactitud la presencia de un proceso patológico, de una alteración enfermiza de lo corporal, debe presumirse con un alto grado de probabilidad⁵³. Las formas más importantes de expresión de estas afecciones lo constituyen la esquizofrenia y las perturbaciones afectivas.

Con la referencia a la *alteración profunda de la conciencia*, se recogen únicamente aquellas perturbaciones no patológicas bien porque presentan una naturaleza fisiológica como consecuencia de la presencia de algún factor recurrente (como puede ser el caso del agotamiento profundo o de la somnolencia) o bien porque tienen naturaleza psicológica como la situación de semiinconsciencia hipnótica o la de máximo arrebat

⁴⁹ PRATS CANUT, J.M.: “Imputabilidad y alteración psíquica. Soluciones de Derecho comparado: Francia, Italia y R.F. Alemana”, en *Jornadas sobre Psiquiatría forense*, Colección Cursos del Centro de Estudios Judiciales, vol. 3, Ministerio de Justicia, Madrid, 1994, pp. 137 y 138.

⁵⁰ ROXIN, C.: *Derecho Penal...*, cit., p. 827.

⁵¹ JAKOBS, G.: *Derecho Penal...*, cit., p. 633.

⁵² ROXIN, C.: *Derecho Penal...*, cit., p. 827.

⁵³ MAURACH, R. y ZIPF, H.: *Derecho penal...*, cit., p. 612.

emocional⁵⁴. Con esta nueva redacción el §20 ya no exige un estado de inconsciencia en el sujeto sino que se conforma con una profunda afectación de la conciencia. La expresión “profunda” recoge sólo aquellas alteraciones de la conciencia que han alcanzado un grado que va más allá del margen de lo normal⁵⁵ produciendo una destrucción de la estructura psíquica del sujeto, sin anularla. De entre todas las perturbaciones profundas de la conciencia los estados pasionales intensos son los que en más ocasiones dan lugar a la declaración de inimputabilidad⁵⁶.

En tercer lugar, el §20 menciona el término *debilidad mental* para referirse a los supuestos en que el sujeto presenta un escaso desarrollo intelectual debido a un determinado proceso patológico que le impide una normal socialización⁵⁷. La oligofrenia que tiene su origen en lesiones cerebrales en el claustro materno, o en lesiones traumáticas durante el parto o en la primera infancia, encaja ya en el elemento del “trastorno psíquico patológico”⁵⁸. Por lo tanto sólo aquella debilidad congénita de la inteligencia sin causa comprobable constituirá la oligofrenia a la que se refiere el párrafo estudiado, cuya inclusión como causa de exención de la responsabilidad penal dependerá del grado de oligofrenia (tres son los tipos de oligofrenia que pueden distinguirse atendiendo al grado de déficit intelectual: su forma más aguda, la idiocia, a la que sigue la imbecilidad, y la debilidad mental) y de la medida de socialización alcanzada por el sujeto a pesar de su defecto.

Y finalmente, se incluyen las *anomalías psíquicas graves*, para hacer alusión a las desviaciones psíquicas respecto de lo normal, que no se basan en una enfermedad corporal⁵⁹, como son las manifestaciones más graves de psicopatías, neurosis o perturbaciones sexuales⁶⁰.

⁵⁴ STRATENWERTH, G.: *Derecho Penal...*, cit., pp. 241 y 242.

⁵⁵ JESCHECK, H.H. y WEIGEND T.: *Tratado de Derecho Penal...*, cit., p. 471.

⁵⁶ ROXIN, C.: *Derecho Penal...*, cit., p. 829.

⁵⁷ ALONSO DE ESCAMILLA, A.: “Enajenación mental y medidas aplicables a su tratamiento”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, mayo-agosto, 1991, p. 466.

⁵⁸ ROXIN, C.: *Derecho Penal...*, cit., p. 833.

⁵⁹ *Ibidem*, cit., p. 834.

⁶⁰ PRATS CANUT, J.M.: “Imputabilidad...”, cit., p. 146.

Dado que estos trastornos no presentan una base física, afectando la anomalía solamente al proceso psíquico, el único factor que puede resultar decisivo para su enjuiciamiento jurídico es su gravedad⁶¹.

La comprobación de la existencia de estos trastornos que confirman el elemento biológico exigido por el Código Penal alemán no resulta suficiente para que se acepte la exclusión de la capacidad de culpabilidad, es además necesario que el sujeto, como consecuencia de los mismos, no pueda comprender la ilicitud del hecho u obrar conforme a dicha comprensión.

Al margen del texto germano, mencionado de forma independiente por su relevancia al ser el punto de referencia de nuestro Código Penal, hay numerosas legislaciones que han utilizado esta fórmula, algunas de las cuales pasamos a revisar:

1) El *Código Penal italiano*, en su artículo 88, dispone: “Vicio total de la mente. No será imputable quien, en el momento de haber cometido el hecho, padeciera una enfermedad mental que excluyera su capacidad de entender y de querer”⁶².

La característica principal de esta legislación es que se define la imputabilidad a través de la capacidad de conocer y querer. Se trata de una presunción iuris tantum, pues se considera que, normalmente, la imputabilidad existe en todo sujeto agente que presente la madurez fisio-psíquica convencionalmente fijada al cumplimiento de los 18 años de edad⁶³. El Código Penal exige que el sujeto tenga, en el momento de cometer el hecho, ambas capacidades pues en caso de faltar alguna de ellas, faltaría también la imputabilidad⁶⁴.

El legislador ha establecido, para la aplicación de la eximente, la necesidad de comprobar tanto la existencia de una enfermedad mental como que la misma haya afectado a la capacidad del sujeto para entender y querer. El de enfermedad mental es un concepto muy vago que no aparece definido en el Código Penal, es decir, no se ha indicado de modo específico cuáles son las perturbaciones psíquicas que deben

⁶¹ STRATENWERTH, G.: *Derecho Penal...*, cit., p. 241.

⁶² Dentro del Capítulo I “De la imputabilidad” del Título IV “Del reo y de la persona ofendida por el delito” del Libro I “De los delitos en general”.

⁶³ GAROFOLI, R.: *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Lexfor, Giuffrè, Milano, 2003, p. 475.

⁶⁴ MANTOVANI, F.: *Diritto penale...*, cit., p. 667.

reconducirse por el mismo⁶⁵. De ahí que la doctrina y la jurisprudencia se hayan visto obligadas a describir dicho término, remitiéndose para ello al concepto de enfermedad mental elaborado por las ciencias psicopatológicas. A pesar de las dificultades encontradas, en general, doctrina y jurisprudencia se muestran unánimes en exigir la presencia de un origen patológico, no necesariamente permanente pudiendo también ser transitorio⁶⁶, si bien la enfermedad no ha de ser forzosamente de carácter psiquiátrico, admitiéndose incluso las de origen físico. Se ha aceptado por lo tanto que el concepto de enfermedad mental abarca tanto las enfermedades mentales en sentido estricto como cualquier otra anomalía psíquica que escape a una clasificación nosológica precisa o que no esté provista de una bien definida base orgánica, así como también algunas enfermedades físicas, siempre que su intensidad sea tal que excluya o disminuya la capacidad intelectual y volitiva del sujeto⁶⁷. Además, se exige como segundo requisito que la manifestación de dicha enfermedad mental se realice en el momento en que el delito es cometido⁶⁸.

Pero para la declaración de inimputabilidad por vicio de la mente, el art. 88 CP reconoce que no es suficiente comprobar la concurrencia de una enfermedad mental sino que también es necesario que la misma haya afectado a la capacidad del sujeto para entender y querer. Concibiendo por capacidad de entender, la actitud del sujeto para conocer la realidad exterior de su mundo y de darse cuenta a través de este conocimiento de los valores sociales que rigen dicha realidad y a los que se encuentran vinculados sus actos⁶⁹. En otras palabras, es la aptitud del individuo respecto de la comprensión del mundo exterior según los parámetros de la “normalidad” o los esquemas de la convergencia controlable o, dicho de otro modo, de su idoneidad a

⁶⁵ BERTOLINO, M.: “Perfiles viejos y nuevos de la imputabilidad penal”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 45, 1991, p. 652.

⁶⁶ CADOPPI, A. y VENEZIANI, P.: *Elementi di Diritto penale. Parte generale*, 2ª ed., CEDAM, Padova, 2004, p. 335.

⁶⁷ MANTOVANI, F.: *Diritto penale...*, cit., pp. 706 y 707.

⁶⁸ RAMACCI, F.: *Corso di diritto penale*, 2ª ed., Giappichelli, Torino, 2001, pp. 277 y 278.

⁶⁹ PRATS CANUT, J.M.: “Imputabilidad...”, cit., p. 147.

discernir a través de más objetos u opciones y a evaluar las consecuencias del significado del propio comportamiento en el contexto de la realidad que lo rodea⁷⁰.

Con la capacidad de querer se hace referencia a la capacidad para autodeterminarse en base a la comprensión de los valores dominantes⁷¹. Es decir, al poder de controlar los impulsos y actuar y determinarse según el motivo que parece más racional o preferible sobre la base de una concepción valorativa, es decir, capacidad de elegir de modo consciente entre estímulos antagonistas⁷².

En definitiva, podemos afirmar que también el Código Penal italiano utiliza un método mixto en la determinación de la declaración de inimputabilidad, pues requiere una enfermedad mental ya sea psíquica o física que incida en la capacidad de entender o querer de la persona⁷³.

2) El *Código Penal francés* en su Capítulo II: “De las causas que eximen o que atenúan la responsabilidad penal”, del Título II: “De la responsabilidad penal”, del Libro I, en el Artículo 122-1 establece: “No serán responsables penalmente los que, al tiempo de cometer la infracción, padezcan cualquier alteración psíquica o neuropsíquica que haya anulado su discernimiento o el control de sus actos”. Este artículo responde a una fórmula legislativa mixta al exigir un elemento biológico cifrado en el padecimiento de un trastorno psíquico o neuropsíquico y un elemento normativo consistente en la anulación del discernimiento o el control de sus actos como consecuencia de dicho trastorno. Entre los datos más sobresalientes del mismo podemos destacar, por un lado, que el propio artículo alude al momento en el que deben llevarse a cabo ambos elementos, estos, en el instante de cometer el hecho, y en segundo lugar, la necesidad para poder aplicar dicha eximente de una anulación del discernimiento o del control de los actos, lo que nos parece un efecto exagerado debido a que si existe tal anulación estaremos ante una falta de acción.

⁷⁰ Véase CRESPI, A.; ZUCALÁ, G. y STELLA, F.: *Commentario breve al Codice penale*, 4ª ed., CEDAM, Padova, 2003, p. 438.

⁷¹ PRATS CANUT, J.M.: “Imputabilidad...”, cit., p. 147.

⁷² COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR DÍEZ, M.: *Instituciones...*, cit., pp. 168 y 169.

⁷³ MARINUCCI, G. y DOLCINI, E.: *Manuale di Diritto penale. Parte generale*, Giuffrè, Milano, 2004, p. 225.

3) El *Código Penal portugués*, en su art. 20, recoge bajo la rúbrica “Inimputabilidad por razón de anomalía psíquica”⁷⁴, que:

“1. Es inimputable quien, a causa de una anomalía psíquica, resulte incapaz, en el momento de la comisión del hecho, de comprender la ilicitud del mismo o de determinarse de acuerdo con esa comprensión.

2. Puede ser declarado inimputable quien, a causa de una anomalía psíquica grave, no accidental y cuyos efectos no domina, sin que la misma pueda reprochársele, tenga disminuida en el momento de cometer el hecho la capacidad de comprender su ilicitud o de actuar conforme a dicha comprensión.

3. La incapacidad comprobada del agente para ser motivado por las penas puede constituir un indicio de la situación prevista en el número anterior.

4. La imputabilidad no queda excluida cuando la anomalía psíquica haya sido provocada por el agente con intención de realizar el hecho”.

Reclama por tanto, el citado Código, que el sujeto presente una anomalía psíquica y que la misma haya producido en aquél, en el momento de ejecutar el hecho típico, una efectiva alteración del psiquismo a través de la disminución de la capacidad de comprender su ilicitud o de actuar conforme a dicha comprensión.

4) También ha venido empleando la fórmula mixta Inglaterra, con las llamadas “*Reglas M’Naghten*”, establecidas en el caso que lleva el nombre del acusado del asesinato de Edgard Drummond, secretario particular de Sir Ribert Peel. Las mismas señalan que un sujeto no es imputable si “en el momento de cometer el acto, sufría un trastorno del juicio, una enfermedad mental que le impidiese conocer la naturaleza y consecuencia de su acto, o si la conocía, no sabía que lo que hacía estaba mal”⁷⁵. Son, por tanto, elementos de dichas reglas: 1) el padecimiento por parte del acusado de una falta de discernimiento producto de una enfermedad mental y 2) que el mismo, como consecuencia de lo anterior no pueda conocer la naturaleza y significado del hecho cometido o que dicha conducta sea errónea⁷⁶. Lo que nos lleva a concluir que para las mismas lo decisivo son los trastornos de las facultades cognitivas, no pronunciándose sobre la valoración de la voluntad o capacidad para dirigir la conducta.

⁷⁴ Dentro del Capítulo I “Presupuestos de punición -o castigo-” del Título II “Del hecho” del Libro I “Parte General”.

⁷⁵ DELGADO BUENO, S. y ESBEC RODRÍGUEZ, E.: “Imputabilidad:...”, cit., p. 349.

⁷⁶ Véase GARCÍA GARCÍA, J.: *Drogodependencias...*, cit., p. 177.

5) Recientemente en 2002, Irlanda ha promulgado su *Criminal Law (insanity) Hill*, en cuya cláusula 4ª contempla el *verdict of not guilty by reason of insanity* cuando la persona acusada en el momento de los hechos estaba padeciendo un desorden mental, de tal entidad que no podía “ser considerada responsable de su acto a causa de que no fue consciente de la naturaleza y cualidad del hecho, o ni de que lo que estaba haciendo se encontraba prohibido, o fue incapaz de abstenerse de cometer el hecho”⁷⁷.

6) Igualmente en Estados Unidos se ha utilizado la fórmula mixta para valorar la imputabilidad. Elaborada por el “American Law Institute” (ALI) y adoptada en múltiples Estados a través del “*Model Penal Code*”, se describe del siguiente modo: “una persona no es imputable si en el momento en que se realiza una conducta como consecuencia de una enfermedad o defecto mental, carece de capacidad real ya sea para darse cuenta de la ilegalidad de su conducta o bien para adaptar su conducta a las exigencias de la ley”. En opinión de ORTEGA MONASTERIO este artículo, aunque tienen su base en las “Reglas M’Naghten”, es técnicamente más correcto ya que amplía las mismas al incluir la valoración del factor volitivo⁷⁸.

7) Finalmente haremos alusión a algunos *Códigos latinoamericanos* que han utilizado semejante fórmula legislativa para declarar la inimputabilidad de los sujetos afectados de una enfermedad mental, como el *Código Penal tipo para Latinoamérica* que recoge en su art. 19: “No es imputable quien, en el momento de la acción u omisión, no posea a causa de enfermedad mental, de desarrollo psíquico incompleto o retardado, o de grave perturbación de la conciencia, la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión”. Esta fórmula ha sido empleada casi de forma invariable por algunos otros *Códigos latinoamericanos* como el *Código Penal de Perú*⁷⁹, *Brasil*⁸⁰, *Costa Rica*⁸¹, *Colombia*⁸² o *Panamá*⁸³. De éstos, los

⁷⁷ Véase IGLESIAS RÍO, M.A.: “La eximente de «anomalía o alteración psíquica». (Art. 20-1 CP). Una problemática abierta hacia el futuro científico”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, Tomo 56, Fasc/Mes 1, 2003, p. 161.

⁷⁸ ORTEGA MONASTERIO, L.: “La imputabilidad...”, cit., p. 181.

⁷⁹ El *Código Penal vigente de Perú* de 1991, en su Capítulo III referido a las “Causas que eximen o atenúan la responsabilidad penal”, del Título II “Del hecho punible”, establece en su art. 20. “Inimputabilidad. Está exento de responsabilidad penal:

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

cuatro primeros realizan una descripción, con mayor o menor detalle, de las distintas causas de inimputabilidad mientras que el último tan sólo se refiere a la expresión: “por causa de trastorno mental”.

Junto a ellos, la *legislación penal cubana* de 1988⁸⁴, establece en su artículo 20.: “1. Está exento de responsabilidad penal el que comete el hecho delictivo en estado de enajenación mental, trastorno mental transitorio o desarrollo mental retardado, si por alguna de estas causas no posee la facultad de comprender el alcance de su acción o de dirigir su conducta”. En términos parecidos, encontramos *el ordenamiento penal mejicano* que dispone en su artículo 15 (Capítulo IV “Causas de exclusión del delito” del Título I “Responsabilidad Penal”) que el delito se excluye cuando: VII.- “Al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiere provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible”. También el *Código Penal de la República de Argentina* recoge en su Título V referido a la

⁸⁰ El *Código Penal de Brasil* de 1940 en su Título III “De la imputabilidad penal” más concretamente en su art. 34 establece “Está exento de pena el sujeto que, por enfermedad mental o desarrollo mental incompleto o retrasado fuera, al tiempo de realizar la acción u omisión, enteramente incapaz de entender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con ese entendimiento.

Reducción de la pena

Parágrafo único. La pena puede ser reducida de uno a dos tercios, si el sujeto, en virtud de perturbación de salud mental o por desarrollo mental incompleto o retrasado no era completamente capaz de entender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con ese entendimiento”.

⁸¹ El *Código Penal de Costa Rica* de 1970, en su Título III dedicado al “Autor”, en la Sección I referida a la “Imputabilidad y sus Formas”, en su art. 42 declara: “Es inimputable quien en el momento de la acción u omisión, no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia sea ésta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes”.

⁸² El *Código Penal actual de Colombia* en su Título III, Capítulo Único “De la acción punible”, art. 33 refiere “Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares.

No será inimputable el agente que hubiere preordenado su trastorno mental.

Los menores de dieciocho (18) años estarán sometidos al Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil”.

⁸³ El *Código Penal* de este país, de 1982, en su Título II “El hecho punible”, Capítulo III “Imputabilidad e Inimputabilidad”, art. 24 establece “No es imputable quien en el momento de ejecutar el hecho punible, no tenga la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esta comprensión, por causa de trastorno mental”.

⁸⁴ Dentro de la Sección Primera “La Enfermedad Mental” del Capítulo III “Las eximentes de la responsabilidad penal” del Título V “La responsabilidad criminal”.

“Imputabilidad” y, más concretamente, en el inciso 1º del artículo 34 del mismo, que “no son punibles:

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

Igualmente el actual *Código Penal paraguayo de 1997* establece en su art. 23 (del Capítulo I “Presupuestos de la punibilidad” del Título II “El hecho punible”) referente al “Trastorno mental”: “1º No es reprochable el que en el momento de la acción u omisión, por causa de trastorno mental, de desarrollo psíquico incompleto o retardado, o de grave perturbación de la conciencia, fuera incapaz de conocer la antijuridicidad del hecho o de determinarse conforme a ese conocimiento”. El *Código Penal de Uruguay de 1998* en su Título II “De las circunstancias que eximen de pena”, Capítulo II que titula “De las causas de inimputabilidad” contempla en su art. 30 (Locura): “No es imputable aquél que en el momento que ejecuta el acto por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se hallare en tal estado de perturbación moral, que no fuere capaz o sólo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdadera apreciación. Esta disposición es aplicable al que se hallare en el estado de espíritu en ella previsto, por influjo del sueño natural o del hipnótico”.

Por último, citaremos el *Código Penal de Venezuela de 1964*, en cuyo art. 62 (del Libro I “Disposiciones generales sobre los delitos y las faltas, las personas responsables y las penas”, Título V “De la responsabilidad penal y de las circunstancias que la excluyen, atenúan o agravan”) considera que “No es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o de la libertad de sus actos”; el *Código Penal de Chile de 2004*, en cuyo artículo 10 (dentro del Título I “De los delitos y de las circunstancias que eximen de responsabilidad criminal, la atenúan o la agravan”, § 2. “De las circunstancias que eximen de responsabilidad criminal”) se advierte “Están exentos de responsabilidad criminal: 1.º El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el

que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón”; así como el *Código Penal Boliviano* de 1997, en cuyo Título II “El delito, fundamentos de la punibilidad y el delincuente”, Capítulo II “Bases de la punibilidad”, art. 17° recoge que “Está exento de pena el que en el momento del hecho por enfermedad mental o por grave perturbación de la conciencia o por grave insuficiencia de la inteligencia, no pueda comprender la antijuridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión”.

Todos estos Textos punitivos tienen en común la utilización de una fórmula mixta que exige los tantas veces citados dos elementos. Por una parte, una causa biológica o psiquiátrica, cuya nomenclatura varía según el ordenamiento legal que estemos tratando⁸⁵; y, por otra, los efectos imprescindibles para la declaración de inimputabilidad que frecuentemente consisten en la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión⁸⁶.

⁸⁵ El *Código Penal español* utiliza los términos “anomalía o alteración psíquica”; el *alemán* alude a cuatro estados como son “perturbación psíquica patológica, alteración profunda de la conciencia, debilidad mental, o por otra grave anomalía de la mente”; el *Código Penal italiano* refiere el de “enfermedad mental”; el *Código Penal francés* habla de “cualquier alteración psíquica o neuropsíquica”; el *Código Penal portugués* refiere “una anomalía psíquica”; el *Código Penal tipo para Latinoamérica* “enfermedad mental, de desarrollo psíquico incompleto o retardado, o de grave perturbación de la conciencia”; el *Código Penal de Perú* “por anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia o por sufrir alteraciones en la percepción, que afectan gravemente su concepto de la realidad”; el *Código Penal brasileño* de “enfermedad mental o desarrollo mental incompleto o retrasado”; el *Código Penal de Costa Rica* “a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia sea ésta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes”; el *Código Penal de Colombia* “inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares”; el *Código Penal de Panamá* “trastorno mental”; el *Código Penal cubano* “estado de enajenación mental, trastorno mental transitorio o desarrollo mental retardado”; el *Código Penal mejicano* “trastorno mental o desarrollo intelectual retardado”; el *Código Penal de Argentina* “por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables”; el *Código Penal de Paraguay* “por causa de trastorno mental, de desarrollo psíquico incompleto o retardado, o de grave perturbación de la conciencia”; el *Código Penal de Uruguay* “enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación”; el *Código Penal venezolano* “hallándose dormido o en estado de enfermedad mental suficiente”; el *Código Penal de Chile* “el loco o demente” y el *Código Penal boliviano* “enfermedad mental o por grave perturbación de la conciencia o por grave insuficiencia de la inteligencia”.

⁸⁶ Así lo exige el *Código Penal español* que recoge la incapacidad de “comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión”; el *Código Penal alemán* que requiere que el sujeto sea “incapaz de comprender lo injusto del hecho o de obrar conforme a ese conocimiento”; el *Código Penal portugués* que refiere los efectos de resultar incapaz “de comprender la ilicitud del mismo o de determinarse de acuerdo con esa comprensión”; el *Código Penal tipo para Latinoamérica* que estima que no poseen “la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión”; el *Código Penal de Perú* reconoce que no posea “la facultad de comprender el carácter

Tras el repaso a la legislación comparada que utiliza esta fórmula y como valoración personal debemos concluir afirmando que la misma presenta frente a las anteriores la gran ventaja de corregir la amplitud de la fórmula psicológica, pues no permite una declaración de inimputabilidad basada únicamente en criterios del juez y la restricción de la biológica, demasiado encorsetada si se reduce la exención a los enfermos mentales en sentido estricto, por lo que consideramos que es la opción legislativa óptima para regular la inimputabilidad por trastornos psíquicos. Es, por tanto, esta tercera fórmula la que, tal y como entiende la mayoría de la doctrina y de la jurisprudencia⁸⁷, mejor responde a las exigencias actuales.

IV. POSTURA JURISPRUDENCIAL

Los textos punitivos españoles, como hemos podido comprobar, han empleado una fórmula biológica, a excepción del Código Penal de 1928 y el actual, a la hora de regular los supuestos de inimputabilidad por padecimiento de un trastorno psíquico, pues exigían únicamente la presencia de una enfermedad mental para declarar la

delictuoso de su acto o para determinarse según esta comprensión”; el *Código Penal de Brasil* que utiliza los términos “enteramente incapaz de entender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con ese entendimiento”; el *Código Penal de Costa Rica* que también reconoce “no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión”; el *Código Penal de Colombia* que exige que el sujeto “no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión”; *Código Penal de Panamá* que requiere que el sujeto “no tenga la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esta comprensión”; el *Código Penal de Cuba* requiere que el sujeto “no posee la facultad de comprender el alcance de su acción o de dirigir su conducta”; el *Código Penal de México* que estima que “no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión”; el *Código Penal de Argentina* donde se exige que el sujeto no sea capaz de “comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones”; el *Código Penal de Paraguay* que exige que la persona “fuera incapaz de conocer la antijuridicidad del hecho o de determinarse conforme a ese conocimiento”; el *Código Penal de Uruguay* que advierte la necesidad de que “no fuere capaz o sólo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdades apreciación”; el *Código Penal de Venezuela* recoge “para privarlo de la conciencia o de la libertad de sus actos” y el *Código Penal de Bolivia* que cita literalmente que el sujeto “no pueda comprender la antijuridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión”.

El *Código Penal francés* por su parte alude a “que haya anulado su discernimiento o el control de sus actos”, el *Código Penal italiano* a la “capacidad de entender o querer” y el *Código Penal chileno* exige que “se halla privado totalmente de razón”.

⁸⁷ SSTS de 2 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5445), 18 de julio de 1987 (RJ 1987\5560), 21 de octubre de 1988 (RJ 1998\8076), 26 de mayo de 1995 (RJ 1995\3953), 4 de octubre de 1996 (RJ 1996\7197), 30 de noviembre de 1996 (RJ 1996\9772), 20 de enero de 1997 (RJ 1997\337), 19 de abril de 1997 (RJ 1997\3027), 23 de abril de 1998 (RJ 1998\3812), STS de 9 de octubre de 1999 (RJ 1999\8916), 29 de noviembre de 2002 (RJ 2002\10525) y STS de 9 de marzo de 2005 (RJ 2005\4043).

exención de responsabilidad criminal del sujeto⁸⁸. Por el contrario, en la práctica, nuestra jurisprudencia se ha situado por delante de la norma positiva, al utilizar tradicionalmente el sistema de la fórmula mixta para declarar la inimputabilidad del sujeto enfermo.

Desde 1870, fecha a la que se remonta la posibilidad de consultar de forma sistemática la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la línea seguida por dicho órgano ha sido la aplicación de la fórmula biológica-psicológica⁸⁹. Así aparece reconocido en la STS de 19 de julio de 2004 (RJ 2004\6039) donde se estima que “fue la propia Jurisprudencia, desde tiempos antiguos (incluso anteriores a la trascendental STS de 29 de mayo de 1948 [RJ 1948\870]), la que desarrolló, en nuestro país, el denominado «criterio mixto», «biológico-psicológico» o también denominado en otros ámbitos «normativo-psicológico», para dejar sentado que la detección de la anomalía no era siempre equivalente a la exención de la responsabilidad criminal, pues para ello se requerían otros dos elementos igualmente esenciales, consecuencia de aquella, a saber: a) la afectación o limitación severa de alguna de las facultades psíquicas del sujeto, es decir, la cognoscitiva o de conocimiento por el individuo del alcance de la ilicitud de su conducta y la volitiva o de libre voluntad para acomodar su comportamiento a ese previo conocimiento de la ilicitud del acto que llevaba a cabo; y b) la «relación de sentido» entre la enfermedad y sus consecuencias en lo psíquico con el delito efectivamente ejecutado. De modo que una base patológica, acreditada, que en realidad no supusiera condicionamiento para las referidas facultades psicológicas o que careciera

⁸⁸ Así lo reconoce el propio Tribunal Supremo en STS de 2 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5445) al estimar: “que el tratamiento legislativo a los supuestos de exención de imputabilidad por deficiencias mentales, se mueve, como es sabido, entre el método biológico o psiquiátrico puro, en el que basta una referencia a la anormalidad mental del sujeto psiquiátricamente catalogada, para que, casi automáticamente, se derive la imputabilidad de quien la padece, y el método psicológico, el cual exige que el agente, al momento de cometer el delito, se encuentre en un claro estado de perturbación anímica que anule conciencia y voluntad; la enfermedad que causa esa perturbación tiene un valor secundario. Por último el método mixto exige para declarar la inimputabilidad no sólo una enfermedad mental psiquiátricamente catalogada, sino además que tal enfermedad produzca en la psiquis de quien la padece perturbaciones bastantes para eliminar la conciencia y voluntad base de la imputabilidad y culpabilidad. La doctrina científica y legal ha estimado que la fórmula que utiliza el núm. 1.º del art. 8.º de nuestro C. P. adopta el método biológico o psiquiátrico puro, siguiendo el criterio tradicional desde nuestro Código de 1822 hasta el presente, con la única excepción del Código de 1928 que siguió el método mixto”.

⁸⁹ Una brillante exposición de la evolución jurisprudencial del Tribunal Supremo en la materia la encontramos en ROMERO SIRVENT, C. y GÓMEZ PAVÓN, P.: “Enajenación mental ...” cit., pp. 979 y ss.

de vinculación con el concreto campo de la conducta humana a la que el hecho típico se refería, no podía ser tenida en cuenta desde el punto de vista de la consideración de la imputabilidad”⁹⁰.

Esta doctrina, de creación estrictamente jurisprudencial en nuestro Derecho, con la sola excepción del Código Penal de 1928 que siguió este método mixto, encuentra hoy plena acogida en la norma positiva, tras la publicación del vigente Código Penal que, en la primera eximente contemplada en su artículo 20, recoge expresamente la exigencia de que a la probada anomalía o alteración psíquica, permanente o transitoria (art. 20.1º) se ha de añadir, como consecuencia, que el sujeto que la padece no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

Los tribunales, de manera muy acertada, aplicaron el método biológico-psicológico, incluso cuando las normas punitivas estaban solicitando tan solo la concurrencia de un estado morbozo (*Códigos Penales de 1870 y 1932, 1944 y 1973*⁹¹), bajo los que el tribunal exigió para aplicar la eximente (denominada en el primero locura e imbecilidad y enajenación mental en el posterior) diversos requisitos⁹², cifrados en:

1. Origen morbozo.
2. Anulación total de las facultades intelectuales y/o volitivas.
3. La necesidad de que el sujeto actúe bajo la influencia de la enfermedad, pues no era posible actuar en un intervalo de lucidez en el caso del Código Penal de 1870, y la

⁹⁰ También la STS de 17 de diciembre de 1970 (RJ 1970\5457) reconoce que “nuestra praxis ha llegado a cristalizar una fórmula bio-psicológica de la enfermedad mental”.

⁹¹ Recordemos que Códigos anteriores, desde nuestro punto de vista, también han utilizado esta fórmula biológica pero dado que nos ha sido imposible acceder a la jurisprudencia de los tribunales en esos años sólo vamos a referirnos a los dos mencionados.

⁹² Para el caso del Código Penal de 1973 estos requisitos está perfectamente recogidos en la STS de 26 de noviembre de 1984 (RJ 1984\5954) donde se reconoce que para que una enfermedad mental, pudiera suponer una enajenación mental es decir, pudiera beneficiarse de la declaración de inimputabilidad penal era necesario el cumplimiento de varios requisitos: “1.º en cuanto a su origen ha de ser patológico o morbozo, 2.º en cuanto a su duración ha de ser permanente y subsistente, por tanto en el momento de cometerse el delito, 3.º En cuanto a su intensidad ha de ser absoluto y completos de tal forma que el sujeto que las sufre tenga abolidas totalmente sus facultades intelectivas o volitivas, de tal forma que coloque al paciente -enfermo- en un estado de verdadera y manifiesta inconciencia para sus determinaciones que le prive de la inteligencia y voluntad para comprender, y abarcar la trascendencia, antijuridicidad o injusticia de sus actos”.

necesidad de que la enfermedad fuera de carácter permanente, en los de 1932, 1944 y 1973.

4. Una relación de sentido entre los hechos perpetrados y el trastorno sufrido.

1. *La existencia de una base patológica*, que en el caso del *Código Penal de 1870* se traducía en perturbaciones mentales de origen morbooso, consistentes en la necesidad de que el sujeto enjuiciado padeciese un estado de locura o imbecilidad, es decir, que presentase una perturbación de origen patológico e interno, pues si la causa de su alteración era el arrebató de la pasión, no era posible aplicar dicha exención. Muestra de ello son la *STS de 24 de diciembre de 1929*⁹³ en la que se reconoce “que para que pueda estimarse la circunstancia de exención número primero del artículo 8.º del Código Penal de 1870 es necesario que de los hechos se infiera claramente la existencia de la locura o imbecilidad del culpable”, la *STS de 15 de junio de 1927 (JC 157)* la que considera que “no cabe estimar como causas modificativas de la responsabilidad criminal otros estados o situaciones que los expresadamente previstos por el legislador, que cuidadosamente establece la diferencia entre el reo que tiene acortadas o disminuidas sus facultades mentales por causas extrañas a su voluntad, con la del que se deja influir por estímulos que en su origen le es dado vencer y que la razón puede y debe refrenar, por lo que sin la declaración directa, clara y terminante de la existencia de aquel estado anormal, no es posible apreciar la concurrencia de la circunstancia 1.ª del art. 8.º del Código”. Junto a ellas, la *STS de 1 de julio de 1918 (JC 3)* que estima que el art. 8.1º CP se refiere “sólo al imbécil y al loco, sin que la naturaleza excepcional de tal circunstancia permita extenderla a quien de modo concreto no se atribuya o pueda atribuirse estado morbooso” y *STS de 24 de febrero de 1917 (JC 87)* en la que se aprecia “que sin la declaración directa y categórica de la existencia de aquel acceso patológico no cabe reconocerla exclusión de la responsabilidad criminal, ya que, además, tratándose de una excepción a la regla general han de quedar perfectamente comprobadas sus circunstancias determinantes”.

⁹³ Núm. 151, *Jurisprudencia Criminal. Edición Oficial*, Ministerio de Justicia, Sección de Publicaciones, Madrid, 1948.

El Tribunal Supremo negó en numerosas ocasiones la aplicación de dicha exención a los sujetos que presentaban el arrebató de la pasión, por considerar que los mismos estaban influidos por estímulos que podían controlar, como en *STS de 24 de febrero de 1917 (JC 87)* donde se advirtió que al “establecer el legislador en el núm. 1.º del citado art. 8.º, que el loco no delinque y está exento de responsabilidad penal por los delitos que ejecutare, se refiere de un modo evidente, según demuestra la misma locución que emplea a la locura como estado morboso, y excluye, por consiguiente el arrebató de la pasión, sea cualquiera el desorden intelectual que produzca, pues no cabe confundir la distinta situación del que tiene anuladas o disminuidas sus facultades mentales, por causas extrañas a su voluntad, con la del que se deja influir por estímulos que en su origen le es dado vencer y que la razón puede y debe refrenar”.

En el Código Penal de 1932, 1944 y 1973, la exigencia de una base patológica se concretó en la existencia de una enajenación mental o trastorno mental transitorio. Así se recoge expresamente en la *STS de 11 de marzo de 1974 (RJ 1974\1287)* en la que se advierte que “como causa de inimputabilidad estima el art. 8.º del C.P., las distintas entidades nosológicas de enajenación y de trastorno mental transitorio que no haya sido buscado de propósito para delinquir, que representando situaciones personales iguales en lo psicológico, por producir idénticos efectos en quien las sufre, al generar la total perturbación de sus facultades intelectuales o volitivas, o de conocer y querer la antijuricidad de la conducta, se diferencian por ser la enajenación permanente y el trastorno episódico o fugaz en su manifestación”. También la *STS de 21 de julio de 1990 (RJ 1990\6808)* la que con objeto de ocuparse de la cuestión de los conocimientos científicos que fundamentan la decisión judicial sobre la capacidad de culpabilidad reconoce que “la ley determina la necesidad de comprobar, de una parte, un determinado estado biológico del autor (enfermedad mental o enajenación, trastornos mentales equivalentes de carácter transitorio, debilidad mental, etc) y, de otra parte, unas consecuencias de dicho estado (capacidad de comprensión de la antijuricidad y de comportarse de acuerdo con tal comprensión), estableciendo la *STS de 20 de enero de 1993 (RJ 1993\138)* que para poder aplicar la eximente de enajenación mental “la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo”.

Por lo tanto, la locura e imbecilidad, enajenación mental y trastorno mental transitorio fueron considerados sinónimos de enfermedad mental y exigidos de forma unánime en todas las sentencias por venir así contemplados en estos Códigos Penales.

2. *Anulación total de las facultades intelectuales y volitivas.* Con este requisito la jurisprudencia del Alto Tribunal comenzó a utilizar la fórmula biológica-psicológica a la hora de declarar la inimputabilidad de las personas afectas de una enfermedad mental, al exigir, no sólo que el sujeto la padeciera (elemento biológico) sino también que la misma le provocara unos efectos, cifrados en la anulación de sus facultades intelectuales y volitivas. Cuando el sujeto se encontraba en este estado era totalmente incapaz de determinarse libremente, lo que se conocía en el periodo del *Código Penal de 1870*, como la imposibilidad de distinguir entre el bien y el mal⁹⁴. Como ejemplo, valgan las SSTS de 14 de marzo de 1916 (JC 51) y 16 de octubre de 1918 (JC 37). En la primera de ellas, se reconoció que para que pueda “estimarse la eximente primera del art. 8.º del Código Penal es indispensable que de una manera clara y terminante se declare que el procesado obró en estado de locura completa, o sea de ausencia absoluta de discernimiento y voluntad”, considerando la segunda, que para “la apreciación de la eximente 1.ª del art. 8.º del Código penal no basta la existencia de cualquiera alteración o anomalía de las facultades mentales del culpable, siendo preciso que se declare probado su completa locura en el momento de ejecución del hecho justiciable”. Para *los Códigos posteriores*, entre muchas otras⁹⁵, las SSTS de 21 de octubre de 1988 (RJ 1988\8076) donde explícitamente se señalaba “es sabido que la jurisprudencia de esta Sala no sigue un concepto estrictamente médico-psiquiátrico para decidir sobre las alteraciones mentales susceptibles de incluirse en el término legal de enajenación

⁹⁴ Véanse SSTS de 21 de noviembre de 1881; 6 de febrero de 1891; 17 de marzo de 1893; 31 de mayo de 1898; 16 de abril de 1903; 4 de octubre de 1905; 12 de marzo de 1912; 6 de julio de 1915; 9 de noviembre de 1917; 16 de octubre de 1918; 15 de febrero de 1924; 13 de diciembre de 1926, entre otras, citadas por ROMERO SIRVENT, C. y GÓMEZ PAVÓN, P.: “Enajenación mental ...” cit., p. 983 nota 24.

⁹⁵ SSTS de 29 de mayo de 1948 (RJ 1948\870), 22 de junio de 1961 (RJ 1961\2229), 21 de enero de 1971 (RJ 1971\233), 11 y 25 de marzo de 1974 (RJ 1974\1287 y RJ 1974\1451), 25 de octubre de 1984 (RJ 1984\5041), 14 de octubre de 1985 (RJ 1985\4982), 6 de julio y 20 de octubre de 1987 (RJ 1987\5173 y RJ 1987\7507) y 12 de julio de 1989 (RJ 1989\6182) en la que expresamente se considera que “en los supuestos de enfermedad mental es también abundante la doctrina jurisprudencial expresiva que para la estimación de la eximente es precisa la anulación de las facultades intelectivas y volitivas y no su simple disminución por intensa que ésta sea”.

mental; maneja un concepto mixto, biológico-psicológico y atiende, en consecuencia, no sólo al origen o presupuesto biológico de la enajenación, sino también al concreto efecto que debe producir, y que consiste en una anulación o disminución de la capacidad intelectual y volitiva”; y de *28 de marzo de 1980 (RJ 1980\1205)* en la que se advertía que para que “la eximente primera del art. 8.º del C. P. pueda ser estimada en cualquiera de sus grados, es requisito indispensable que concurran los elementos esenciales de la misma, cuales son: una perturbación de las facultades intelectivas para conocer la antijuridicidad del obrar o de la voluntad para orientar la actividad conforme a dicho conocimiento, de modo que según el grado de intensidad de dicha perturbación depende el que la eximente deba ser estimada como completa o como incompleta, ya que ocurrirá lo primero cuando la perturbación de las facultades intelectivas o volitivas sea total y lo segundo, cuando la perturbación sea solamente parcial”.

3. Un requisito más se añade en cada uno de estos Códigos: en el caso del Código Penal de 1870, la necesidad de que el sujeto actúe bajo la influencia de la enfermedad, pues no era posible actuar en un intervalo de lucidez⁹⁶, sino sólo bajo los efectos de un trastorno; y en los de 1932, 1944 y 1973, la necesidad de que la enfermedad fuera de carácter permanente, pues en caso de no serlo se aplicaría la eximente de trastorno mental transitorio⁹⁷.

4. Finalmente y aunque la legislación no se refería expresamente a la relación de causalidad, siguiendo a ROMERO SIRVENT y GÓMEZ PAVÓN, podemos afirmar que el Tribunal Supremo, a partir de *Sentencia de 16 de abril de 1902*, comienza a

⁹⁶ Remisión a los intervalos lúcidos que desapareció en posteriores Códigos penales.

⁹⁷ DOVAL PAÍS, A.: “Las consecuencias jurídico-penales de la enajenación mental y el trastorno mental transitorio: regulación actual”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 40, 1990, p. 14. La diferencia entre el trastorno mental transitorio y la enajenación mental se muestra en la STS de 12 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6149) donde se estima que la “enajenación mental es distinta del trastorno mental transitorio. Este supone una reacción morbosa debida a estímulos exógenos o ambientales y, a la vez, endógenos como inherentes a la propia personalidad, todo lo cual altera el funcionamiento cerebral anulando o disminuyendo temporalmente la capacidad de volición y de comprensión. La enajenación mental en cambio es más permanente, no resulta comprensible en la mayoría de los casos y obedece a causas o factores endógenos, poco influenciados por las circunstancias del mundo circundante. El trastorno surge explosivamente. La enajenación se manifiesta pausadamente, conocidamente, por lo común poco a poco, como obedeciendo a causas y raíces más profundas que han ido minando la psique del enfermo”.

exigir que los hechos probados guarden relación de causalidad con la enfermedad que presenta el sujeto⁹⁸.

Cabe añadir que durante la etapa del Texto punitivo de 1870 el Tribunal Supremo se negó reiteradamente a aplicar la eximente como incompleta⁹⁹, al considerar que las perturbaciones mentales morbosas no permitían estados intermedios, porque constituían una condición única, indivisible, lo que suponía la imposibilidad de rebajar la pena en aquellos supuestos en que faltaba algún requisito para declarar la eximente. Así lo recogen expresamente las *SSTS de 6 de julio de 1915 (JC 18)* y *9 de noviembre de 1917 (JC 77)* al estimar ambas que “la locura como hecho, es de naturaleza indivisible y al ser negada como eximente no podría apreciarse como atenuatoria comprendida en el núm. 1.º del art. 9.º”. Esta situación fue solucionada por el Tribunal Supremo aplicando, bien la atenuante analógica del apartado 8 del art. 9º en relación con la minoría de edad, bien dicha atenuante analógica en relación con el núm. 1.º del mismo artículo. Como se refleja en la *STS de 13 de diciembre de 1926 (JC 147)* al afirmar que “el Código Penal no contiene reglas dirigidas a graduar la responsabilidad cuando el trastorno mental de que adolezca el agente no le exima por entero de ella, y por eso en unos casos se le ha equiparado al mayor de quince y menor de dieciocho años, y en otros le ha sido computada solamente una circunstancia atenuante, genérica de responsabilidad; diferencias que no arguyen contradicción ni siquiera inconstancia en la doctrina, pues representan simples modalidades en la aplicación de la ley para acomodar la exención de la responsabilidad a las condiciones patológicas del culpable y a los accidentes todos del acto delictivo”. También, la *STS de 17 de marzo de 1893 (JC 98)* en la que fue reconocido que “el art. 87 del Código, que manda imponer la pena inferior en uno o dos grados a la señalada por la ley, cuando el hecho no fuese del todo excusable por falta de alguno de los requisitos que se exigen para eximir de responsabilidad criminales los

⁹⁸ Véase ROMERO SIRVENT, C. y GÓMEZ PAVÓN, P.: “Enajenación mental ...” cit., p. 982.

⁹⁹ Lo que fue posteriormente admitido, según declara JIMÉNEZ DE ASÚA, en supuestos de semi-imbecilidad y semi-locura o imbecilidad o locura incompleta, remitiéndose a las *SSTS de 9 de octubre de 1891, 4 de abril de 1896 y 17 de junio de 1899* (JIMÉNEZ DE ASÚA, L. y ANTÓN ONECA, J.: *Derecho Penal conforme al Código de 1928*, Reus, Madrid, 1929, p. 335). Junto a estas sentencias, ROMERO SIRVENT y GÓMEZ PAVÓN, añaden la *STS de 12 de mayo de 1912* en la que se aplicó la semieximente en un supuesto de epilepsia (ROMERO SIRVENT, C. y GÓMEZ PAVÓN, P.: “Enajenación mental ...” cit., p. 984).

respectivos casos de que se trata en el art. 8.º, siempre que concurra el mayor número, no es aplicable al de la imbecilidad, como no lo es al de la locura, respecto de cuyas causas de exención no exige el citado artículo, para que sean estimadas, la concurrencia de requisitos especiales, como lo hace al tratar de la defensa de la persona o derechos del autor del hecho punible y de sus familia y del que causa daño en propiedad ajena para evitar un mal mayor”.

La atenuante analógica en relación con la minoría de edad fue aplicada, entre otras, en *STS de 24 de diciembre de 1929 (JC 151)*, donde se advirtió que era posible “reconocer que existe perfecta analogía y es de igual entidad con relación a la responsabilidad penal, el estado de limitación de las facultades mentales del recurrente y el del menor de dieciocho años, lo que hace aplicable en el presente caso lo dispuesto en el número 8 del art. 9.º del Código penal de 1870 y procede estimar en favor del procesado la circunstancia atenuante expresada en relación con la que señala en el número segundo del mismo, dada la analogía entre los dos estados de capacidad, apreciándola en toda la extensión de su carácter cualificativo a los efectos de la imposición de la pena, ya que se fundan en razones legales semejantes; doctrina ésta reiteradamente proclamada por este Tribunal Supremo”. Mientras que la atenuante analógica del art. 9 apartado 8º en relación con el nº 1, fue apreciada por la *STS de 13 de diciembre de 1926 (JC 147)*, la que consideró que “los hechos recogidos como probados en la sentencia recurrida, no insinúan siquiera que Nemesio Juez Álvarez, durante la prolija preparación y la lenta ejecución del delito, padeciese acceso alguno de epilepsia cuyo imperio morboso le impulsara o le sedujera, y, por el contrario, se infiere de ellos que la afección patológica no obscureció en uno ni en otro período de su inteligencia, más beneficiosa para el reo, solamente cabe reputarle asistido de una circunstancia atenuante genérica de responsabilidad comprendida en el número octavo, artículo 9.º, en relación con el número primero del art. 8.º del Código Penal”¹⁰⁰.

¹⁰⁰ También en *STS de 17 de marzo de 1893 (JC 98)*.

El Tribunal Supremo, por tanto, bajo el imperio de los Códigos Penales de 1870, 1932, 1944 y 1973 aplicó un método mixto¹⁰¹, solicitando no sólo la existencia de una locura, imbecilidad o enajenación (de carácter permanente, en este último caso), como condición necesaria, sino también que produjera los efectos de impedir las facultades cognitivas o intelectuales del sujeto que padecía dicha enfermedad¹⁰².

Con la entrada en vigor del Código Penal de 1928, no se produjo ningún cambio en la manera de actuar del Tribunal Supremo, pues ya venía aplicando la fórmula mixta que ahora reconocía el Texto punitivo en la práctica totalidad de sus sentencias. El mismo siguió exigiendo la constatación de la existencia de una enfermedad mental y de los efectos de privación completa de la capacidad para comprender la injusticia de sus actos, o a su voluntad para obrar de acuerdo con ella¹⁰³. Así lo muestra la STS de 9 de julio de 1930 (RJ 1930\372) en la que el Tribunal Supremo acepta el recurso interpuesto, declarando la irresponsabilidad del procesado debido a que los efectos de la dolencia que padece, consistente en una debilidad mental, “le constituyen en un enfermo que, sin voluntad propia, no comprende la gravedad y trascendencia de los actos que realiza”.

La única novedad durante la vigencia de este Código Penal fue el reconocimiento de la eximente incompleta de enajenación mental, al aparecer el art. 65 del CP, que regulaba la atenuación de la pena en los casos en que existía una disminución de las facultades intelectuales y volitivas del sujeto sin llegarse a la completa irresponsabilidad. Así lo advertía la STS de 8 de diciembre de 1931 (RJ 1931\1746) al referir que “para la existencia de la circunstancia atenuante primera del artículo 9.º, en relación con la de igual número del 8.º, o sea, la de locura o demencia incompleta, se

¹⁰¹ STSS de 2 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5445), 26 de enero de 1986 (RJ 1986\166), 27 de marzo de 1987 (RJ 1987\2225), 18 de julio de 1987 (RJ 1987\5560), 20 de octubre de 1987 (RJ 1987\7508), 15 de marzo de 1988 (RJ 1988\2018) y 1 de marzo de 1991 (RJ 1991\1731).

¹⁰² Requisito éste considerado como esencial, siendo muestra de ello la STS de 1 de junio de 1962 (RJ 1962\2502) donde ya se decía que “lo que de verdad interesa al Derecho no son tanto las calificaciones clínicas como su reflejo en el actuar...”.

¹⁰³ Estos requisitos son mencionados en la STS de 3 de marzo de 1930 (RJ 1930\175) al recoger en relación con el acusado no puede deducirse que “en el momento de ejecutar el delito se hallara en el estado de perturbación o debilidad mental de origen patológico que privara necesariamente y por completo a su conciencia de la aptitud para comprender la injusticia del acto que realizó o la voluntad para obrar de acuerdo con ella, según exige el artículo 55 del Código Penal, para declarar la irresponsabilidad por razón de la causa de inimputabilidad aducida en el recurso”.

requiere que el agente tenga una inteligencia o facultades mentales disminuidas en términos que le impida darse cuenta en toda su extensión del mal causado con sus actos”. Lo que pareció darse en el caso de la STS de 3 de marzo de 1930 (RJ 1930\175) en la que el Tribunal Supremo estimó acertado el pronunciamiento de la Sala sentenciadora, ya que “el estado mental del referido sujeto de indudable limitación de su facultad reflexiva sin determinar su completa irresponsabilidad, acusa disminución en la conciencia para comprenderla ilicitud del acto que realizó y en la misma voluntad delictiva, cuya condición personal, debidamente apreciada por la Sala sentenciadora, atenúa específicamente la responsabilidad que le ha sido atribuida, de conformidad a lo establecido en el artículo 65 del referido Cuerpo de derecho”.

La entrada en vigor del actual Código Penal no hace sino reconocer legalmente los planteamientos tantas veces seguidos por el Tribunal Supremo en sus sentencias, aplicando la fórmula mixta a la hora de declarar la inimputabilidad de quienes presentan una anomalía o alteración psíquica¹⁰⁴. Lo que ha sido referido por la propia jurisprudencia, entre otras, en STS de 29 de junio de 1999 (RJ 1999\6116), en la que se reconoce que “la nueva redacción de la eximente de enajenación mental facilita grandemente establecer cuando la actual eximente existe, porque establece como determinativos o no de su presencia los resultados anímicos que se producen en el agente afectado por una anomalía o alteración psíquica: la afectación de la comprensión de la ilicitud de la conducta o, caso de darse esa comprensión, la afectación de la capacidad de actuar de acuerdo con lo que se comprende. Estos dos posibles resultados, han de tener como causa y presupuesto una anomalía o alteración psíquica, en la que podrán incluirse síntomas y, explicaciones científicas de variada procedencia con lo que la evolución de los conocimientos psicológicos y psiquiátricos no exigirá cambiarlos dada su amplitud, que no se limita, como alguna manifestación de la doctrina científica

¹⁰⁴ Así lo ha reconocido el Tribunal Supremo en la STS de 22 de octubre de 1998 (RJ 1998\8716): “La doctrina de esta Sala viene poniendo de relieve que, con el fin de valorar el efecto de la enfermedad mental, en la responsabilidad penal hay que atender no sólo al diagnóstico pericial de la existencia de psicosis, sino a las consecuencias psicológicas que la enfermedad haya tenido en la conducta del acusado que se enjuicia. Tal criterio ha tenido reconocimiento legislativo en el núm. 1.º del art. 20 C.P. 1995 en el que, si bien se precisa de la existencia de una causa patológica del psiquismo, expresada en términos muy amplios, como cualquier anomalía o alteración psíquica, lo que cuenta a efectos de exención de la responsabilidad criminal es que sus efectos sean la imposibilidad o de comprender la ilicitud del hecho, o de obrar conforme a esa comprensión”.

ha señalado, a acoger viejos criterios de libre albedrío, sino que puede incluir todo origen aun no psicótico, como lo permite entender la referencia en el segundo párrafo del número 1º del art. 20 CP al trastorno mental transitorio, de larga fecha despojado en la jurisprudencia de la necesidad de tener base patológica. Y cualesquiera que sean estas causas, que naturalmente precisarán ser probadas adecuadamente, siempre que se constate, bien que el sujeto no comprende al carácter penal socialmente reprochable de su conducta, o bien que, aun comprendiéndolo, no puede evitar su realización, podrá acogerse la eximente”¹⁰⁵.

Desde 1995, en reiteradísimas ocasiones¹⁰⁶, el Tribunal Supremo se ha venido refiriendo a estos requisitos a la hora de valorar la imputabilidad o inimputabilidad de un sujeto por padecimiento de alguna anomalía o alteración psíquica. Valga como ejemplo la STS de 22 de marzo de 2001 (RJ 2001\1960) cuando establece que “el sistema de justicia penal de una sociedad democrática, se fundamenta en el hecho (Derecho penal del hecho) y no en la personalidad del acusado (Derecho penal del autor), consecuencia de ello es que en relación al estudio de la culpabilidad del sujeto,

¹⁰⁵ En parecido sentido la STS de 4 de febrero de 2000 (RJ 2000\420) al establecer que el “artículo 20.1 del Código Penal vigente, introduce modificaciones sustanciales respecto al texto del antiguo número 1º del artículo 8 del Código Penal de 1973, ya que el término «enajenado», ha sido sustituido por la expresión «cualquier anomalía o alteración psíquica». La interpretación biológica psicológica, que realizó la Jurisprudencia de esta Sala, obligaba a atender no sólo al origen o presupuesto biológico de la enajenación, sino también al concreto efecto que debe producir, y que consiste en una anulación o disminución de la capacidad intelectual o volitiva. En el nuevo Código para que la anomalía o alteración psíquica exima de responsabilidad se precisa que el agente a causa de ella, «no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión» al tiempo de cometer la infracción penal. Y esta modificación al ampliar el ámbito del Código derogado, determina el que «cualquier anomalía o alteración psíquica», abarque no sólo las enfermedades mentales en sentido estricto, como venía entendiendo la Jurisprudencia al interpretar el concepto «enajenación», sino también otras alteraciones o trastornos de la personalidad. Ambas pueden servir de base, conforme al Código Penal, para la apreciación de esta causa de exención, siempre que produzca el mismo efecto psicológico, cual es, que en el momento de la comisión del hecho delictivo, el sujeto, «no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión». Con referencia a esta incapacidad de comprensión de la antijuridicidad del hecho y de autodeterminación conforme a esa comprensión, la doctrina científica entiende que caracteriza mejor que la fórmula tradicional de la jurisprudencia de incapacidad de querer y entender, y que constituye la esencia de la imputabilidad, o mejor aún de falta de capacidad de culpabilidad”.

¹⁰⁶ Así, Sentencias del Tribunal Supremo de 2 de octubre de 1995 (RJ 1995\7372), 5 de diciembre de 1995 (RJ 1995\9641), 19 de diciembre de 1995 (RJ 1995\9451), 9 de febrero de 1996 (RJ 1996\816), 5 de marzo de 1996 (RJ 1996\1898), 27 de septiembre de 1996 (RJ 1996\6496), 4 de octubre de 1996 (RJ 1996\7197), 30 de noviembre de 1996 (RJ 1996\9772), 20 de enero de 1997 (RJ 1997\337), 19 de abril de 1997 (RJ 1997\3027), 24 de octubre de 1997 (RJ 1997\7610), 23 de abril de 1998 (RJ 1998\3812) y 9 de marzo de 2005 (RJ 2005\4043), 16 de noviembre de 2005 (RJ 2006\952), entre muchas otras y el Auto de 7 de enero de 1998 (RJ 1998\61).

ésta vendrá determinada necesariamente por la conjunción de dos coordenadas: la existencia de una anomalía o déficit afectante a sus facultades intelecto-volitivas (elemento médico que debe ser facilitado por la pericia correspondiente) y el elemento jurídico a determinar por el Tribunal relativo a la concreta incidencia que esa situación haya podido tener en el hecho enjuiciado”.

Por consiguiente, la afectación psíquica en el sujeto para determinar la aplicación de una exención completa de responsabilidad, exige como requisito imprescindible “dentro del sistema mixto del Código Penal basado en la doble exigencia de causa biopatológica y efecto psicológico, la anulación o grave afectación de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho o de determinar el comportamiento con arreglo a esa comprensión”¹⁰⁷. Ya que no es suficiente la concurrencia del elemento biológico del núm. 1º del art. 20 CP: padecer una «anomalía o alteración psíquica» para que pueda ser apreciada dicha eximente, ni completa ni incompleta, puesto que, la mera presencia del mismo “puede ser irrelevante para la determinación de la imputabilidad de quien la padece y, en consecuencia, de su responsabilidad penal. Es preciso además que el autor de la infracción penal, a causa de la alteración que sufre, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, es decir, es preciso que la anomalía o alteración se interponga entre el sujeto y la norma que establece la ilicitud del hecho, de forma que no pueda ser motivado por aquélla o que, pudiendo percibir el mandato o la prohibición contenidos en la norma, carezca ésta de fuerza motivadora para el sujeto porque el mismo se encuentre determinado en su actuación por causas vinculadas a su alteración psíquica que anulen la motivación normativa. Y en el supuesto de que la incapacidad para ser motivado por el precepto, o el bloqueo que en la motivación creada por el mismo determinen otras causas, sea sólo parcial, nacerá el presupuesto fáctico para la apreciación de la eximente incompleta”¹⁰⁸.

Podemos concluir afirmando que el Tribunal Supremo, normalmente, siempre ha aplicado una fórmula biológica-psicológica a la hora de declarar inimputable a un sujeto por el padecimiento de una anomalía o alteración mental, pues en todo momento ha

¹⁰⁷ STS de 9 de octubre de 1999 (RJ 1999\8916).

¹⁰⁸ STS de 1 de octubre de 1999 (RJ 1999\7594).

requerido en el mismo unos efectos manifiestos de ese padecimiento sobre su posibilidad de conocimiento, determinación y actuación. Efectos cifrados en la total anulación de la inteligencia y la voluntad, lo que se traduce hoy en la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión.

**CAPÍTULO TERCERO: TRATAMIENTO PENAL DE LOS
SUJETOS AFECTADOS POR EL PADECIMIENTO DE
UNA ANOMALÍA O ALTERACIÓN PSÍQUICA**

I. LA EXIMENTE DE ANOMALÍA O ALTERACIÓN PSÍQUICA

Dispone el art. 20.1 del vigente Código Penal: “Están exentos de responsabilidad criminal:

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”.

Esta nueva regulación de la eximente de anomalía o alteración psíquica supone una ruptura total con la línea trazada en materia de inimputabilidad por el art. 8.1º del anterior Código Penal que eximía de responsabilidad criminal al enajenado y al que se hallase en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste hubiera sido buscado de propósito para delinquir¹. Las principales novedades introducidas por el art. 20.1 CP son:

- Un cambio en la terminología que repercute en la propia concepción de la eximente (antiguo Código Penal, “enajenación”; nuevo Código Penal “cualquier anomalía o alteración psíquica”).

- La refundición, como bien indica CEREZO MIR², de la antigua eximente de enajenación y trastorno mental transitorio que el anterior Código Penal regulaba de forma diferenciada, pues la mención individualizada de este último en el párrafo segundo se realiza con la única finalidad de no concederle efectos cuando hubiere sido

¹ Así ha sido considerado también entre otros, por MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M.: “La imputabilidad”..., cit., p. 1610 y RODRÍGUEZ MOURULLO, G.: “Art. 20.1.º Código Penal”, en RODRÍGUEZ MOURULLO, G. (director); JORGE BARREIRO, A. (coordinador) y OTROS, *Comentarios al Código Penal*, 1ª ed., Civitas, Madrid, 1997, pp. 86 y ss.

² CEREZO MIR, J.: *Derecho Penal: (lecciones 26-40). Parte General*, 2ª ed., 1ª reimpr., UNED, Madrid, 2000, p. 38 y el mismo, en “Las eximentes de culpabilidad”, *Cuadernos de Derecho Judicial. El sistema de responsabilidad en el nuevo Código Penal*, núm. XXVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1996, p. 141.

provocado para delinquir o hubiere previsto o debido prever su comisión, lo que explica con carácter general debe entenderse descrito en el párrafo primero.

- Los supuestos de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, y los de síndrome de abstinencia, que antes se consideraban incardinables en el art. 8.1 del anterior Código Penal, pasan ahora a constituir una eximente independiente recogida en el art. 20.2 CP.

A pesar de constituir una gran novedad, la incorporación de esta nueva eximente, no ha sido muy bien acogida por la doctrina que la ha tachado de carecer de sustantividad propia³ en cuanto que los supuestos subsumibles en la misma podrían ser reconducidos sin problema alguno por el apartado primero de ese mismo artículo por constituir anomalías o alteraciones psíquicas⁴.

- La posibilidad de aplicar medidas de seguridad también a los supuestos de trastorno mental transitorio que con el anterior Código Penal solo se permitía a los supuestos de enajenación mental⁵.

- Y finalmente, la que constituye desde nuestro punto de vista la novedad más importante, la introducción del efecto psicológico que la anomalía o alteración psíquica debe producir en el afectado, cifrado en la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. Con este elemento, la anterior fórmula legislativa de carácter puramente biológico es tornada biológico-psicológica o mixta, pues ya no sólo se exige la presencia en el sujeto de una anomalía o alteración psíquica sino que también es necesario que la misma no permita al sujeto comprender la ilicitud

³ MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., p. 94.

⁴ CASTELLÓ NICÁS, N.: *La imputabilidad penal del drogodependiente*, Comares, Granada, 1997, p. 297; CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 54; PÉREZ-CURIEL CECCHINI, J.: *Tratamiento penal del drogodependiente:...*, cit., p. 240; URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., p. 211.

⁵ CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 54 y MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., pp. 105 y 106.

del hecho o actuar conforme a esa comprensión. Este efecto constituye la esencia del artículo y configura una definición *ad sensu contrario* de la imputabilidad⁶.

Con estos cambios introducidos por el actual Código Penal, la eximente del art. 20.1 CP queda configurada primordialmente por dos elementos: una base biológica, constituida por la concurrencia en el sujeto autor del ilícito penal de “cualquier anomalía o alteración psíquica”; y como consecuencia de la misma, un elemento psicológico determinado por la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión. Podríamos afirmar, que a estos dos requisitos se adicionan dos más consistentes en la actualidad de la anomalía o alteración psíquica, que debe padecerse por el sujeto en el momento en que ejecute la acción penal y la existencia de una relación “de causalidad” entre dicha anomalía o alteración psíquica y el hecho cometido.

En resumen, de la dicción de esta circunstancia eximente pueden distinguirse hasta cuatro elementos diversos cuyo concurso resulta ineludible para que la circunstancia pueda ser apreciada, a saber:

- 1) La existencia de una anomalía o alteración psíquica (elemento biológico o psicopatológico).
- 2) La imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa previa comprensión (elemento psicológico o normativo).
- 3) Requisito temporal o cronológico. Presencia de dicha anomalía o alteración psíquica en el momento mismo de cometer el hecho delictivo.
- 4) Relación de causalidad o de sentido entre el trastorno psíquico y el hecho delictivo.

⁶ DE LLERA SUÁREZ-BÁRCENA, E.: “Las circunstancias eximentes 1.^a y 3.^a del art. 20 del Código Penal. La correlativa atenuante de responsabilidad penal”, en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. I, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2006, p. 126.

Pasemos a estudiar cada uno de ellos:

1) El art. 20 del CP en su apartado primero configura una causa de inimputabilidad cuyo presupuesto está constituido por el padecimiento de “cualquier anomalía o alteración psíquica”. Deberá por tanto verificarse en orden a aplicar dicha eximente que el sujeto, al tiempo de cometer la infracción penal, padecía una anomalía o alteración psíquica.

El legislador de 1995 ha sustituido la vetusta fórmula de la “enajenación mental” por la expresión “cualquier anomalía o alteración psíquica”, dado que se trataba de una categoría ampliamente criticada casi de forma unánime por la doctrina⁷ y la jurisprudencia, al haber sido equiparada con enfermedad mental⁸, lo que forzó tanto a los científicos como a los jueces en sus sentencias a determinar qué enfermedades mentales podían ser consideradas como supuestos de enajenación mental. La tesis mayoritaria⁹ defendía que estaban comprendidas en la enajenación tanto las psicosis

⁷ ANTÓN ONECA, J.: *Derecho...*, cit., pp. 322 y ss; BAJO FERNÁNDEZ, M.: “Nuevos y viejos problemas de la imputabilidad”, *Cuadernos de Derecho Judicial. La Imputabilidad en General en el Derecho Penal*, núm. XVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, pp. 38 y 39; BARBERO SANTOS, M. y MORENILLA RODRÍGUEZ, J.M.: “La Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social: su reforma”, en BARBERO, M.: *Marginación social y Derecho represivo*, Bosch, Barcelona, 1980, p. 164; CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “Trastornos psíquicos y modificaciones de la imputabilidad: Diagnóstico, pronóstico y medidas de seguridad”, *Cuadernos de Derecho Judicial. La Imputabilidad en General en el Derecho Penal*, núm. XVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, p. 65; DÍAZ-MAROTO y VILLAREJO, J.: “El enajenado y su tratamiento jurídico-penal”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, mayo-agosto, 1988, p. 469; MENGÜAL I LULL, J.B.: “Aspectos psiquiátricos”..., cit., p. 204; OCTAVIO DE TOLEDO Y UBIETO, E. y HUERTA TOCILDO, S.: *Derecho penal...*, cit., p. 345; QUINTANO RIPOLLÉS, A.: *Estimativa jurisprudencial de las anormalidades mentales, Los delincuentes mentalmente anormales* (Conferencias y Comunicaciones), XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología, celebrado en la Facultad de Derecho de Madrid (23 de febrero a 20 de marzo de 1962), Art. Gráf. Helénica, Madrid, 1962, pp. 512 y 513; SÁINZ CANTERO, J.A.: *Lecciones de Derecho Penal...*, cit., pp. 651 y 652; SALINERO ROMÁN, F. y SÁNCHEZ YLLERA, F.: “Estudio de la nueva configuración de las eximentes de enajenación, trastorno mental transitorio e intoxicación plena y medidas de seguridad subsiguientes a su apreciación”, en *Planes provinciales y territoriales de formación (Recopilación de ponencias y comunicaciones). Plan Territorial de Castilla-León, Salamanca, Recopilación penal I*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1992, p. 30 y TORÍO LÓPEZ, A.: “Las fórmulas legislativas...”, cit., p. 980. También el término “trastorno mental transitorio” fue calificado como una expresión vulgar de amplio contenido” por LÓPEZ SAIZ, I. y CODÓN, J.M.: “La base patológica como característica fundamental del «trastorno mental transitorio»”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, mayo-agosto, 1954, p. 269.

⁸ SÁNCHEZ YLLERA, I.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 117.

⁹ Véase ALBERCA LORENTE, R.: “Comentario al n.º 1.º del art. 8.º CP”, en FERRER SAMA, A.: *Comentarios al Código Penal*, Tomo I, Sucesores de Nogues, Murcia, 1946, p. 111, el mismo “La actualidad de la enfermedad y la tipicidad del delito en Derecho Penal”, en ALBERCA LORENTE, R.; VALENCIANO GAYÁ, L.; SÁNCHEZ-PEDREÑO, J. y ROS DE OLIVER, B.: *Psiquiatría y Derecho*

(que eran consideradas las enfermedades mentales en sentido estricto) como las formas más graves de oligofrenia (por causas congénitas, o enfermedades o traumatismos en la infancia). Por el contrario se negaba la apreciación de la eximente a las neurosis y a los trastornos de la personalidad¹⁰ por considerarse que no constituían trastornos mentales de los que enajenaban al sujeto¹¹.

El abandono del concepto de enajenación mental por el Código vigente ha sido valorado por la doctrina como muy positivo. La nueva fórmula utilizada ha sido calificada como una reforma “digna de elogio”¹², por constituir los términos «anomalía» y «alteración» vocablos carentes de sentido peyorativo¹³, ser más médicos y clínicos, más flexibles, a la vez que más utilizados en la práctica¹⁴, y abarcar “toda patología psiquiátrica, como causa capaz de producir anomalía o alteración psíquica”¹⁵. Con todo, para algunos autores, la expresión “anomalía o alteración psíquica” adolece de gran

Penal, Tecnos, Madrid, 1965, p. 39; CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “Trastornos psíquicos...”, cit., p. 65; CARBONELL MATEU, J.C.: “Aspectos penales”..., cit., pp. 50 y 51; CÓRDOBA RODA, J.: “La enajenación y sus consecuencias jurídicas”, *Jornadas sobre psiquiatría forense*, Colección Centro de Estudios Jurídicos vol. 3, Ministerio de Justicia, Madrid, 1994, p. 56; CUELLO CALÓN, E.: *Derecho Penal*,..., pp. 509 y ss; GÓMEZ BENÍTEZ, J.M.: *Teoría Jurídica del delito*..., cit., p. 458; MIR PUIG, S.: *Derecho Penal*..., cit., p. 563; OLIVA GARCIA, H.: “Introducción...”, cit., p. 1142; RODRÍGUEZ DEVESA, J.M. y SERRANO GÓMEZ, A.: *Derecho penal español*..., cit., p. 594 y SÁINZ CANTERO, J.A.: *Lecciones de Derecho Penal*..., cit., p. 654.

¹⁰ Tan sólo el Tribunal Supremo en una ocasión, en su sentencia de 27 de febrero de 1936, aplicó la eximente completa de enajenación mental por una psicopatía.

¹¹ ALONSO ÁLAMO, consideró que no existía inconveniente alguno para que los supuestos de psicopatías profundas, en las que el sujeto es incapaz de determinarse normativamente, se incardinaran como casos incluibles en el término enajenado y fueran considerados inimputables, tomando en cuenta en el juicio sobre la imputabilidad “todos los factores que determinan la incapacidad de dirigir la conducta conforme a la norma” (ALONSO ÁLAMO, M.: “Observaciones sobre el tratamiento penal de las psicopatías”, en DE LA CUESTA ARZAMENDI, J.L.; DENDALUCE SEGUROLA, I. y ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E. (compiladores), *Criminología y Derecho Penal al servicio de la persona. Libro homenaje al Profesor Antonio Beristain*, Instituto Vasco de Criminología, San Sebastián, 1989, p. 457).

¹² CASTELLÓ NICÁS, N.: “Estudio crítico de la drogodependencia y del tratamiento del drogodependiente en el Código Penal de 1995. Problemas prácticos derivados de la nueva regulación”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 60, 1996, p. 578.

¹³ CASTELLÓ NICÁS, N.: “Exención y atenuación...”, cit., p. 307.

¹⁴ CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “La delimitación de los conceptos de anomalía y alteración psíquicas”, en *Estudios Jurídicos, Ministerio Fiscal III-1999. El Fiscal y la jurisdicción civil. Penología. Psiquiatría forense*, vol. III, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid, 1999, p. 576.

¹⁵ GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal de la imputabilidad en el Código Penal de 1995 (Un análisis médico-legal del art. 20.1 y 20.2)*, Comares, Granada, 1997, p. 8.

imprecisión¹⁶, puesto que no concreta qué tipos de trastornos psíquicos puede incluir, además de haber sido calificada de poco científica¹⁷.

Pero aun con estas críticas, no se puede negar el importante avance que ha supuesto la mención a “cualquier anomalía o alteración psíquica” a que hace referencia el Código Penal de 1995 al construir una fórmula de enorme amplitud que permite cubrir cualquier tipo de afectación psíquica que pueda padecer una persona (es decir, todos aquellos trastornos mentales y del comportamiento incluíbles en las más importantes clasificaciones internacionales CIE 10 y DSM-IV-TR) incapacitándola para comprender y/o actuar conforme a dicha comprensión¹⁸. MAZA MARTÍN¹⁹, incluso, llega a afirmar que “con la nueva regulación se dispone de una fórmula más abierta, más ventajosa, al ofrecer la posibilidad de considerar, como eventuales causas de exención de la responsabilidad por inimputabilidad, no sólo a todos los trastornos o enfermedades mentales, sino a otras situaciones en las cuales el trasfondo patológico puede no llegara tener la consideración médica de tal trastorno, como son los «rasgos de personalidad», las «disposiciones anímicas y caracteriales anormales», y otras «anomalías» en general”²⁰.

A la amplitud de esta eximente se ha referido el Tribunal Supremo en su sentencia de 4 de febrero de 2000 (RJ 2000\420) al reconocer que “el artículo 20.1 del Código

¹⁶ CERESO MIR, J.: “La eximente de anomalía o alteración psíquica: Ámbito de aplicación”, en CERESO MIR, J.; SUÁREZ MONTES, R.F.; BERISTÁIN IPIÑA, A. y ROMEO CASABONA, C.M. (editores): *El nuevo Código Penal: presupuestos y fundamentos (Libro Homenaje al Profesor Doctor Don Ángel Torío López)*, Estudios de Derecho Penal (dirigidos por Carlos María Romeo Casabona), Comares, Granada, 2000, p. 249, el mismo, *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 60 y en “Las causas de inculpabilidad en el Nuevo Código Penal español”, *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, p. 24. También GARCÍA ANDRADE quien ha calificado ambos conceptos de criterios “confusos y escasamente delimitados”, en GARCÍA ANDRADE, J.: *Psiquiatría criminal y forense*, 2ª ed., Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 2002, p. 72.

¹⁷ MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal...*, cit., p. 378.

¹⁸ De la misma opinión, CASTELLÓ NICÁS, N.: “Art. 20.1.º Código Penal”, *Comentarios al Código Penal, Tomo II (Artículos 19 a 23)*, dirigidos por COBO DEL ROSAL, Edersa, Madrid, 1999, pp. 122 y 123 y URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., p. 212.

¹⁹ MAZA MARTÍN, J.M.: “La anomalía y alteración psíquica en la interpretación jurisprudencial”, en *Estudios Jurídicos, Ministerio Fiscal III-1999. El Fiscal y la jurisdicción civil. Penología. Psiquiatría forense*, vol. III, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid, 1999, p. 547.

²⁰ En el mismo sentido JORGE BARREIRO, A.: “El enfermo mental delincuente y peligroso ante el CP de 1995”, *Revista de Derecho Penal y Criminología*, nº 6, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 2000, pp. 203 y ss.

Penal vigente, introduce modificaciones sustanciales respecto al texto del antiguo número 1º del artículo 8 del Código Penal de 1973, ya que el término «enajenado», ha sido sustituido por la expresión «cualquier anomalía o alteración psíquica». La interpretación biológica psicológica, que realizó la Jurisprudencia de esta Sala, obligaba a atender no sólo al origen o presupuesto biológico de la enajenación, sino también al concreto efecto que debe producir, y que consiste en una anulación o disminución de la capacidad intelectual o volitiva. En el nuevo Código para que la anomalía o alteración psíquica exima de responsabilidad se precisa que el agente a causa de ella, «no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión» al tiempo de cometer la infracción penal. Y esta modificación al ampliar el ámbito del Código derogado, determina el que «cualquier anomalía o alteración psíquica», abarque no sólo las enfermedades mentales en sentido estricto, como venía entendiendo la Jurisprudencia al interpretar el concepto «enajenación», sino también otras alteraciones o trastornos de la personalidad. Ambas pueden servir de base, conforme al Código Penal, para la apreciación de esta causa de exención, siempre que produzca el mismo efecto psicológico, cual es, que en el momento de la comisión del hecho delictivo, el sujeto, «no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión»²¹.

Con esta novedosa formulación de la eximente del art. 20.1 CP se incrementa, de modo muy notable, la necesidad para el práctico del Derecho de acudir a los conocimientos de la Psiquiatría criminal y forense, para la correcta comprensión de los términos anomalía y alteración psíquica utilizadas por el citado precepto. MORALES

²¹ Ya con anterioridad lo había hecho la STS de 29 de junio 1999 (RJ 1999\6116) al estimar que la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión “han de tener como causa y presupuesto una anomalía o alteración psíquica, en la que podrán incluirse síntomas y explicaciones científicas de variada procedencia con lo que la evolución de los conocimientos psicológicos y psiquiátricos no exigirá cambiarlos dada su amplitud, que no se limita, como alguna manifestación de la doctrina científica ha señalado, a acoger viejos criterios de libre albedrío, sino que puede incluir todo origen aun, no psicótico, como lo permite entender la referencia en el segundo párrafo del núm. 1º del art. 20 CP al trastorno mental transitorio, de larga fecha despojado en la jurisprudencia de la necesidad de tener base patológica. Y cualesquiera que sean estas causas, que naturalmente precisarán ser probadas adecuadamente, siempre que se constate, bien que el sujeto no comprende al carácter penal socialmente reprochable de su conducta, o bien que, aun comprendiéndolo, no puede evitar su realización, podrá acogerse la eximente”.

PRATS considera que esta nueva redacción “facilitará puentes de dialogo”²² entre ambas disciplinas, pues solo a través de un trabajo conjunto de psiquiatras y juristas, se podrá lograr una adecuada y selectiva integración del saber psiquiátrico y psicológico en el Derecho penal, lo que permitirá evitar pronunciamientos jurisprudenciales incorrectos en materia.

Los jueces necesitan que los expertos en Psiquiatría forense les ofrezcan la información necesaria sobre la personalidad del delincuente con objeto de conocerla y así poder valorar los efectos que la misma ha producido en sus facultades mentales. Se trata de que los especialistas suministren al juez la descripción, comprensión, análisis y explicación de una persona concreta, con un padecimiento específico, en un momento determinado y en relación a un hecho definido²³.

Es pues obligatorio realizar, con la ayuda de la Psiquiatría, un análisis lo más preciso posible de tal presupuesto biológico, acometiendo la delimitación de conceptos tan esenciales como los mencionados por el legislador con carácter de presupuesto inicial para la existencia de la eximente, es decir, cuáles son y en qué consisten tales anomalías y alteraciones psíquicas capaces de impedir que el sujeto comprenda la ilicitud del hecho y/o no pueda actuar conforme a dicha comprensión.

Son numerosos los autores que se han ocupado de definir los términos *anomalía* y *alteración psíquica*. Antes, sin embargo, de pasar a ocuparnos de dichas definiciones es importante aclarar que la anomalía o alteración que contempla la eximente sólo y exclusivamente puede ser de carácter *psíquico*, no pudiendo considerarse como tal ninguna enfermedad física²⁴. También es necesario precisar que el citado apartado del art. 20 utiliza la conjunción disyuntiva “o” para delimitar ambas locuciones, lo que significa que podrá darse la una o la otra indistintamente. Por último, debe ponerse de relieve que si atendemos a la literalidad del precepto, el mismo refiere que podrá ser “cualquier” anomalía o alteración psíquica, claro está, siempre que sea de tal naturaleza

²² MORALES PRATS, F.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 149.

²³ Véase SÁNCHEZ YLLERA, I.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 118.

²⁴ BLANCO LOZANO, C.: *La eximente...*, cit., p. 92.

que impida al sujeto comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión.

Adentrándonos ya en el análisis de estos términos, comenzamos por concretar el de *anomalía psíquica*. Según CARRASCO GÓMEZ, se trata de “anomalías, variaciones sobre lo normal, que básicamente están sustentadas sobre lo constitucional y lo congénito, sin que se pueda obviar la influencia de lo adquirido. Y anomalías son igualmente aquellos estados mentales anormales congénitos, casos de retraso mental, de etiología genética o de otro tipo y que perduran a lo largo de la vida”²⁵. Para ESBECC RODRÍGUEZ, constituyen “un defecto o disfunciones congénitas o precozmente adquiridas (retraso mental, trastornos del desarrollo, trastornos de la personalidad)”²⁶. Por su parte, BLANCO LOZANO las considera, “una disfunción patológica que afecta a la mente del sujeto. Se caracteriza, frente a la simple alteración psíquica, en el carácter patológico de la disfunción, esto es, en su consideración como enfermedad desde el punto de vista médico-psiquiátrico”²⁷. Finalmente, para MARTÍNEZ PEREDA, se definen como “la irregularidad o discrepancia de una regla, en este caso del psiquismo”²⁸. Lo que nos permite concluir que con la anomalía, parece que se quiere hacer referencia a lo patológico²⁹.

Por el contrario, por *alteración psíquica* dichos autores entienden: en el caso de CARRASCO GÓMEZ que consiste en la “actividad anormal, presencia o aparición de síntomas, de fenómenos psicopatológicos o conductas anómalas, bien aisladamente o formando parte, con otros síntomas, de algún trastorno definido”³⁰. ESBECC RODRÍGUEZ, afirma que “*alteración*, se refiere a trastorno mental de nueva aparición, en una mente previamente sana y bien desarrollada (por ej., una demencia)”³¹. BLANCO LOZANO por su parte, indica que “la *alteración psíquica* consiste en una disfunción mental que no tiene un origen patológico...en la alteración no subyace una verdadera enfermedad desde un punto de vista médico-psiquiátrico, sino que son unos

²⁵ CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “La delimitación...”, cit., p. 577.

²⁶ ESBECC RODRÍGUEZ, E.: “El Psicólogo ...”, cit., p. 116.

²⁷ BLANCO LOZANO, C.: *La eximente...*, cit., pp. 92 y 93.

²⁸ MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M.: “La imputabilidad”..., cit., p. 1611.

²⁹ MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., p. 109.

³⁰ CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “La delimitación...”, cit., p. 578.

³¹ ESBECC RODRÍGUEZ, E.: “El Psicólogo ...”, cit., p. 116.

determinados estímulos externos, de excepcional intensidad y efectos, los que producen sobre la psique de un sujeto teóricamente sano un grave desequilibrio, el cual remite una vez casados los estímulos desencadenantes”³². Por último, MARTÍNEZ PEREDA la define como “perturbación o trastorno del psiquismo”³³. De lo que podemos deducir que con el término alteración que se adjetiva de psíquica se hace referencia al trastorno de origen anímico³⁴.

En cualquier caso y aunque es posible, como se ha visto, matizar el significado de uno y otro término podemos sin embargo afirmar con CARRASCO GÓMEZ que ambos términos (anomalía y alteración psíquica) no son “enteramente distintos, pues se emplean indistintamente y existe una yuxtaposición entre ambos,... son conceptos que comparten la denominación más actual de las enfermedades mentales en las clasificaciones internacionales (DSM-IV-TR y CIE 10) como es la de trastorno. La necesaria falta de límites de todas esas denominaciones hace que, en relación con el Art. 20 del Código Penal y, desde el punto de vista médico, no exista ninguna restricción diagnóstica para que puedan entrar en consideración como causas eximentes todo tipo de trastornos”³⁵.

Una vez conocido el significado de los términos anomalía o alteración psíquica, aceptado que presentan un contenido equivalente y asumido que dentro de los mismos puede incardinarse cualquier tipo de trastorno mental, correspondería ahora sistematizar y analizar cada uno de los trastornos que dan cuerpo a la fórmula legal por incidir en la imputabilidad del sujeto que los padece, pero dado lo extenso del estudio así como su extraordinaria relevancia, hemos considerado técnicamente más correcto dedicar a su análisis un capítulo independiente³⁶. En el mismo se examinarán todos aquellos trastornos mentales que pueden repercutir en la capacidad de culpabilidad, para lo que utilizaremos las dos clasificaciones internacionales más importantes, la CIE 10 y el

³² BLANCO LOZANO, C.: *La eximente...*, cit., p. 95.

³³ MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M.: “La imputabilidad”..., cit., p. 1611.

³⁴ MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., p. 109.

³⁵ CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “Circunstancias psíquicas que modifican la imputabilidad”, *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, p. 157.

³⁶ Capítulo IV de este trabajo.

DSM-IV-TR, por ser las que mejor describen los distintos trastornos, al utilizar unos criterios diagnósticos aceptados a nivel internacional.

2) Acreditado el padecimiento de una anomalía o alteración psíquica por el sujeto autor de los hechos debe comprobarse que la misma le produjo la incapacidad para conocer el significado del hecho ilícito realizado o para actuar conforme a dicha comprensión de sentido.

Como se ha indicado con anterioridad, el Código Penal vigente ha optado por un método mixto para declarar exento de responsabilidad criminal a un sujeto afecto de un trastorno mental, pues exige junto al padecimiento de una anomalía o alteración psíquica (elemento psicopatológico), que la misma le haya impedido comprender la ilicitud de su hecho o actuar conforme a dicha comprensión (elemento normativo).

De esta forma, el legislador vincula el juicio de inimputabilidad a un análisis del sujeto respecto de unos hechos concretos, juicio que deberá realizar el juez, de acuerdo con los informes periciales que se hayan elaborado sobre el mismo, para determinar las consecuencias que dicho trastorno ha provocado, atendiendo a la conjugación de dos elementos: uno *intelectual*, consistente en la capacidad que tenía el sujeto de comprender el injusto de la conducta en el momento de realizarla; y otro *volitivo*, que habrá de poner atención en la posibilidad del sujeto de obrar conforme a ese entendimiento³⁷.

Determinar la capacidad de imputabilidad de cada sujeto es pues una labor judicial, que requiere la ayuda de la pericia psiquiátrica³⁸ la que constituye un elemento esencial a fin de garantizar un acertado enjuiciamiento de la misma³⁹.

³⁷ GÓMEZ RIVERO, M^a.C.: “Nuevas tendencias doctrinales y jurisprudenciales en el tratamiento del enfermo mental”, en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. I, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2006, pp. 309 y 310. HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “La prueba pericial...”, cit., p. 504.

³⁸ DORADO MONTERO ha reconocido la continua e importante reclamación de pericias por parte de los tribunales, pues como bien advertía los mismos no pueden “proceder a ciegas y de una manera atropellada” (DORADO MONTERO, P.: *Los peritos médicos y la justicia criminal*, reimpr. de la edcn. de Madrid, Hijos de Reus, 1905, 1^a ed., Jiménez Gil Editor, Pamplona, 1999, p. 133).

³⁹ URRUELA MORA, A.: “Hacia un nuevo modelo de cooperación entre Derecho Penal y psiquiatría en el marco del enjuiciamiento de la inimputabilidad en virtud de la eximente de anomalía o alteración psíquica. Aspectos materiales y formales” *Cuadernos de Política Criminal*, n° 86, 2005, p. 248.

Así lo ha recogido nuestra jurisprudencia, entre otras, en la *STS de 3 de mayo de 1995 (RJ 1995\3899)* que sostiene que “la determinación de la capacidad de culpabilidad se lleva a cabo mediante una división de tareas entre los peritos y los jueces”, en la que “a los médicos corresponde señalar las bases patológicas de la anomalía que en su caso, perciban, que ha de ser valorada por el Tribunal, correspondiendo a éste la decisión sobre la imputabilidad, semiimputabilidad o inimputabilidad, por tratarse de conceptos de carácter eminentemente jurídico”⁴⁰. Pues como bien apunta la *STS de 22 de marzo de 2001 (RJ 2001\1994)* debe recordarse “que en toda prueba pericial médica deben diferenciarse dos fases sucesivas de examen y valoración residenciadas en elementos personales distintos, la primera se refiere a la propia anomalía psíquica con todos sus contornos es exclusivamente médica y como tal debe ser efectuada por los especialistas correspondientes. Sobre esta valoración médica deben extraerse las consecuencias jurídicas, es decir, la incidencia que en el concreto caso enjuiciado haya podido tener el déficit intelecto-volitivo apreciado médicamente, y esta valoración es jurídica correspondiéndole en exclusiva al Tribunal sentenciador, quien al establecer su valoración, deberá tener todas las circunstancias concurrentes, e incluso las otras pruebas, tales como las testificales si las hubiera y en definitiva todo aquello que le permita en una recreación «ex post facto» acercarse lo más posible al momento en que el acusado cometió los hechos que se le imputan a los efectos de determinar el concreto alcance de aquella enfermedad mental, trastorno de la personalidad toxicofilia o anomalía psíquica pudo tener en su facultad de saber lo que hacía y querer lo que conocía en relación al hecho enjuiciado, lo que supone reconocerle al Tribunal sentenciador la exclusiva competencia para efectuar los pronunciamientos correspondientes relativos a la imputabilidad del sujeto, ciertamente de forma razonada, y por tanto explicitando las motivaciones que le llevan a fijar un determinado grado de déficit, coincidente o discrepante”.

Esto nos lleva, aunque sea brevemente a referirnos a un problema de gran importancia en el tema que nos ocupa, ampliamente denunciado por distintos autores⁴¹,

⁴⁰ STS de 20 de enero de 2004 (RJ 2004\678).

⁴¹ CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La enfermedad mental ante la ley. Manual de psiquiatría forense*, Editorial Libro del Año, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1994, pp. 32

cual es la falta de especialización de los médicos forenses que tienen que dictaminar sobre la situación mental del procesado, al carecer de tecnificación en la rama de Psiquiatría, lo que supone la emisión de informes que carecen de las debidas y plenas garantías⁴². Lo que ha llevado a solicitar fervientemente a HIGUERA GUIMERÁ, lo que consideramos muy acertado, que “solamente las personas realmente especializadas en Psiquiatría intervengan en la prueba pericial psiquiátrica en los procedimientos judiciales penales”⁴³, lo que fundamenta en evidentes y notorias razones de garantía y de seguridad⁴⁴.

Lo que interesa al Derecho penal y al jurista no es pues la nosología ni el diagnóstico psiquiátrico, sino la constatación de los efectos que la anomalía o alteración psíquica produce sobre la capacidad de culpabilidad del sujeto⁴⁵.

La jurisprudencia es clara en la materia pues considera que lo que esencialmente prima a la hora de valorar la culpabilidad del sujeto enjuiciado es el elemento normativo. Así lo recoge, por ejemplo, el *Auto de 12 de diciembre de 2002 (JUR 2003\787)* al referir en relación al número 1º del artículo 20 del Código Penal de 1995 que “si bien se precisa de la existencia de una causa patológica del psiquismo, expresada en términos muy amplios, como cualquier anomalía o alteración psíquica, lo que cuenta a efectos de exención de la responsabilidad criminal es que sus efectos sean la imposibilidad o de comprender la ilicitud del hecho, o de obrar conforme a esa comprensión”.

Estos efectos, contenidos en el último inciso del artículo 20 de nuestro Código Penal, resultan supuestos alternativos y excluyentes entre sí, en el sentido de que faltando una u otra de ambas hipótesis el supuesto de la inimputabilidad podría darse,

y ss; CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal y forense*, 3ª ed., La Ley-Actualidad, Madrid, 2005, pp. 75 y ss; GÓMEZ RIVERO, M^a.C.: “Nuevas tendencias doctrinales...”, cit., p. 344; HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “La prueba pericial...”, cit., p. 518; MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad...*, cit., pp. 269 y ss y URRUELA MORA, A.: “Hacia un nuevo modelo...”, cit., pp. 242 y ss.

⁴² HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “La imputabilidad...”, cit., pp. 47 y 48.

⁴³ HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “La prueba pericial...”, cit., p. 526.

⁴⁴ *Ibidem*, cit.

⁴⁵ CONDE-PUMPIDO FERREIRO, C. (director y autor); BENEYTEZ MERINO, L. [et al.]: *Código penal comentado. Con concordancias y jurisprudencia*, 2ª ed., Bosch, Barcelona, 2004, p. 89 y DE LLERA SUÁREZ-BÁRCENA, E.: “Las circunstancias eximentes...”, cit., p. 138.

sin necesidad en ningún caso de la concurrencia conjunta de ambas. Para aplicar el art. 20.1 CP basta con que esté ausente la capacidad de comprensión. Si es comprendida la ilicitud del comportamiento desarrollado, habremos de preguntarnos si el sujeto es capaz de actuar de conformidad con aquella comprensión. Es decir, sólo una vez superado el “momento intelectual” deberemos desplazarnos al “momento voluntario” para verificar si, aun concurriendo la comprensión de lo injusto del hecho, la capacidad de culpabilidad debe negarse todavía por resultar el autor incapaz de actuar con arreglo a aquel entendimiento, por causa de la anomalía o alteración psíquica, predominando los impulsos del sujeto hasta tal punto que le conduzcan a la realización del hecho o debiliten de tal forma los factores personales de inhibición, que los actos dejen de resultar dominables por el mismo.

Con esta fórmula, el legislador decide superar el planteamiento que hasta ahora había venido dominando, cifrando la esencia de la eximente en el efecto que debe producir la anomalía o alteración psíquica⁴⁶. Para el sistema penal no basta que el sujeto sufra una determinada anomalía o alteración mental sino que es imprescindible demostrar que dicha entidad nosológica le afectó significativamente en el momento concreto y respecto de los hechos enjuiciados, en su capacidad para comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión⁴⁷. En definitiva, lo relevante a nivel jurídico no debe ser el padecimiento de la persona sino lo que eso significa para la posibilidad de comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión.

Analicemos cada uno de estos elementos o requisitos:

a) Que el sujeto *no pueda comprender la ilicitud del hecho*. Sólo cuando la anomalía equivalga a que quien la padece no conozca ni pueda (capacidad de) conocer el significado ilícito de su actuar, se dará este efecto.

⁴⁶ QUINTERO OLIVARES, G. (con la colaboración de MORALES PRATS, F.): *Parte General...*, cit., p. 526.

⁴⁷ LLEDÓ GONZÁLEZ, C.L.: “Medidas cautelares a tomar en fase de instrucción respecto del enfermo mental presunto autor de una infracción penal”, en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. I, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2006, p. 72.

Este requisito viene dado, tal y como expresa NÁQUIRA RIVEROS, por la facultad que tiene el sujeto para comprender el injusto base de su actuar perteneciente a un ámbito jurídico-penal determinado⁴⁸. O lo que es lo mismo, como estima PRATS CANUTS, este requisito consiste en “aquella actitud del sujeto a partir de la cual éste no sólo conoce la realidad exterior de su mundo circundante, sino que además de conocerla es capaz de darse cuenta de los valores sociales -en sentido positivo o negativo- que rigen dicha realidad y de la vinculación de sus actos a los mismos”⁴⁹. Se trata por tanto, del conocimiento de la realidad y posteriormente, de una adecuada valoración o comprensión de la misma⁵⁰. El sujeto debe, primero, percibir la realidad y todo aquello que la rodea para, después, contrastar un hecho con un esquema normativo determinado que calificará de lícito o ilícito⁵¹. Este requisito, en definitiva, puede resumirse en la capacidad de entender y valorar la naturaleza e ilicitud del hecho realizado⁵².

Son muy diversos los trastornos que originan la satisfacción de este requisito por producir la alteración de diversas e importantes funciones psíquicas que llevan a un equivocado juicio de la realidad, a una falta de conocimiento o a un conocimiento parcial o erróneo de la misma⁵³.

Esta incapacidad de comprender, al igual que la capacidad de inhibición, está referida, como observa JESCHECK⁵⁴, al injusto material del hecho y habrá de constatarse en el caso concreto y con especial referencia al tipo penal correspondiente. La imposibilidad de “compresión” viene remitida a la “ilicitud del hecho”, lo que no supone, desde luego, que el sujeto tenga que saberse las normas y leyes penales infringidas en el momento de su realización, sino que basta la posibilidad cierta y razonable de que el actor haya podido valorar como injusta o ilícita la conducta por él protagonizada⁵⁵. Es decir, es suficiente con que el sujeto sea capaz de apreciar o valorar

⁴⁸ NÁQUIRA RIVEROS, J.: “Imputabilidad...”, cit., p. 144.

⁴⁹ PRATS CANUT, J.M.: “Imputabilidad...”, cit., p. 126.

⁵⁰ SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.: *La imputabilidad...*, cit., p. 86.

⁵¹ NÁQUIRA RIVEROS, J.: “Imputabilidad...”, cit., p. 144.

⁵² ORTS BERENGUER, E. [et al.]: *Derecho penal. Parte general. Esquemas*. Tomo VI, Valencia, Tirant lo Blanch, 2007, p. 93.

⁵³ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 278.

⁵⁴ JESCHECK, H.H. y WEIGEND T.: *Tratado de Derecho Penal...*, cit., p. 474.

⁵⁵ NÁQUIRA RIVEROS, J.: “Imputabilidad...”, cit., p. 146.

en la esfera, nivel o escala del profano, que una determinada conducta puede ser ilícita⁵⁶. Como bien apunta ARROYO DE LAS HERAS, realmente se exige que el sujeto sea incapaz de comprender “que con su conducta está atacando o poniendo en peligro un bien jurídico, obrando contra bienes jurídicos protegidos o, simplemente, conduciéndose en oposición al derecho”⁵⁷. En consecuencia, será inimputable el sujeto que no posea ni siquiera una mínima capacidad mental para comprender, en el sentido indicado, la ilicitud de su conducta.

Las certeras afirmaciones de estos dos últimos autores nos conducen a realizar una reflexión crítica sobre esta exigencia, tal y como está formulada en el art. 20.1 y que ya expusimos con anterioridad en este trabajo. En nuestra opinión, el requisito está contemplado de una manera excesivamente formalista, dado que se centra únicamente en la comprensión del ilícito por el agente, olvidando que con carácter previo, dicho sujeto habrá debido tener conciencia de que con su comportamiento lesiona o pone en peligro un bien protegido jurídicamente. Es decir, creemos que no se trata -aunque también- únicamente de comprender lo ilícito del acto sino antes y previamente de poder afirmar el conocimiento sobre el injusto material de la propia conducta, esto es, de la capacidad para comprender que con el comportamiento se pone en peligro o lesiona un bien jurídico ajeno. No es suficiente vincular la imputabilidad con la antijuricidad formal de la conducta, sino también en un momento previo con su antijuricidad material⁵⁸.

b) Que el sujeto no pueda actuar *conforme a esa comprensión*. El individuo que padece la anomalía, puede, a pesar de comprender el significado del hecho ilícito, carecer de la capacidad de autodeterminarse o autogobernarse en línea con esa conciencia por un defecto de la voluntad. La persona, en este caso, ha comprendido el

⁵⁶ SERRANO BUTRAGUEÑO, I.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 274.

⁵⁷ ARROYO DE LAS HERAS, A.: “La eximentes incompletas del núm. 1.º del art. 21 del CP”, en ARROYO DE LAS HERAS, A.; GOYENA HUERTA, J. y MUÑOZ CUESTA, J. (coord): *Las Circunstancias Atenuantes en el Código Penal de 1995*, Aranzadi, Navarra, 1997, p. 30.

⁵⁸ Pensemos en el caso de un esquizofrénico que desconoce siquiera que mata o lesiona a un ser humano (por estar convencido por ejemplo de estar actuando frente al diablo o similar). Y no se trata sólo de casos de anomalías psíquicas, sino también de hipótesis de drogadicción, como las alucinaciones que produce la ingesta de LSD o de sustancias tóxicas que desarrollan efectos similares sobre la conciencia humana.

alcance del mandato de la norma y ha valorado adecuadamente la trascendencia de sus actos, pero no es capaz de adecuar su comportamiento a lo exigido por el Derecho.

Se trata de fenómenos patológicos que abocan al sujeto a la comisión de ilícitos, a pesar de que permiten conocer y comprender la situación, esto es, le permiten saber que la comisión de ese hecho es algo castigado por la sociedad, pero en los que no existe la suficiente reflexión o en los que el mismo no es capaz de dirigir y controlar adecuadamente la acción.

De lo anterior se desprende que el efecto que analizamos sólo deberá indagarse en aquellos casos en los que el entendimiento o capacidad de comprensión permanezca intacto o inalterable y, sin embargo, la capacidad volitiva se altere o disminuya sensiblemente.

Estos sujetos no son capaces de autocontrolarse y/o autogobernarse dado los defectos en los frenos inhibitorios que padecen. Realizan conductas de alguna manera impulsivas, irresistibles, irrefrenables, originando una tensión que hace que el sujeto busque su desaparición, a pesar de conocer el alcance y las consecuencias que pueden generarse.

Determinar la capacidad de voluntad, o lo que es lo mismo, la aptitud para autodeterminarse o autogobernarse es una cuestión muy compleja fundamentalmente por la dificultad de su medición, ya que es muy complicado poder evaluar algo tan poco aprensible y medible como es la tensión o fuerza vivida como irresistible⁵⁹.

Repasados los efectos que debe producir la anomalía o alteración psíquica en el sujeto (incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión) todavía debemos realizar algunas precisiones respecto a los mismos. En primer lugar, plantear si la fórmula empleada para describirlos se adscribe o no a alguna concepción sobre la culpabilidad. En segundo extremo, determinar si dicha formulación se aviene con los actuales conocimientos científicos o si, por el contrario, resulta excesivamente restrictiva. Por último, poner de relieve el cambio jurisprudencial

⁵⁹ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 283.

respecto del grado de afectación que han de sufrir las facultades intelectuales o volitivas del sujeto para declarar su inimputabilidad.

Por lo que se refiere a la primera de las cuestiones, destacan algunos autores que es posible afirmar la compatibilidad de la fórmula empleada por el art. 20.1º CP tanto con una concepción normativa de la culpabilidad como con la teoría de la motivabilidad⁶⁰, aunque resulta incompatible con las negadoras del concepto de culpabilidad y defensoras de su sustitución por la necesidad de pena⁶¹. Así lo estima, por ejemplo, MORALES PRATS para el que “la acotación del referido concepto es lo suficientemente laxa como para permitir su asunción y desarrollo interpretativo desde puntos de vista muy dispares; constituyendo tan solo un obstáculo legal para aquel concreto y determinado sector doctrinal, que postula no ya la revisión del concepto de culpabilidad y de sus presupuestos sino su sustitución por otros tales como el concepto de necesidad de pena”⁶².

En nuestra opinión, como acertadamente defiende CASTELLÓ NICÁS, este elemento del art. 20.1 CP, cifrado en la imposibilidad por el sujeto de comprender la licitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión, se “decanta claramente por la consideración de la persona como capaz de actuar de forma diferente a como lo hizo, esto es, por una postura tradicional del concepto de culpabilidad”⁶³. Lo que apunta URRUELA MORA, resulta totalmente coherente con “la imagen del hombre de la que se inspira el Derecho, basada en la consideración de la persona como ser responsable, susceptible de orientar su conducta con arreglo a las prescripciones normativas”⁶⁴.

En cuanto al segundo tema apuntado, importantes autores como MUÑOZ CONDE y más recientemente MATEO AYALA, IGLESIAS RÍO y MARTÍNEZ GARAY han considerado el art. 20.1 CP excesivamente restrictivo en lo que a su elemento normativo se refiere, por dejar fuera de su ámbito de aplicación todas aquellas alteraciones que no

⁶⁰ IGLESIAS RÍO, M.A.: “La eximente de «anomalía...”, cit., p. 162 nota 35; SÁNCHEZ YLLERA, I.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 114 y QUINTERO OLIVARES, G.: *Locos...*, cit., p. 116.

⁶¹ MORALES PRATS, F.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 148.

⁶² *Ibidem*, cit., pp. 146 y 147.

⁶³ CASTELLÓ NICÁS, N.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 100.

⁶⁴ URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., p. 182.

afectan a la inteligencia o a la voluntad (por ejemplo, alteraciones de la memoria, de la afectividad, del pensamiento, de la motivación, y de la percepción).

Así, MUÑOZ CONDE, ha denunciado que es “inmediatamente criticable, a la luz de los actuales conocimientos psicológicos y psiquiátricos, que en la determinación de la imputabilidad de un sujeto sólo se tengan en cuenta las facultades intelectuales y volitivas y su incidencia en el actuar humano, ya que como han demostrado la Psiquiatría y la moderna Psicología las alteraciones de otras importantes facultades psíquicas también pueden influir en la imputabilidad de un sujeto... El concepto de imputabilidad no puede ser entendido en sí mismo, sino enmarcado en una historia, en una biografía y referido a una estructura social determinada; como la consecuencia de un largo proceso de socialización que se inicia desde el nacimiento y se continúa durante toda la vida con la internalización de las diversas exigencias normativas sociales y jurídicas. Cualquier alteración de este proceso socializador, afecte o no a las facultades intelectuales o volitivas, debe, pues, ser tenido en cuenta a la hora de formular cualquier juicio de valor sobre el comportamiento de un individuo, tanto más a la hora de afirmar o negar su capacidad para ser declarado culpable y, en consecuencia, castigado por la comisión de un delito”⁶⁵.

Por su parte, MATEO AYALA ha declarado que “la situación legal creada por el Código, en cuanto a los efectos psicológicos, no deja de sorprender cuanto más, si tenemos en cuenta que bien pudieran generarse situaciones de autentica discriminación respecto a determinados trastornos, que podrían quedar fuera de las hipótesis incluidas en la eximente del artículo 20.1.º del Código, al quedar abolidas o mermadas facultades psíquicas como las anteriormente expuestas, distintas en cualquier caso, de la inteligencia o voluntad”⁶⁶.

IGLESIAS RÍO ha puesto de relieve la existencia de un distanciamiento técnico entre la literalidad de nuestro artículo 20.1 CP y las nociones científicas vigentes en la actualidad, que sistematizan la imputabilidad en los conceptos de conciencia, inteligencia, voluntad y yoidad, pues el Código Penal no atiende a todas en su totalidad

⁶⁵ MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal...*, cit., pp. 379 y ss.

⁶⁶ MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., p. 138.

sino solo a la segunda y tercera. Según entiende, llevan razón aquellos que objetan a dicho artículo “que existe un amplio abanico de facultades psíquicas y de posibles anomalías o alteraciones que pueden influir en el comportamiento sin menoscabo de la esfera intelectual o volitiva⁶⁷.”

Finalmente, MARTÍNEZ GARAY estima que las referencias a la afectación de la inteligencia y la voluntad “resultan insuficientes y poco exactas desde el punto de vista de la psicología y psiquiatría modernas. La inteligencia es sólo una de las funciones que permiten la comprensión y el razonamiento sobre los fenómenos, por lo que es preferible sustituirla como criterio por el más amplio de sistema cognitivo o capacidades cognitivas, que incluye también otras funciones como la percepción, atención, memoria, imaginación, abstracción, comprensión, razonamiento, etc”. Incluso, va más allá de las concepciones anteriormente citadas, declarando sobre la voluntad que “ha sido siempre un término controvertido en psicología y, cuando se utiliza no se hace con el sentido de libre albedrío; es por ello arriesgado mantenerlo como criterio para la valoración de la imputabilidad, porque probablemente tienen para el perito y para el juez significados muy distintos”⁶⁸.

A pesar de la crítica vertida por los anteriores autores estimamos que el art. 20.1 CP es lo suficientemente amplio como para subsumir en él cualquier alteración psíquica que incida en la imputabilidad del sujeto, puesto que al final, sea la que fuere (alteración de la memoria, de la afectividad, etc.), si su efecto ha sido incapacitarle para la comprensión de la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión, es obvio que habrá repercutido en la capacidad intelectual o volitiva del mismo⁶⁹.

No queremos cerrar este apartado sin hacer referencia a la superación que con el art. 20.1 CP se ha producido de la línea jurisprudencial, que al amparo del anterior Código Penal exigía para aplicar la eximente del art. 8.1 CP que el sujeto tuviera totalmente

⁶⁷ IGLESIAS RÍO, M.A.: “La eximente de «anomalía...”, cit., p. 162.

⁶⁸ MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad...*, cit., p. 361.

⁶⁹ En este sentido, URRUELA MORA considera que “no resulta evidente que aquellas facultades distintas de las intelectivas y volitivas, y que inciden en el actuar humano no sean reconducibles a alguna de dichas categorías, siquiera por vía de abstracción” (URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., p. 173 nota 581).

abolidas sus facultades intelectivas o volitivas⁷⁰. Incluso, en algunas sentencias llegó a hablar de la necesidad de un “estado de verdadera y manifiesta inconciencia”⁷¹, lo que debería suponer una falta de comportamiento humano, de la acción penal, más que un problema de inimputabilidad.

El citado artículo sólo exige para la exención de responsabilidad criminal del sujeto que padece una anomalía o alteración psíquica que la misma provoque en el sujeto una afectación completa o plena de su posibilidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión. Así lo recoge la reciente STS de 14 de diciembre de 2006 (RJ 2007\37724) al indicar que la jurisprudencia ha señalado que no es necesario una ausencia total de conciencia, “sino de pérdida o inhibición de las facultades intelectivas y volitivas, en grado de intensidad suficiente para desconocer o desvalorar la relevancia de sus determinaciones al menos en lo que atañen los impulsos sexuales trascendentes. En este sentido la sentencia de esta Sala de 28.10.91, establece que si bien es cierto que la referencia legal se centra en la privación de sentido, no se quiere decir con ello que la víctima se encuentre totalmente inconsciente, pues dentro de esta expresión del tipo legal se pueden integrar también aquellos supuestos en los que existe una disminución apreciable e intensa de las facultades anímicas que haga a la víctima realmente inerte a los requerimientos sexuales, al quedar prácticamente anulados sus frenos inhibitorios; y la de 15.2.94, precisa que la correcta interpretación del término "privada de sentido" exige contemplar también aquellos supuestos en que la pérdida de conciencia no es total pero afecta de manera intensa a la capacidad de reacción activa frente a fuerzas externas que pretenden aprovecharse de su debilidad... (STS 15-2-05)”.

En definitiva, de forma tradicional, la jurisprudencia ha venido requiriendo para aplicar la eximente completa, la total anulación de las capacidades mentales del sujeto,

⁷⁰ Requerimiento del Tribunal Supremo criticado por BLANCO LOZANO, C.: *Tratado de Derecho Penal...*, cit., p. 951; GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., pp. 15 y 16; MACHADO RUIZ, M.D. y MAQUEDA ABREU, M.L. en ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (director); PÉREZ ALONSO, E.J. (coordinador) y OTROS: *Derecho Penal...*, cit., p. 630; MATEO AYALA, E.J.: *La inimputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., p. 140; MORALES PRATS, F.: “Art. 20.1.º...”, cit., pp. 149 y 150; QUINTERO OLIVARES, G.: *Locos...*, cit., p. 72 y SÁNCHEZ YLLERA, I.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 119.

⁷¹ STS de 26 de noviembre de 1984 (RJ 1984\5954).

lo que consideramos una práctica errónea pues nos sacaría del terreno de la imputabilidad para situarnos en el de la ausencia de acción. Sin embargo, con buen criterio, desde la aprobación del vigente Código Penal no se llega a tal grado de exigencia, demandando una afectación plena de dichas facultades pero sin solicitar su absoluta anulación.

3) Respecto *del requisito temporal*, ya MANZANARES SAMANIEGO y ALBÁCAR LÓPEZ con respecto al Código Penal derogado advirtieron que las eximentes “deben concurrir al tiempo de la realización de la conducta típica, de forma que la construcción del delito quiebre *ab initio* por falta de uno de sus elementos fundamentales”⁷².

Este requisito se exige expresamente en el actual art. 20.1 CP al referir que la anomalía o alteración psíquica que impida al sujeto comprender la licitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión debe concurrir “al tiempo de cometer la infracción penal”, es decir, la misma tiene que padecerse por el sujeto precisamente en el momento de realizarse la acción u omisión, (postulado de coincidencia o principio de simultaneidad, según la doctrina germana), no antes, ni tampoco después (lo que podrá tener ciertos efectos en el proceso, pero no en punto a la responsabilidad penal del autor)⁷³.

Así lo ha estimado MIR PUIG⁷⁴, al advertir “que la imputabilidad debe faltar al tiempo del delito, habrá que estimar la eximente aunque la alteración o anomalía psíquica remita o desaparezca después del hecho y el sujeto ya no la sufra en el momento del juicio”.

Por lo tanto, podemos concluir que el art. 20.1.º de nuestro CP exige para que pueda quedar exento de responsabilidad criminal el sujeto agente, un punto de referencia

⁷² MANZANARES SAMANIEGO, J.L. y ALBÁCAR LÓPEZ, J.L.: *Código penal: (comentarios y jurisprudencia)*, Comares, Granada, 1987, p. 40.

⁷³ Referencia temporal que MARTÍNEZ GALINDO ha llegado a calificar de esencial (MARTÍNEZ GALINDO, G.: “Disminución de la responsabilidad penal por alteraciones psíquicas y toxicomanías”, en *La Ley Penal*, N.º. 27, 2006, p. 7).

⁷⁴ MIR PUIG, S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 570.

temporal, esto es, que su inimputabilidad se refiera “al tiempo de cometer la infracción penal”.

Así lo ha recogido el Tribunal Supremo en *STS de 18 de marzo de 2003 (RJ 2003\3839)* al señalar que “la cuestión de la valoración en el actual Código Penal de las circunstancias consistentes en anomalías o alteraciones psíquicas con efectos eximentes o atenuantes ha recibido una exposición novedosa en comparación con el presente concepto de enajenación, tradicional en códigos penales anteriores y mantenida aún en el de 1.973. Aunque la jurisprudencia había venido perfilando el concepto, exigencias y efectos de enajenación, ahora el texto legal con precisión tres aspectos a considerar para comprobar la concurrencia de eximente (artículo 20.1º): la afectación de la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa comprensión con efecto y la precisión de que los dos anteriores requisitos concurren en el momento de comisión de la infracción penal e influyen en su génesis o en la forma de su comisión”.

Este requisito es en ocasiones difícilmente comprobable ya que rara vez se reconoce al sujeto en el momento mismo de la comisión de los hechos, siendo lo habitual que se realice cuando ha transcurrido un determinado periodo de tiempo. De ahí que sea fundamental que el paciente aporte toda la documentación médica y psiquiátrica de la que dispone para ayudar al perito a conocer cómo se encontraba el mismo en los momentos más próximos al delito⁷⁵.

4) También, es preciso para declarar la aplicación de la eximente del art. 20.1 CP comprobar la existencia de una “relación de sentido”, entre la concreta patología constatada y la conducta delictiva que se enjuicia⁷⁶. Es decir, qué conductas se incluyen como propias de la enfermedad y cuáles, por su naturaleza y entidad, están al margen, ya que como estima LEAL MEDINA “parece poco científico afirmar que todo delito cometido en el curso de un proceso morboso es consecuencia directa de dicha

⁷⁵ GUIJA VILLA, J.: “La enfermedad mental. El trastorno mental transitorio”, en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. I, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2006, pp. 42 y 43.

⁷⁶ MAZA MARTÍN, J.M.: “La anomalía...” cit., p. 556.

alteración”⁷⁷. Esta exigencia, hasta ahora netamente jurisprudencial, se establece en la eximente del art. 20.1 CP de forma precisa y expresa cuando en el mismo se dice “(...) a causa de cualquier anomalía o alteración”.

La capacidad de culpabilidad se debe valorar en relación a *unos hechos determinados*, respecto a una particular infracción penal. La afirmación de inimputabilidad del sujeto que padece un trastorno mental no puede ir referida a cualquier delito en abstracto sino que debe guardar relación con la infracción concretamente realizada, pues es respecto de ella que debe ponderarse la capacidad del autor para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión, no siendo suficiente que exista una coincidencia cronológica entre la anomalía y el delito realizado.

Nuestra jurisprudencia, en sentencias recientes, se ha pronunciado sobre este requisito estableciendo que “para valorar la responsabilidad penal de una persona afecta de una enfermedad mental habrá de tener en cuenta no sólo el diagnóstico psiquiátrico sino, también, la forma en que los síndromes diagnosticados afectan a su personalidad y, sobre todo, hasta que punto el acto realizado es tributario de aquella enfermedad, esto es, hasta que punto existe una relación causal entre la enfermedad del sujeto y al acto ilícito cometido, sin que sea suficiente para afirmar una inimputabilidad respecto al acto concreto, una coincidencia cronológica anomalía-delito, sino que ha de exigirse, penalmente hablando, que exista una cierta relación causal entre el estado mental del autor y el hecho por él cometido o, en palabras llanas, que el delito sea producto de su locura. Lo que es más evidente en aquellos supuestos de enfermedades mentales que afectan tan sólo a un sector de la personalidad o psique del individuo, dejando inalterable el resto, como ocurre con ciertos «delirios sistematizados»”⁷⁸.

Es decir, el art. 20.1 CP “adopta una fórmula psiquiátrico-psicológica en que se alude a la causa («anomalía o alteración psíquica»), y a los efectos (que el sujeto «no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión»). Por

⁷⁷ LEAL MEDINA, J.: “La doctrina legal del trastorno obsesivo compulsivo en relación con el art. 20.1 del Código Penal. La incidencia biológica y social en el juicio de inimputabilidad y sus efectos”, *Actualidad Jurídica Aranzadi*, nº. 619, Aranzadi, Pamplona, p. 4.

⁷⁸ STS de 18 de junio de 2001 (RJ 2002/9944).

tanto tal doble requisito implica que no basta una calificación clínica debiendo evitarse el incurrir en la hipervaloración del diagnóstico, en cuanto que es menester poner en relación la alteración mental con el acto delictivo de que se trata, ya que la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo, insistiéndose por la jurisprudencia que «es necesario poner en relación la alteración mental con el acto delictivo concreto» (STS 332/97 de 17.3 [RJ 1997\1692], en igual sentido la STS 437/2001 de 22.3 [RJ 2001\1994]), declarando que «al requerir cada uno de los términos integrantes de la situación de ininputabilidad prueba específica e independiente, la probanza de uno de ellos no lleva al automatismo de tener imperativamente por acreditado el otro» (STS 937/2004 de 19.7 [RJ 2004\6039])⁷⁹.

Dicha relación de sentido ya se exigía con la legislación anterior. Sirva como muestra la *STS de 20 de enero de 1993 (RJ 1993\138)*, la que estimó que: “para la apreciación de una circunstancia eximente o modificativa de la responsabilidad criminal basada en el estado mental del acusado no basta una clasificación clínica por lo que debe evitarse el incurrir en la hipervaloración del diagnóstico, en cuanto que es menester poner en relación la alteración mental con el acto delictivo de que se trata, ya que la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo, pues como saben perfectamente los médicos e incluso quienes no lo sean pero por experiencia vital tengan conocimiento del modo de suceder las cosas en la vida ordinaria, sólo en los casos finales de algunas psicosis, vgr. en la esquizofrenia o en la paranoia, de muy larga duración, se puede decir que la enfermedad afecta a todas las actuaciones del esquizofrénico o del paranoico, pero fuera de estos supuestos es menester poner en relación la enfermedad con el delito de que se trate a fin de poder establecer la posible relación causal entre enfermedad y delito, es decir, para saber si el acto es un síntoma de la enfermedad o consecuencia del síntoma, o no lo es”⁸⁰.

⁷⁹ STS de 27 de diciembre de 2005 (RJ 2006\1326).

⁸⁰ Véase también STS de 15 de diciembre de 1992 (RJ 1992\10224).

Así pues, de acuerdo con la redacción literal del art. 20.1 CP ha de exigirse que exista una cierta conexión entre el estado mental del autor y el hecho por él cometido o, “en palabras llanas, que el delito sea producto de la locura”⁸¹. Pues es evidente que la misma anomalía, alteración o trastorno puede originar efectos diferentes en situaciones distintas. De ahí que un sujeto que ha realizado varios hechos delictivos pueda ser declarado inimputable respecto de unos y plenamente imputable respecto de otros⁸².

II. EXIMENTE INCOMPLETA Y ATENUANTE ANALÓGICA DE ANOMALÍA O ALTERACIÓN PSÍQUICA

Puede ocurrir que el individuo no se encuentre incapacitado para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a esa comprensión, pero sí tenga mermadas dichas facultades en diferente grado e intensidad. Dependiendo del grado de afectación de las mismas, el legislador ofrece a los Tribunales la posibilidad de aplicar, bien la eximente completa del art. 20.1 CP bien la eximente incompleta prevista en el art. 21.1 CP (en relación con el art. 20.1 CP) o, por último, la atenuante analógica del art. 21.6 CP en relación a al art. 21.1 CP y art. 20.1 CP. En definitiva, si se acredita que el sujeto carecía de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión, procederá la exención completa. Cuando la facultad intelectual y/o volitiva afectada aparezca disminuida de forma importante para comprender la ilicitud o actuar conforme a esa comprensión, cabrá aplicar una eximente incompleta del art. 21.1 CP. Y, finalmente, si la anomalía o alteración psíquica determina una disminución de la

⁸¹ STS de 30 de noviembre 1996 (RJ 1996\9772).

⁸² Así, lo recoge la *STS de 26 de octubre de 1996 (RJ 1996\7881)* que refiriéndose a la sentencia de esta Sala de *23 de octubre de 1995 (RJ 1995\7729)* que a su vez cita la de *28 de febrero de 1995 (RJ 1995\1432)* reconoce que “nuestro Derecho Penal vigente es un Derecho penal de acto y ello significa que la capacidad de culpabilidad se debe comprobar en cada acción típica concretamente ejecutada por su autor, pues un mismo agente ha podido realizar distintas acciones con diferentes grados de capacidad y culpabilidad y no se agota en un estado psíquico determinado, sino en la que se completa por las consecuencias que dicho estado ha producido en el momento del hecho, habrá de convenirse que el obstáculo que supondría el reconocimiento judicial antecedente de una eximente incompleta aparece justificadamente removido por la Sala sentenciadora al actualizar el análisis de las condiciones del sujeto respecto al comportamiento delictivo enjuiciado”. Y algunas otras sentencias como las de 22 de julio de 1998 (RJ 1998\6297), 12 de marzo de 1999 (RJ 1999\2104) y 15 de febrero de 2002 (RJ 2002\3578). en las que se reconoce “la soberana facultad valorativa que en un derecho penal de acto -como es el nuestro- corresponde a los órganos jurisdiccionales para comprobar en cada acción típica la participación de los acusados y su grado de responsabilidad”.

conciencia de la ilicitud o de la capacidad de autodeterminación de menor entidad, corresponderá apreciar la concurrencia de una atenuante analógica en base al artículo 21.6º del Código Penal, en relación con los preceptos anteriormente citados.

La jurisprudencia ya se ha referido a la graduación de la imputabilidad en numerosos pronunciamientos tales como la *STS de 15 de diciembre de 1987 (RJ 1987\9776)* al estimar que los “supuestos legales de «enajenación» o «trastorno mental transitorio» se gradúan el Código Penal a efectos de la imputabilidad del sujeto o como una causa eximente (artículo 8.1) o como una causa de atenuación privilegiada (artículo 9.º 1) o como una causa de atenuación simple (la atenuante analógica del artículo 9, 10). En esta graduación, la jurisprudencia de esta Sala ha venido utilizando un criterio psicólogo-jurídico que destaca la situación mental del autor en el momento de cometer el delito, de manera que cuando la perturbación psíquica -permanente o pasajera- es «bastante» para eliminar totalmente la conciencia y la voluntad, base de la imputabilidad o culpabilidad -Sentencia de 2 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5445)- entonces es causa de exención de responsabilidad; cuando no es total y se manifiesta en una disminución de esas facultades intelectivas o volitivas, con una «indudable limitación para comprender la ilicitud del acto» -Sentencia 3 de mayo de 1983 (RJ 1983\2634)-, o «el conocimiento del alcance y trascendencia de sus actos» -Sentencias de 20 de mayo de 1958 (RJ 1958\1656) y 15 de abril de 1959 (RJ 1959\1321)- es causa de atenuación privilegiada; y cuando no concurren los presupuestos para apreciar las dos causas anteriores, como completa o incompleta, pero se aprecia una «menor intensidad en la imputabilidad» -Sentencias de 19 de abril de 1978 (RJ 1978\1469), 10 de mayo de 1982 (RJ 1982\2660), 27 de marzo de 1985 (RJ 1985\2035) y 6 de julio de 1987 (RJ 1987\5173), «cuando la merma o disminución carecen de intensidad y de injundia siendo puramente leves, tenues y de poca incidencia en la imputabilidad de la gente», se aplica la atenuante analógica de eximente incompleta”.

Más recientemente, ha indicado, concretamente en la *STS dictada el 27 de septiembre de 1996 (RJ 1996\6496)* que “la jurisprudencia de la Sala 2ª de este Tribunal viene de hace tiempo distinguiendo en la enajenación mental los distintos supuestos en relación con las valoraciones que hace como eximente plena, eximente incompleta y atenuante analógica, precisando que cuando se eliminan totalmente la conciencia y la

voluntad, base de la imputabilidad, estamos ante una causa de exención; cuando aquella afección no es total sino que manifiesta una disminución o menoscabo de las facultades intelectivas y volitivas, con una indudable limitación para comprender la ilicitud del alcance y trascendencia de los actos o para controlarlos voluntariamente, entonces es causa de atenuación privilegiada como eximente incompleta, y cuando, por último, no concurren los presupuestos para apreciar una u otra las dos causas anteriores, pero se detecta una todavía menor intensidad de la imputabilidad, o cuando la disminución carece de intensidad siendo sus efectos leves o de menor incidencia en la imputabilidad del agente, se tomará en consideración como atenuante analógica”⁸³.

Por lo que se refiere a la *eximente incompleta* de enajenación, antiguamente, su admisión fue puesta en tela de juicio tanto por la doctrina como por la jurisprudencia fundamentalmente por dos motivos: uno formal, constituido por su inaplicación a todas aquellas eximentes que se consideran una condición única (como era este caso) y otro material, apoyado en la creencia de que entre la locura y la normalidad no cabe término medio⁸⁴. Hoy en día su posible apreciación es algo indiscutible, no existiendo sin embargo unanimidad en la doctrina sobre su naturaleza, ya que autores como ALONSO ÁLAMO⁸⁵, a quien siguen URRUELA MORA⁸⁶ o BUSTOS RAMÍREZ y HORMAZÁBAL MALARÉE⁸⁷ abogan expresamente por negar el carácter de circunstancia del delito a las eximentes incompletas, basándose en que las circunstancias constituyen simples variaciones accidentales de los elementos esenciales, del injusto o de la culpabilidad, mientras que las eximentes incompletas operan internamente a los juicios de antijuricidad o de culpabilidad.

⁸³ Véanse también SSTS de 6 julio de 1987 (RJ 1987\5173), 12 de mayo de 1989 (RJ 1989\4184), 6 de junio de 1990 (RJ 1990\5146), 6 de mayo de 1991 (RJ 1991\3547) y 26 de mayo de 1995 (RJ 1995\3953).

⁸⁴ CÓRDOBA RODA, J.: *Las eximentes incompletas en el Código Penal*, Instituto de Estudios Jurídicos, Oviedo, 1966, p. 43.

⁸⁵ ALONSO ÁLAMO, M.: *El sistema de las circunstancias del delito: estudio general*, Universidad de Valladolid, Departamento de Derecho Penal, Valladolid, 1981, pp. 197 y ss y la misma en “Circunstancias del delito e inseguridad jurídica”, en DEL RIO FERNÁNDEZ, L.J. (director): *Cuadernos de Derecho Judicial. Circunstancias modificativas de la reponsabilidad criminal*, núm. VII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1995, p. 55 y ss.

⁸⁶ URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., p. 190.

⁸⁷ BUSTOS RAMÍREZ, J.J. y HORMAZÁBAL MALARÉE, H.: *Lecciones...*, cit., p. 496.

La eximente incompleta se encuentra regulada en el art. 21.1 del actual Código Penal que refiere: “Son circunstancias atenuantes: 1. Las causas expresadas en el Capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos”. En el citado precepto tienen cabida, entre otras, las eximentes incompletas de anomalía o alteración psíquica, de intoxicación por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan análogos efectos o el hallarse bajo los efectos de un síndrome de abstinencia y de alteraciones en la percepción. Es decir, las referidas a los tres primeros apartados del art. 20 entre las que se encuentra nuestro objeto de investigación.

Este artículo prevé la posibilidad de que cuando no concurren todos los requisitos necesarios para la exención de responsabilidad penal pueda atenuarse la misma, como eximente incompleta, con unos efectos específicos en la penalidad previstos en el art. 68 CP, además de poderle ser de aplicación diversas medidas de seguridad que estudiaremos en el epígrafe siguiente.

La doctrina esta de acuerdo en que para poder aplicar la eximente incompleta se exigen que estén presentes los requisitos esenciales, lo que aplicado al supuesto que nos ocupa requiere la concurrencia obligada de una anomalía o alteración psíquica, sin la que no cabría apreciar ni la exención completa ni la incompleta, ni tan siquiera una atenuación analógica⁸⁸. La graduación sólo cabe predicarse, pues, del efecto que dicho padecimiento produce en el sujeto, de tal forma que si la afectación de la imputabilidad es tal que le lleva a quedar incapacitado para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión, se declarará su irresponsabilidad criminal, en tanto que si la afección no es plena, aunque sí de una entidad considerable, procederá conceder un privilegio atenuatorio cualificado a través de la aplicación de la exención incompleta. Así pues, el sujeto, debe padecer una anomalía o alteración psíquica pero, además, como consecuencia de la misma, sus capacidades psíquicas deben quedar

⁸⁸ En este sentido, CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 334; CERESO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 103 y MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., p. 149.

notablemente afectadas⁸⁹. Así lo ha considerado el Tribunal Supremo en *Sentencia (Sala 5ª) de 28 de octubre de 1998 (RJ 1998\8707)* al advertir que “en efecto, difícil resulta, en general, precisar la distinción entre la eximente incompleta, que puede concurrir cuando no se dan todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad por causa de anomalía o alteración psíquica, y la atenuante de análoga significación a dicha eximente incompleta que está recogida en el número sexto del mismo artículo 21 del Código Penal. No obstante, podemos establecer como doctrina comúnmente aceptada que para que se pueda apreciar la eximente incompleta es preciso que se den los requisitos esenciales de la eximente plena y que los que falten no sean fundamentales. En relación con las anomalías o alteraciones psíquicas del número 1 del artículo 20 CP será preciso, para configurar la eximente incompleta, que, sobre la base de la real existencia de la anomalía con sus sustanciales características biológicas, se produzca una disminución profunda de la capacidad intelectual y volitiva, pero no hasta el punto de llegar a anularla”⁹⁰.

Se trata por tanto de una decisión valorativa cuyo punto de partida se encuentra en el dato objetivo del grado de perturbación de las capacidades psíquicas del sujeto⁹¹. Bastando con que esté limitada una de las dos capacidades que recoge el art. 20.1 CP, bien la capacidad para comprender la ilicitud del hecho bien la de actuar conforme a

⁸⁹ Así lo han considerado entre otros muchos, BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, I. y OTROS: *Curso de derecho penal...*, cit., p. 322; BORJA JIMÉNEZ, E.: *Las circunstancias atenuantes en el ordenamiento jurídico español*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2002, p. 23; CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 334; CASTELLÓ NICÁS, N.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 148; COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR DÍEZ, M.: *Instituciones...*, cit., p. 334; CONDE-PUMPIDO FERREIRO, C. (director y autor); BENEYTEZ MERINO, L. [et al.]: *Código penal comentado...*, cit., p. 110; CUELLO CONTRERAS, J.: *El Derecho Penal español...*, cit., p. 1040; GARCÍA GARCÍA, L.: *Marco jurídico de la enfermedad mental: incapacitación e internamiento*, 1ª ed., 1ª imp., Ediciones Revista General de Derecho, Valencia, 2000, p. 405; MARTÍNEZ GALINDO, G.: “Disminución de la responsabilidad...”, cit., p. 6; MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M.: “La imputabilidad”..., cit., p. 1615; MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal...*, cit., p. 504; RUÍZ-RICO RUIZ-MORÓN, J.: “La atenuación incompleta de la responsabilidad criminal”, *Cuadernos de Derecho Judicial. Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal*, núm. VII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1995, p. 105 y URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., p. 178. Y en relación al anterior Código Penal, CÓRDOBA RODA, J.: “La enajenación...”, cit., p. 54 y el mismo en *Las eximentes...*, cit., p. 48 y RODRÍGUEZ DEVESA, J.M. y SERRANO GÓMEZ, A.: *Derecho penal español...*, cit., p. 703; SÁINZ CANTERO, J.A.: *Lecciones de Derecho Penal...*, cit., p. 658.

⁹⁰ STS de 19 de julio de 2004 (RJ 2004\6039).

⁹¹ ALONSO ÁLAMO, M.: *El sistema de las circunstancias...*, cit., p. 722.

dicha comprensión, para que pueda aplicarse el art. 21.1 CP, aunque también puede ocurrir que ambas estén afectadas⁹².

Terminaremos este breve comentario sobre la eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica poniendo de relieve su extraordinaria importancia práctica, habida cuenta de la gran frecuencia con la que es aplicada por nuestros tribunales, tal y como lo demuestra la numerosa jurisprudencia al respecto, que repasaremos con posterioridad. Para algunos autores, este profuso empleo de la exención incompleta en materia de trastornos mentales, se debe a que la misma es utilizada como cajón de sastre en el que se subsumen todos aquellos supuestos en los que no se conoce con seguridad la afectación de la capacidad de culpabilidad del imputado, práctica que como denuncia CÓRDOBA RODA, de ser cierta, implicaría la vulneración del *principio in dubio pro reo*⁹³.

Por lo que se refiere a la *atenuante analógica*, la misma viene regulada en el art. 21.6 CP que establece: “Son circunstancias atenuantes: 6. Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores”.

El legislador crea esta circunstancia al entender que la fórmula casuística empleada por la ley no podía prever todos los supuestos, autorizando con ella su aplicación genérica en situaciones análogas a la prevista. Como señala ORTS BERENGUER, “la actual circunstancia 6ª, fue concebida para dotar de la máxima amplitud al catálogo atenuatorio, impidiendo que circunstancias que pudieran rodear al hecho y tuvieran un significado semejante a las expresadas en aquél, sin estar en él, se vieran privadas de eficacia para moderar la responsabilidad criminal”⁹⁴.

En nuestro ámbito de estudio, la existencia de este atenuante queda justificada ante la posibilidad de estados intermedios entre la exención completa o incompleta de responsabilidad criminal por el padecimiento de alguna anomalía o alteración psíquica, y la imputabilidad plena, pues no debemos olvidar que existe acuerdo en la doctrina y la jurisprudencia sobre la posible graduación de la imputabilidad.

⁹² MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., p. 148.

⁹³ CÓRDOBA RODA, J.: *Las eximentes...*, cit., pp. 49 y 50.

⁹⁴ ORTS BERENGUER, E.: “Art. 20.6º Código Penal”, en VIVES ANTÓN, T.S. (coordinador) y OTROS: *Comentarios al Código Penal de 1995*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1996, p. 213.

Dos son fundamentalmente las cuestiones que trataremos sobre dicha circunstancia atenuante: la primera, la determinación de cuáles son las circunstancias anteriores a las que se refiere el art. 21.6 CP y, en segundo lugar, determinar en qué supuestos cabe aplicar la atenuación analógica⁹⁵.

En relación a la primera de ellas, la discusión se ha centrado en dilucidar si el nº 6 del art. 21 se refiere sólo y exclusivamente a las demás mencionadas anteriormente en ese precepto ó si se puede hacer extensiva dicha aplicación a las causas que eximen de responsabilidad criminal comprendidas en el artículo anterior (art. 20). Si atendemos literalmente a lo establecido por nuestro Código Penal en el art. 21.6, parece que no existen dudas sobre que con la mención a “las anteriores” el legislador se remite a las demás circunstancias contenidas en el citado artículo, sin embargo, como bien apunta CASTELLÓ NICÁS, “si el número 1º del artículo 21 habilita la posibilidad de elaborar atenuantes (eximentes incompletas), basadas en la circunstancias que eximen de responsabilidad criminal que contiene el capítulo anterior, y se tiene en cuenta que el numero 6º. del artículo 21 permite la creación de atenuantes análogas a las de los números precedentes, es evidente que la concreción de una atenuante tal lo puede ser en relación a una eximente incompleta del número 1 del artículo 21, basada, a su vez, en una eximente completa del artículo 20”⁹⁶.

En lo referente a la segunda cuestión, los supuestos en los que puede ser aplicada la atenuación analógica vienen muy bien descritos en la *STS de 25 de noviembre de 2004 (RJ 2004/7657)* según la cual “aun sin concurrir todos los requisitos exigidos para la aplicación de alguna otra específicamente recogida, existe una identidad del fundamento con el que movió al legislador a la regulación de esa otra respecto de la cual se aprecia la analogía también cuando, *concurriendo todos los requisitos de la atenuante específica no aparece la razón de atenuar con la necesaria intensidad para aplicar los efectos cualificados inherentes a la eximente incompleta (art. 21.1) previstos en el art. 68*⁹⁷, e incluso, cuando no hay posible referencia a una atenuante concreta de las previstas expresamente por el legislador, sino una analogía basada en fundamentación

⁹⁵ PÉREZ-CURIEL CECCHINI, J.: *Tratamiento penal del drogodependiente*:..., cit., p. 285.

⁹⁶ CASTELLÓ NICÁS, N.: “Art. 20.1.º...”, cit., pp. 150 y 151.

⁹⁷ La cursiva es nuestra.

genérica de todas las atenuantes (menor antijuridicidad o menor culpabilidad) como recientemente venimos considerando cuando aplicamos este art. 21.6 al apreciar lesión del derecho a un proceso sin dilaciones indebidas del art. 24.2 CE”.

De esa enumeración de posibles supuestos en los cuales resulta aplicable esta atenuante, lo cierto es que en materia de anomalía o alteración psíquica procedería el que hemos destacado en cursiva, esto es, cuando “concurriendo todos los requisitos de la atenuante específica no aparece la razón de atenuar con la necesaria intensidad para aplicar los efectos cualificados inherentes a la eximente incompleta (art. 21.1) previstos en el art. 68”. Más concretamente, la atenuante analógica del art. 21.6 CP en relación con los arts. 21.1 y 20.1 CP, se debe apreciar cuando exista una afectación de las facultades mentales del sujeto para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión pero tan solo de carácter leve o moderado.

La STS de 22 de enero de 1987 (RJ 1987\443) al reconocer la existencia de una jurisprudencia constante y enraizada que ha venido “admitiendo la presencia de la atenuante analógica a la de eximente incompleta de enajenación mental o de trastorno mental transitorio, en hipótesis en que la alteración detectada de las facultades psíquicas, intelectuales o volitivas, del agente, no suponiendo aquella «notable» perturbación característica de la eximente incompleta, frontera mínima necesaria para la aplicación del número 1.º del artículo 9.º, ofrece, no obstante, una significación cualitativa que la hace digna de valoración apreciativa al tiempo de enjuiciar los hechos y medir el grado de responsabilidad del sujeto” o la STS de 22 de junio de 1989 (RJ 1989\5195) al estimar que “la perturbación de las facultades intelectuales o volitivas del sujeto, es decir, de su capacidad para conocer el carácter antijurídico de su acto y de obrar conforme a este conocimiento, puede ser más o menos profunda. Entre la salud y la incapacidad mental existe una amplia zona de semianormalidad, sin que presente hoy dificultad alguna admitir que, aparte de ella, es aplicable la eximente incompleta del n.º 1.º del artículo 9 en relación con el n.º 1.º del artículo 8 del Código Penal. Como tampoco existe respecto a que, a otro sector es de apreciar la atenuante por analogía del n.º 10 del artículo 9, en relación con el n.º 1.º del mismo artículo”.

Se trata por tanto del padecimiento por parte del sujeto de una anomalía o alteración psíquica que le disminuye o merma levemente su capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión.

En conclusión, como hemos podido apreciar a lo largo de estas páginas será el juez quien con la ayuda de los especialistas en Psiquiatría deberá decidir en cada caso y en atención a la afectación de las facultades del sujeto bien la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP bien la eximente incompleta del art. 21.1 CP o la atenuante analógica del art. 21.6 CP.

III. CONSECUENCIAS JURÍDICAS APLICABLES: ESPECIAL ATENCIÓN A LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

Una vez analizada la posible incidencia de la anomalía o alteración psíquica en la responsabilidad criminal bien mediante la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP bien a través de la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 del mismo texto legal o de la atenuante analógica del art. 21.6 CP en relación con los dos anteriormente citados, en este último apartado del capítulo nos proponemos estudiar las diferentes consecuencias jurídicas que dichas declaraciones pueden provocar, reflexionando fundamentalmente sobre el régimen de medidas de seguridad diseñado en el Código Penal para los sujetos que sean declarados exentos de responsabilidad criminal o para aquellos otros que se benefician de la aplicación de una eximente incompleta.

Las consecuencias jurídicas que se derivan de la comisión de un hecho delictivo son dos:

- De un lado, la exigencia de responsabilidad criminal mediante la imposición de una pena y, en algunos supuestos, junto a la misma también una medida de seguridad.
- De otro, la satisfacción de la correspondiente responsabilidad civil para reparar el daño causado como consecuencia del delito perpetrado (art. 109 CP: “La ejecución de un hecho descrito por la Ley como delito o falta obliga a reparar, en los términos previstos en las Leyes, los daños y perjuicios por él causados. 2. El perjudicado podrá optar, en todo caso, por exigir la responsabilidad civil ante la Jurisdicción Civil”).

Si centramos nuestra atención en la primera de ellas, la imposición de una pena o medida de seguridad, hay que distinguir diversos supuestos:

- Si se ha declarado inimputable al sujeto, por aplicación de la eximente completa prevista en el art. 20.1 CP la única reacción penal posible será la imposición de una medida de seguridad de las previstas en los artículos 101 y 105 y ss.

- Para los casos de semiimputabilidad del art. 21.1 CP, la pena resultará atenuada en uno o en dos grados atendiendo al art. 68 CP y, de acuerdo con el art. 104 CP, se podrá imponer la medida de seguridad de internamiento prevista en el art. 101, siempre que “la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito”.

- Finalmente, para el supuesto de apreciación de la atenuante analógica del art. 21.6 CP, la pena vendrá determinada, según el caso, por lo establecido en el art. 66 CP, no contemplándose legalmente la posible aplicación de medidas de seguridad en estos casos⁹⁸.

Por lo que se refiere a la *responsabilidad civil derivada del delito*, sea cual fuere la hipótesis concurrente de las expuestas con anterioridad, procederá exigir la misma, incluso, en los supuestos de plena inimputabilidad del autor del hecho por aplicación de la eximente completa de padecer anomalía o alteración psíquica. Así lo establece el art. 118.1 del CP cuando declara que la exención de la responsabilidad criminal declarada en el número 1 del artículo 20, no comprende la de la responsabilidad civil. Dicho precepto en su apartado 1.1⁹⁹, aun sin decirlo expresamente, establece que la responsabilidad civil directa corresponde a los propios inimputables. La forma en la que hace tal declaración es referir que también son responsables (solidarios) por los hechos que hayan ejecutado los declarados exentos de responsabilidad penal, aquellas personas

⁹⁸ Aunque como se verá en el apartado dedicado al estudio jurisprudencial, en algún supuesto excepcional los tribunales las han apreciado respecto de la atenuante analógica muy cualificada.

⁹⁹ “En los casos de los números 1 y 3, son también responsables por los hechos que ejecuten los declarados exentos de responsabilidad penal quienes los tengan bajo su potestad o guarda legal o de hecho, siempre que haya mediado culpa o negligencia por su parte y sin perjuicio de la responsabilidad civil directa que pudiera corresponder a los imputables.

Los Jueces o Tribunales graduarán de forma equitativa la medida en que deba responder con sus bienes cada uno de dichos sujetos”.

que los tengan bajo su potestad o guarda legal o de hecho¹⁰⁰ (y si es también es porque lo son los propios inimputables), pero sólo cuando por parte de tales tutores o guardadores haya mediado culpa o negligencia (se entiende que en relación con el comportamiento llevado a cabo). La culpa o negligencia que debe mediar para hacer responsables solidarios a los tutores o guardadores no es de carácter penal sino civil (regulada en el art. 1104 CC). Porque si se tratara de imprudencia en sentido penal, dichos tutores o guardadores podrían ser responsables penales del hecho cometido. Así pues, debe tratarse de una imprudencia no penal pero sí civil fundada en el cuidado inadecuado que el tutor o guardador ha realizado respecto del inimputable. Lo que el art. 118.1.1^a hace es, de modo implícito, establecer o confirmar el deber que tienen esas personas de cuidar al inimputable (“posición de garante”) y es el incumplimiento de ese deber, unido al daño, lo que desencadena su responsabilidad civil¹⁰¹.

Retomando el tema de las penas, sólo será posible imponer una en los casos en los que se haya aplicado una eximente incompleta o una atenuante analógica, pena cuyo establecimiento dependerá del tipo de delito realizado (pues cada uno tiene establecido en el Código Penal un marco genérico que recoge un máximo y un mínimo de duración, cuya concreción corresponde al juez que la individualizará para el sujeto concreto en atención al hecho efectuado). Tratándose de la concurrencia de una semieximente del art. 21.1 CP, la pena se rebajará en uno o dos grados atendiendo a lo establecido en el art. 68 CP¹⁰². Si lo apreciado hubiere sido una atenuante analógica, se observará lo dispuesto en el art. 66 CP¹⁰³, no debiendo olvidar la posibilidad de la concurrencia de varias de dichas circunstancias e, incluso, su unión con agravantes.

¹⁰⁰ Que también son responsables directos por tanto, pues así debe entenderse la responsabilidad solidaria (QUINTERO OLIVARES, G. en QUINTERO OLIVARES, G.; CAVANILLAS MÚGICA, S; DE LLERA SUÁREZ-BÁRCENA, E.: *La responsabilidad civil “ex delicto”*, Aranzadi-Thomson, Navarra, 2002, p. 151.

¹⁰¹ GARCÍA-RIPOLL MONTIJANO, M.: “Art. 118 Código Penal”, *Comentarios al Código Penal, Tomo IV (Artículos 95 a 137)*, dirigidos por COBO DEL ROSAL, Edersa, Madrid, 2001, p. 461.

¹⁰² El art. 68 del vigente Código Penal establece “En los casos previstos en la circunstancia primera del artículo 21, los jueces o tribunales impondrán la pena inferior en uno o dos grados a la señalada por la ley, atendidos el número y la entidad de los requisitos que falten o concurran, y las circunstancias personales de su autor, sin perjuicio de la aplicación del artículo 66 del presente Código”.

¹⁰³ El art. 66 dispone que “1. En la aplicación de la pena, tratándose de delitos dolosos, los jueces o tribunales observarán, según haya o no circunstancias atenuantes o agravantes, las siguientes reglas:

En relación a *las medidas de seguridad*, constituyen el remedio que prevé el Código Penal para el tratamiento de los supuestos de inimputabilidad o semiimputabilidad, fundamentalmente dirigida al cumplimiento de unos fines preventivos especiales a través de medidas de carácter terapéutico, educativo o asistencial. Se imponen en los supuestos en los que se haya declarado la existencia de un delito cometido por un inimputable o semiimputable y pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la comisión de nuevos delitos.

Aparecen reguladas en el Título IV del Libro I, bajo la denominación “De las medidas de seguridad” y cuyo estudio se extiende desde el art. 95 al 108 CP¹⁰⁴. Su primer capítulo se refiere a ellas en general (arts. 95 a 100), mientras que el segundo alude a su concreta aplicación (arts. 101 a 108). Se trata de medidas de carácter postdelictual, previstas únicamente para el caso en el que se haya realizado un delito (no para aquellos en que se haya perpetrado una falta) y que sólo podrán ejecutarse en virtud de sentencia firme dictada por el Juez o Tribunal competente.

1. Cuando concorra sólo una circunstancia atenuante, aplicarán la pena en la mitad inferior de la que fije la Ley para el delito.

2. Cuando concurren dos o más circunstancias atenuantes, o una o varias muy cualificadas, y no concorra agravante alguna, aplicarán la pena inferior en uno o dos grados a la establecida por la Ley, atendidos el número y la entidad de dichas circunstancias atenuantes.

3. Cuando concorra sólo una o dos circunstancias agravantes, aplicarán la pena en la mitad superior de la que fije la Ley para el delito.

4. Cuando concurren más de dos circunstancias agravantes y no concorra atenuante alguna, podrán aplicar la pena superior en grado a la establecida por la Ley, en su mitad inferior.

5. Cuando concorra la circunstancia agravante de reincidencia con la cualificación de que el culpable al delinquir hubiera sido condenado ejecutoriamente, al menos, por tres delitos comprendidos en el mismo título de este Código, siempre que sean de la misma naturaleza, podrán aplicar la pena superior en grado a la prevista por la Ley para el delito de que se trate, teniendo en cuenta las condenas precedentes, así como la gravedad del nuevo delito cometido. A los efectos de esta regla no se computarán los antecedentes penales cancelados o que debieran serlo.

6. Cuando no concurren atenuantes ni agravantes aplicarán la pena establecida por la Ley para el delito cometido, en la extensión que estimen adecuada, en atención a las circunstancias personales del delincuente y a la mayor o menor gravedad del hecho.

7. Cuando concurren atenuantes y agravantes, las valorarán y compensarán racionalmente para la individualización de la pena. En el caso de persistir un fundamento cualificado de atenuación aplicarán la pena inferior en grado. Si se mantiene un fundamento cualificado de agravación, aplicarán la pena en su mitad superior.

8. Cuando los jueces o tribunales apliquen la pena inferior en más de un grado podrán hacerlo en toda su extensión.

2. En los delitos imprudentes, los jueces o tribunales aplicarán las penas a su prudente arbitrio, sin sujetarse a las reglas prescritas en el apartado anterior”.

¹⁰⁴ Dicho articulado ha sufrido importantes modificaciones en reformas operadas por las Leyes Orgánicas 11 y 14 de 1999, de 30 de abril y 9 de junio respectivamente, la LO de 11/2003 de 29 de septiembre, siendo las más importante las realizadas por la LO 15/2003 de 25 de noviembre.

Al igual que las penas, se encuentran presididas por los principios de legalidad y de jurisdiccionalidad, principios que vienen expresamente recogidos en diferentes artículos de nuestro Código Penal y Constitución que nos disponemos a repasar a continuación. Según establece el art. 1.2 del vigente Código Penal, las medidas de seguridad sólo podrán aplicarse cuando concurren los presupuestos establecidos previamente por la Ley. Así lo recoge la STS de 14 de marzo de 2002 (RJ 2002\3736) al reconocer que “hemos de comenzar afirmando la evidente vigencia del principio de legalidad en relación con la aplicación de las medidas de seguridad penales o postdelictuales. Tal afirmación viene justificada, de manera expresa, en el art. 1.2 del Código Penal, cuando dice que «Las medidas de seguridad sólo podrán aplicarse cuando concurren los presupuestos establecidos previamente por la Ley». Principio de legalidad que nuevamente es recordado, con relación a las medidas de seguridad, en su dimensión temporal, en el inciso segundo del art. 2.1 -«Carecerán, igualmente, de efecto retroactivo las Leyes que establezcan medidas de seguridad»- y por último, en cuanto a su ejecución, en el inciso primero del art. 3.2 -«Tampoco podrá ejecutarse pena ni medida de seguridad en otra forma que la prescrita por la Ley y reglamentos que la desarrollan, ni con otras circunstancias y accidentes que los expresados en su texto»”.

Dichos presupuestos a los que alude el art. 1.2 CP deben extraerse tanto del art. 6 como de los artículos 95 y ss. del Texto punitivo (Título IV, Libro I: «”De las medidas de seguridad”»).

1. En particular, el art. 6 establece su fundamento, que no es sino la peligrosidad criminal del sujeto, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito (núm. 1), de forma que una medida nunca podrá exceder el límite de lo necesario para prevenir dicha peligrosidad ni resultar más gravosa ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al delito cometido (núm. 2).

2. Por su parte, el art. 95 declara en su apartado 1 que: 1. “Las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos los informes que estime convenientes, a las personas que se encuentren en los supuestos previstos en el capítulo siguiente de este Código, siempre que concurren estas circunstancias: 1.^a Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito. 2.^a Que del hecho y de las circunstancias personales del

sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos”.

De ambos preceptos obtenemos que son tres, en el Derecho penal vigente en España, los presupuestos necesarios para aplicar las medidas de seguridad¹⁰⁵:

1) Que el sujeto se encuentre comprendido en alguno de los siguientes supuestos: tratarse de un sujeto declarado exento de responsabilidad criminal (por tanto, inimputable) conforme a los números 1.º, 2.º ó 3.º del art. 20 (arts. 101 a 103) ó semiimputable por aplicación de una eximente incompleta del art. 21.1.ª en relación con dichos números 1.º, 2.º y 3.º del art. 20 (art. 104).

2) La comisión previa de un hecho tipificado como delito por el sujeto imputable o semiimputable.

3) La deducción de un pronóstico de peligrosidad criminal de dicho sujeto¹⁰⁶.

Es, por tanto, la *peligrosidad criminal* del sujeto el fundamento para la aplicación de una medida de seguridad, no resultando suficiente la mera peligrosidad social.

Como bien señala el *ATS de 9 de marzo de 2006 (JUR 2006\109719)* “El artículo 6 del Código Penal dispone que las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, y precisa que esa peligrosidad se exterioriza en la comisión de un hecho previsto como delito. El artículo 95, por su parte, dispone que las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal "previos los informes que estime convenientes", y en el apartado segundo establece como circunstancia que ha de concurrir, que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos. Y el artículo 97 prevé la posibilidad de

¹⁰⁵ JORGE BARREIRO, A.: “El enfermo mental...”, cit., pp. 180 y ss.

¹⁰⁶ Presupuestos que quedan recogidos en la *STS de 7 de febrero de 2000 (Id Cendoj: 28079120002000100250)* al establecer “los presupuestos que permiten la adopción de medidas de seguridad, y que consisten en: 1º) Que se haya cometido un delito (Regla 1ª del art. 95 del CP); 2º) Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revela la probabilidad de comisión de nuevos delitos (Regla 2ª del art. 95 del CP. de 1995); y 3º) Que la persona a la que se imputa el hecho delictivo se halla exenta de responsabilidad penal conforme a los nº 1º, 2º, 3º del art. 20 del CP (según lo dispuesto en los arts. 101, 102 y 103 del CP.) o se halle amparada por una eximente incompleta, relacionada con los núms. 1º, 2º y 3º del art. 20 del citado Cuerpo Legal (conforme a lo prevenido en el art. 104 del Código Penal de 1995)”.

modificar las medidas durante la ejecución de la sentencia. La atribución a las medidas de seguridad de funciones de prevención especial, como entiende la mayoría de la doctrina, impone un conocimiento y valoración previos sobre las características del sujeto y las probabilidades de comisión de nuevos delitos, que solo son alcanzables tras el examen de los datos pertinentes, siendo precisa además la posibilidad de un debate sobre la cuestión, no siempre realizable en el juicio oral, o en cualquier caso, antes de dictar la sentencia en la que se establecen los hechos y la culpabilidad del acusado”.

Se trata de una previsión de futuro que pretende construir un pronóstico previo a un tratamiento adecuado que necesita un buen diagnóstico. Es aquí donde será necesaria la intervención de un especialista, perfecto conocedor de la materia, para que aporte al juez los informes que sean necesarios para el ulterior juicio de peligrosidad.

Existe unanimidad por parte de la doctrina criminológica en reconocer que el pronóstico de peligrosidad es con cierta frecuencia arbitrario puesto que no se estructura en datos objetivos de orden científico y menos aún en análisis probabilísticos¹⁰⁷. Por lo que estamos ante un pronóstico de interpretación y constatación muy complicado¹⁰⁸.

Para su determinación o predicción se utilizan actualmente varios métodos englobados en dos grandes categorías: clínicos y estadísticos. Los primeros relativamente subjetivos, incluyen entrevistas, observación de comportamiento y el uso de inventarios o escalas. Los segundos, por su parte, son más objetivos y explícitos no requiriendo ningún juicio de valor por el evaluador¹⁰⁹.

Entre los elementos valorados por dichos métodos a la hora de determinar la peligrosidad encontramos fundamentalmente la nocividad, motivación por la norma o intimidabilidad y subcultura¹¹⁰.

¹⁰⁷ ESBEC RODRÍGUEZ, E.: “Violencia y trastorno mental”, en ARRIETA MARTÍNEZ, A. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Psiquiatría criminal y comportamientos violentos*, núm. VIII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2005, pp. 120 y 121.

¹⁰⁸ MARTÍNEZ GUERRA, A.: *Nuevas tendencias políticocriminales en la función de las medidas de seguridad*, Colección Cuadernos “Luis Jiménez de Asúa”, Dykinson, Madrid, 2004, p. 44.

¹⁰⁹ ESBEC RODRÍGUEZ, E.: “Violencia...”, cit., p. 121.

¹¹⁰ *Ibidem*, cit., p. 127.

Creemos con SUÁREZ MIRA que la prudencia será la mejor consejera del juzgador, que deberá tener presente tanto el carácter terapéutico de las medidas como el aseguramiento de la persona sometida a aquella¹¹¹.

Junto a esta peligrosidad criminal es necesario que exista una relación adecuada entre la acción reprochable y la respuesta a la misma por parte del ordenamiento jurídico, relación que se consagra en el art. 6.2 CP y que se refiere como principio de proporcionalidad. Como bien advirtió la *STS de 12 de noviembre de 2001 (RJ 2002\1241)* “las medidas de seguridad no pueden tener una duración mayor que la que pudiera ser impuesta de no mediar la eximente declarada concurrente, pero la extensión de ese límite se corresponde con la pena que en abstracto fuera aplicable al hecho cometido. A este límite de duración se refieren los arts. 101 a 104 del Código Penal. Los arts. 101, 102 y 103 dicen que «el internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiera sido declarado responsable»; mientras que el 104 dice que «no podrá exceder de la pena prevista por el código para el delito». Por sus términos literales este artículo 104 se refiere a la pena en abstracto prevista en la ley. Por el contrario los arts. 101, 102 y 103 parecen aludir a la pena concreta que tendría que haberse impuesto en el caso de que no se hubiera aplicado la eximente. Entendemos que los términos del art. 104, antes referidos, señalan un límite máximo para la medida de seguridad, que coincidirá con el límite máximo de la pena señalada para el delito de que se trate. Adviértase que la norma general del art. 6.2 CP habla de este límite máximo con referencia a la «pena abstractamente aplicable al hecho cometido». Por ello, esta Sala no ha estimado necesaria, tanto en los casos de eximente completa como en los de incompleta, que el Juzgado o Tribunal determine en concreto en su sentencia qué sanción habría fijado teniendo en cuenta todos los elementos que el Código Penal pone a su disposición para la individualización de la pena. Ha de calcularse, pues, ese límite máximo de la duración de la medida de seguridad por el límite máximo de la pena a imponer, no por la pena concreta con que se hubiera sancionado de no existir esa eximente. Por eso el órgano jurisdiccional que impone una medida de seguridad consistente en privación de libertad sólo ha de tener en cuenta ese

¹¹¹ SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.: *La imputabilidad...*, cit., p. 181.

máximo legal posible de duración de la pena si no hubiera habido eximente, y no tiene obligación de determinar en concreto cuál habría sido esa pena de no haber concurrido la eximente”.

Este principio de proporcionalidad, concretado en el criterio temporal que vincula la duración de la medida a la que hubiera tenido la pena, ha sido criticado por importantes autores¹¹² llegando a considerar HIGUERA GUIMERÁ¹¹³ que “tanto el límite de la pena «concreta» como el límite de la pena en «abstracto» que se deducen del Código penal no son convincentes y son totalmente erróneos, confusos y perturbadores, puesto que el único límite de las medidas de seguridad es el que «sea necesario para hacer frente a la peligrosidad criminal del sujeto»¹¹⁴.

Según entendemos ciertamente, el límite establecido por el art. 6.2 plantea un serio problema en relación con aquellos sujetos que siguen siendo peligrosos una vez transcurrido el periodo de duración de la medida de seguridad, pero también reconocemos que con esta limitación temporal establecida en el actual Código Penal se evita, como pasaba con el anterior Código, la absoluta arbitrariedad e indefensión que se escondía bajo la comprensión de la medida como un expediente con el que aislar indefinidamente al sujeto de la sociedad, en lugar de intentar conseguir con ella su curación¹¹⁵.

¹¹² CERESO MIR, J.: “Medidas de seguridad aplicables a las personas exentas de responsabilidad penal por padecer una anomalía o alteración psíquica” *Homenaje al Dr. Marino Barbero Santos. In memoriam*, Vol. I, 1ª ed., 1ª imp., Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Ediciones de la Universidad de Salamanca, Cuenca, 2001, pp. 929 y 930; HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “El sistema de medidas y el erróneo criterio en la formulación del principio de proporcionalidad en el Código Penal de 1995”, DÍEZ RIPOLLÉS, J.L.; ROMEO CASABONA, C.M.; GRACIA MARTÍN, L. e HIGUERA GUIMERÁ, J-F. (editores): *La Ciencia del Derecho Penal ante el nuevo siglo. Libro Homenaje al Profesor Doctor Don José Cerezo Mir*, 1ª. ed. 2ª. imp., Tecnos, Madrid, 2002, pp. 1080 y ss y JORGE BARREIRO, A.: “El enfermo mental...”, cit., p. 221 y MATEO AYALA, E.J.: *La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control*, Edersa, Madrid, 2004, pp. 86 y ss.

¹¹³ HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “El sistema de medidas...”, cit., p. 1083.

¹¹⁴ En igual sentido MAZA MARTÍN, quien considera que tras las reformas operadas en relación a las medidas de seguridad sigue sin solucionarse “el problema de fondo que proviene de la errónea aplicación del principio de proporcionalidad, al relacionar la duración de la medida con la gravedad del hecho cometido y no con las verdaderas necesidades terapéuticas y la peligrosidad del sometido a ella” (MAZA MARTÍN, J.M.: “Medidas de seguridad: incidencia de las últimas reformas”, en VIEIRA MORANTE, F.J. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Las penas y sus alternativas*, núm. IV, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2005, p. 100).

¹¹⁵ GÓMEZ RIVERO, Mª.C.: “Nuevas tendencias doctrinales...”, cit., p. 349.

Las medidas de seguridad previstas en el ámbito de la eximente de anomalía o alteración psíquica presentan en común una finalidad curativa, apoyadas en la idea de que la peligrosidad es susceptible de terapia o cuanto menos de tratamiento útil. Así lo recoge la *STS de 14 de marzo de 2002 (RJ 2002\3736)* al indicar: “Por ello, junto al principio de legalidad, tanto en la aplicación como en la ejecución de las medidas de seguridad, y de otros principios que se deducen de la propia literalidad de los preceptos que integran el Título IV del Libro II del Texto legal y otras normas conexas, tales como, el de jurisdiccionalidad, tanto en la aplicación como en la ejecución de la medida (arts. 3.1 y 2, 95.1 y 97 CP), el de proporcionalidad en relación con la gravedad del hecho cometido y de su sanción punitiva (arts. 6.2, 95.2, 101.1 inciso 2º, 102.1 inciso 2º, 103.1 inciso 2º y 104 inciso 2º CP) o el de obligatoriedad del cumplimiento de la medida impuesta (arts. 100 y 468 CP), adquiere un carácter también esencial, si no incluso prioritario, el de la finalidad terapéutica de la intervención penal para el supuesto del sujeto inimputable, que late como fundamento y objetivo último de este instrumento legal, vinculado a la pena en su función de reinserción social por mandato del artículo 25 de la Constitución Española”.

A continuación describiremos de acuerdo con el art. 96.1 CP, las distintas medidas de seguridad previstas en la legislación vigente. Las mismas pueden ser privativas y no privativas de libertad.

Las primeras, previstas en el art. 96.2 CP y desarrolladas por los arts. 101 a 104 del mismo texto legal, son:

1. El internamiento en centro psiquiátrico.
2. El internamiento en centro de deshabitación.
3. El internamiento en centro educativo especial.

Siendo las *medidas no privativas de libertad*, las contempladas en el art. 96.3 CP modificadas por la L.O. 15/03:

1. La inhabilitación profesional.
2. La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.
3. La obligación de residir en un lugar determinado.

4. La prohibición de residir en el lugar o territorio que se designe. En este caso, el sujeto quedará obligado a declarar el domicilio que elija y los cambios que se produzcan.
5. La prohibición de acudir a determinados lugares o territorios, espectáculos deportivos o culturales, o de visitar establecimientos de bebidas alcohólicas o de juego.
6. La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.
7. La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.
8. La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.
9. La prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.
10. La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.
11. La sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario.
12. El sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares.

De acuerdo con lo establecido en el art. 101.1, “al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1 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”.

Así pues, de las tres medidas privativas de libertad previstas en el art. 96.2, al exento de responsabilidad criminal por el padecimiento de una anomalía o alteración psíquica se le pueden aplicar: bien la de internamiento en centro psiquiátrico para recibir tratamiento médico, bien la de internamiento en centro educativo especial, seleccionando el establecimiento más adecuado de acuerdo con el tipo de anomalía o alteración psíquica que el sujeto sufra. Consideramos que la posibilidad de internamiento en centro educativo especial queda circunscrita a los sujetos que

padezcan un retraso mental¹¹⁶. En cuanto a la otra modalidad, el internamiento en centro psiquiátrico, su efectiva aplicación constituye en la actualidad un problema casi irresoluble, habida cuenta de que en nuestro sistema han desaparecido los mismos, existiendo tan solo algunas unidades psiquiátricas en hospitales generales y dos centros penitenciarios psiquiátricos¹¹⁷.

Junto a las medidas de internamiento el art. 101 del CP confiere al juez o tribunal la posibilidad de aplicar, cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. En particular, el art. 105¹¹⁸ establece que cuando el juez o tribunal “imponga la medida privativa de libertad, o durante la ejecución de la misma, podrá acordar razonadamente la obligación” de que el sujeto observe una o varias de las que el propio precepto enumera.

Cuando la pena que se hubiera podido imponer por el delito cometido no fuera privativa de libertad, el juez o Tribunal sólo podrá aplicar las medidas de seguridad no privativas de libertad contempladas en el art. 96.3 CP. Extremo éste que, según HIGUERA GUIMERÁ, no parece acertado pues un sujeto puede ser sumamente peligroso aun cuando la pena del hecho delictivo perpetrado no sea privativa de libertad. Por lo que debería hacerse extensible también a estos casos la aplicación de la medida de internamiento¹¹⁹.

Tratándose de un supuesto de eximente incompleta, por disposición del art. 104, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, la medida de

¹¹⁶ CERESO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 73.

¹¹⁷ CAMPORED PLO, M^a.C.: “Medidas de seguridad a imponer en sentencia al declarado exento de responsabilidad o con responsabilidad disminuida por enfermedad mental o drogadicción. Su control judicial”, en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. I, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2006, p. 283 e HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “Penados con deficiencias psíquicas en establecimientos «no psiquiátricos» penitenciarios” en BUENO ARÚS, F.; KURY, H.; RODRÍGUEZ RAMOS, L. y ZAFFARONI, E.R. (directores); GUZMÁN DÁLBORA, J.L. y SERRANO MAÍLLO, A. (editores): *Derecho penal y criminología como fundamento de la política criminal: estudios en homenaje al profesor Alfonso Serrano Gómez*, Dykinson, 2006, p. 815.

¹¹⁸ Artículo calificado por DELGADO BUENO y RUIZ DE LA CUESTA como especialmente relevante por cuanto “abre un importante abanico de alternativas terapéuticas en vía ambulatoria para los pacientes” (DELGADO BUENO, S. y RUIZ DE LA CUESTA, J.M^a.: “Aspectos médico-legales del internamiento y de la incapacitación”, en GONZÁLEZ POVEDA, P. y PICÓN MARTÍN, J.M. (directores): *Los discapacitados y su protección jurídica*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2000, p. 33).

¹¹⁹ HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “El sistema de medidas...”, cit., p. 1078.

internamiento prevista en el art. 101, la que se utilizará como un instrumento complementario a la anterior. Dicha medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito.

Dado que se trata de un caso en el que concurre una pena y una medida de seguridad, el art. 104 remite para su aplicación a lo dispuesto en el art. 99, según el cual, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vezalzada la medida de seguridad, el juez o tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquélla, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas previstas en el artículo 96.3.

No queremos cerrar este apartado sin dar a conocer las principales medidas de seguridad que los tribunales han venido aplicando y están empleando en la actualidad a las personas que padecen una eximente completa o incompleta de anomalía o alteración psíquica (o en su día de enajenación mental), sin otro objetivo que valorar si lo que se está haciendo es correcto o dista mucho de lo que debería estar llevándose a cabo.

De las distintas medidas de seguridad contempladas en el catálogo que recoge el Código Penal, los tribunales españoles y muy especialmente el Tribunal Supremo, sólo han considerado la necesidad de imponer las mismas en ocasiones. En efecto, no son muchos los pronunciamientos en que lo ha estimado conveniente, sobre todo teniendo en cuenta las numerosísimas veces en que ha sido declarada una exención de responsabilidad criminal o se ha aplicado una semieximente del art. 21.1 CP¹²⁰.

De las mismas, ha sido la medida de seguridad *de internamiento* en centro psiquiátrico la más aplicada, sobre todo en supuestos en los que el acusado padecía una

¹²⁰ Extremo que ha sido denunciado por HIGUERA GUIMERÁ, quien ha llegado a afirmar en relación a los penados en Establecimientos “no psiquiátricos” penitenciarios que padecen una verdadera anomalía o alteración psíquica anterior a la sentencia firme que “se ha infringido, se está infringiendo y se infringirá, el principio de culpabilidad, básico y fundamental en Derecho penal ya que en lugar de imponer penas se debió imponer medidas de seguridad, y por tanto se está afectando con notoriedad a la dignidad de las personas” (HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “Penados con deficiencias psíquicas...”, cit., p. 836).

esquizofrenia¹²¹ y muy especialmente de tipo paranoide¹²², cuando dicha esquizofrenia paranoide se unía a drogadicción¹²³ o al abuso de alcohol¹²⁴, esquizofrenia desorganizada¹²⁵, catatónica¹²⁶, residual¹²⁷, brote psicótico con síntomas de esquizofrenia, caracterizado por ideas de persecución¹²⁸, en caso de trastorno delirante¹²⁹, trastorno delirante de tipo celotípico y delirante¹³⁰, trastorno psicótico breve con delirios de persecución¹³¹, trastorno agudo paranoide, celotípico, trastorno afectivo cognitivo sintomático, con progresión de deterioro orgánico¹³², depresión paranoide y psicosis delirante crónica con delirio de persecución¹³³, demencia y delirio de persecución¹³⁴, trastorno bipolar¹³⁵, brote psicótico secundario al consumo de sustancias estupefacientes¹³⁶, trastorno psicótico con conductas y discursos gravemente desorganizados¹³⁷, oligofrenia¹³⁸, epilepsia¹³⁹, grave neurosis obsesivo compulsiva y

¹²¹ SAP de Tarragona de 5 de julio de 1994 (ARP 1994\404), SAP de Tarragona de 7 de junio de 1995 (ARP 1995\759), SAP de Baleares de 8 de junio de 1995 (ARP 1995\769), SAP de Zaragoza de 14 de marzo de 2005 (JUR 2005\100530) y SAP de Granada de 1 de abril de 2005 (JUR 2006\209548).

¹²² SSTS de 4 de julio de 1998 (RJ 1998\5828), 25 de febrero de 2005 (RJ 2005\1903) y 31 de enero de 2006 (RJ 2006\2851). Y las sentencias de las siguientes Audiencias Provinciales: Huelva de 15 de junio de 1995 (ARP 1995\918), Salamanca de 24 de marzo de 1998 (ARP 1998\1786), Valencia de 30 de marzo de 1998 (ARP 1998\1599), Toledo de 19 de febrero de 1999 (ARP 1999\708), Cádiz de 22 de julio de 1999 (ARP 1999\3366), Asturias de 7 de junio de 2000 (JUR 2000\253521), La Rioja de 12 de julio de 2000 (JUR 2000\286547), Huesca de 10 de noviembre de 2000 (JUR 2001\484659), Zaragoza de 19 de febrero de 2001 (JUR 2001\117475), Madrid de 1 de marzo de 2001 (JUR 2001\160633), Cádiz de 18 de mayo de 2001 (ARP 2001\535), Baleares de 26 de noviembre de 2002 (JUR 2003\106513), Sevilla de 10 de diciembre de 2002 (JUR 2004\98990), Baleares de 10 de julio de 2003 (JUR 2004\167244), Madrid de 10 de julio de 2003 (JUR 2003\256300), Madrid de 28 de febrero de 2005 (JUR 2005\246394), Santa Cruz de Tenerife de 5 de mayo de 2005 (JUR 2006\102346), Sevilla de 15 de julio de 2005 (JUR 2005\237713), Valladolid de 13 de septiembre de 2005 (ARP 2005\591), Girona de 27 de diciembre de 2005 (JUR 2006\223980) y Bizkaia de 9 de marzo de 2006 (ARP 2006\331).

¹²³ STS de 13 de febrero de 1999 (RJ 1999\1165) y SAP de Murcia de 19 de febrero de 1998 (JUR 1998\97974).

¹²⁴ STS de 30 de marzo de 2005 (RJ 2005\3432).

¹²⁵ SAP de Bizkaia de 21 de abril de 2005 (JUR 2005\196331).

¹²⁶ SAP de Zaragoza de 28 de noviembre de 2001 (JUR 2002\22850).

¹²⁷ SAP de Las Palmas de 15 diciembre de 1997 (ARP 1997\2117).

¹²⁸ SAP de Cuenca de 25 de mayo de 2005 (ARP 2005\448).

¹²⁹ SAP de Zaragoza de 29 de mayo de 2006 (ARP 2006\374).

¹³⁰ SAP de Madrid de 4 de abril de 2000 (JUR 2000\280959).

¹³¹ SAP de Alicante de 2 de marzo de 2006 (ARP 2006\481).

¹³² SAP de Zaragoza de 29 de mayo de 2006 (ARP 2006\374).

¹³³ SAP de Barcelona de 22 de abril de 1997 (ARP 1997\434).

¹³⁴ SAP de Sevilla de 8 de junio de 2005 (JUR 2005\265285).

¹³⁵ SAP de Barcelona de 13 de marzo de 2006 (JUR 2006\221307).

¹³⁶ STS de de 11 de octubre de 2005 (RJ 2005\7511).

¹³⁷ STS de de 11 de abril de 2000 (RJ 2000\2697).

¹³⁸ STS de 8 de marzo de 1984 (RJ 1984\1719), SAP de Barcelona de 5 de febrero de 1996 (ARP 1996\108) y SAP de La Rioja de 7 febrero de 1997 (ARP 1997\216).

componentes paranoicos¹⁴⁰, síndrome obsesivo permanente y grave¹⁴¹, trastorno neurótico¹⁴², alcoholismo de tipo gamma de notable intensidad unido a personalidad “borderline” neurótico-psicótico¹⁴³, alcoholismo crónico¹⁴⁴, drogadicción¹⁴⁵, trastorno de la personalidad¹⁴⁶, trastorno de la personalidad con rasgos paranoides¹⁴⁷, trastorno antisocial de la personalidad, con rasgos esquizoides e histriónicos¹⁴⁸ y persona leptosomática e impulsiva con debilidad mental¹⁴⁹.

Junto a ella también encontramos sentencias donde se ha aplicado la medida de seguridad de *tratamiento ambulatorio o sumisión a tratamiento externo en centro médico adecuado a su enfermedad*, cuando el sujeto padecía esquizofrenia,¹⁵⁰ esquizofrenia paranoide de carácter crónico¹⁵¹, trastorno psicótico breve con delirios de persecución¹⁵², brote psicótico delirante¹⁵³, trastorno delirante crónico¹⁵⁴, psicosis delirante de matiz paranoide¹⁵⁵, retraso mental crónico moderado¹⁵⁶, leve¹⁵⁷, exhibicionismo¹⁵⁸, un trastorno de la sensopercepción, desde la infancia, unido a un

¹³⁹ STS de 3 de mayo de 1994 (RJ 1994\3649).

¹⁴⁰ STS de 13 de septiembre de 2002 (RJ 2002\8942).

¹⁴¹ STS de 13 de octubre de 2001 (RJ 2001\9467).

¹⁴² STS de 20 de diciembre de 1996 (RJ 1996\9662).

¹⁴³ STS de 17 de abril de 2002 (RJ 2002\4268).

¹⁴⁴ STS de 14 abril de 1992 (RJ 1992\3055).

¹⁴⁵ SSTS de 19 noviembre 1990 (RJ 1990\9007) y de 9 de diciembre de 1993 (RJ 1993\9941).

¹⁴⁶ SSTS de 2 de julio de 1984 (RJ 1984\3767), 10 de octubre de 1984 (RJ 1984\4825), 19 de diciembre de 1986 (RJ 1986\7968), 22 de julio de 1988 (RJ 1988\6648), 8 de abril de 1992 (RJ 1992\3129), 20 de marzo de 1993 (RJ 1993\2423), 9 de junio de 1998 (RJ 1998\5159), 19 de enero de 2000 (RJ 2000\196), 17 de abril de 2002 (RJ 2002\4268), 4 de noviembre de 2002 (RJ 2002\10854) y SAP de Palencia de 27 de julio de 2000 (ARP 2000\2046).

¹⁴⁷ SAP de Valencia de 28 de abril de 1995 (ARP 1995\909) y SAP de Madrid de 24 de febrero de 2005 (JUR 2005\255377).

¹⁴⁸ SAP de Lleida de 10 de mayo de 1995 (ARP 1995\742).

¹⁴⁹ SAP de Madrid de 8 de febrero de 1996 (ARP 1996\144).

¹⁵⁰ SAP de Alicante de 15 de enero de 1998 (ARP 1998\191).

¹⁵¹ SAP de Zaragoza de 3 de mayo de 1999 (ARP 1999\1638), SAP de Toledo de 4 de mayo de 2000 (JUR 2000\198777), SAP de La Coruña de 31 de julio de 2000 (JUR 2001\174623), SAP de Murcia de 8 de febrero de 2002 (JUR 2002\113715), SAP de León de 16 de julio de 2003 (JUR 2004\15092), SAP de Cádiz de 3 de junio de 2004 (JUR 2004\258729), SAP de Madrid de 16 de diciembre de 2004 (JUR 2005\256409), SAP de Sevilla de 14 de enero de 2005 (JUR 2005\140429), SAP Las Palmas de 7 de septiembre de 2005 (JUR 2005\215962) y SAP de Madrid de 11 de mayo de 2006 (JUR 2006\186117).

¹⁵² SAP de Alicante de 2 de marzo de 2006 (ARP 2006\481).

¹⁵³ SAP de Ciudad Real de 12 de mayo de 2003 (JUR 2003\188854).

¹⁵⁴ SAP de Castellón de 19 de septiembre de 2000 (ARP 2000\2359).

¹⁵⁵ STS de 9 de febrero de 1996 (RJ 1996\816).

¹⁵⁶ SAP de Valencia de 4 de mayo de 2005 (JUR 2005\163880).

¹⁵⁷ STS de 25 de febrero de 2002 (RJ 2002\3365).

¹⁵⁸ SAP de Asturias de 31 de mayo de 1999 (ARP 1999\1908).

retraso mental leve¹⁵⁹, trastorno de la personalidad¹⁶⁰ y trastorno de la personalidad asociado a abuso de alcohol y deterioro cognitivo propio de su situación de marginalidad, unido a alteración de la realidad que le hace actuar en función de dicha alteración¹⁶¹.

Fuera de las dos medidas anteriormente mencionadas, pocas más se han aplicado y si se ha hecho ha sido en contadísimas ocasiones, como es el caso:

1. De la medida de *prohibición de aproximarse a la víctima*, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez o tribunal, o de comunicarse con ellos. Que sólo se ha apreciado en supuestos de retraso mental crónico moderado¹⁶² y esquizofrenia paranoide de carácter crónico¹⁶³.

2. La medida de *prohibición de residir en el lugar o territorio que se designe*. Se ha apreciado en supuestos de exhibicionismo¹⁶⁴ donde se prohibía volver al lugar donde sucedieron los hechos, y en caso de retraso mental¹⁶⁵ y alcohólico de tipo gamma, unido a personalidad “bordeline” neurótico-psicótico y episodios psicóticos y retraso mental leve¹⁶⁶ en los que se prohibía volver al lugar en que residía la víctima.

3. La medida de *sometimiento a programas* de tipo formativo, cultural, educativo profesional, de educación sexual y otros similares, tal como la medida de asistencia a terapia ocupacional en un supuesto de retraso mental leve moderado¹⁶⁷.

4. La medida de *custodia familiar* en la que el sometido a la misma queda sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado, sólo ha sido aplicada en un supuesto¹⁶⁸.

¹⁵⁹ SAP de Murcia de 12 de marzo de 1997 (ARP 1998\1658).

¹⁶⁰ STS de 8 de abril de 1992 (RJ 1992\3129).

¹⁶¹ SAP de Madrid de 18 de mayo de 2004 (JUR 2004\233382).

¹⁶² SAP de Valencia de 4 mayo de 2005 (JUR 2005\163880).

¹⁶³ SAP de Las Palmas de 7 de septiembre de 2005 (JUR 2005\215962) y SAP de Bizkaia de 9 de marzo de 2006 (ARP 2006\331).

¹⁶⁴ SAP de Asturias de 31 de mayo de 1999 (ARP 1999\1908).

¹⁶⁵ STS de 17 de abril de 2002 (RJ 2002\4268).

¹⁶⁶ STS de 4 de junio de 1999 (RJ 1999\5463).

¹⁶⁷ SAP de Madrid de 16 de mayo de 1997 (ARP 1997\2060).

¹⁶⁸ SAP de Madrid de 16 de diciembre de 2004 (JUR 2005\256409).

5. La medida de *expulsión del territorio nacional* de extranjeros no residentes legalmente en España en un caso de esquizofrenia paranoide¹⁶⁹.

6. Y finalmente la *privación del permiso de conducir* en supuestos de alcoholismo crónico¹⁷⁰.

De este estudio llama la atención la escasa imposición de medidas de seguridad que se ha hecho a los psicópatas, sobre los que se ha advertido hasta la saciedad su peligrosidad, y a los sujetos que presentaban un trastorno delirante o trastornos sexuales. Esta realidad provoca, a todas luces, una evidente contradicción. Si las medidas de seguridad tienen como objetivo evitar la peligrosidad de un sujeto previniendo sus posibles delitos futuros, y los psicópatas, trastornados delirantes y sexuales son en esencia altamente peligrosos, nos preguntamos por qué si la justicia penal dispone de instrumentos (aunque sean insuficientes) para solucionar este problema, en la práctica no está haciendo uso de ellos. La respuesta parece ser clara, la escasez de recursos.

Para finalizar creemos oportuno efectuar algunas críticas sobre el sistema de medidas previsto para los supuestos de anomalía o alteración psíquica:

1. No existen previsiones específicas en el actual Código Penal sobre las infraestructuras necesarias para el cumplimiento adecuado de las mismas¹⁷¹, pues no se distingue si el centro psiquiátrico en el que debe cumplirse la medida de seguridad debe ser público o privado, penitenciario o de otro tipo, lo que permite una gran discrecionalidad en el juez para decidir su cumplimiento.

2. Hay una gran escasez de recursos en relación a la necesidad y adecuación de los establecimientos de tipo psiquiátrico, educativo y de deshabitación, así como de los de carácter sociosanitario (en relación con la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria) o de formación sexual prácticamente inexistentes¹⁷².

¹⁶⁹ SAP de Gipuzkoa de 9 de marzo de 2006 (JUR 2006\156648).

¹⁷⁰ SAP de Castellón de 21 de diciembre de 1998 (ARP 1998\4575) y SAP de Cuenca de 25 de mayo de 2005 (ARP 2005\448).

¹⁷¹ JORGE BARREIRO, A.: "El enfermo mental...", cit., p. 221.

¹⁷² CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 501. También HIGUERA GUIMERÁ ha denunciado esta escasez de medios en relación a los Establecimiento

3. Se ha constatado que las medidas privativas de libertad no son eficaces si no conllevan otra alternativa terapéutica, pues es una realidad que en la mayoría de los casos, los sujetos peligrosos una vez cumplidas las mismas, siguen siéndolo¹⁷³.

4. No se ha resuelto el problema en relación a las medidas de seguridad que requerirían los psicópatas, lo que ha sido denunciado por algunos autores¹⁷⁴.

5. Se echa en falta un contenido preciso para la medida de custodia familiar, pues no existe un objetivo marcado más allá de su cuidado y vigilancia¹⁷⁵.

6. Debe denunciarse la aplicación de las medidas de seguridad solamente a los hechos previstos como delitos y no a las faltas, lo que parece censurable en cuanto que también los sujetos que cometen faltas pueden ser peligrosos criminales¹⁷⁶.

7. Finalmente, también resulta criticable la limitación en la aplicación de las mismas sólo a los supuestos de exención completa o incompleta de anomalía o alteración psíquica, pues consideramos que sería muy acertado ampliar su apreciación a la atenuante analógica¹⁷⁷.

psiquiátricos penitenciarios (HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “Penados con deficiencias psíquicas...”, cit., p. 835).

¹⁷³ TEROL LEVY, O.: “Medidas de seguridad en delitos violentos. Programas de intervención en delitos sexuales”, en ARRIETA MARTÍNEZ, A. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Psiquiatría criminal y comportamientos violentos*, núm. VIII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2005, p. 197.

¹⁷⁴ CEREZO MIR, J.: “El trastorno de los semiimputables”, en *Problemas fundamentales del Derecho Penal*, Tecnos, Madrid, 1982, pp. 153 y ss; JIMÉNEZ DÍAZ, M.J. y FONSECA MORALES, G.M.: *Trastornos de la personalidad (psicopatías) Tratamiento científico y jurisprudencial*, 1ª ed., CESEJ, Madrid, 2006, pp. 120 y ss y MORILLAS FERNÁNDEZ, D.L.: “Aspectos criminológicos de los psicópatas y asesinos en serie”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 77, Madrid, 2002, p. 438.

¹⁷⁵ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 504.

¹⁷⁶ CEREZO MIR, J.: “Medidas de seguridad...”, cit., pp. 929 y 930; HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “El sistema de medidas...”, cit., p. 1080 y MATEO AYALA, E.J.: *La medida de seguridad...*, cit., p. 55.

¹⁷⁷ Aunque ya advertíamos con anterioridad en algunos casos excepcionales los tribunales han aplicado medidas de seguridad en supuestos de atenuante analógica muy cualificada.

**CAPÍTULO CUARTO: PRINCIPALES TRASTORNOS
MENTALES**

Nos hemos propuesto en este capítulo intentar exponer y sistematizar los principales procesos psicopatológicos o trastornos con incidencia en la imputabilidad, sirviéndonos del conocimiento de grandes autores especialistas en la materia, para conseguir unas ideas básicas y precisas sobre cada uno de ellos que sirvan a los juristas para comprender mejor el terreno que estamos abordando. Para lograrlo, y a pesar de la multitud de clasificaciones existentes, hemos optado por utilizar aquellas que en la actualidad constituyen los dos grandes sistemas internacionales de clasificación con mayor vigencia, nos referimos a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su Décima Revisión (en adelante CIE 10) realizada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y la Diagnostic and Statistical Manual en su Cuarta edición revisada (DSM-IV-TR), creada por la Asociación de Psiquiatría Americana (A.P.A.). Ambas clasificaciones son herederas de la nosotaxia psiquiátrica de KRAEPELIN¹, aunque adaptadas a nuestro tiempo en relación con el progreso de la investigación psiquiátrica. Las mismas han intentado compatibilizar sus sistemas, poniendo en común la descripción de los distintos objetos, homogeneizando los criterios diagnósticos y buscando los métodos de clasificación más relevantes, todo ello teniendo que salvar muchas vicisitudes, debido a la existencia de importantes problemas de definición y nomenclatura evidentes cuando se intenta intercambiar conocimiento entre los distintos países, culturas, escuelas y psiquiatras.

En este trabajo, aunque utilizaremos como guía para su descripción tanto la CIE 10 como el DSM-IV-TR, pues sus denominaciones y criterios diagnósticos son equivalentes y equiparables, seguiremos la segunda de ellas para clasificar los distintos trastornos² por varias razones: primera, su actualidad pues su última revisión data del año 2002 (frente a la CIE 10 del año 1992); segunda, por ser la que mayor incidencia ha tenido hasta el momento en su utilización a nivel clínico por los especialistas³; tercera,

¹ ROJO, J.E.: "Clasificaciones en psiquiatría" en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 352.

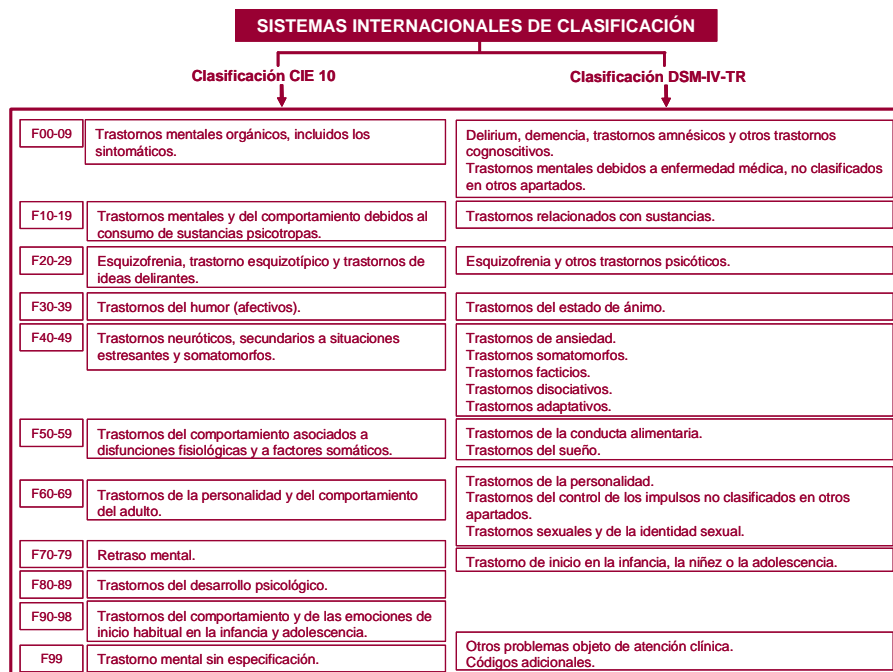
² Con la excepción de la epilepsia para la que utilizaremos la Clasificación Internacional de Crisis Epilépticas y la Clasificación Internacional de Síndromes Epilépticos y Epilepsias.

³ CARRASCO GÓMEZ, J.J.: "Trastornos psíquicos...", cit., p. 73.

por la amplia descripción que realiza de cada uno de los trastornos mentales y de sus síntomas, lo que le permite ser una buena herramienta para comprender todas las patologías; y en cuarto y último lugar, con carácter fundamental para nuestro trabajo, porque es la más empleada por los tribunales de justicia españoles, de cuyas sentencias tendremos ocasión de ocuparnos en un capítulo posterior de esta investigación.

Por último no queremos acabar esta introducción sin reconocer que abarcar el estudio pormenorizado de todos y cada uno de los trastornos que aparecen en dichas clasificaciones sería casi imposible, ya que extendería en exceso este trabajo. Por ello nos centraremos en describir aquellos trastornos que consideramos se presentan con mayor frecuencia para ser invocados como anomalías o alteraciones psíquicas dignas de la aplicación, en caso de concurrencia de los requisitos adecuados de la eximente recogida en el art. 20.1 CP.

Con objeto de facilitar el seguimiento de la exposición que realizaremos a continuación sobre los distintos trastornos aportamos un gráfico con las principales categorías de ambas clasificaciones⁴.



⁴ Tabla obtenida de ROJO, J.E.: “Clasificaciones...” cit., p. 355.

I. TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA: RETRASO MENTAL

De los distintos “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” sólo estudiaremos por su relevancia el retraso mental.

Constituye un trastorno de inicio anterior a los 18 años, definido por la presencia de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y déficit en la conducta adaptativa⁵. De prevalencia estimada alrededor del 1% de la población, dato que puede variar en función de las definiciones utilizadas, los métodos de evaluación y la población estudiada, presenta un modo de inicio que dependen de la etiología y la gravedad del retraso mental⁶.

El concepto de retraso mental, aunque aparenta una gran simplicidad y sencillez, ha sufrido importantes modificaciones a lo largo de la historia. Tradicionalmente ha sido referido como oligofrenia, que significa poca inteligencia (procede del griego: oligos: poco; y freinein: mente), término que en la actualidad y sobre todo a partir de las últimas décadas del siglo XX, ha sido sustituido en la literatura mundial por el de retraso mental⁷.

Su conocimiento y descripción fueron imprecisos hasta el siglo XIX, pues se le consideraba a menudo como una variante de la locura. A partir de entonces empezamos a tener las primeras noticias sobre el concepto al aparecer diversas concepciones de carácter biológico sobre el mismo, aunque será ESQUIROL quien en 1838 introduzca por primera vez el término idiocia (que diferencia de la demencia y de la confusión mental) y que posteriormente sería subdividido en 1846 por SÉGUIN en tres categorías: idiotas, imbéciles y débiles de espíritu o mente.

⁵ ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL AAMR: *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*, traducción de Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jenaro, 10ª ed., 1ª reimpr., Alianza, Madrid, 2006, p. 25.

⁶ *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto Revisado (PICHOT, P. -coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana-; LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. -director de la edición española-; VALDÉS MIYAR, M.-coordinador de la edición española-)*, 1ª ed., 3ª reimpr., Masson, Barcelona, 2005, p. 53. (en adelante se citará como DSM-IV-TR).

⁷ Las clasificaciones internacionales de enfermedades de la OMS (CIE 9 y CIE 10), como también las de la American Psychiatric Association (DSM III, III-R, IV y IV-TR) y la AAMR han adoptado esta nomenclatura aun cuando el término ha sido tachado de inapropiado y de carácter estigmatizador.

No será hasta los primeros años del sXX cuando volvamos a tener importantes aportaciones sobre el mismo, al aparecer algunas concepciones, fundamentalmente psicométricas, entre las que es obligatorio destacar las realizadas por: BINET en 1905, quien desarrolla un método para dirigir la inteligencia y que en colaboración con SIMON crea la primera escala para la medida de la inteligencia, la cual abrirá las puertas al enfoque psicométrico, convirtiéndose en el punto de referencia absoluto para el diagnóstico y clasificación de los sujetos con Retraso Mental; TREDGOLD, quien en 1908 desarrolla una definición que él mismo modificará en 1937 poniendo el énfasis en la incurabilidad del trastorno; y finalmente, TERMAN en 1916, quien relacionando la edad mental del individuo y su edad cronológica crea el concepto de cociente intelectual.

A partir de este momento empieza a comprobarse una eficacia parcial de las pruebas psicométricas y se comienza a utilizar junto a las mismas para diagnosticar el retraso mental, un nuevo criterio basado en las dificultades de adaptación social, lo que llevará a que las definiciones de la época se encuentren marcadas por el énfasis en alguno de ambos factores.

Años más tarde, en la década de los años treinta y hasta los cincuenta, nace una corriente que presenta como máximo representante a DOLL y que acentúa para la definición de las personas con retraso mental el peso de la competencia social y el funcionamiento autónomo⁸.

Posteriormente, y a finales de esta década de los cincuenta, la Asociación Americana sobre personas con Deficiencia Mental (AAMD), actual Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR), realiza en su quinta edición con HEBER⁹ un manual completo sobre terminología y clasificación del retraso mental, aunque ya desde su fundación en 1876, había guiado la comprensión, definición y clasificación de dicha condición, y desde entonces propondrá las definiciones más aceptadas por la comunidad

⁸ RODRÍGUEZ ROMÁN, M^a. J. y DE PABLO-BLANCO JORGE, C.: *Retraso mental*, con la colaboración de MANUEL GÓMEZ DE MIGUEL, Síntesis, Madrid, 2004, pp. 10 y 11.

⁹ HEBER (1959), “El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general por debajo de la media que comienza durante el periodo de desarrollo y que se asocia con deficiencia en una o más de las siguientes: madurez, aprendizaje o adaptación social”.

científica por su carácter globalizador. Cada década ha contado con la influencia de estos manuales clasificatorios, que con cada nueva edición, han ido enriqueciendo la definición de esta entidad con matices cada vez más esclarecedores sin negar lo planteado por las anteriores, que servirán de base y punto de partida para una mejor y mayor comprensión del Retraso Mental en cuanto a claridad, amplitud y delimitación. Y así, el mismo HEBER, en la edición posterior de 1961, realizó pequeñas correcciones a su propia definición¹⁰, pero debido a que estableció un límite definidor del retraso excesivamente cercano a la media, se plantea la necesidad de realizar una nueva definición, la séptima edición con GROSSMAN en 1973¹¹, que acentúa la necesidad de que el funcionamiento intelectual deba ser significativamente inferior a la media en dos o más desviaciones típicas. En 1983, el mismo autor revisa su propia definición acentuando el concepto de conducta adaptativa¹². Finalmente, será en 1992 cuando la novena edición realice una nueva definición del retraso mental con LUCKASSON y COLS.: “El Retraso Mental hace referencia a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado de sí mismo, convivencia en el hogar, socialización, uso de los recursos comunitarios, autonomía, salud y seguridad, desempeño intelectual, tiempo libre y trabajo”¹³. Esta definición presenta un marcado carácter integrador y supondrá una serie de aportaciones determinantes en el campo de retraso mental, definición que el mismo modificará con acierto en el año 2002, quedando de la siguiente forma: “El retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en las conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas

¹⁰ HEBER (1961) “El retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo del desarrollo y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo”.

¹¹ GROSSMAN (1973), “Retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que coexiste con déficit en conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo”.

¹² GROSSMAN (1983), “Retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que implica o coexiste con una deficiencia en conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo”.

¹³ ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL AAMR: *Retraso mental...*, cit., p. 38.

conceptuales, sociales y practicas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años”¹⁴.

Estos criterios diagnósticos establecidos por la AAMR han sido los adoptados por el DSM-IV-TR, que define el retraso mental como “trastorno que se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa”¹⁵.

La CIE 10, por su parte, realiza un tratamiento del retraso mental significativamente diferente, al definirlo como “un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización”¹⁶.

En definitiva, teniendo en cuenta todos estos conceptos podemos concluir que para diagnosticar un retraso mental es necesario:

a) Que el Funcionamiento Intelectual del sujeto esté por debajo de la media, lo que implica que el CI obtenido en las pruebas psicométricas resulta inferior a 70 o 75 aproximadamente (criterio psicométrico).

b) Que existan limitaciones significativas en la conducta adaptativa (criterio adaptativo).

c) Que ambas condiciones hayan aparecido antes de los 18 años de edad (criterio biológico).

a) Criterio psicométrico. La evaluación del funcionamiento intelectual es esencial para realizar un diagnóstico de retraso mental, ya que satisface el primer requisito que

¹⁴ *Ibidem*, cit., p. 25.

¹⁵ *DSM-IV-TR*, cit., p. 45.

¹⁶ *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Organización Mundial de la Salud, Meditor, Madrid, 2004, p. 277. (en adelante se citará como CIE 10).

exigen todas las definiciones al referir que el mismo esté significativamente por debajo del promedio.

La inteligencia es una habilidad mental general que incluye razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas y capacidad de aprendizaje¹⁷. Se define en todos los manuales de diagnósticos por el Cociente de Inteligencia (CI), aun conociendo que se trata de un mero índice estadístico con no pocos problemas en la aplicación de las pruebas que lo miden. Dado que para su diagnóstico se requiere la presencia de un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio, de al menos dos desviaciones típicas por debajo de la media, podemos empezar a considerar retraso mental a partir de una puntuación estándar de CI inferior a 70 ó 75 en escalas con una media de 100 y una desviación típica de 5¹⁸.

La valoración del nivel intelectual del individuo es obtenido por evaluación mediante uno o más tests de inteligencia normalizados, administrados individualmente (p. ej., Wechsler Intelligence Scales for Children-Revised, Stanford-Bi-net, Kaufman Assessment Battery for Children)¹⁹. Los tests adecuados deben seleccionarse de acuerdo con el nivel de funcionamiento individual y las invalideces concretas adicionales, por ejemplo, por tener en cuenta posibles problemas de la expresión del lenguaje, sordera y otros defectos físicos²⁰.

b) Criterio adaptativo. El segundo criterio para determinar si una persona presenta retraso mental es que manifieste limitaciones en su conducta adaptativa, expresada como habilidades conceptuales, sociales y prácticas²¹. La capacidad adaptativa se refiere a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria particulares²².

¹⁷ ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL AAMR: *Retraso mental...*, cit., p. 71.

¹⁸ *DSM-IV-TR*, cit., p. 48.

¹⁹ *Ibidem*, cit.

²⁰ *CIE 10*, cit., p. 279.

²¹ RODRÍGUEZ ROMÁN, M^a. J. y DE PABLO-BLANCO JORGE, C.: *Retraso mental...*, cit., p. 51.

²² *DSM-IV-TR*, cit., p. 48.

Las habilidades conceptuales comprenden: el lenguaje, lecto escritura, manejo de dinero y autodirección. Las habilidades sociales alcanzan: relaciones personales, responsabilidad, autoestima, manipulabilidad, ingenuidad, seguimiento de reglas, obediencia de leyes y evitación del trato discriminatorio. Finalmente, las habilidades prácticas engloban: las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, habilidades ocupacionales y mantenimiento de la seguridad²³.

La evaluación de este déficit debe realizarse a través de medidas estandarizadas (p. ej., las Vineland Adaptive Behavior Scales y las American Association on Mental Retardation Adaptive Behavior Scales), escalas éstas, que al igual que en la evaluación de la capacidad intelectual, deben tener en cuenta la idoneidad del instrumento de acuerdo con el nivel sociocultural del sujeto, su educación, posibles discapacidades asociadas, su motivación y su cooperación²⁴.

Estas escalas deben mostrar limitaciones significativas que se definen como una ejecución inferior, al menos de dos desviaciones típicas por debajo de la media, bien en un dominio concreto de los tres o bien en la puntuación total de un instrumento estandarizado que mida los tres dominios²⁵.

No debemos olvidar que no existe una medida de conducta adaptativa que mida completamente todos los dominios de la misma, por lo que se aconseja completarlas con la revisión de los informes previos y con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan a estos enfermos que son los que mejor conocen su capacidad para la actividad diaria, además de la observación de la conducta del sujeto evaluado²⁶.

c) Criterio biológico. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad.

En cuanto a los *síntomas* que presentan estos sujetos, no podemos dar unas características de comportamiento o de personalidad específicas, aunque se puede afirmar con CARRASCO GÓMEZ que los retrasados mentales presentan las siguientes alteraciones psicopatológicas: un enlentecimiento del desarrollo, puesto en evidencia

²³ RODRÍGUEZ ROMÁN, M^a. J. y DE PABLO-BLANCO JORGE, C.: *Retraso mental...*, cit, p. 52.

²⁴ *DSM-IV-TR*, cit., p. 48.

²⁵ RODRÍGUEZ ROMÁN, M^a. J. y DE PABLO-BLANCO JORGE, C.: *Retraso mental...*, cit, p. 53.

²⁶ *Ibidem*, cit.

por el déficit intelectual y cognitivo global, con disminución o incluso pérdida, de la capacidad de conocer, de comprender, de discriminar, de juicio crítico y razonamiento lógico; tendencia hacia lo concreto; egocentrismo; aumento de la sugestionabilidad; disminución de control de los impulsos e instintos; oscilaciones del estado de ánimo; actividad motora de inquietud o eretismo; inmadurez afectiva y emocional de las relaciones interpersonales y sociales, etc. Pueden existir también, trastornos de la comunicación, expresados en trastornos de aprendizaje, del desarrollo de la coordinación, de la comunicación, trastornos mixtos del lenguaje receptivo-expresivo, fonológicos, tartamudeo, etc²⁷. A todas estas alteraciones debemos sumarle que estas personas presentan una prevalencia de trastornos mentales comórbidos que se estima tres o cuatro veces mayor que la observada en la población en general.

En lo que respecta a su *etiología*, en el retraso mental la misma se concibe como un constructo multifactorial compuesto por cuatro factores de riesgo etiológico (biomédicos, sociales, conductuales y educativos) que interactúan a lo largo del tiempo, a lo largo de la vida del individuo y de generación en generación²⁸. Se trata de un amplio abanico etiológico que en la actualidad se recoge en la siguiente clasificación que es el resultado de la interacción de dos factores:

a) Según el momento de aparición se distingue entre causas prenatales, perinatales y posnatales.

b) Según el tipo de factor de riesgo se diferencia entre factores biomédicos, sociales, conductuales y educacionales. Los primeros se relacionan con procesos biológicos, como son los trastornos genéticos o la nutrición; los segundos con la interacción social y familiar, como es la estimulación o la receptividad del adulto; los terceros se vinculan con posibles comportamientos causales, como actividades peligrosas (lesivas) o abuso de sustancias por parte de la madre; y por último, los

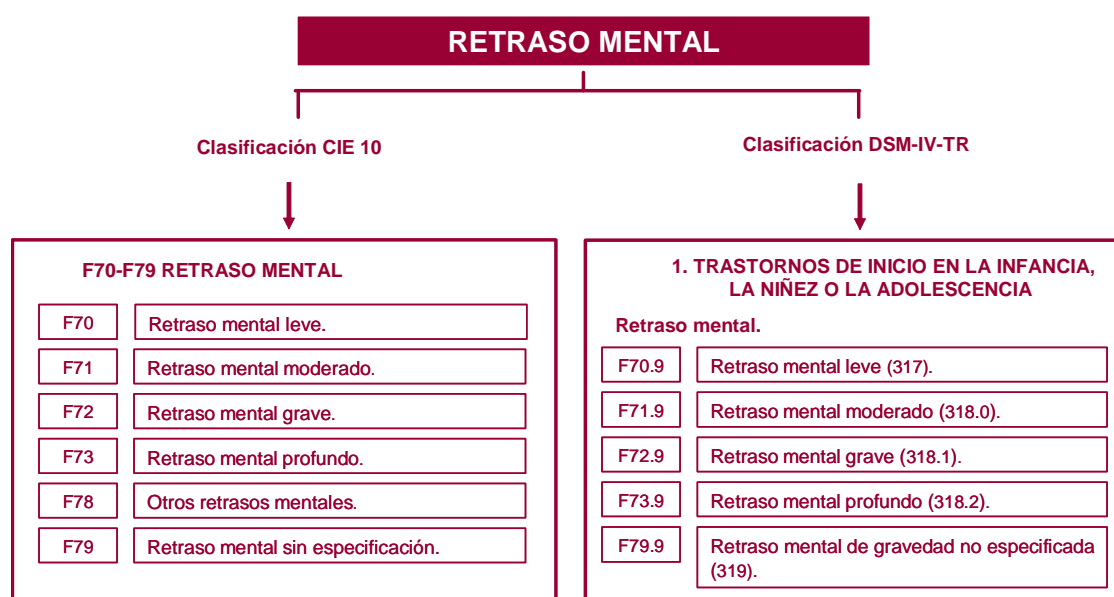
²⁷ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 809.

²⁸ RODRÍGUEZ ROMÁN, M^a. J. y DE PABLO-BLANCO JORGE, C.: *Retraso mental...*, cit, p. 31.

factores educativos son aquellos que tienen que ver con la disponibilidad de apoyos educativos que promueven el desarrollo mental y de habilidades adaptativas²⁹.

El retraso mental varía según el grado de deficiencia intelectual del sujeto afectado, de la intensidad de su desadaptación social y de su edad.

Las Clasificaciones internacionales distinguen los siguientes *tipos de retraso mental*:



Los métodos utilizados para definir los niveles de gravedad del retraso mental difieren ligeramente entre la clasificación realizada por la CIE 10 y la del DSM-IV-TR. La primera de ellas, define estos niveles con puntos de corte exactos: *leve*, entre 50 y 69, *moderado* entre 35 y 49, *grave* entre 20 y 34, y *profundo*, por debajo de 20. En cambio, el DSM-IV-TR se caracteriza por un mayor grado de flexibilidad al relacionar la gravedad del trastorno con la puntuación del CI, formando un espectro solapado y teniendo en cuenta a su vez el nivel de adaptación del individuo: retraso mental *leve*: CI entre 50-55 y aproximadamente 70; retraso mental *moderado*: CI entre 35-40 y 50-55; retraso mental *grave*: CI entre 20-25 y 35-40; retraso mental *profundo*: CI inferior a 20-25; y retraso mental de *gravedad no especificada*: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test

²⁹ ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL AAMR: *Retraso mental...*, cit., pp. 158 y 159.

usuales. Finalmente, existe otro trastorno en el DSM-IV-TR que puede ser objeto de atención, que es la “capacidad intelectual límite”³⁰, cuando el CI se encuentra entre 71 y 84, también conocida como inteligencia “bordeline”, fronteriza entre lo normal y el déficit ligero.

Siguiendo las pautas establecidas por el DSM-IV-TR, pasamos a repasar los distintos grados de retraso mental:

1. RETRASO MENTAL LEVE

Es el equivalente a la denominada debilidad mental. Este grupo incluye alrededor del 85% de las personas afectadas por el trastorno, que suelen situarse en un coeficiente intelectual CI entre 50-55 y aproximadamente 70³¹.

Los niños afectos de este tipo de retraso no suelen ser diagnosticados hasta la etapa escolar, por lo que sus habilidades sociales y de comunicación pueden ser adecuadas en los años de preescolar. Con el paso del tiempo, sus insuficiencias mentales se van haciendo más patentes con lo que su funcionamiento académico alcanzará el nivel de primaria.

Durante su vida adulta, acostumbran a adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima. Contando con apoyo adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad³². Los individuos que sufren este retraso suelen alcanzar la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, la de mantener una conversación y la de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría llegan a lograr una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para desarrollar actividades prácticas y las propias de la vida doméstica, aunque su ejecución tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal³³.

³⁰ *DSM-IV-TR*, cit., p. 826.

³¹ *Ibidem*, cit., p. 49.

³² *Ibidem*, cit.

³³ *CIE 10*, cit., p. 279.

2. RETRASO MENTAL MODERADO

Se corresponde con la vieja categoría de la imbecilidad, oscilando su cociente intelectual entre 35-40 y 50-55. Este grupo constituye alrededor del 10% de toda la población con retraso mental³⁴.

Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente³⁵. A partir de la adolescencia empiezan a aparecer graves dificultades para comprender las normas sociales y los hábitos de convivencia, lo que repercute en las relaciones interpersonales, que suelen ser malas y estar dominadas por una afectividad elemental³⁶. De adultos, las personas moderadamente retrasadas seguirán necesitando un grado relativamente alto de supervisión, pero pueden llegar a ser competentes en tareas ocupacionales en medios protegidos.

3. RETRASO MENTAL GRAVE

Su cociente intelectual se sitúa ordinariamente entre 20-25 y 35-40, y constituyen el 3-4% de los individuos con retraso mental³⁷.

Los enfermos que se clasifican en este grupo presentan un déficit de las capacidades cognitivas, de adquisición y conocimiento del lenguaje y de socialización, que puede considerarse muy marcado.

Suele ser ya evidente en la edad preescolar, su lenguaje es mínimo y su desarrollo motor escaso. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. En los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples, estrechamente supervisadas en instituciones³⁸. Los enfoques

³⁴ *DSM-IV-TR*, cit., p. 49.

³⁵ *CIE 10*, cit., p. 281.

³⁶ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Retraso mental (oligofrenias)" en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, p. 1117.

³⁷ *DSM-IV-TR*, cit., p. 50.

³⁸ *Ibidem*, cit.

conductuales ayudan a conseguir cierto grado de autocuidado, aunque generalmente necesitan una supervisión importante.

4. RETRASO MENTAL PROFUNDO

El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20 o 25³⁹, correspondiendo su edad mental a la de un menor de tres años⁴⁰. Constituyen aproximadamente el 1-2% de los individuos con retraso mental⁴¹, encontrándose los afectados totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas, a lo que se une en la mayoría de los casos una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, sin control de esfínteres y siendo capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Se acompaña frecuentemente de déficits somáticos o neurológicos graves, de epilepsia o de déficits visuales o de audición, o de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial de autismo atípico⁴².

5. RETRASO MENTAL DE GRAVEDAD NO ESPECIFICADA

El diagnóstico de este retraso debe utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero la persona en cuestión no puede ser evaluada satisfactoriamente mediante los tests de inteligencia usuales⁴³.

II. DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS

1. DELIRIUM

Este concepto se caracteriza por una notable estabilidad transcultural e histórica. Presente ya en la medicina griega, CELSUS acuñó el término “De Lira” para considerarlo junto a la letargia y la frenitis, manifestaciones mentales de una

³⁹ *Ibidem*, cit., p. 49.

⁴⁰ GIBBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Retraso mental...”, cit., p. 1117.

⁴¹ *DSM-IV-TR*, cit., p. 50.

⁴² *CIE 10*, cit., pp. 282 y 283.

⁴³ *DSM-IV-TR*, cit., p. 50.

enfermedad orgánica, en las que la alteración de conducta, humor, pensamiento y discurso se asociaban a fiebre. Esta acepción del delirium como síndrome agudo asociado, casi siempre, a procesos febriles, continuará estando vigente durante siglos hasta que a mediados del siglo XIX comience a perfilarse el término en su concepción moderna. Será la demostración de que la afectación de la atención y la conciencia constituyen el criterio nuclear de este trastorno, lo que provocará su diferenciación de la locura y de la demencia, y llevará a la demarcación del concepto actual de delirium, a lo que también contribuyó la redefinición de las psicosis en la segunda mitad del sXIX y su asentamiento, gracias a la obra de LIPOWSKI, que define clínicamente el síndrome y sus manifestaciones⁴⁴. Finalmente, en 1980 y gracias al DSM-III se formularon criterios diagnósticos explícitos sobre este trastorno, lo que posibilitó desde entonces un lenguaje común en la clínica y en la investigación.

La CIE 10 lo define como “Síndrome cerebral orgánico que carece de una etiología específica, caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de la conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotilidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia”⁴⁵. El DSM-IV-TR por su parte, describe como característica esencial del mismo “una alteración de la conciencia que se acompaña de un cambio de las funciones cognitivas que no puede ser explicado por la preexistencia o desarrollo de una demencia”⁴⁶.

De estas definiciones podemos concluir que el delirium es un síndrome clínico plurietiológico cuya característica esencial es la alteración de la conciencia (especialmente del nivel de atención y alerta), que se acompaña de un cambio de las funciones cognitivas de amplia representación (memoria, percepción, abstracción, razonamiento, emoción y funciones ejecutivas de planificación, secuenciación de tareas,

⁴⁴ Véase MARTA MORENO, M. y PELEGRÍN VALERO, C.: “Concepto y nosología”, en MARTA MORENO, J.; MARTA MORENO, E.; PELEGRÍN VALERO, C. y RAMOS PAESA, C.: *Abordaje práctico del delirium (Síndrome confusional)*, Masson, Barcelona, 2004, pp. 3 y ss.

⁴⁵ CIE 10, cit., p. 82.

⁴⁶ DSM-IV-TR, cit., p. 156.

resistencia a la interferencia y perseverancia) y que se desarrolla en un plazo breve de tiempo (habitualmente horas o pocos días) y tiende a fluctuar a lo largo del día⁴⁷.

La alteración de la conciencia se expresa como una disminución de la capacidad para centrar, mantener o redirigir adecuadamente la atención al entorno. Junto a la misma se producen cambios de otras funciones cognoscitivas (deterioro de la memoria, desorientación o alteraciones del lenguaje) o existen alteraciones de la percepción⁴⁸, además de trastornos psicomotores, en el ciclo del sueño y emocionales⁴⁹.

El paciente comienza presentando como primer síntoma una desorientación temporal, especialmente nocturna, a lo que sigue rápidamente una alteración de la memoria a corto plazo, preservando relativamente la memoria a largo plazo. Posteriormente, suele aparecer la desorientación espacial, la inadecuada actividad motora, el trastorno del sueño y finalmente las alteraciones perceptivas, que pueden subdividirse en falsas interpretaciones, ilusiones y alucinaciones, e ideas delirantes⁵⁰.

Para el diagnóstico del delirium tanto el DSM-IV-TR como la CIE 10 utilizan criterios diagnósticos similares aunque esta última incluye algunos puntos adicionales: afectación de la memoria a corto plazo con conservación de la memoria a largo plazo, desorientación, alteración psicomotriz y problemas de sueño⁵¹.

Su prevalencia en la población en general es del 0.4% en adultos de edad igual o superior a 18 años y del 1.1% en individuos de edad igual o superior a 55 años. Estos datos aumentan entre el 10 y el 30% si el paciente está hospitalizado⁵². Puede presentarse en cualquier edad⁵³ aunque los niños y los ancianos son los sujetos más propensos a padecerlo⁵⁴.

⁴⁷ MARTA MORENO, M. y PELEGRÍN VALERO, C.: "Concepto...", cit., p. 6.

⁴⁸ *DSM-IV-TR*, cit., p. 156.

⁴⁹ *CIE 10*, cit., p. 83.

⁵⁰ MARTA MORENO, M. y PELEGRÍN VALERO, C.: "Concepto...", cit., p. 8.

⁵¹ *CIE 10*, cit., pp. 82 y 83.

⁵² *DSM-IV-TR*, cit., p. 158.

⁵³ *CIE 10*, cit., p. 82.

⁵⁴ *DSM-IV-TR*, cit., p. 158.

El delirium tiene un inicio repentino, un curso breve y fluctuante y una mejoría rápida pudiendo recuperarse en cuatro semanas o menos⁵⁵, sobre todo cuando se identifica y se elimina el factor causal⁵⁶, aunque cada una de estas características varían dependiendo de cada paciente.

El enfermo suele pasar por dos tipos de fases, unas más delirantes e hiperactivas que pueden ir incluso acompañadas de manifestaciones emocionales como irritabilidad, suspicacia, euforia, miedo o negativismo, especialmente por la noche, fases que se alternan con otras de enlentecimiento psicomotor, somnolencia e incluso estupor⁵⁷.

Se trata de un síndrome que puede ser desencadenado por un extenso grupo de factores etiológicos, en muchas ocasiones múltiples, cuya relación directa con el mismo se queda en mera sospecha en la mayor parte de los casos. Los factores etiológicos precipitantes pueden dividirse en: relacionados con una condición médica; inducidos por la intoxicación o privación de sustancias, incluido el uso de medicaciones; los debidos a múltiples etiologías y los de causa no determinada⁵⁸.

Estas causas son las que van a condicionar su resolución, existiendo cuatro posibilidades: muerte, transición hacia una demencia, evolución hacia un trastorno orgánico de la personalidad o, finalmente, la curación sin secuelas⁵⁹.

El DSM-IV-TR⁶⁰ agrupa todas las causas del delirium en una sola sección, mientras que la CIE 10 clasifica en el apartado de “Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos”, al delirium no inducido por alcohol y otras sustancias psicoactivas, distinguiendo los siguientes subtipos: “Delirium no superpuesto a demencia”, “Delirium superpuesto a demencia”, “Otro delirium no inducido por alcohol o droga” y finalmente, “Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin

⁵⁵ CIE 10, cit., p. 82.

⁵⁶ DSM-IV-TR, cit., p. 159.

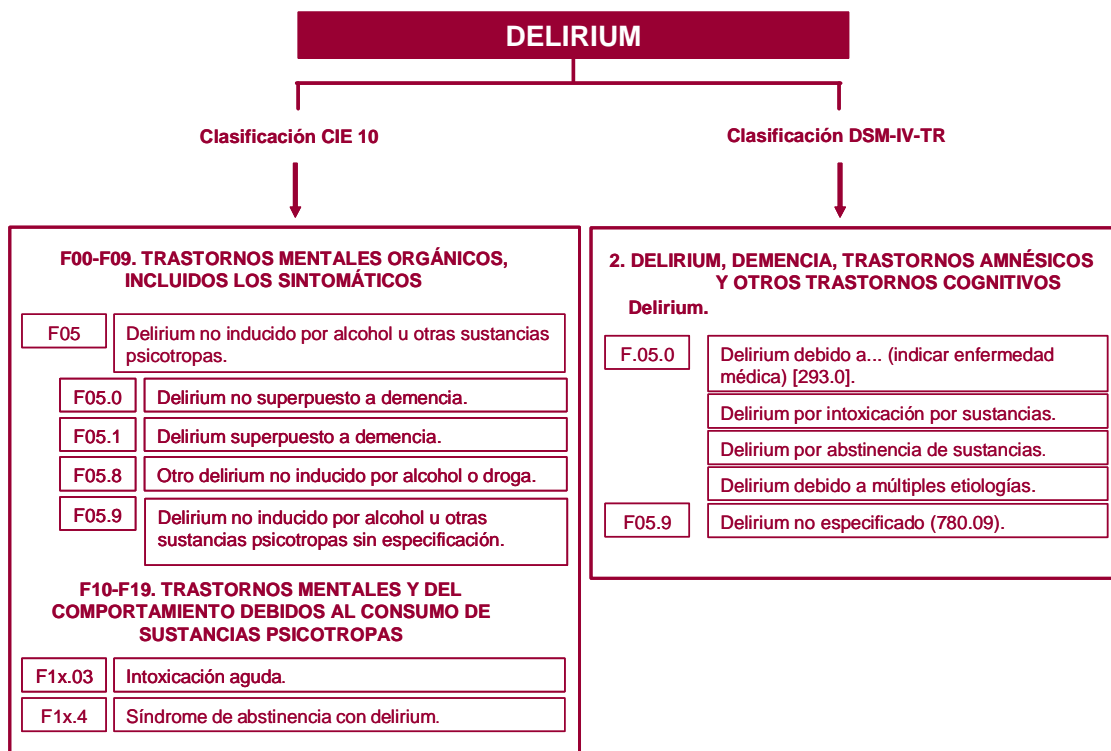
⁵⁷ MARTA MORENO, M. y PELEGRÍN VALERO, C.: “Concepto...”, cit., p. 9.

⁵⁸ RAMOS PAESA, C. y MARTA MORENO, J.: “Diagnóstico etiológico del delirium”, en MARTA MORENO, J.; MARTA MORENO, E.; PELEGRÍN VALERO, C. y RAMOS PAESA, C.: *Abordaje práctico del delirium (Síndrome confusional)*, Masson, Barcelona, 2004, p. 97.

⁵⁹ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Trastornos mentales orgánicos” en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, p. 1123.

⁶⁰ DSM-IV-TR, cit., pp. 156 y ss.

especificación”⁶¹. Los delirium asociados con el uso de una sustancia se clasifican bajo la rúbrica de “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas”⁶², tales como la abstinencia con delirium, un subtipo de intoxicación aguda y un apartado específico para el estado de abstinencia alcohólica y el estado de abstinencia de sedantes o hipnóticos. A diferencia del DSM-IV-TR, la CIE-10 no recoge la categoría de delirium debido a múltiples etiologías.



Siguiendo la clasificación del delirium que realiza el DSM-IV-TR, pueden describirse los siguientes tipos de este trastorno:

1.1. DELIRIUM DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

Constituye un cuadro de delirium en el que la alteración cognoscitiva es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. Muchas y diferentes son las enfermedades que pueden asociarse al delirium, entre las que destacamos: los trastornos

⁶¹ CIE 10, cit., pp. 82 y ss.

⁶² *Ibidem*, cit., pp. 97 y ss.

del sistema nervioso central, trastornos metabólicos, alteraciones cardiopulmonares y enfermedades sistémicas⁶³.

1.2. DELIRIUM INDUCIDO POR SUSTANCIAS

En este tipo de delirium son los efectos secundarios de la medicación o la exposición a tóxicos los factores etimológicamente relacionados con él.

Existen dos tipos de delirium inducido por sustancias:

- Aquel que se produce durante la intoxicación de sustancias.
- Aquel que aparece por una marcada abstinencia de sustancias.

El primero de ellos, se presenta durante la intoxicación por alguna de las siguientes sustancias: alcohol, alucinógenos; anfetaminas y sustancias afines; cannabis; cocaína; fenciclidina y sustancias de acción similar; inhalantes; opioides; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias desconocidas⁶⁴.

Este tipo de delirium puede desarrollarse minutos u horas después de haber ingerido dosis relativamente altas de algunas drogas como cannabis, cocaína y alucinógenos, aunque con otras sustancias el inicio puede retrasarse por acumulación a lo largo del tiempo. En cuanto a su resolución, suele tener lugar en pocas horas o días cuando la intoxicación va cediendo⁶⁵.

Tratándose de abstinencia de sustancias, el delirium constituye un trastorno que aparece como consecuencia de un síndrome de abstinencia, debido a la disminución de la concentración de la sustancia en los tejidos y el plasma como consecuencia de la reducción o cese del consumo de altas dosis⁶⁶.

Sus síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. Y la tríada clásica de síntomas está conformada por obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y

⁶³ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 161 y ss.

⁶⁴ *Ibidem*, cit., p. 165.

⁶⁵ *Ibidem*, cit., p. 164.

⁶⁶ *Ibidem*, cit.

temblor intenso⁶⁷. En cuanto a su duración puede variar desde unas horas hasta de 2 a 4 semanas, lo que depende, en parte, de la vida de la sustancia que provoque el mismo⁶⁸. Este delirium puede darse con los siguientes tipos de sustancias: alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias desconocidas⁶⁹.

Si este trastorno es provocado por el alcohol, se le denomina “delirium tremens”. Consiste en un estado tóxico-confusional acompañado de trastornos somáticos, que suele comenzar entre 3 y 4 días después de la abstinencia absoluta a su ingesta, normalmente en personas que han mantenido una grave dependencia y con largos antecedentes de consumo⁷⁰. Suelen aparecer temblor en manos y lengua, sudación, ansiedad y taquicardia, siendo también frecuentes las alucinaciones⁷¹.

El uso de fármacos es uno de los factores etiológicos que con más frecuencia se asocian a delirium, ya que parece encontrarse en un 20-40% de los casos y en la mayoría de éstos, la etiología suele ser multifactorial e implica a más de uno. Para que un fármaco pueda considerarse factor etiológico responsable es necesario valorar que tenga un efecto sobre el sistema nervioso central y que se documente un nivel tóxico o haya mejoría después de la reducción de la dosis o de su discontinuación⁷².

1.3. DELIRIUM DEBIDO A MÚLTIPLES ETIOLOGÍAS

Se trata de un trastorno en el que el delirium aparece provocado por más de una etiología, pudiendo aparecer varias enfermedades médicas como causantes del delirium o una enfermedad médica más consumo de sustancias⁷³.

1.4. DELIRIUM NO ESPECIFICADO

Esta categoría se utiliza para diagnosticar el delirium que no cumple los criterios de ningún tipo específico de los cuadros anteriormente descritos.

⁶⁷ CIE 10, cit., pp. 106 y 107.

⁶⁸ DSM-IV-TR, cit., p. 164.

⁶⁹ *Ibidem*, cit., p. 165.

⁷⁰ CIE 10, cit., p. 106.

⁷¹ VALLEJO NÁJERA, J.A.: *Introducción a la psiquiatría*, 9ª ed., Editorial Científico Médica, Barcelona, 1977, p. 330.

⁷² RAMOS PAESA, C. y MARTA MORENO, J.: “Diagnóstico...”, cit., pp. 100 y ss.

⁷³ DSM-IV-TR, cit., p. 167.

2. DEMENCIA

Las demencias constituyen uno de los trastornos de más interés en la actualidad debido probablemente a que se encuentran estrechamente ligadas a la edad. Se trata de una enfermedad esencialmente de personas mayores y dada la situación de envejecimiento de la población⁷⁴, se prevé que en los próximos años afecte a un grupo importante de personas.

El término demencia posee una larga historia, deriva del latín *de* (ausencia de) *mens* (mente) *ia* (estado de), lo que podría traducirse en estado de ausencia, privación o falta de mente.

Durante el siglo XIX este término fue utilizado para designar alteraciones mentales de diferentes tipos, sin embargo con el paso de los años, se empezó a definir cada vez de forma más estricta, dejando de considerarse un estado terminal al que podían conducir todas las enfermedades mentales.

Se atribuye a ESQUIROL la diferenciación entre retraso mental y demencia, (basándose en el carácter adquirido de la última) y la introducción de estos estados dentro de la terminología psiquiátrica a través de su obra *Des maladies mentales* (París, 1838) con el término *démence*. Posteriormente, PRICHARD, describió la historia de las demencias en varias etapas: 1) pérdida de la memoria reciente con preservación de la memoria remota, 2) pérdida del razonamiento, 3) pérdida de la comprensión y 4) pérdida de la capacidad para mantener las funciones ejecutivas, además de sugerir que las demencias podrían ser clasificadas en primarias o secundarias a otros trastornos. En 1892, PICK realizaría otra aportación fundamental al conocimiento de las demencias al comenzar a describir una serie de casos de demencia con atrofia cerebral localizada en los lóbulos frontales. En 1907, ALZHEIMER describiría el primer caso de la enfermedad que lleva su nombre, una mujer de 51 años que presentaba deterioro cognitivo, alucinaciones, delirios y síntomas focales, cuyo estudio cerebral post-mortem reveló la existencia de atrofia cortical, placas, ovillos y cambios arterioscleróticos. Finalmente, sería KRAEPELIN quien distinguiría las llamadas psicosis funcionales de

⁷⁴ Patente en el incremento de forma espectacular de la frecuencia absoluta y relativa del número de ancianos en los países occidentales y en todo el mundo.

las consecuencias de un evidente daño cerebral, que denominaría imbecilidad y que dividiría en imbecilidad adquirida o demencia e imbecilidad congénita⁷⁵.

Tras estos avances, a comienzos del siglo XX el interés por las demencias disminuyó considerablemente, hasta que, la escuela inglesa de Psiquiatría con ROTH a la cabeza, a finales de la década de los cincuenta y durante los sesenta, empezara a demostrar la prominencia de la enfermedad de Alzheimer entre las causas de demencia en los ancianos. Desde entonces, el interés por esta enfermedad no ha dejado de crecer debido a que, como ya apuntábamos, se encuentra unido a la edad y en la actualidad es evidente el envejecimiento poblacional que estamos viviendo.

La epidemiología de las demencias no es un capítulo cerrado, de hecho existe un grado importante de debate acerca de la prevalencia y la incidencia global de los distintos tipos de demencia, puesto que ambas son en principio desconocidas, debido a que hasta hace poco no se habían alcanzando acuerdos en aspectos metodológicos y de diagnóstico en los diferentes estudios que se realizaban.

En líneas generales, parece ser que la incidencia de la demencia de cualquier tipo es de un 1% anual en personas de 65 ó más años. En cuanto a la prevalencia, los datos de los diversos estudios epidemiológicos varían en función de la edad de los sujetos de la muestra, de los métodos para determinar la presencia, gravedad, y tipo de deterioro cognoscitivo, y de las regiones o países estudiados. En población adulta los estudios comunitarios prospectivos a 1 año han estimado una prevalencia de casi un 3% de deterioro cognoscitivo grave⁷⁶. Globalmente, la forma más frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer, constituyendo un 50 a 60% de los casos en los países occidentales. A la que sigue la demencia vascular, que alcanza de un 15 a un 30% de todos los supuestos⁷⁷.

De las distintas definiciones estandarizadas de demencia, las más utilizadas son las correspondientes a la CIE 10 y al DSM-IV-TR. La CIE 10 define la demencia como “un

⁷⁵ Véase WEINER, M.F. y LIPTON, A.M.: *Demencias. Investigación, diagnóstico y tratamiento*, Masson, Barcelona, 2005, pp. 13 y ss.

⁷⁶ *DSM-IV-TR*, cit., p. 173.

⁷⁷ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*, 8ª ed., 2ª reimpr., Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2001, p. 373.

síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit 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”⁷⁸. El DSM-IV-TR por su parte, la define estableciendo que “la característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución”⁷⁹.

Podríamos entonces decir que la demencia es un síndrome adquirido, de etiología orgánica y origen multicausal, que conlleva deterioro global de las facultades intelectuales y de la personalidad, con la conciencia (alerta) preservada y capaz de interferir en las funciones sociales y/u ocupacionales⁸⁰.

Todas estas definiciones muestran unos criterios que resultan necesarios para diagnosticar una demencia:

- Pérdida de capacidades cognitivas respecto al nivel premórbido.
- Existencia de un deterioro en la memoria.
- Coexistencia de otros déficit en funciones superiores.
- Intensidad suficiente para interferir el funcionamiento habitual de la persona⁸¹.

De todos ellos, parece que el deterioro de la memoria debe ser el síntoma más precoz y prominente⁸², que se muestra en la afectación de la capacidad para registrar, almacenar y recuperar información nueva y olvidar el material aprendido previamente.

⁷⁸ CIE 10, cit., p. 66.

⁷⁹ DSM-IV-TR, cit., p. 169.

⁸⁰ ASO ESCARIO, J.; MARTÍNEZ QUIÑONES, J.V. y ARREGUI CALVO, R.: *Aspectos médico-legales de las demencias*, Masson, Barcelona, 2004, p. 5.

⁸¹ GARCÍA DE LA ROCHA, M.L. y OLAZARÁN RODRÍGUEZ, J.: “Criterios diagnósticos sindrómicos de demencia”, en GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA, PEÑA-CASANOVA, J. y ROBLES, A. (coords.): *Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia: revisión 2002*, Masson, Barcelona, 2003, p. 5.

⁸² DSM-IV-TR, cit., p. 169.

Este déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación⁸³.

Hay además un deterioro del pensamiento y de la capacidad de razonamiento, una reducción en el flujo de las ideas, por lo que al individuo afectado le resulta cada vez más difícil prestar atención a más de un estímulo a la vez⁸⁴.

El sujeto asimismo puede presentar deterioro del lenguaje que se manifiesta por dificultades en la pronunciación de nombres de sujetos y objetos, deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras y fallos en el reconocimiento o identificación de objetos.

Además, las alteraciones de la actividad constructiva (de ejecución) son manifestaciones habituales de la demencia, lo que implica fallos en la capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo⁸⁵.

La afectividad también se presenta alterada, pues como norma, existe una modificación de la personalidad⁸⁶, apareciendo con frecuencia labilidad o incontinencia afectiva, y en estados avanzados, un embotellamiento afectivo, con indiferencia y abulia.

Aproximadamente un 20 a un 30% de los pacientes, sufren alucinaciones y del 30 al 40% tienen ideas delirantes poco sistematizadas, pudiendo ser en algunos casos de carácter complejo⁸⁷.

Todos estos síntomas suelen estar acompañados por la depresión y la ansiedad.

Por lo que respecta a la gravedad y el curso de una demencia depende de la etiología y del momento evolutivo, en relación con el grado de pérdida neuronal.

⁸³ CIE 10, cit., pp. 66 y 67.

⁸⁴ *Ibidem* cit., pp. 67 y 68.

⁸⁵ DSM-IV-TR, cit., p. 170.

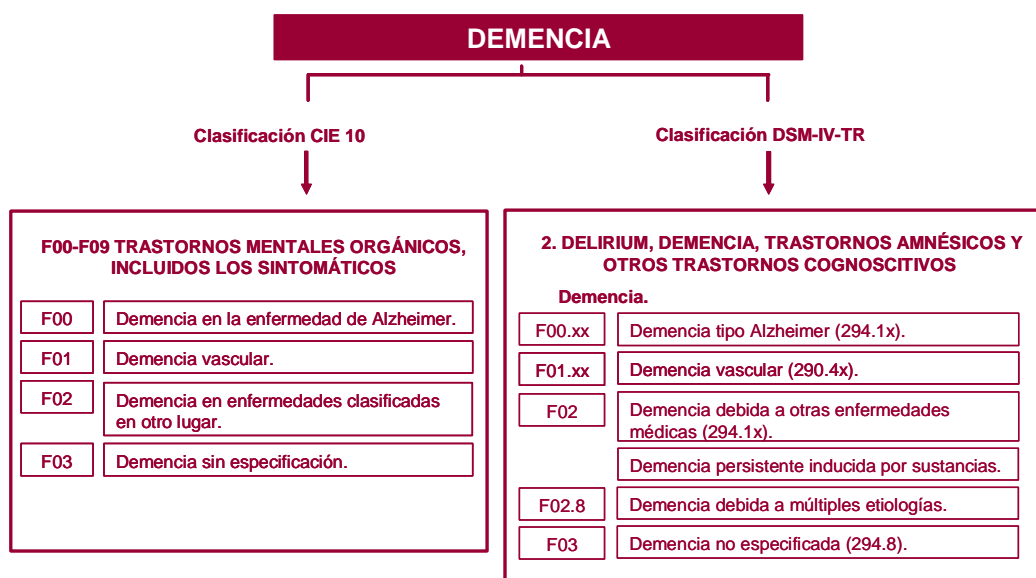
⁸⁶ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Trastornos mentales orgánicos...", cit., p. 1124.

⁸⁷ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 383.

Existen formas progresivas, tanto en forma lenta como rápida o en episodios, junto a formas estacionarias y cuadros total y parcialmente reversibles⁸⁸.

Se asume que siempre hay una causa subyacente, aunque en raros casos es posible determinar una específica. Estas causas son muy numerosas, aunque la demencia tipo Alzheimer y la vascular en conjunto constituyen el 75% de todos los casos⁸⁹. Otras causas de demencia son la enfermedad de Pick, la enfermedad Creutzfeldt-Jakob, la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Parkinson y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Los dos sistemas nosológicos usados con más frecuencia en la actualidad por parte de clínicos e investigadores psiquiátricos, el DSM-IV-TR y la CIE 10, clasifican las demencias según la causa o enfermedad que conduce a la aparición de la demencia, lo que provocará una sintomatología distinta dependiendo del grupo causal. Los subtipos de demencia especificados en la CIE 10⁹⁰ son los mismos que los codificados por el DSM-IV-TR⁹¹, añadiendo este último, la demencia debida a traumatismo craneoencefálico:



⁸⁸ GIBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Trastornos mentales orgánicos...", cit., p. 1124.

⁸⁹ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 373.

⁹⁰ CIE 10, cit., pp. 63 y ss.

⁹¹ DSM-IV-TR, cit., pp. 176 y ss.

Atendiendo a la clasificación DSM-IV-TR pueden distinguirse los siguientes tipos de demencia:

2.1. DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

La demencia en la enfermedad de Alzheimer es, como ya hemos visto, la más común de las demencias. Se estima que entre el 0.6% de los hombres y el 0.8% de las mujeres mayores de 65 años la presentan, prevalencia que aumenta con la edad⁹².

Se trata de una enfermedad heterogénea tanto en su presentación y etiología como en su expresividad clínica y evolución.

La causa que la provoca continúa siendo en la actualidad un misterio en la mayor parte de los casos, aunque la multitud de estudios realizados han permitido identificar algunos factores de riesgo, entre los que podemos destacar: los genéticos, como la existencia de antecedentes familiares o la presencia de determinados polimorfismos en el gen de la proteína precursora de amiloide (apo-E)⁹³. Además, la observación neuroanatómica clásica del cerebro de un paciente con esta enfermedad muestra una atrofia difusa con surcos corticales aplanados y ventrículos cerebrales agrandados. Los hallazgos microscópicos clásicos y patognomónicos son placas seniles, ovillos neurofibrilares, pérdida neuronal, pérdida sináptica y degeneración granulovacuolar de las neuronas. Finalmente, también se ha demostrado que dos neurotransmisores denominados acetilcolina y norepinefrina, que se piensa se muestran hiperactivos en la enfermedad, son los más implicados en la patofisiología de la misma⁹⁴.

La demencia en la enfermedad de Alzheimer consiste en “una entidad clinicopatológica neurodegenerativa caracterizada clínicamente por el deterioro progresivo de múltiples funciones cognitivas y patológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas hipocampo-neocorticales”⁹⁵.

⁹² *Ibidem*, cit., p. 178.

⁹³ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., pp. 374 y 375.

⁹⁴ MUÑOZ GARCÍA, E. y LATORRE MURILLO, P.: “Clínica de las demencias” en DEVÍ BASTIDA, J. y DEUS YELA, J. (coordinadores): *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: Un aproximación práctica e interdisciplinar*, ISEP, Barcelona, 2004, p. 194.

⁹⁵ MARTÍNEZ-LAGE, J.M.; MUÑOZ, D.; BARQUERO JIMÉNEZ, M.S.; PEÑA-CASANOVA, J.; BLESÁ GONZÁLEZ, R.; FERRER ABIZANDA, I. y PASCUAL MILLÁN, L.F.: “Enfermedad de

La CIE 10, la define como “una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos”⁹⁶.

En la enfermedad pueden reconocerse clínicamente *tres fases* que son:

Fase *inicial*, que se caracteriza por las alteraciones de memoria reciente unidas a dificultades para incorporar información nueva. El paciente recuerda peor “el qué” que “el cómo”.

Fase *intermedia*, denominada también *confusional* por la desorientación temporoespacial. En ella se acentúan las alteraciones de la fase anterior, añadiéndose la alteración de la memoria episódica y remota, además de aparecer anomia y disminución de las posibilidades de comunicación y movilidad.

Fase *final*, en la que se hacen llamativos los trastornos afaso-apraxo-agnósticos, las alteraciones motoras graves y de los esfínteres y la dependencia del sujeto⁹⁷.

En conjunto las manifestaciones clínicas de esta enfermedad se agrupan en tres ejes: síntomas cognitivos; trastornos funcionales y síntomas psicológicos y del comportamiento. Entre los *primeros*, la alteración de la memoria es una constante en la enfermedad desde su inicio. En cuanto a los *segundos*, la tríada afasia-apraxia-agnosia aparece pero en grados, combinaciones y momentos distintos de la evolución. Juntos a los mismos, se presenta el trastorno del lenguaje que se manifiesta inicialmente por una pérdida de fluidez o contenidos y la falta de reconocimiento de la enfermedad. Además, a estos dos tipos de trastornos les acompañan en un momento u otro los trastornos conductuales, que en las fases iniciales y moderadas de la enfermedad, suelen traducirse en depresión, ansiedad, apatía, irritabilidad, ideación autoreferencial o claramente paranoide. También son frecuentes los periodos de agitación, agresividad, trastornos del sueño, así como la deambulación sin objetivo, los trastornos alimenticios y las

Alzheimer”, en GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA, PEÑA-CASANOVA, J. y ROBLES, A. (coords.): *Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia: revisión 2002*, Masson, Barcelona, 2003, p. 41.

⁹⁶ CIE 10, cit., p. 68.

⁹⁷ ASO ESCARIO, J.; MARTÍNEZ QUIÑONES, J.V. y ARREGUI CALVO, R.: *Aspectos médico-legales...*, cit., p. 12.

alteraciones sexuales. En las fases más avanzadas suelen aparecer trastornos de la esfera motora⁹⁸.

En cuanto a su clasificación, el DSM-IV-TR⁹⁹ presenta una dicotomía clasificatoria de estos enfermos según la edad precoz o tardía de inicio de los síntomas, al igual que la CIE 10, que además añade la demencia de Alzheimer atípica o mixta y la sin especificación¹⁰⁰.

La evolución, tanto de la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz como la de inicio tardío, se caracteriza por el empeoramiento de carácter progresivo. Cuando su inicio es precoz, dicha evolución es mucho más rápida, de manera que el cuadro de demencia suele aparecer en uno, dos o tres años. Tratándose de un inicio tardío este periodo se amplía de cuatro a seis años¹⁰¹.

2.2. DEMENCIA VASCULAR

La demencia vascular incluye un conjunto numeroso de entidades clinicopatológicas, todas las cuales producen un deterioro de la memoria y de dos o más dominios cognitivos, lo suficientemente severos como para interferir en las actividades de la vida diaria, requiriéndose la demostración clínica y por neuroimagen de patología vascular cerebral en estrecha relación temporal con la aparición del cuadro clínico¹⁰².

Esta demencia comprende, por tanto, las demencias que son consecuencia de patologías vasculares que tienen como vía común final la pérdida de la corteza funcional¹⁰³. El perfil clínico más típico de la misma está marcado por los factores de riesgo vascular, los rasgos ictales y los signos focales de la enfermedad cerebrovascular:

⁹⁸ MUÑOZ GARCÍA, E. y LATORRE MURILLO, P.: “Clínica de las demencias...”, cit., p. 194.

⁹⁹ DSM-IV-TR, cit., p. 176.

¹⁰⁰ CIE 10, cit., p. 72.

¹⁰¹ PUJOL DOMÉNECH, J. y DE AZPIAZU ARTIGAS, P.: *Demencias. El ocaso del cerebro*, Morales i Torres, Barcelona, 2004, p. 48.

¹⁰² MUÑOZ GARCÍA, E. y LATORRE MURILLO, P.: “Clínica de las demencias...”, cit., p. 209.

¹⁰³ BOURGEOIS, J.A.; SEAMAN, J.S. y SERVIS, M.E.: “Delirium, demencia y trastornos amnésicos” en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 89.

inicio agudo-subagudo, evolución fluctuante-escalonada, focalidad neurológica y defectos cognitivos heterogéneos¹⁰⁴.

El comienzo de esta enfermedad tiene lugar en la edad avanzada, siendo más frecuente en los varones¹⁰⁵. Su inicio suele ser brusco, como consecuencia de un episodio isquémico aislado, aunque puede ir haciéndose presente de una manera más gradual¹⁰⁶. Frecuentemente, provoca un patrón de deterioro irregular, dependiendo de las regiones del cerebro afectadas, presentándose dañadas algunas funciones cognoscitivas antes, mientras que otras se mantienen relativamente sin deterioro¹⁰⁷.

Entre las causas que provocan dicha demencia, la principal parece ser una enfermedad cerebrovascular múltiple que da como resultado un patrón sintomático de demencia¹⁰⁸.

La CIE 10 a diferencia del DSM-IV-TR subdivide esta demencia atendiendo a la naturaleza de la enfermedad vascular, en demencia vascular en inicio agudo, multiinfártica, subcortical y mixta cortical y subcortical¹⁰⁹.

2.3. DEMENCIA DEBIDA A OTRAS ENFERMEDADES MÉDICAS

Se clasifican aquí los casos de demencia debidos a una etiología distinta de la enfermedad de Alzheimer o de la enfermedad vascular. Pueden comenzar en cualquier período de la vida, aunque raramente en la edad avanzada¹¹⁰.

A. DEMENCIA DEBIDA A ENFERMEDAD POR VIH

Se trata de un trastorno caracterizado por déficits cognoscitivos que satisfacen las pautas para el diagnóstico de demencia, que se estima como un efecto fisiopatológico

¹⁰⁴ DEL SER QUIJANO, T.: "Demencia vascular", en GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA, PEÑACASANOVA, J. y ROBLES, A. (coords.): *Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia: revisión 2002*, Masson, Barcelona, 2003, p. 151.

¹⁰⁵ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 376.

¹⁰⁶ CIE 10, cit., p. 72.

¹⁰⁷ DSM-IV-TR, cit., p. 182.

¹⁰⁸ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 376.

¹⁰⁹ CIE 10, cit., pp. 73 y 74.

¹¹⁰ *Ibidem*, cit., p. 74.

directo de la enfermedad producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹¹¹.

En la actualidad no se dispone de datos sobre su incidencia, ya que su prevalencia varía según la población estudiada y el criterio diagnóstico empleado, pero sí se conoce que el VIH es la principal causa de demencia entre los adultos jóvenes¹¹².

Clínicamente, la demencia por VIH se caracteriza por olvidos, enlentecimiento, dificultad de concentración y dificultades en la resolución de problemas. Las manifestaciones comportamentales más frecuentes son apatía, retraimiento social, delirium ocasional, ideas delirantes o alucinaciones¹¹³. Suele evolucionar casi siempre de forma rápida, en el plazo de semanas o meses hacia una demencia global grave, estado de mutismo y la muerte¹¹⁴.

B. DEMENCIA DEBIDA A TRAUMATISMO CRANEAL

Esta demencia se presenta como efecto fisiológico de un traumatismo craneoencefálico, cuya intensidad y tipo de deterioro cognitivo dependerá de la localización y extensión de la lesión cerebral.

Frecuentemente, presenta amnesia postraumática con deterioro persistente de la memoria, aunque pueden también aparecer otros síntomas comportamentales como afasia, problemas de atención, irritabilidad, ansiedad, depresión o labilidad afectiva, apatía, aumento de respuestas agresivas y otros cambios de personalidad¹¹⁵.

C. DEMENCIA DEBIDA A ENFERMEDAD DE PARKINSON

Aparece en el curso de la enfermedad de Parkinson, en especial en sus formas más graves¹¹⁶. Se presenta en aproximadamente el 20-60% de los sujetos con dicha enfermedad y es más frecuente en personas mayores o en las que se encuentran en una

¹¹¹ *DSM-IV-TR*, cit., p. 186.

¹¹² ASO ESCARIO, J.; MARTÍNEZ QUIÑONES, J.V. y ARREGUI CALVO, R.: *Aspectos médico-legales...*, cit., p. 19.

¹¹³ *DSM-IV-TR*, cit., p. 186.

¹¹⁴ *CIE 10*, cit., p. 79.

¹¹⁵ *DSM-IV-TR*, cit., p. 186.

¹¹⁶ *CIE 10*, cit., p. 78.

fase más grave y avanzada. Se caracteriza por enlentecimiento motor y cognoscitivo, disfunción de la capacidad de ejecución y deterioro de la memoria de evocación¹¹⁷.

D. DEMENCIA DEBIDA A ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

La de Huntington es una enfermedad neurodegenerativa de herencia autonómica dominante, causada por una expansión de tripletes CAG en el gen IT15 del cromosoma 4¹¹⁸. Clínicamente se manifiesta por la presencia de movimientos anormales, trastornos conductuales y deterioro cognitivo. La prevalencia se considera entre 5 y 10 casos por 100.000 habitantes, variando la incidencia anual entre 1 y 4 casos por millón de habitantes¹¹⁹.

Los síntomas de esta demencia suelen comenzar en la edad adulta joven, gradualmente, entre la tercera y cuarta década y progresan durante 10 a 25 años, aunque una cuarta parte de los casos son de inicio juvenil o senil¹²⁰.

Entre los trastornos motores, la corea es la alteración más usual, consistente en un síndrome hiperconético caracterizado por movimientos involuntarios amplios, irregulares, generalizados y bruscos, que se inician en los dedos, hombros, cuello o en la musculatura facial, que el sujeto intenta integrar en el conjunto de movimientos voluntarios. Son también frecuentes y precoces las anomalías de la motilidad ocular que suelen empeorar de forma progresiva. A medida que evoluciona la enfermedad aparecen distonía, rigidez, bradicinesia y alteraciones de la marcha¹²¹.

En cuanto al deterioro cognitivo, la demencia se caracteriza por un perfil subcortical en el que destacan una disfunción prefrontal precoz y las alteraciones visoespaciales. Se observan además bradifrenia, defectos de atención, planificación y secuenciación,

¹¹⁷ *DSM-IV-TR*, cit., p. 187.

¹¹⁸ GÓMEZ TORTOSA, E. y BARQUERO JIMÉNEZ, M.S.: "Enfermedad de Huntington", en GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA, PEÑA-CASANOVA, J. y ROBLES, A. (coords.): *Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia: revisión 2002*, Masson, Barcelona, 2003, p. 121.

¹¹⁹ *Ibidem*, cit.

¹²⁰ MUÑOZ GARCÍA, E. y LATORRE MURILLO, P.: "Clínica de las demencias...", cit., p.204.

¹²¹ GÓMEZ TORTOSA, E. y BARQUERO JIMÉNEZ, M.S.: "Enfermedad de Huntington...", cit., p. 122.

flexibilidad mental y razonamiento. Junto a estos síntomas suelen presentarse trastornos del lenguaje que consisten básicamente en errores en la confrontación de nombres.

Retraimiento, apatía y tendencia al mutismo pueden ser los primeros síntomas de la enfermedad, mostrando la severidad del segundo la evolución de la enfermedad.

Los trastornos psiquiátricos son muy prevalentes en estos pacientes ya que suelen estar presentes en el 50-80% de los casos, siendo muy variadas las alteraciones que pueden darse (desde cuadros de ansiedad, labilidad emocional o depresión hasta cuadros psicóticos severos con conductas obsesivas y maníacas)¹²².

E. DEMENCIA DEBIDA A ENFERMEDAD DE PICK

Se trata de una demencia progresiva, más común en mujeres que en varones, que suele presentarse entre los 40 y los 60 años. De inicio normalmente lento e insidioso, progresa de manera inexorable y rápida, lo que sume al paciente en una dependencia de otras personas desde casi el comienzo de la enfermedad¹²³. Se caracteriza por cambios en la personalidad del enfermo y en el comportamiento que evolucionan hacia un deterioro de la inteligencia, de la memoria y del lenguaje, acompañado de apatía, de euforia y, en ocasiones, de síntomas o signos extrapiramidales¹²⁴.

F. DEMENCIA DEBIDA A ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB

Es una demencia progresiva con multitud de síntomas y signos neurológicos debida a alteraciones neuropatológicas específicas (encefalopatía espongiiforme subaguda)¹²⁵, provocada por agentes transmisibles conocidos como “virus lentos”¹²⁶.

La enfermedad afecta tanto a hombres como a mujeres y puede presentarse a cualquier edad en los adultos, aunque su presentación más típica suele estar entre los 40 y 60 años¹²⁷. Afortunadamente es muy poco frecuente, su curso es mucho más rápido

¹²² MUÑOZ GARCÍA, E. y LATORRE MURILLO, P.: “Clínica de las demencias...”, cit., p.205.

¹²³ ASO ESCARIO, J.; MARTÍNEZ QUIÑONES, J.V. y ARREGUI CALVO, R.: *Aspectos médico-legales...*, cit., p. 16.

¹²⁴ CIE 10, cit., p. 75.

¹²⁵ *Ibidem*, cit., p. 76.

¹²⁶ DSM-IV-TR, cit., p. 188.

¹²⁷ *Ibidem*, cit., p. 189.

que el de otras demencias, dado que puede establecerse en tan solo un año, superviviendo el sujeto rara vez más de tres o cuatro años¹²⁸.

Se caracteriza por el inicio subagudo (en pocos días-semanas) de un deterioro cognitivo con problemas de memoria, cálculo, razonamiento abstracto, trastornos del lenguaje y alteraciones visuales¹²⁹. De forma típica, los pacientes manifiestan la tríada clínica constituida por demencia, movimientos involuntarios (en particular mioclonías) y actividad del EEG¹³⁰ periódica¹³¹. Tampoco es inusual la presencia de movimientos coreiformes y distónicos, parkinsonismo, piramidalismo, amiotrofia, déficit sensitivos o del lenguaje¹³².

La demencia suele evolucionar hacia un estado de mutismo acinético en el cual el paciente apenas es capaz de moverse, articular palabras, deglutir o reconocer su entorno¹³³.

G. DEMENCIA DEBIDA A OTRAS ENFERMEDADES MÉDICAS

Este tipo incluye aquellas demencias que pueden presentarse como una manifestación o una consecuencia de diversos trastornos cerebrales o somáticos generales, además del complejo parkinsonismo-demencia de Guam. Esta última demencia de carácter endémico se presenta en una proporción mayor de hombres que de mujeres, de evolución rápida, seguida de una disfunción extrapiramidal y, en algunos casos, de una esclerosis lateral amiotrófica¹³⁴.

2.4. DEMENCIA PERSISTENTE INDUCIDA POR SUSTANCIAS

Nos encontramos ante un trastorno de inicio lento y progresivo, que en determinados casos suele mejorar y estabilizarse, con una edad de comienzo excepcionalmente anterior a los 20 años. Es el producto de un consumo reiterado de sustancias, es decir, constituye un trastorno cuyo factor etiológico es el consumo de

¹²⁸ PUJOL DOMÉNECH, J. y DE AZPIAZU ARTIGAS, P.: *Demencias...*, cit., p. 57.

¹²⁹ MUÑOZ GARCÍA, E. y LATORRE MURILLO, P.: "Clínica de las demencias...", cit., p. 211.

¹³⁰ Escala de evaluación global o electrocardiograma.

¹³¹ *DSM-IV-TR*, cit., p. 189.

¹³² MUÑOZ GARCÍA, E. y LATORRE MURILLO, P.: "Clínica de las demencias...", cit., p. 211.

¹³³ *Ibidem*, cit.

¹³⁴ *CIE 10*, cit., pp. 79 y 80.

sustancias, que provoca en el sujeto múltiples déficits cognoscitivos con deterioro de la memoria, alteraciones del lenguaje, dificultad para la abstracción, ataxias, apraxias y agnosias¹³⁵.

Se denomina persistente porque la demencia persiste mucho después de que el sujeto haya experimentado los efectos de la intoxicación o abstinencia de sustancias¹³⁶.

2.5. DEMENCIA DEBIDA A MÚLTIPLES ETIOLOGÍAS

Al igual que el delirium también la demencia puede tener como factores etiológicos varias enfermedades médicas o una de ellas más el consumo a largo plazo de sustancias.

2.6. DEMENCIA NO ESPECIFICADA

Este tipo de demencia es contemplada tanto por la CIE 10¹³⁷ como el DSM-IV-TR¹³⁸, para tipificar todos aquellos casos que satisfacen las pautas diagnósticas de la demencia pero no pueden ser ubicados en ninguno de los tipos específicos descritos anteriormente.

3. TRASTORNOS AMNÉSICOS

Los trastornos amnésicos son síndromes secundarios que se caracterizan principalmente por el síntoma único de alteración de la memoria que produce un trastorno significativo en el funcionamiento ocupacional o social¹³⁹. Se deben a lesiones en el circuito de Papez, especialmente en los tubérculos mamilares, el fórnix y el hipocampo¹⁴⁰, producidas por enfermedades médicas sistémicas, hipoglucemia, una enfermedad cerebral primaria como el traumatismo craneoencefálico, tumores cerebrales, enfermedades cardiovasculares, intervenciones quirúrgicas cerebrales, encefalitis por herpes simple, hipoxia, y esclerosis múltiple, entre otras, además de por

¹³⁵ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 956.

¹³⁶ *DSM-IV-TR*, cit., p. 191.

¹³⁷ *CIE 10*, cit., p. 80.

¹³⁸ *DSM-IV-TR*, cit., p. 195.

¹³⁹ *Ibidem*, cit.

¹⁴⁰ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Trastornos mentales orgánicos...", cit., p. 1125.

trastornos por abuso de sustancias como el alcohol, neurotoxinas, benzodiazepinas, u otros muchos preparados sin prescripción o los efectos de alguna medicación adversa¹⁴¹.

Los pacientes con trastornos amnésicos presentan deterioro de su capacidad para aprender y recordar nueva información (amnesia anterógrada) o para recordar material previamente aprendido (amnesia retrógrada)¹⁴². Sin embargo, no tienen afectada la capacidad para el recuerdo inmediato, no presentan trastornos de la atención y de la conciencia o deterioro intelectual general¹⁴³.

Mientras que la amnesia anterógrada está casi siempre presente, la amnesia retrógrada es más variable y depende de la localización y la gravedad del daño cerebral¹⁴⁴.

La amnesia se complica normalmente con una desorientación, tanto en el espacio como en el tiempo y para situaciones o personas¹⁴⁵. También pueden aparecer confabulaciones, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad, que tienden a desaparecer con el tiempo, tratándose de falsos recuerdos con los que el enfermo intenta llenar las lagunas de la memoria.

Pueden aparecer cambios sutiles o groseros de la personalidad, ya que los pacientes pueden mostrarse apáticos, con falta de iniciativa y fragilidad emocional. Dado que la mayoría de ellos carece de apreciación de sus déficit en ocasiones dicha falta de apreciación puede conducirles a episodios de agitación, aunque en otros momentos pueden mostrarse afectuosos o simpáticos¹⁴⁶.

La edad de inicio y el curso subsiguiente de los trastornos amnésicos puede ser muy variable y depende del proceso patológico primario que ha provocado el trastorno. El comienzo de los síntomas puede ser *brusco*, como en la lesión traumática cerebral, el infarto y otros acontecimientos cerebrovasculares o tipos específicos de exposición a neurotóxicos (p. ej., envenenamiento por monóxido de carbono) o *gradual*, como en

¹⁴¹ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 393.

¹⁴² *DSM-IV-TR*, cit., p. 195.

¹⁴³ *CIE 10*, cit., p. 81.

¹⁴⁴ *DSM-IV-TR*, cit., p. 195.

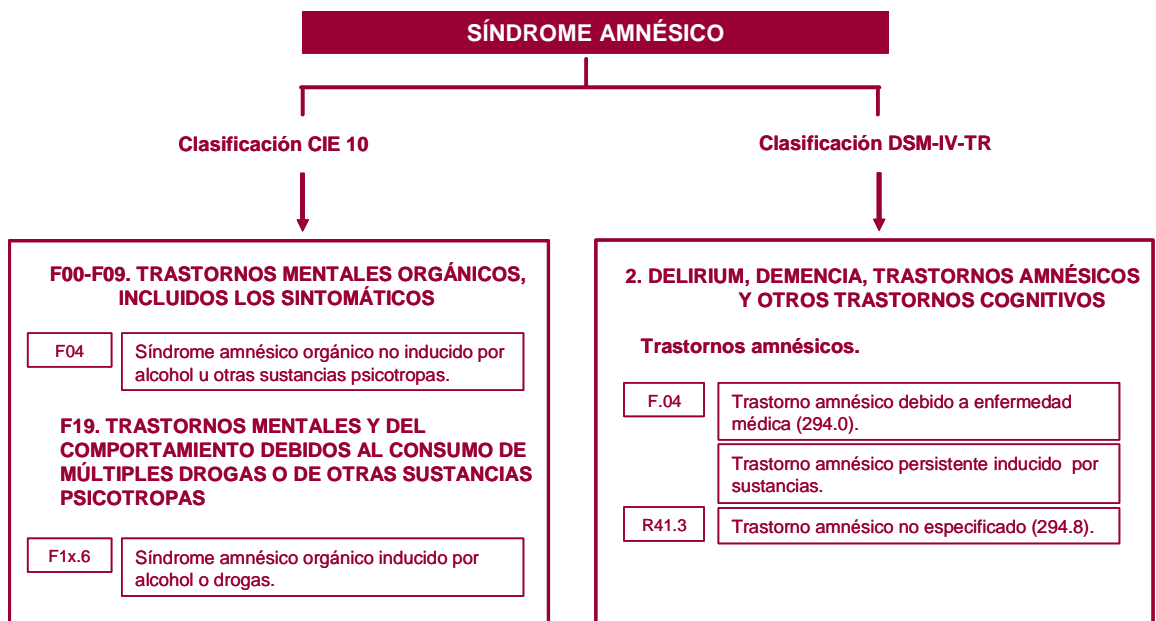
¹⁴⁵ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Trastornos mentales orgánicos...", cit., p. 1124.

¹⁴⁶ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 394.

otras enfermedades, abuso prolongado de sustancias, exposición a neurotóxicos o una continua deficiencia nutricional¹⁴⁷.

El DSM-IV-TR clasifica dichos trastornos en función de la causa que los provoca, distinguiendo entre: trastorno amnésico debido a enfermedad médica (p. ej., traumatismo físico, deficiencia de vitaminas) y trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (incluyendo los efectos secundarios de los medicamentos), además del trastorno amnésico no especificado¹⁴⁸.

La CIE 10, por su parte, recoge con el nombre de *síndrome amnésico orgánico*, el no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas, perteneciente a la sección relativa al “Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos” y el *síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas* que incluye dentro de los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas”, no contemplando el trastorno amnésico no especificado¹⁴⁹.



¹⁴⁷ DSM-IV-TR, cit., pp. 196 y 197.

¹⁴⁸ *Ibidem*, cit., pp. 198 y ss.

¹⁴⁹ CIE 10, cit., pp. 80-81 y 109-110.

De acuerdo con el DSM-IV-TR podemos distinguir los siguientes tipos de trastornos amnésicos:

3.1. TRASTORNO AMNÉSICO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

Se trata de un trastorno caracterizado por un deterioro de la memoria que se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva o por la incapacidad para recordar información aprendida previamente, que se produce como efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Los sujetos con este trastorno pueden presentar como único síntoma la alteración del estado mental, aunque a menudo aparecen otros síntomas de enfermedad primaria sistémica o cerebral que provocan el deterioro de la memoria. Suelen aparecer como resultado de diversos procesos patológicos y con una duración que puede variar convirtiendo el trastorno en crónico o transitorio¹⁵⁰.

3.2. TRASTORNO AMNÉSICO PERSISTENTE INDUCIDO POR SUSTANCIAS

Nos enfrentamos ante un síndrome en el que se presenta un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes, estando la memoria remota afectada en algunas ocasiones, mientras que se conserva la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. Frecuentemente, suelen estar presentes tanto un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado, como una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas, conservándose relativamente bien el resto de las funciones cognitivas¹⁵¹. De inicio no antes de los 20 años, suele producir un deterioro que puede permanecer estable o incluso empeorar¹⁵².

Cuando este trastorno lo provoca el alcohol, debido a la deficiencia de tiamina, se denomina síndrome de Korsakov o psicosis de Korsakov, lo que suele ser con frecuencia un episodio agudo de encefalopatía Wernicke. Normalmente está presente en personas que tienen una larga historia de consumo de alcohol y con frecuencia mayores

¹⁵⁰ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 198 y ss.

¹⁵¹ *CIE 10*, cit., p. 109.

¹⁵² *DSM-IV-TR*, cit., p. 201.

de 40 años¹⁵³. De inicio normalmente brusco, aunque puede aparecer de forma insidiosa durante algunos años¹⁵⁴, provoca un deterioro muy acusado que suele ser indefinido salvo alguna mejoría.

Caracterizado por alterar la memoria anterógrada, estos pacientes ignoran totalmente su pasado reciente, perdiendo por ello toda referencia que les hace sufrir una desorientación tanto espacial como temporal. El enfermo, como consecuencia de lo anterior, rellena su amnesia fabulando y puede llegar a sufrir un delirio de imaginación. Llama la atención la inalterabilidad de algunas de sus funciones superiores como la capacidad de cálculo, razonamiento, juicio y capacidad de abstracción. A todo lo anterior se suma una actitud apática, pues son indiferentes a lo que ocurre a su alrededor¹⁵⁵.

Cuando el mismo es inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, su curso es variable y su recuperación puede llegar a ser total¹⁵⁶.

3.3. TRASTORNO AMNÉSICO NO ESPECIFICADO

Con esta categoría se diagnóstica aquel trastorno amnésico que no cumple los criterios para ninguno de los tipos específicos descritos anteriormente¹⁵⁷.

III. TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA, NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS: CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

Es un trastorno que la CIE 10 incluye dentro del epígrafe dedicado a los “Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral” perteneciente al más amplio de “Trastornos mentales orgánicos”¹⁵⁸. Se caracteriza por un cambio del patrón previo de personalidad del sujeto como efecto

¹⁵³ *Ibidem*, cit.

¹⁵⁴ DELGADO BUENO, S.; MIGUEL ALHAMBRA, L. y BANDRÉS MOYA, F. (Dirección y Edición): *Avances en Ciencias de la Salud y de la vida. Medicina Legal. Libro de Casos. I. Psiquiatría Forense y Drogodependencias*, Además Comunicación Gráfica, Madrid, 2006, p. 50.

¹⁵⁵ ALHAMBRA PÉREZ, M.P. y SEGURA ABAD, L.J.: *El alcohol:...*, cit., p. 689.

¹⁵⁶ *DSM-IV-TR*, cit., p. 201.

¹⁵⁷ *Ibidem*, cit., p. 202.

¹⁵⁸ *CIE 10*, cit., pp. 91 y ss.

fisiológico directo del padecimiento de una enfermedad médica¹⁵⁹, lo que lleva a las demás personas a manifestar que “no son los mismos”. Supone, por tanto, una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbidos, fundamentalmente en la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos¹⁶⁰. Su diagnóstico exige, además de claros antecedentes u otra evidencia de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, la presencia de dos o más de los siguientes rasgos:

a) Alteración duradera de la personalidad que representa un cambio de las características previas del patrón de personalidad del sujeto. En los niños, la alteración se expresa por una acusada desviación del desarrollo normal o por un cambio significativo en el patrón habitual del comportamiento, y manteniéndose como mínimo durante 1 año.

b) Demostración de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio.

c) La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (incluyendo otros trastornos mentales debidos a enfermedad médica).

d) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium y no cumple los criterios diagnósticos para la demencia.

e) La alteración causa un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Dependiendo de los síntomas que predominen en el cuadro clínico podremos estar ante un subtipo distinto de cambio de personalidad:

- Tipo lábil: si el síndrome predominante es la labilidad afectiva.
- Tipo desinhibido: si el síntoma predominante es el descontrol de los impulsos, manifestado por indiscreciones sexuales, etc.
- Tipo agresivo: si el síntoma predominante es el comportamiento agresivo.

¹⁵⁹ *DSM-IV-TR*, cit., p. 211.

¹⁶⁰ *CIE 10*, cit., pp. 91 y ss.

- Tipo apático: si el síntoma predominante es la apatía o indiferencia acusadas.
- Tipo paranoide: si el síntoma predominante es la suspicacia o ideación paranoide.
- Otros tipos: si el síntoma predominante no es uno de los citados, por ejemplo, cambio de personalidad asociado a crisis comiciales.
- Tipo combinado: si predomina más de un síntoma en el cuadro clínico.
- Tipo no especificado¹⁶¹.

Entre las causas que los provocan podemos citar: la epilepsia, aquellas que producen lesiones estructurales en el cerebro, algunas endocrinopatías y el uso crónico de sustancias psicoactivas. Su curso es variable dependiendo de la etiología, ya que puede ser reversible o permanecer estacionario.

Un dato destacable respecto de este trastorno es que consiste normalmente en el estadio previo o inicio al padecimiento de una demencia¹⁶².

IV. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

En este apartado, el DSM-IV-TR distingue dos tipos distintos de trastornos:

1. Los provocados por el consumo de sustancias, entre los que recoge el abuso de sustancias y la dependencia de las mismas.
2. Y los inducidos por sustancias, entre los que distingue: intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias.

Dado que el Código Penal regula expresamente en el art. 20.2 CP y en el art. 21.2 del mismo texto legal, la inimputabilidad provocada por el consumo de sustancias, nosotros sólo nos ocuparemos en este trabajo de analizar aquellas patologías que

¹⁶¹ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 211 y ss.

¹⁶² GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Trastornos mentales orgánicos...”, cit., pp. 1125 y ss.

provocan en el sujeto trastornos mentales reconducibles a través de la expresión anomalía psíquica y alteración mental, subsumibles por tanto, en el art. 20.1 CP.

Por esta razón, en este apartado correspondería tratar únicamente el delirium inducido por sustancias, la demencia persistente inducida por sustancias, el trastorno amnésico inducido por sustancias, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y la ansiedad inducida por sustancias. Pero dado que su descripción y criterios diagnósticos, al igual que lo hace el DSM-IV-TR, han sido incluidos en los distintos apartados de este trabajo donde aparecen trastornos que comparten la misma fenomenología, remitimos para su estudio a cada apartado de este capítulo dedicado a ellos.

Todos estos trastornos psíquicos presentan como rasgo común que han sido inducidos por el consumo de una o más sustancias, que la CIE 10 agrupa en diez tipos formados por: alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes (incluyendo la cafeína), alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles y múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas. Y el DSM-IV-TR en once, como son: alcohol, alucinógenos, anfetaminas (o sustancias de acción similar), cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina (o sustancias de acción similar), inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y otras sustancias (o desconocidas).

V. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

1. ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es probablemente la enfermedad mental más enigmática y trágica, además de la más devastadora¹⁶³, universal y frecuente que habitualmente tratan los psiquiatras¹⁶⁴. Por ello, no es de extrañar que haya sido calificada como la enfermedad mental por excelencia. Constituye una psicosis de carácter endógeno, de predominio en la juventud, que junto a los demás trastornos psicóticos han sido identificados por

¹⁶³ HO, B-CH.; BLACK, D.W. y ANDREASEN, N.C.: “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 201.

¹⁶⁴ GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría criminal...*, cit., p. 263.

CARRASCO GÓMEZ “con el paradigma de la locura, como los trastornos mentales más alienantes, los que generan comportamientos más anómalos, extraños y bizarros y, a menudo, tienen una evolución crónica hacia el deterioro de la personalidad y la invalidez social”¹⁶⁵.

Cuenta con una importante evolución en su etiología y morfología, que ha llevado a la existencia de muy diferentes y numerosas definiciones, una terminología a veces confusa y sobre todo abundante sinonimia¹⁶⁶.

La primera noticia que tenemos de la esquizofrenia proviene de MOREL, quien en 1856 y bajo la denominación de “demencia precoz”, describió una entidad que afectaba a los jóvenes y los conducía rápidamente a un estado de deterioro mental caracterizado principalmente por lo que WILLIS había denominado en 1602 “estupidez”. Junto a él, SANDERS en 1868, HECKER en 1871 y KAHLBAUM en 1874 describieron diferentes subtipos de psicosis, la hebefrenia, catatonia y demencia paranoides, respectivamente.

Aunque históricamente fue KRAEPELIN, quien con un golpe de genio y a través de un auténtico sentido unicista, logró reunir en las diferentes ediciones de su *Tratado de Psiquiatría*, (aceptando la denominación moreliana de “demencia precoz) los diversos cuadros clínicos anteriores que aparecían aislados pero que presentaban elementos nucleares en común. El mismo los definió como “una serie de síndromes clínicos cuya característica común la forman la destrucción de la correlación y armonía interna de la personalidad, quedando preferentemente afectadas la voluntad y afectividad”¹⁶⁷.

Posteriormente fue BLEULER (1857-1939), quien en 1911 publica su famoso trabajo *Demencia Precoz o el grupo de Esquizofrenias* en el que desarrolló el concepto de un grupo de enfermedades caracterizadas por disturbios del pensamiento, sentimientos y relaciones con el mundo externo, siendo el primero de estos síntomas el esencial y patognomónico. En él, sustituyó el término “demencia precoz” por el de “esquizofrenia”, ya que quiso enfatizar el síntoma esencial y nuclear de la misma, que

¹⁶⁵ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1137.

¹⁶⁶ GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., p. 99.

¹⁶⁷ *Ibidem*, cit.

no era la evolución demenciante sino la escisión o disgregación mental¹⁶⁸. Además, se refiere en plural a las esquizofrenias, ya que consideró que más que una única enfermedad estábamos ante un grupo de entidades afines: el grupo de las esquizofrenias.

Las ideas de este genial autor sobre la enfermedad estuvieron presentes durante décadas en la mayor parte de los países, pero años después y tras una serie de estudios se advierte que los síntomas bleulerianos¹⁶⁹ eran excesivamente amplios e imprecisos, por lo que se empiezan a introducir las ideas de SCHNEIDER sobre la enfermedad. Este autor¹⁷⁰ remodelará el concepto de esquizofrenia al considerarla un trastorno psicótico relativamente grave que se acercaba a las ideas originales de KRAEPELIN y en el que introduce un grupo de síntomas trasversales, las ideas delirantes y las alucinaciones.

Finalmente en 1987, la publicación del DSM-III consigue a través de los criterios diagnósticos de la enfermedad, la convergencia de todos estos procesos logrando una reevaluación del diagnóstico de la misma, al introducir el énfasis de KRAEPELIN en el curso de la enfermedad, los delirios específicos y las alucinaciones que establecía SCHNEIDER y el reconocimiento como fundamentales de los síntomas que BLEULER consideraba como tal. Junto al DSM-IV-TR, la CIE 10 se suma a este intento, conformando ambos el actual concepto de esquizofrenia.

La esquizofrenia es una enfermedad mental de precoz aparición en la vida, de comienzo agudo o insidioso, de evolución crónica por brotes, caracterizada por

¹⁶⁸ Etimológicamente *Esquizos* significa ruptura y *phren* inteligencia.

¹⁶⁹ BLEULER distinguió dos tipos de síntomas, los fundamentales o primarios que sólo pueden explicarse pero no comprenderse y los accesorios o secundarios que pueden ser comprendidos pero sólo a partir de los síntomas primarios. Entre los primeros, que deben estar presentes siempre durante la enfermedad, nos encontramos lo que fue conocido como las “cuatro A”: los trastornos de la asociación, de la afectividad, la ambivalencia y el autismo. Entre los segundos: las alucinaciones y las ideas delirantes. Véase DE LA CRUZ RODRÍGUEZ, J.G.: “Estudio de los principales trastornos psíquicos desde el punto de vista médico forense. Psicosis y psicopatías. Su criminalidad, imputabilidad y capacidad. Los desarrollos vivenciales anormales” en *Planes provinciales y territoriales de formación (Recopilación de ponencias y comunicaciones). Plan Territorial de Extremadura, Recopilación penal I*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1992, pp. 758 y ss.

¹⁷⁰ Este autor en su *Psicopatología Clínica* (1950), distingue dos tipos distintos de síntomas, los de primer rango y los de segundo rango. Entre los primeros habla de: a) sonoridad del pensamiento; b) voces dialogadas; c) voces comentadoras de la propia actividad; d) vivencias de influencia corporal; e) intervención del pensamiento, divulgación del mismo; f) percepción delirante, y g) sentimientos y acciones inferidos o interferidos. Entre los segundos: ocurrencia delirante, perplejidad, empobrecimiento afectivo, distimias y engaños sensoriales. Véase CENTENO, M.; PINO, O. y ROJO, J.E.: “Esquizofrenia” en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 447.

distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones¹⁷¹. El sujeto experimenta una desorientación autopsíquica¹⁷², pues no tiene conciencia de ser él, no se reconoce, se produce una ruptura del contacto del “yo” con la realidad y a la vez consigo mismo, comprometiéndose las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí mismo¹⁷³.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención¹⁷⁴.

Presenta, además una lamentable dificultad añadida, la no precisión de su etiología a pesar de las numerosas investigaciones que sobre la misma se han realizado.

La causa del trastorno, cuyo conocimiento parece a todas luces necesario por la gravedad, frecuencia y polimorfismo de la enfermedad, sigue quedando por el momento en la oscuridad. Aunque hoy en día sí que podemos afirmar con bastante seguridad que el proceso esquizofrénico no es reducible a ningún factor, sino que hay que atribuir su responsabilidad a todo un conjunto de ellos. Parece que en dicha somatosis intervienen tanto factores biológicos como sociales¹⁷⁵, aunque de ellos hoy en día se consideran los primeros como la verdadera causa de la enfermedad, mientras que los segundos se cree que producen un efecto precipitante o facilitan las tendencias imaginarias y autísticas¹⁷⁶.

Entre los factores biológicos encontramos los factores genéticos, los histopatológicos, los neurofisiológicos y los bioquímicos, mientras que entre los

¹⁷¹ CIE 10, cit., p. 115.

¹⁷² GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., p. 102.

¹⁷³ CIE 10, cit., p. 115.

¹⁷⁴ DSM-IV-TR, cit., p. 335.

¹⁷⁵ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (I)” en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, p. 1141.

¹⁷⁶ *Ibidem*, cit., p. 1143.

sociales se han apuntado diferentes postulados, nos referimos a las teorías psicodinámicas, sociológicas o incluso a la propia familia del esquizofrénico¹⁷⁷.

El riesgo hereditario de padecer una esquizofrenia parece evidente, tal y como han mostrado los estudios que durante años, han realizado importantes autores con parientes de primer grado de esquizofrénicos, así como los realizados sobre hermanos gemelos e incluso, con niños adoptados de padres afectados de esta enfermedad. En definitiva podemos decir que la predisposición a padecer la enfermedad parece evidente por transmisión genética.

Por otra parte, en los últimos años, muchos son los autores que han encontrado lesiones cerebrales inespecíficas pero muy variadas entre estos enfermos, a través de las tomografías computerizadas (TC), las resonancias magnéticas (RM), las resonancias magnéticas espectroscópicas (RMS), tomografías por emisión de positrones (TEP) e incluso los estudios electroencefalográficos realizados a este tipo de enfermos¹⁷⁸. Lo que ha llevado a pensar en la actualidad en la existencia de una base neuropatológica para la esquizofrenia, en el sistema límbico y en los ganglios basales, aunque algunos estudios controvertidos apuntan a alteraciones neuroquímicas o neuropatológicas en el córtex cerebral, el tálamo y el tronco encefálico¹⁷⁹. También se hace referencia a una serie de factores bioquímicos que podrían incidir en el posible padecimiento de la enfermedad. Se trata de las anomalías que los sujetos esquizofrénicos padecen en su neurotransmisión que, debido como afirma la hipótesis dopaminérgica, se deben a un incremento o hiperactividad dopaminérgica postsináptica como consecuencia de un aumento de los receptores postsinápticos D-2, así como una mayor disponibilidad de la dopamina en la hendidura sináptica¹⁸⁰. Aunque esta hipótesis es la principal, presenta ciertos problemas que ha llevado a la investigación de nuevas hipótesis en la actualidad.

¹⁷⁷ *Ibidem*, cit.

¹⁷⁸ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., pp. 526 y ss.

¹⁷⁹ *Ibidem*, cit., p. 525.

¹⁸⁰ CAÑAMARES YELMO, J.M. y OTROS: *Esquizofrenia*, Síntesis, Madrid, 2001, p. 36.

Junto a estos factores parece evidente que también influyen en la génesis del trastorno factores sociales, tal y como muestra el análisis de cuestiones individuales, familiares y sociales que afectan a los pacientes con esquizofrenia¹⁸¹.

Hasta el momento, ninguna de estas causas posibles se han confirmado como definitivas por lo que las investigaciones en este terreno prosiguen.

A nivel mundial, se calcula para esta enfermedad una prevalencia entre el 0,5 y 1% de la población¹⁸², existiendo en general poca variación entre las diferentes culturas. Esta prevalencia se expresa por igual entre hombres y mujeres, aunque el comienzo parece ser más tardío entre ellas¹⁸³, ya que se les calcula una edad de inicio entre los 25 y los 35 años y para ellos entre los 15 y los 25 años¹⁸⁴.

Las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia son muy diversas y pueden cambiar a lo largo del tiempo¹⁸⁵, ya que no siempre se producen los mismos síntomas ni en el mismo grado.

A pesar de ello, sí que podemos intentar enunciar una serie de signos y síntomas que aparecen en cualquier momento de evolución de la enfermedad y que pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los *síntomas positivos* (alucinaciones, ideas delirantes, un importante trastorno formal positivo del pensamiento y un comportamiento extravagante o desorganizado) parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales. Por su parte, los *síntomas negativos* (alogia, aplanamiento afectivo, anhedonía/asocialidad, abulia/apatía y deterioro atencional) parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales¹⁸⁶.

a) *Síntomas positivos*. 1) Las *alucinaciones* constituyen una constante en la vida de los esquizofrénicos, forman parte de los trastornos perceptivos que los mismos padecen, suponiendo una alteración de la conciencia de la realidad mediante percepciones

¹⁸¹ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., pp. 529 y ss.

¹⁸² PARELLADA RODÓN, E. y FERNÁNDEZ EGEA, E.: *Esquizofrenia. Del caos mental a la esperanza*, Morales i Torres, Barcelona, 2004, p. 25.

¹⁸³ *CIE 10*, cit., p. 116.

¹⁸⁴ CENTENO, M.; PINO, O. y ROJO, J.E.: "Esquizofrenia"..., cit., p. 449.

¹⁸⁵ HO, B-CH.; BLACK, D.W. y ANDREASEN, N.C.: "Esquizofrenia...", cit., p. 204.

¹⁸⁶ *Ibidem*, cit., p.205.

experimentadas como si fuesen reales sin que llegue ningún estímulo externo a los sentidos, viviéndolas como originadas por el mundo exterior o en su propio cuerpo¹⁸⁷. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, estas pueden ser, auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles o, incluso, combinadas entre sí, pudiendo también variar en cuanto a su complejidad. Sin embargo, parece que las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia¹⁸⁸. Se trata de fonemas a los que los pacientes refieren diciendo que escuchan “voces”, voces que son diferentes de los pensamientos de la propia persona y que explican que provienen del interior de su cabeza. Consisten normalmente en críticas e insultos o incluso amenazas a los pacientes sobre su conducta o los pensamientos propios del enfermo. Cuando estas voces se convierten en mandatos, en órdenes para realizar determinados actos (que frecuentemente realizan casi automáticamente) se denominan fonemas imperativos. En otras ocasiones, el enfermo escucha hablar a varias personas (fonemas dialogados) o incluso puede que no escuche voces sino murmullos, gritos o aullidos ininteligibles¹⁸⁹.

Los demás tipos de alucinaciones son menos frecuentes. Las alucinaciones psíquicas visuales van desde los destellos luminosos a la visión de personas, animales o cosas. Las alucinaciones olfatogustativas se refieren a olores o sabores desagradables. Por último, se dan las alucinaciones táctiles en las que el enfermo refiere comentar que se encuentra pinchado, quemado o molestado sexualmente.

2) Junto a las anteriores, el segundo síntoma positivo de la esquizofrenia, como ya advertíamos más arriba, son las *ideas delirantes*, que constituyen creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias¹⁹⁰. La temática de estas ideas puede ser muy variada, pudiendo encontrar: ideas de grandeza, nihilistas, de persecución, autoreferenciales, somáticas, sexuales o religiosas. De todas ellas, las más frecuentes son las ideas delirantes de persecución en las que el enfermo se siente perseguido y amenazado por personas o por organizaciones importantes. Junto a estas, las ideas delirantes autoreferenciales también son bastante

¹⁸⁷ *Ibidem*, cit.

¹⁸⁸ *DSM-IV-TR*, cit., p. 336.

¹⁸⁹ CENTENO, M.; PINO, O. y ROJO, J.E.: “Esquizofrenia”..., cit., p. 456.

¹⁹⁰ *DSM-IV-TR*, cit., p. 335.

comunes, tratándose de comentarios o gestos que el esquizofrénico cree que son referidos a él.

Si bien las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia, se trata de ideas claramente improbables e incomprensibles que no derivan de las experiencias corrientes de la vida y que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo¹⁹¹.

3) El sujeto, además, presenta un *trastorno del pensamiento* que se muestra a través de la desorganización que se detecta en su lenguaje, a lo que se une un comportamiento también desorganizado o extravagante y un afecto inapropiado.

Ese pensamiento desorganizado supone que el sujeto es incapaz de regir sus pensamientos, se queja de que cuando piensa no es él quien lo hace o que sus pensamientos son conocidos y compartidos por otros. Frecuentemente, estos pensamientos se bloquean, produciéndose una pérdida asociativa y de la capacidad para la realización de pensamientos abstractos, además de la aparición de pensamientos ilógicos y poco concluyentes.

Su pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible¹⁹², ocurriendo esto último debido a que el trastorno de pensamiento conlleva como máxima expresión una desorganización del lenguaje de gran intensidad, pues provoca un deterioro en la efectividad de la comunicación, que puede presentar múltiples formas. El sujeto con asiduidad pierde el hilo de la conversación o contesta sin sentido a las preguntas, inventa neologismos para expresar sus ideas delirantes y muestra un lenguaje empobrecido. Además, tanto su estilo lingüístico como su escritura pueden aparecer alterados presentando amaneramientos diversos¹⁹³.

4) Los pacientes esquizofrénicos, con mucha frecuencia, también suelen presentar un *comportamiento motor catatónico o desorganizado*. El síntoma fundamental sería el estupor, entendido como la disminución o falta de contacto con el exterior. De igual

¹⁹¹ *Ibidem*, cit.

¹⁹² CIE 10, cit., p. 115.

¹⁹³ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Psicosis endógenas (I)"..., cit., p. 1144.

forma, el paciente puede presentar importantes episodios de agitación psicomotriz que una vez finalizados vuelven a sumir al sujeto en su estado catatónico.

b) Síntomas *negativos*. Junto a estos síntomas positivos los esquizofrénicos suelen presentar una serie de síntomas negativos que son menos frecuentes. Su carácter suele ser crónico y muy difíciles de tratar.

El primero de ellos es el *deterioro emocional*, caracterizado porque el paciente presenta un progresivo apagamiento de sus emociones, al no experimentarlas ni expresarlas como el resto de las personas. Se pone de manifiesto por la inexpresividad facial, disminución de movimientos espontáneos, escasez de gesticulación expresiva, pobre contacto ocular, ausencia de respuesta afectiva, afecto inapropiado y ausencia de inflexiones en la voz¹⁹⁴.

Los pacientes se muestran apáticos, lentos y fríos en sus relaciones emocionales, dejan de interesarse por todo, desde el mundo que los rodea hasta su propio futuro o autocuidado¹⁹⁵. El lenguaje se empobrece, ya que frecuentemente realizan respuestas breves, concretas y escasas con poca información, a lo que se suman importantes bloqueos, todo lo que conduce a que podamos afirmar que los esquizofrénicos presentan el síntoma que se denomina *alogia*. El sujeto tiende a aislarse e incluso al autismo, desentendiéndose de los amigos y conocidos y deshaciendo su grupo de relaciones sociales. Además, el sujeto puede sufrir una incapacidad para experimentar placer, lo que les lleva a realizar escasas o nulas actividades lúdicas (lo que denominamos *anhedonia*) y una incapacidad para iniciar conductas dirigidas a objetivos y acabarlas (lo que se llama *abulia*) una inercia que le lleva a la falta de aseo, a la ausencia de motivaciones e incluso al *apragmatismo sexual más absoluto*¹⁹⁶. A todo ello se suma una falta de atención que se manifiesta en una incapacidad para concentrarse o centrarse en una tarea.

La necesidad de los médicos de poder diagnosticar la esquizofrenia con exactitud, en ámbitos y culturas muy diferentes, ha impulsado la elaboración de criterios

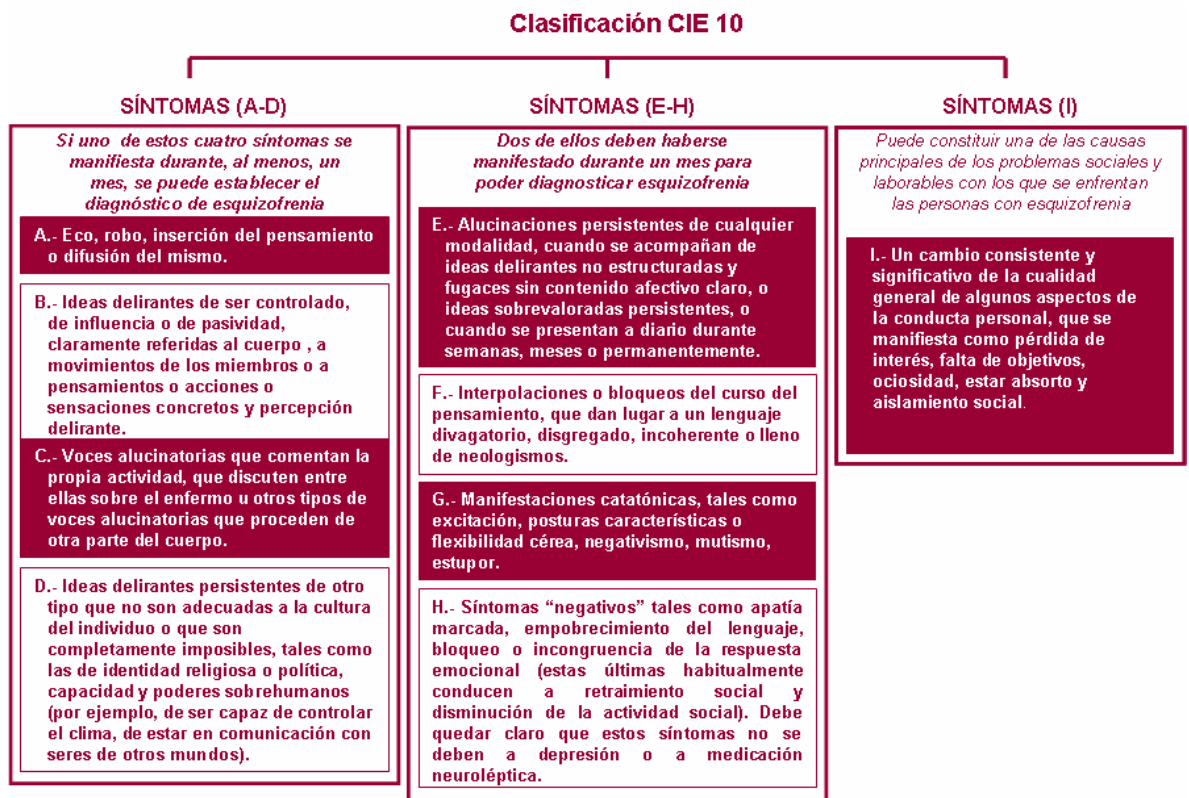
¹⁹⁴ CAÑAMARES YELMO, J.M. y OTROS: *Esquizofrenia...*, cit., p. 21.

¹⁹⁵ PARELLADA RODÓN, E. Y FERNÁNDEZ EGEA, E.: *Esquizofrenia. Del caos...*, cit., p. 31.

¹⁹⁶ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Psicosis endógenas (I)"..., cit., p. 1144.

específicos para identificar este trastorno. El sistema más utilizado es el DSM-IV-TR, aunque también se maneja con frecuencia para el diagnóstico de esta enfermedad el ofrecido por la CIE-10.

Los criterios diagnósticos incluidos en ambas clasificaciones son muy parecidos, aunque no idénticos. Los de la CIE 10¹⁹⁷ organizan los síntomas en nueve grupos, algunos de los cuales son necesarios para establecer el diagnóstico (normalmente un síntoma muy claro, o dos o más si no lo son), y tienen que estar presentes por lo menos durante un mes.



La definición de esquizofrenia en el DSM-IV-TR¹⁹⁸ se basa en tres criterios de inclusión que son:

- Una mezcla de signos y síntomas peculiares positivos y negativos como criterio sintomatológico.

¹⁹⁷ CIE 10, cit., pp. 113 y ss.

¹⁹⁸ DSM-IV-TR, cit., pp. 349 y ss.

- La persistencia de esos síntomas, un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C).

- La consecuente disfunción en diversas áreas de la existencia como criterio funcional.

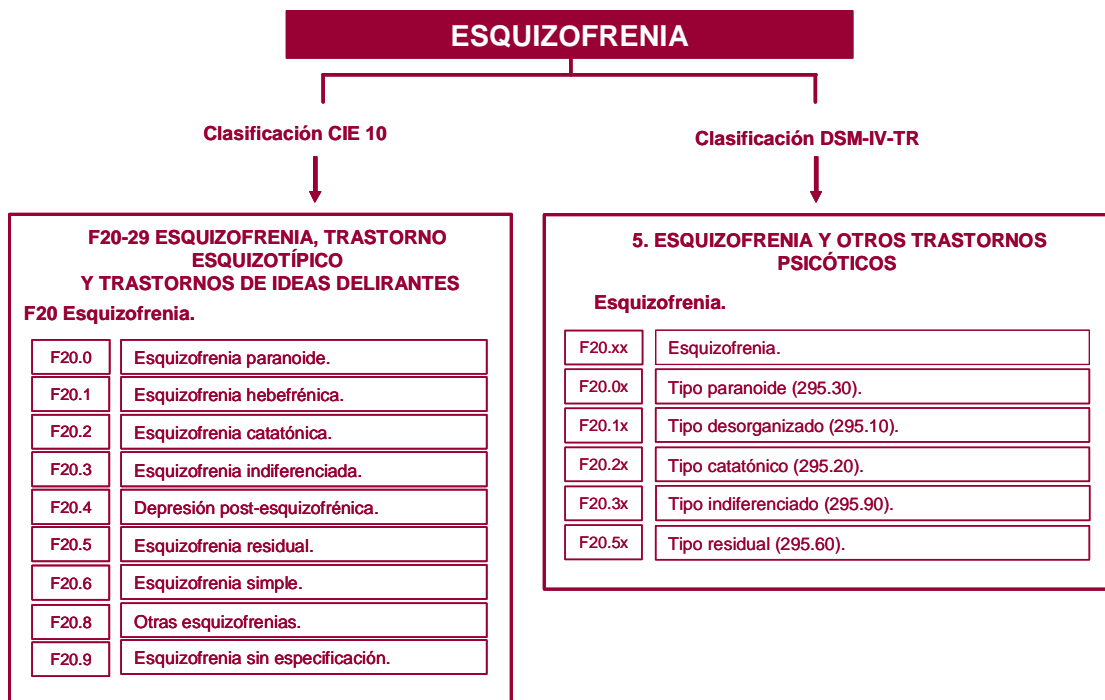
Clasificación DSM-IV-TR

A.-	<p><i>Síntomas característicos:</i> Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ideas delirantes2. Alucinaciones3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia <p><i>Nota:</i> Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p>
B.-	<p><i>Disfunción social/laboral:</i> Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p>
C.-	<p><i>Duración:</i> Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p>
D.-	<p><i>Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:</i> El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.</p>
E.-	<p><i>Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:</i> El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.</p>
F.-	<p><i>Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:</i> Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).</p>

La esquizofrenia presenta diferentes subtipos, cada uno de los cuales presenta diferente intensidad y presencia de un tipo de síntomas o signos frente a los otros. Tienen una evolución, pronóstico, tratamiento y comportamientos delictivos diferentes, por lo que consideramos útil su descripción clínica. La CIE 10¹⁹⁹ y el DSM-IV-TR²⁰⁰ no clasifican los mismos subtipos:

¹⁹⁹ CIE 10, cit., pp. 118 y ss.

²⁰⁰ DSM-IV-TR, cit., pp. 339 y ss.



Vamos a estudiar en primer lugar los cinco subtipos que recoge el DSM-IV-TR y que también aparecen recogidos en la CIE 10, para pasar después a analizar aquellos otros trastornos que también clasifica esta última en este apartado.

1.1. TIPO PARANOIDE

Nos encontramos ante el tipo más frecuente²⁰¹ y a la vez el que más interés médico-legal despierta por los actos violentos y delictivos que con gran asiduidad se presentan, producto de las manifestaciones psicopatológicas que le son propias. De inicio tardío, a una edad mayor, presenta un curso que puede ser episódico o crónico. Se caracteriza fundamentalmente por el predominio de ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción²⁰², en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad²⁰³.

Las ideas delirantes que presentan estos sujetos pueden ser de muy variada temática: de persecución, autoreferenciales, de influencia, de grandeza, religiosas o de

²⁰¹ CIE 10, cit., p. 118.

²⁰² *Ibidem*, cit.

²⁰³ DSM-IV-TR, cit., p. 351.

celos²⁰⁴. De entre ellas, predominan fundamentalmente las ideas delirantes de persecución, de grandeza o ambas²⁰⁵.

Junto a las mismas aparecen alucinaciones de diversa procedencia, dependientes de las ideas delirantes, siendo especialmente frecuentes las auditivas. Los enfermos oyen voces dentro de su cabeza o cuerpo que constantemente piensan que vienen de otra u otras personas que les dan órdenes, amenazan o insultan, o adoptan el carácter de cuchicheos, pitidos o canturreos²⁰⁶. Además, pueden aparecer alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales, incluso también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan²⁰⁷.

Asociada a este tipo de enfermedad puede existir ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir²⁰⁸.

1.2. TIPO DESORGANIZADO

Esta forma de esquizofrenia es denominada por la CIE 10 “esquizofrenia hebefrénica”²⁰⁹. De inicio en edad temprana (por lo general entre los 15 y los 25 años de edad), de forma insidiosa, presenta un mal pronóstico y un curso continuo sin remisiones significativas²¹⁰. Se caracteriza por el padecimiento de trastornos afectivos importantes, ideas delirantes y alucinaciones transitorias y fragmentarias y, frecuentemente, por un comportamiento irresponsable e imprevisible y por manierismos²¹¹. La afectividad se encuentra aplanada, es superficial e inadecuada, a ella se une un lenguaje divagatorio e incoherente, que asiduamente viene acompañado de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo; de un modo despectivo de actuar; de muecas; manierismos, burlas, quejas hipocondríacas; y de frases repetitivas²¹². El comportamiento se encuentra desorganizado, por lo que el sujeto

²⁰⁴ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., pp. 1140 y 1141.

²⁰⁵ *DSM-IV-TR*, cit., p. 351.

²⁰⁶ GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría criminal...*, cit., p. 271.

²⁰⁷ *CIE 10*, cit., p. 118.

²⁰⁸ *DSM-IV-TR*, cit., p. 351.

²⁰⁹ *CIE 10*, cit., p. 120.

²¹⁰ *Ibidem*, cit.

²¹¹ *Ibidem*, cit.

²¹² *Ibidem*, cit.

que presenta este subtipo puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana²¹³, al igual que el pensamiento, ya que el sujeto pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad, de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido²¹⁴.

1.3. TIPO CATATÓNICO

La esquizofrenia catatónica constituye el tipo de esquizofrenia con la edad de inicio más temprana, el curso más crónico y la peor actividad social y laboral²¹⁵. Presenta como síntomas protagonistas una marcada alteración psicomotora, que puede variar desde una agitación psicomotora extrema al estupor, un negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia²¹⁶.

Si el sujeto esquizofrénico catatónico padece inmovilismo, éste puede manifestarse mediante la adopción de posturas extravagantes e inadecuadas (catalepsia), el mantenimiento de posturas en las que han sido colocados sus miembros (flexibilidad cética), la disminución de la actividad y de los movimientos (estupor) o incluso mutismo. El sujeto también puede presentar un negativismo extremo a través de la resistencia a cualquier orden o intento de desplazamiento o movimiento o una obediencia automática a las instrucciones dadas²¹⁷. Cuando realizan un movimiento voluntario, éste presenta ciertas peculiaridades ya que suelen adoptarse posturas raras o inapropiadas o realizarse muecas llamativas. Finalmente, este tipo de enfermos también se caracterizan por repetir sin sentido palabras que acaba de escuchar de otra persona (ecolalia) y la imitación repetitiva de sus movimientos (ecopraxia)²¹⁸.

1.4. TIPO INDIFERENCIADO

Se trata de una categoría residual que se caracteriza porque el sujeto presenta un conjunto de trastornos o síntomas que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia, sin cumplir criterios para su inclusión en los subtipos catatónico,

²¹³ *DSM-IV-TR*, cit., p. 352.

²¹⁴ *CIE 10*, cit., p. 120.

²¹⁵ HO, B-CH; BLACK, D.W. y ANDREASEN, N.C.: "Esquizofrenia...", cit., p. 394.

²¹⁶ *DSM-IV-TR*, cit., p. 353.

²¹⁷ *CIE 10*, cit., p. 121.

²¹⁸ *DSM-IV-TR*, cit., p. 353.

hebefrénico o paranoide, o presenta rasgos de varios de ellos sin que haya un predominio de alguno en especial y, además, no reúne las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica²¹⁹.

1.5. TIPO RESIDUAL

También conocida como estado de defecto esquizofrénico, consiste en un trastorno consecuencia bien de una evolución progresiva, lenta y paulatina, o es el resultado final de varios episodios o brotes²²⁰, en los que los pacientes aún cumplen los criterios diagnósticos de esquizofrenia, pero ya no presentan síntomas psicóticos prominentes, aunque sí continúan mostrando evidencias de la enfermedad²²¹, como lo indica la presencia de síntomas negativos y de deterioro persistente²²², tales como empobrecimiento general y del lenguaje, frialdad o aplanamiento y discordancia afectivos, desinterés e inactividad social y laboral, abulia, etc²²³ o bien presentan dos o más síntomas positivos atenuados²²⁴.

1.6. DEPRESIÓN POSTESQUIZOFRÉNICA

Constituye un trastorno depresivo que surge tras un trastorno esquizofrénico sufrido en los últimos doce meses durante el cual persisten algunos síntomas esquizofrénicos, que pueden ser positivos o negativos, aunque son en mayor medida estos últimos los que se presentan.

1.7. ESQUIZOFRENIA SIMPLE

Este subtipo no se encuentra diagnosticado en el DSM-IV-TR aunque sí aparece dentro del grupo de trastornos propuestos para estudios posteriores. Se trata de un trastorno no muy frecuente, de curso lento, insidioso y progresivamente deteriorante²²⁵, caracterizado por un comportamiento extravagante, una incapacidad para satisfacer las

²¹⁹ CIE 10, cit., p. 122 y DSM-IV-TR, cit., p. 354.

²²⁰ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (I)”..., cit., p. 1145.

²²¹ HO, B-CH; BLACK, D.W. y ANDREASEN, N.C.: “Esquizofrenia...”, cit., p. 395.

²²² CIE 10, cit., p. 124.

²²³ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1143.

²²⁴ DSM-IV-TR, cit., p. 355.

²²⁵ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1145.

demandas de la vida social y una disminución del rendimiento en general²²⁶, es decir se trata de un cuadro en el que predominan los síntomas negativos de la esquizofrenia, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado²²⁷.

1.8. OTRAS ESQUIZOFRENIAS

Estas esquizofrenias son la esquizofrenia cenestopática y el trastorno esquizofreniforme sin especificación.

1.9. ESQUIZOFRENIA SIN ESPECIFICACIÓN

Nada refiere sobre este subtipo la Organización Mundial de la Salud en su clasificación.

2. OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

2.1. TRASTORNO DELIRANTE

El trastorno delirante, antiguamente denominado paranoia, consiste en un cuadro clínico que cuenta con una debatida concepción y un viejo historial que se remonta a su propia etiología. Deriva de dos palabras griegas: *para* que significa “junto a, de lado, paralelo” y *nous*, “espíritu o pensamiento”, lo que podríamos traducir como pensamiento paralelo o espíritu no centrado.

Aunque ya VOGEL en 1772 menciona la idea de paranoia, será HEINROTH quien en 1818 introduzca el concepto en Psiquiatría al describir trastornos del intelecto bajo el nombre de Verrücktheit.

Sin embargo, será el francés ESQUIROL quien bajo el término de monomanías intelectuales, hará referencia por primera vez al significado actual del estado paranoide, al caracterizar las ideas delirantes en las que no estaba afectado el razonamiento lógico.

Dos escuelas serán desde este momento las que marcarán hasta la actualidad el estudio nosológico y fenomenológico de este trastorno, la escuela alemana y la francesa.

²²⁶ CIE 10, cit., p. 124.

²²⁷ *Ibidem*, cit., p. 125.

A partir de 1863, el alemán KAHLBAUM empezará a utilizar esta expresión para referirse a un trastorno delirante crónico.

Durante todo este tiempo, esta entidad no presentó una gran resonancia hasta que KRAEPELIN, en la octava edición de su *Tratado de Psiquiatría*, reconoció una psicosis endógena diferente a la esquizofrenia, a la que llamó paranoia, consistente en un cuadro delirante crónico, que cursa sin deterioro ni alucinaciones y que definió como: “el desarrollo insidioso de un sistema delirante persistente e incommovible, hallándose al mismo tiempo conservados la claridad y el orden del pensamiento, la voluntad y la acción”²²⁸.

Posteriormente BLEULER sostuvo que las alucinaciones podían estar presentes en algunos supuestos de dicha enfermedad, por lo que la definió como “la construcción, a partir de premisas falsas, de un sistema de ideas delirantes, lógicamente desarrolladas, con partes lógicamente interrelacionadas e incommovibles, sin ninguna perturbación demostrable que afecte a las otras funciones mentales y por tanto sin síntomas de deterioro, si se pasa por alto la completa carencia de discernimiento por parte del paranoico con respecto al propio sistema delirante”.

Junto a este autor, merece la pena destacar la formulación que FREUD realizó del desarrollo de los síntomas paranoides, por ser su pieza clave. Su mayor aportación fue la asociación de los delirios con la personalidad²²⁹.

Años más tarde, JASPERS abogó por el concepto de *desarrollo* que permitía una mejor comprensión del trastorno (fenómeno morboso que se produce sobre la personalidad del sujeto, cambiando su rumbo, pero manteniendo su estructura) frente al concepto de *proceso*, en el que se producía una ruptura de la personalidad, típico de la esquizofrenia.

²²⁸ Véase GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (I)”..., cit., p. 1149.

²²⁹ Una buena descripción de la evolución del trastorno en BULBENA, A.: “Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 469 y ss.

La escuela clásica francesa, por su parte, dividió las psicosis delirantes crónicas en función de su evolución (no deficitaria y deficitaria) y situó las psicosis delirantes sistematizadas en el primer grupo (sin evolución deficitaria).

La Psiquiatría moderna ha sustituido las expresiones paranoia, estados paranoides, parafrenia, por la más genérica de trastornos de ideas delirantes. Así aparece contemplado en las principales clasificaciones internacionales, tanto en el DSM-IV-TR²³⁰ como en la CIE 10²³¹.

El trastorno delirante consiste en un trastorno caracterizado por la presencia y desarrollo como núcleo central del mismo, de una estructura delirante, un sistema delirante comprensible²³² con conservación completa del resto de la personalidad, en el que el curso evolutivo no es deteriorante²³³.

El sujeto presenta un delirio crónico sistematizado, irrefutable a toda argumentación lógica. Se trata de un delirio, porque no responde a la realidad; crónico, porque no es pasajero; y sistematizado, porque todas las ilusiones o alucinaciones se reúnen alrededor de un centro que les hace constituir un sistema perfectamente trabado²³⁴. El delirio se presenta como lógico, pues parte de hechos o situaciones reales, cuya nota delirante se justifica por racionalizaciones²³⁵.

Sin embargo, presentan comportamientos y sentimientos adecuados, en todo aquello que no este directamente relacionado con el mismo²³⁶, pues se conserva fresca y jugosa la personalidad del paranoico manteniéndose íntegro el arco intencional del pensamiento²³⁷. Son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de las conductas.

La enfermedad aparece hacia la edad media de la vida con un pico máximo entre los 35 y 55 años, pero puede aparecer a una edad más temprana. La distribución por sexo parece mostrar que existe un ligero predominio en mujeres, aunque estas diferencias

²³⁰ DSM-IV-TR, cit., pp. 364 y ss.

²³¹ CIE 10, cit., pp. 127 y ss.

²³² GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría criminal...*, cit., p. 284.

²³³ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1180.

²³⁴ BLANCO LOZANO, C.: *La eximente...*, cit., p. 584.

²³⁵ BULBENA, A.: "Trastorno delirante (paranoia)...", cit., p. 475.

²³⁶ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1180.

²³⁷ GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría criminal...*, cit., p. 284.

parecen ir ligadas al tipo de delirio²³⁸. En lo que se refiere a su prevalencia, el DSM-IV-TR señala la carencia de información precisa acerca de este trastorno en la población, pero la estimación más alta es de alrededor del 0,03%, aunque debido al inicio normalmente tardío del mismo, el riesgo de morbilidad a lo largo de la vida puede estar entre el 0,05 y el 0,1%²³⁹.

Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles²⁴⁰.

El curso es muy variable. El trastorno suele ser crónico, aunque a menudo se producen oscilaciones en cuanto a la intensidad de las creencias delirantes. En otros casos, puede haber largos períodos de remisión, seguidos de recaídas²⁴¹.

Sobre su etiología podemos decir que la investigación sobre la misma ha sido muy escasa y poco sistemática y aunque ahora empiezan a aparecer modernas investigaciones, parece prematuro proponer hipótesis etiológicas específicas. Lo que sí que podemos sugerir de las evidencias advertidas hasta el momento es un localizado y relativamente circunscrito trastorno cerebral, asociado con una posible influencia de una actividad neurotransmisora anormal, probablemente implicando una hiperactividad de la dopamina. Se descartan en principio, como causa primaria los factores hereditarios y la asociación con factores heredables de la personalidad, pues parece que sólo poseen una influencia secundaria. Pero aunque no se conoce con certeza cuál es su causa principal, sí conocemos que la influencia de desencadenantes tales como lesión cerebral, abuso de alcohol y efectos secundarios de drogas pueden evocar la expresión de la enfermedad²⁴².

Ambas clasificaciones internacionales permiten reconocer cada uno de los tipos de trastornos delirantes basándose en el contenido predominante en los mismos. Así, la CIE 10²⁴³ distingue nueve tipos distintos, reconociendo el DSM-IV-TR²⁴⁴ siete de estos

²³⁸ DE PORTUGAL, E. y CERVILLA, J.: *Trastorno delirante*, Aula Médica, Madrid, 2004, p. 32.

²³⁹ *DSM-IV-TR*, cit., p. 367.

²⁴⁰ *CIE 10*, cit., pp. 127 y 128.

²⁴¹ *DSM-IV-TR*, cit., p. 367.

²⁴² Véase DE PORTUGAL, E. y CERVILLA, J.: *Trastorno...*, cit., pp. 33 y ss.

²⁴³ *CIE 10*, cit., p. 127.

²⁴⁴ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 365 y 366.

nueve subtipos ya que incluye la variedad litigante en el grupo persecutorio y no distingue el subtipo de autoreferencialidad por considerarlo en cierto sentido una característica del propio trastorno que puede estar en cualquier subtipo.



Seguendo el DSM-IV-TR podemos distinguir los siguientes tipos de trastornos delirantes:

A. TIPO EROTOMANÍACO

En este subtipo, denominado erotomanía o psicosis pasional, el sujeto tiene fuertes sentimientos eróticos hacia otra persona, habitualmente real, y la persistente e infundada creencia de que esa persona está profundamente enamorada de él o ella. La idea delirante suele referirse a un amor romántico idealizado y a una unión espiritual más que a una atracción sexual²⁴⁵. El amante imaginario, normalmente, es una persona que ocupa un estatus más elevado y que es inaccesible. En otras ocasiones, sin embargo, se trata de una total desconocida, aunque en todos los casos el paciente cree que el otro es quien inicia la relación mediante señales secretas o declaraciones disimuladas²⁴⁶. Son habituales los intentos por contactar con el objeto de la idea delirante (mediante

²⁴⁵ *Ibidem*, cit., p. 365.

²⁴⁶ DE PORTUGAL, E. y CERVILLA, J.: *Trastorno...*, cit., p. 74.

llamadas telefónicas, cartas, regalos, visitas e incluso vigilándole y acechándole), aunque, a veces, la idea delirante se mantiene en secreto²⁴⁷.

Este tipo de delirio pasa siempre por tres fases distintas: comienza por una fase de esperanza, a la que sigue otra en la que el sujeto, pasado el tiempo, se da cuenta de que el romance no se hace realidad, llamada fase de despecho y finaliza con una fase de rencor a la persona amada²⁴⁸.

De inicio gradual o aparentemente repentino, cursa como enfermedad crónica, empeorando con el paso de los años si no existe tratamiento²⁴⁹.

B. TIPO DE GRANDIOSIDAD

Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es la convicción de tener algún extraordinario talento, exagerado valor, poder, conocimiento, identidad o relación especial con una divinidad o una persona famosa²⁵⁰.

C. TIPO CELOTÍPICO

El tema central de este subtipo consiste en la creencia delirante fija de la infidelidad del cónyuge o del amante, creencia que no puede ser superada mediante argumentos razonables o presentación de evidencias en contra. Esta creencia aparece sin ningún motivo y se basa en inferencias erróneas que se apoyan en pequeñas “pruebas” que son guardadas y utilizadas para justificar la idea delirante²⁵¹. El sujeto se encuentra totalmente volcado en sus creencias delirantes, acusando, controlando e incluso persiguiendo a su víctima de forma inexorable, al presentar un círculo de amantes que con el paso del tiempo considera innumerable. Esto provoca en él y sobre todo en la víctima una creciente angustia, además de sufrir esta última abusos emocionales y en

²⁴⁷ *DSM-IV-TR*, cit., p. 365.

²⁴⁸ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (I)”..., cit., p. 1151.

²⁴⁹ DE PORTUGAL, E. y CERVILLA, J.: *Trastorno...*, cit., pp. 74 y ss.

²⁵⁰ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1181.

²⁵¹ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 365 y 366.

algunos casos violencia física que puede incluso acabar en homicidio y posterior suicidio del asesino²⁵².

D. TIPO PERSECUTORIO

Se considera la variedad más común y presenta como característica fundamental la presencia de un contenido delirante bien estructurado en el que el sujeto se siente perjudicado o perseguido por una o un grupo de personas que actúan en contra del mismo con la intención de perjudicarlo²⁵³. Este delirio puede ser simple o estar muy elaborado y suele comprender un único tema o varios temas conectados, como ejemplo: el paciente se cree que esta siendo objeto de una conspiración, es engañado, espiado, seguido, envenenado o drogado, calumniado maliciosamente, perseguido u obstruido en la consecución de sus metas a largo plazo²⁵⁴. En ocasiones, el sujeto decide convertirse en perseguidor y los demás deben sufrir ahora sus perjuicios.

Las creencias son extremadamente estables y normalmente, con el paso del tiempo, aumentan en el grado de elaboración. Estos enfermos son a menudo resentidos, suspicaces, irritables, presentan una extrema ansiedad y pueden darse episodios de violencia tanto de forma impulsiva como premeditada²⁵⁵. Rechazan asiduamente acudir voluntariamente al psiquiatra y sólo lo hacen después de sufrir un acceso de conducta inaceptable, mostrando una colaboración escasa²⁵⁶.

De prevalencia en ambos sexos aunque quizás sean más conocidos los casos de varones por su tendencia a la violencia y a los actos antisociales²⁵⁷. Su curso avanza frecuentemente hacia un progresivo empeoramiento, aunque existen casos que evolucionan con un marcado carácter fluctuante²⁵⁸.

Dentro de este tipo, el DSM-IV-TR contempla el subtipo litigante. Se trata de sujetos que viven con la creencia profunda e incesante de que han sido engañados, ante

²⁵² DE PORTUGAL, E. y CERVILLA, J.: *Trastorno...*, cit., pp. 77 y ss.

²⁵³ *Ibidem*, cit., pp. 54 y 55.

²⁵⁴ *DSM-IV-TR*, cit., p. 366.

²⁵⁵ *Ibidem*, cit.

²⁵⁶ DE PORTUGAL, E. y CERVILLA, J.: *Trastorno...*, cit., pp. 54 y 55.

²⁵⁷ *Ibidem*, cit., p. 57.

²⁵⁸ *Ibidem*, cit., p. 58.

lo que buscan continua y repetidamente una compensación ante los tribunales de justicia. Dichas ideas delirantes son mantenidas con una convicción férrea por lo que no aceptan ningún argumento en contra.

En la mayoría de estos casos, la conducta que presentan y las reclamaciones que realizan parecen coherentes y razonables pero el paso del tiempo muestra ante su prolongación interminable y la cualidad extraordinaria de las demandas que existe una psicopatología grave subyacente²⁵⁹.

E. TIPO SOMÁTICO

Se trata de un trastorno delirante caracterizado porque el paciente presenta una preocupación patológica por la salud, tanto física como psicológica, y peregrina por la consulta de muchos médicos para que le den una solución. Dado que no existe ningún diagnóstico posible, los pacientes manifiestan que los especialistas que les tratan son poco profesionales e ignorantes²⁶⁰.

Su inicio con frecuencia es de carácter insidioso aunque también puede aparecer bruscamente. Suele darse por igual en ambos sexos pero en dos franjas de edad, varones jóvenes y mujeres con edad por encima de los 50 años. No se tiene una idea exacta de la frecuencia de este trastorno pero desde luego no podemos decir que sea infrecuente, dato que se revela por la coordinación entre consultas médicas. Típicamente la enfermedad suele ser de larga duración con tendencia a empeorar con el paso del tiempo²⁶¹.

Son muchas las variedades de alteraciones de la imagen corporal que el sujeto presenta como delirantes y que nosotros, siguiendo a MUNRO, vamos a agrupar en cuatro áreas temáticas: delirios relativos a la piel, delirios de fealdad o deformidad, delirios de olor corporal o halitosis y miscelánea²⁶².

²⁵⁹ *Ibidem*, cit., p. 56.

²⁶⁰ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Psicosis endógenas (I)"..., cit., p. 1151.

²⁶¹ DE PORTUGAL, E. y CERVILLA, J.: *Trastorno...*, cit., pp. 65 y 66.

²⁶² *Ibidem* cit., pp. 59 y ss.

En los primeros, los pacientes insisten en que tienen organismos, usualmente insectos, arrastrándose por la superficie de su piel, o una infestación interna por gusanos u otros parásitos, o la presencia de bultos dérmicos atribuidos a organismos o cuerpos extraños que les llevan a rascarse insistentemente.

Respecto a los segundos, se trata de casos en los que los pacientes presentan falsas creencias de fealdad o deformidad, que puede afectar a una parte del cuerpo o al sujeto entero.

En cuanto a los delirios olfativos consisten en que el sujeto manifiesta que él no percibe un olor desagradable sino que sabe que lo tiene por los comentarios de los demás. Esto les lleva a realizar maniobras de lavado incluso con productos agresivos para intentar evitarlo.

Finalmente, la miscelánea, puede presentar un conjunto amplio de temas entre los que destacamos: el dental, que consiste en que el paciente manifiesta que presenta una mordida anormal; el delirio de transmisión de enfermedades sexuales y de transmisión de enfermedades no sexuales, en los que el paciente está convencido de que ha desarrollado enfermedades de transmisión sexual y en el segundo de los casos, en el que está seguro de que está causando enfermedades en otros.

F. TIPO MIXTO

Este subtipo se aplica cuando no hay ningún tema delirante que predomine existiendo ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores²⁶³.

G. TIPO NO ESPECIFICADO

Este subtipo es una categoría residual, donde existe un trastorno delirante pero el contenido del delirio no puede ser determinado con claridad o es distinto de los específicamente listados²⁶⁴.

²⁶³ *DSM-IV-TR*, cit., p. 366.

²⁶⁴ *Ibidem*, cit.

2.2. TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

Conocido por diferentes denominaciones como psicosis tóxica, exógena o sintomática²⁶⁵, la CIE 10 lo ha definido como un trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, cuya característica principal es la presencia de “alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede presentarse cierta obnubilación de la conciencia”²⁶⁶.

Es importante conocer que cada sustancia presenta sus particularidades clínicas, unos síntomas variados distintos dependiendo de la sustancia de que se trate y de la personalidad del consumidor.

Su evolución se encuentra en relación al consumo y no siempre tendrá el mismo patrón, lo que depende de los factores que se den en cada caso, siendo lo habitual que tenga un curso agudo o subagudo, aunque en ocasiones puede ser persistente durante meses²⁶⁷.

Esta clasificación internacional incluye en el mismo: la alucinosis alcohólica, la celotipia alcohólica, la paranoia alcohólica y la psicosis alcohólica sin especificación. La *alucinosis alcohólica*, conforma un síndrome subagudo en el que esencialmente los alcohólicos crónicos presentan alucinaciones auditivas. En un primer momento, estos sujetos refieren escuchar ruidos imprecisos, fonemas insultantes y acusatorios que acaban provocando un delirio persecutorio²⁶⁸. La *celotipia alcohólica*, constituye un síndrome delirante crónico debido a los celos, que aparece en un primer momento sólo en los episodios de embriaguez, pero que pronto se hace independiente de la intoxicación aguda, pudiendo desaparecer tras la desintoxicación del sujeto²⁶⁹.

²⁶⁵ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 957.

²⁶⁶ CIE 10, cit., p. 107.

²⁶⁷ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 958.

²⁶⁸ VALLEJO NÁJERA, J.A.: *Introducción...*, cit., p. 331.

²⁶⁹ *Ibidem*, cit.

Finalmente, la *paranoia alcohólica* que conforma un trastorno psicótico provocado por el alcohol en el que predominan los delirios.

VI. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

También denominados trastornos del humor, actualmente son objeto de un profundo estudio, aunque se conocen de antiguo debido a su gran frecuencia²⁷⁰.

Numerosos textos de la antigüedad contenían descripciones de lo que hoy conocemos como alteraciones del estado de ánimo en sus formas depresivas o maníacas. Incluso ya HIPÓCRATES se refiere a la melancolía para explicar una forma especial de tristeza, una enfermedad producida por una alteración de los humores en la que predomina la bilis negra. El concepto continuó siendo utilizado por otros autores médicos, como ARETEO, GALENO y DE TRALLES, MAIMÓNIDES y el propio BONET.

En 1854 FALRET llamó “folie circulaire”, a una patología en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maníacos. Casi al mismo tiempo, otro psiquiatra francés, BAILLARGER, definió la “folie a double forme” integrada por aquellos pacientes que, estando profundamente deprimidos, entraban en un estado de estupor del que finalmente se recuperaban. Más tarde, en 1882, el psiquiatra alemán KAHLBAUM, describiría bajo el término ciclotimia, una enfermedad compuesta por las fases de manía y melancolía.

Pero fue KRAEPELIN quien en 1899, describió la psicosis-maníaco depresiva, al reunir estas dos formas clínicas de depresión/exaltación, en una única entidad, considerándolas la cara y la cruz de una misma moneda, diferenciándola de la también definida por él, demencia precoz (actual esquizofrenia) debido a la ausencia de demencia y deterioro a lo largo del curso.

Las tesis Kraepelianas dominaron la Psiquiatría hasta que KLEIST y su discípulo LEONHARD, subdividieron en los años cincuenta las “psicosis fásicas”, en formas

²⁷⁰ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (II)” en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, p. 1156.

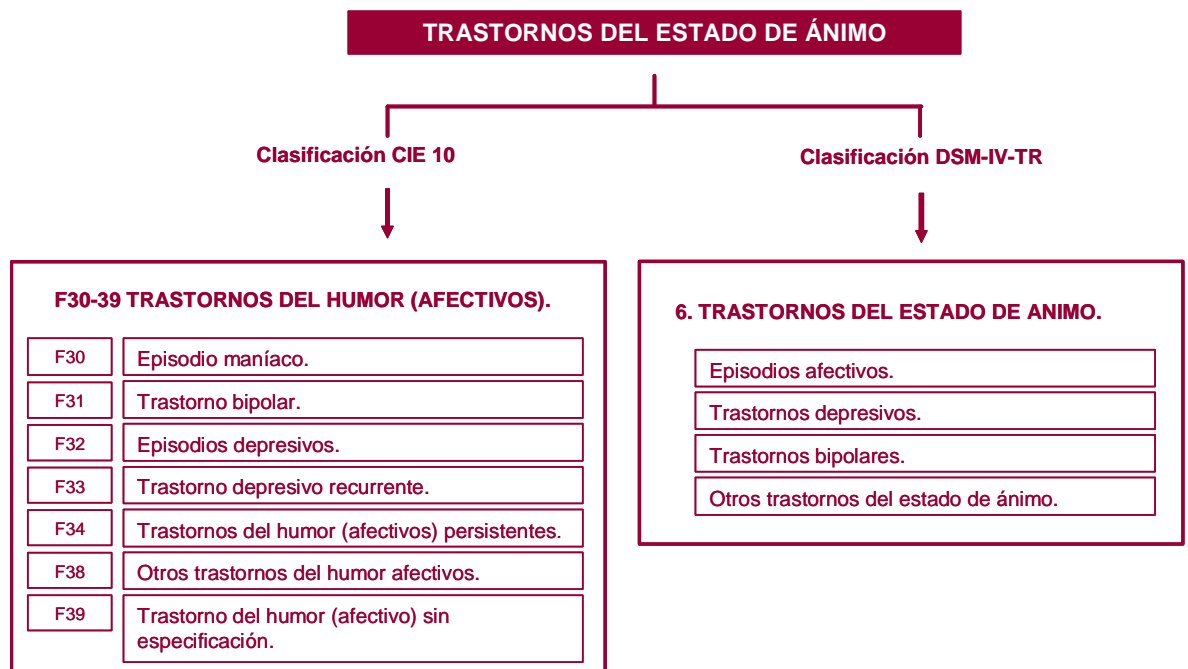
unipolares, maníacas o depresivas, y formas bipolares. La penetración de esta nueva perspectiva en la nosología fue progresiva, aunque su difusión internacional se ha ligado en la práctica a su adopción en 1980 por el DSM-III. La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, basada en parte en la tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, no hace sino apoyar esta clasificación, dotando de relieve internacional a esta dicotomía.

Sin embargo, esta reorganización de la nosografía de los “trastornos del estado de ánimo”, actualmente todavía está en elaboración. Debido a la ausencia de datos que permitan establecer criterios etiopatogénicos, la gran variedad de síntomas, las distintas formas de comienzo y las diversas respuestas a los diferentes planteamientos terapéuticos, se justifica la subdivisión de este grupo de trastornos en diferentes categorías diagnósticas. Así, el DSM-IV-TR realiza una clasificación de estos trastornos que resulta muy compleja. En primer lugar describe las características clínicas y los criterios diagnósticos de los episodios afectivos y luego se distinguen dos grandes categorías de trastornos, los depresivos y los bipolares, además de otro tipo de cuadros debidos a enfermedad médica o inducidos por sustancias.

La CIE 10, por su parte, distingue siete apartados: episodio maníaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor persistentes, otros trastornos del humor y sin especificación. La base para esta clasificación se establece en función de los grupos clásicos de trastornos bipolares y depresiones no bipolares, bajo la posibilidad de episodios únicos o recurrentes. Asimismo se contempla la distinción entre trastornos afectivos episódicos o persistentes²⁷¹. Dicha clasificación también destaca que la misma está abierta a la discusión²⁷².

²⁷¹ VALLEJO RUILOBA, J.: “Trastornos depresivos”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 490.

²⁷² CIE 10, cit., p. 143.



Más allá de la gran tipología de trastornos del estado de ánimo que existen, lo que sí podemos afirmar es que tratamos aquí un conjunto de trastornos que no constituyen enfermedades unitarias, sino síndromes complejos con distintas etiologías, cursos y respuestas terapéuticas²⁷³, que se caracterizan por presentar como síntoma fundamental una alteración del humor o de la afectividad, a la que suele unirse un cambio en el nivel general de actividad²⁷⁴.

1. EPISODIOS AFECTIVOS

1.1. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Se trata de un episodio con el doble de frecuencia en mujeres que en hombres. Se caracteriza porque durante un período de al menos 2 semanas, el sujeto casi (a lo largo de todo el día) presenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, además de experimentar al menos otros cuatro de los siguientes síntomas: cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar,

²⁷³ DUBOVSKY, S.L.; DAVIES, R. y DUBOVSKY, A.N.: “Trastornos del estado de ánimo” en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 338 y 339.

²⁷⁴ *CIE 10*, cit., p. 143.

concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para cualquier edad, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar, reconociendo las mujeres su empeoramiento unos días antes del inicio de la menstruación²⁷⁵.

Se trata por tanto de un estado depresivo serio que resulta condicionado de forma endógena por causas previsiblemente bioquímicas y que según su forma evolutiva puede originar sólo malestar o representar formas psicóticas²⁷⁶.

Los sujetos que lo padecen manifiestan encontrarse deprimidos, tristes, desesperanzados, desanimados, perdiendo en la mayoría de los casos sus intereses y la capacidad para el placer. Su apetito suele estar también disminuido y presentan, asiduamente, insomnio. Entre sus cambios psicomotores puede aparecer agitación y en otros casos enlentecimiento, siendo frecuente la falta de energía, el cansancio y la fatiga.

La duración de un episodio depresivo mayor es variable. Los síntomas suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas aunque en algunos casos se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años. Los episodios que no reciben tratamiento duran 4 meses o más, dándose en la mayoría de los casos una remisión completa de los síntomas, retomando la actividad al nivel premórbido²⁷⁷.

1.2. EPISODIO MANÍACO

La manía puede definirse como un estado psicofisiológico en el que predomina un humor elevado, un incremento de la actividad ideatoria (torrente de ideas), una aceleración psicomotora y sensación de grandiosidad²⁷⁸.

²⁷⁵ Véase *DSM-IV-TR*, cit., pp. 391 y ss.

²⁷⁶ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1195.

²⁷⁷ *DSM-IV-TR*, cit., p. 396.

²⁷⁸ PINTOR PÉREZ, L. y GASTÓ FERRER, C.: “Características clínicas”, en VIETA PASCUAL, E. y GASTÓ FERRER, C.: *Trastornos Bipolares*, Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, 1997, p. 139.

El paciente con manía presenta un tono afectivo que comprende la euforia, el júbilo, el regocijo y la expansividad, acompañado de risas, gestualidad y juegos de palabras. Su pensamiento es excesivamente positivo, optimista y expansivo, a lo que se une un aumento de la actividad psicomotora general que se inicia con un incremento aparente del rendimiento físico, aumento de la energía y actividad, resistencia a la fatiga y disminución de las necesidades de sueño²⁷⁹.

El DSM-IV-TR define el episodio maníaco como “un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este período de estado de ánimo anormal debe durar al menos 1 semana (o menos si se requiere hospitalización). La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves”²⁸⁰.

La CIE 10, por su parte, explica que en este episodio “se especifican tres niveles de gravedad que comparten la exaltación del humor y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo”²⁸¹.

Los criterios diagnósticos de investigación para ambas clasificaciones internacionales son los mismos, debiendo presentarse un mínimo de tres síntomas en caso de ánimo exaltado o cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable. Sin embargo, los síntomas mencionados en la CIE 10²⁸² son nueve, frente a los siete del DSM-IV-TR²⁸³. Estos dos síntomas adicionales hacen referencia a los impulsos sexuales acusados o indiscreciones y pérdida de las inhibiciones sociales normales.

La edad media de inicio de un primer episodio maníaco se sitúa en los primeros años de la tercera década de la vida, aunque pueden empezar antes o incluso después.

²⁷⁹ *Ibidem*, cit., pp. 141 y ss.

²⁸⁰ *DSM-IV-TR*, cit., p. 400.

²⁸¹ *CIE 10*, cit., p. 144.

²⁸² *Ibidem*, cit., pp. 144 y ss.

²⁸³ *DSM-IV-TR*, cit., p. 405.

Dichos episodios comienzan de forma brusca, con un aumento rápido de los síntomas en pocos días²⁸⁴.

1.3. EPISODIO MIXTO

Este episodio es más frecuente en varones que en mujeres y principalmente, en sujetos jóvenes y en mayores de 60 años con trastorno bipolar. Se caracteriza porque durante un determinado período de tiempo (al menos 1 semana de duración), casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para uno episodio depresivo mayor. El sujeto experimenta durante semanas a varios meses estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), acompañados de síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor. Se presenta mediante síntomas que suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida y su remisión puede darse tanto en un período con pocos o ningún síntomas o evolucionar a un episodio depresivo mayor²⁸⁵.

1.4. EPISODIO HIPOMANÍACO

La hipomanía es un estado bien delimitado en el tiempo, de unos pocos días o semanas de duración, en el que existe una suave o poco intensa elevación del humor, con pensamientos positivos y giros ocurrentes e ingeniosos, y un incremento de los niveles habituales de energía y actividad²⁸⁶.

El síntoma prototipo de un episodio hipomaníaco es un estado de ánimo elevado, presentando el sujeto un humor bullicioso, exaltado, con autoconfianza, aunque en ocasiones dicha alteración puede cambiar a irritabilidad o alternar la euforia y la irritabilidad.

El paciente además, suele incrementar su actividad y conducta, que pasan a ser muy variables, llegando en algunos sujetos a tomar la forma de un importante aumento de la eficiencia, los logros y la creatividad. Sin embargo, en otros, la hipomanía puede causar

²⁸⁴ *Ibidem*, cit., p. 403.

²⁸⁵ *Ibidem*, cit., pp. 405 y ss.

²⁸⁶ PINTOR PÉREZ, L. y GASTÓ FERRER, C.: “Características...”, cit., p. 148.

un cierto deterioro social o laboral²⁸⁷. El pensamiento se describe como acelerado, con discurso fluido, con profusión y fuga de ideas, junto a una familiaridad excesiva, un excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad de sueño²⁸⁸.

Las clasificaciones internacionales definen, la hipomanía como “un grado menor de manía donde existe una exaltación leve y persistente del ánimo (durante al menos varios días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental (CIE 10)”²⁸⁹. Y como “un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días. Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves (DSM-IV-TR)”²⁹⁰.

Los criterios diagnósticos de ambas clasificaciones son casi idénticos, ya que las dos exigen un estado de ánimo anormal y persistente elevado, expansivo o irritable además de otros tres síntomas de una lista que concuerda con la utilizada para el diagnóstico de la manía, excepto que no puede haber ideas delirantes y alucinaciones, ni deterioro social o laboral y que la CIE 10 no contempla el aumento de la autoestima y fuga de ideas que aparece en el DSM-IV-TR.

En general, los episodios hipomaníacos comienzan de forma brusca, con un incremento rápido de los síntomas en 1 ó 2 días. Suelen durar de algunas semanas a varios meses y son más breves y con un final más brusco que los episodios depresivos mayores²⁹¹.

²⁸⁷ *DSM-IV-TR*, cit., p. 409.

²⁸⁸ *CIE 10*, cit., p. 144.

²⁸⁹ *Ibidem*, cit.

²⁹⁰ *DSM-IV-TR*, cit., p. 408.

²⁹¹ *Ibidem*, cit., p. 410.

2. TRASTORNOS DEPRESIVOS

2.1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (ÚNICO O RECIDIVANTE)

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor está formada por un curso clínico representado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Si sólo existe un episodio se denomina trastorno depresivo mayor episodio único; si existen más, trastorno depresivo mayor recidivante.

Como ya hemos advertido, al igual que en la manía, tres grandes áreas de afectación psicopatológica son las que se encuentran afectadas cuando se sufre un episodio depresivo: la afectivo-pulsional, la cognitiva y la psicomotriz²⁹².

La tristeza patológica es el síntoma central de estos episodios, que deben estar presentes en un período de al menos 2 semanas, a la que se suman la pérdida de interés y de la capacidad para el placer, síntomas éstos que podríamos considerar claves de la enfermedad²⁹³.

El paciente sufre un descenso en la actividad psicofísica que se traduce en una falta de motivaciones, de impulsos, de vitalidad en definitiva²⁹⁴. A ello se le une posteriormente, la tristeza, una tristeza endógena como afectación de los sentimientos vitales y marcada por las características de inmotivación, comprensibilidad, continuidad y profundidad.

Esta tristeza es muy bien descrita por GARCÍA ANDRADE al explicar que la misma “se caracteriza por la vivencia íntima de vacío y apagamiento, no viven estos enfermos, la realidad de la ilusión, no vibran anímicamente, y su tristeza tiene un peso existencial, que convierte el vivir en un pleno tormento, desapareciendo la esperanza como impulso vital, sin futuro y sin voluntad de vivir, a veces tan profundo, que la desesperación llega a las raíces del fondo vital”²⁹⁵. De ahí que hasta dos tercios de los

²⁹² GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (II)”..., cit., p. 1159.

²⁹³ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 625.

²⁹⁴ GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., p. 107.

²⁹⁵ GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría criminal...*, cit., p. 300.

pacientes deprimidos se plantean el suicidio y entre un 10% y un 15% llegan a cometerlo²⁹⁶.

Junto a todo esto suele aparecer también un sentimiento de autodesvaloración, menosprecio personal e incapacidad o impotencia frente a las tareas habituales²⁹⁷.

Toda la actividad mental suele estar lentificada. Predominan las ideas de muerte y suicidio, ante pensamientos que fluyen de forma lentísima. Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. El lenguaje también se ralentiza y se destaca la aparición de fatiga, falta de actividad y alteración de la voluntad²⁹⁸.

Casi todos los pacientes deprimidos se quejan de pérdida de energía, encontrando dificultad para finalizar tareas. Empeora su rendimiento laboral y su motivación para emprender nuevos proyectos. Un 80% de los pacientes presentan también una profunda alteración del sueño, al despertarse en multitud de ocasiones a lo largo de la noche o hacerlo precozmente e, incluso, les disminuye el apetito.

La ansiedad es, de hecho, un síntoma común en la depresión y afecta a un 90% de todos los pacientes deprimidos. Junto a ella, se suele perder también el interés por las relaciones sexuales²⁹⁹.

Con un comienzo a cualquier edad, aunque suele aparecer en la mitad de la tercera década de la vida, tienen una mayor probabilidad de sufrirla las mujeres³⁰⁰.

El DSM-IV-TR utiliza las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total; crónico; con síntomas catatónicos; con síntomas melancólicos; con síntomas atípicos y de inicio en el posparto³⁰¹.

²⁹⁶ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 625.

²⁹⁷ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Psicosis endógenas (II)"..., cit., p. 1160.

²⁹⁸ DSM-IV-TR, cit., pp. 392 y ss.

²⁹⁹ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 625.

³⁰⁰ DSM-IV-TR, cit., p. 416.

³⁰¹ *Ibidem*, cit., p. 413.

La CIE-10, por su parte, contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo. Requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. Además de 2 de los siguientes síntomas para el episodio depresivo de carácter leve, 4 para el moderado y 6 para el grave. Los síntomas son: 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 las episodios leves), una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, los trastornos del sueño y la pérdida del apetito.

Los episodios depresivos leves y moderados pueden o no presentar síndrome somático, mientras que en los episodios depresivos graves pueden existir o no síntomas psicóticos³⁰².

2.2. TRASTORNO DISTÍMICO

El trastorno distímico es una depresión crónica del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia estable de síntomas, que pueden experimentar variaciones temporales de gravedad, que no se corresponden con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios³⁰³.

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años³⁰⁴. Se muestra por sentimientos de tristeza, abatimiento o una disminución o pérdida de interés del paciente por sus actividades cotidianas. Además, durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnía,

³⁰² *CIE 10*, cit., pp. 152 y ss.

³⁰³ *Ibidem*, cit., pp. 163 y 164.

³⁰⁴ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 421 y 422.

falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza³⁰⁵.

Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida³⁰⁶. A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses.

En los niños se da por igual en ambos sexos mientras que en los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico. La prevalencia-vida del trastorno es aproximadamente del 6%³⁰⁷.

2.3. TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para diagnosticar alguno de los siguientes: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. El DSM-IV-TR cita como ejemplos del mismo: el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo menor, el trastorno depresivo breve recidivante, el trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia, el episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia y los casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia³⁰⁸.

3. TRASTORNOS BIPOLARES

El trastorno bipolar, antes conocido como psicosis maniaco-depresiva, es un importante problema de salud por su frecuencia y gravedad. También denominado psicosis circular, ciclofrenia, psicosis afectiva endógena o psicosis timopática es una psicosis de carácter endógeno en la que el enfermo presenta una ciclotimia o bipolaridad, de forma periódica y generalmente sin motivo alguno, en la que su estado

³⁰⁵ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., pp. 650 y 651.

³⁰⁶ CIE 10, cit., p. 164.

³⁰⁷ DSM-IV-TR, cit., p. 422.

³⁰⁸ *Ibidem*, cit., p. 427.

de ánimo decae, siendo presa de una profunda tristeza (depresión) y otras en que su humor se exalta, mostrándose con una actividad y alegría también patológicas (manía).

Según señala GARCÍA ANDRADE³⁰⁹, es una enfermedad fásica por excelencia, si bien puede darse un solo cuadro en la vida, tanto de depresión como de manía, de formas alternantes o bipolares y de varias fases depresivas seguidas de algún cuadro maníaco, o al revés, y cuadros mixtos, pudiendo también ser distintas las fases en su profundidad psicopatológica.

Se caracteriza por una sintomatología intrínsecamente variable, tanto por la oscilación entre polos como por la presencia de diversos síntomas.

La característica fundamental del curso de los trastornos bipolares es su tendencia a la recurrencia de episodios, con un intervalo lúcido entre los mismos cuya duración puede ser variable, pero que tiende a acortarse a medida que se suceden las recaídas³¹⁰.

La proporción de pacientes con un primer episodio depresivo es similar a la de inicio con un episodio maníaco, mientras que un episodio inicial con síntomas mixtos se da en un 20% de los casos³¹¹.

La duración de los episodios presenta una gran variabilidad entre pacientes, aunque como regla general parece afirmarse que un episodio maníaco sin tratamiento suele durar entre dos semanas y cuatro a cinco meses, mientras que en el caso de un episodio depresivo su duración media alcanza hasta los seis meses³¹². Sin embargo, en un mismo paciente la duración de los episodios tiende a ser siempre constante.

En cuanto a los ciclos que presenta el trastorno, se ha establecido una duración media de entre dos y tres años y un número medio de recaídas a lo largo de la vida que oscila entre las 7 y las 22³¹³.

³⁰⁹ GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría criminal...*, cit., p. 302.

³¹⁰ VIETA, E.: "Trastornos bipolares y esquizoafectivos" en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 522.

³¹¹ IBARROLA, E.; GARCÍA-GODOY, M.J.; GIL LÓPEZ, P.; EZCURRA, J.; MEDRANO, J. y YOLLER, A.B.: "Curso y pronóstico del trastorno bipolar" en GÓNZALEZ-PINTO, A.; GUTIÉRREZ FRAILE, M. y EZCURRA, J. (editores): *Trastorno Bipolar*, Aula Médica, Madrid, 1999, p. 38.

³¹² CIE 10, cit., p. 148.

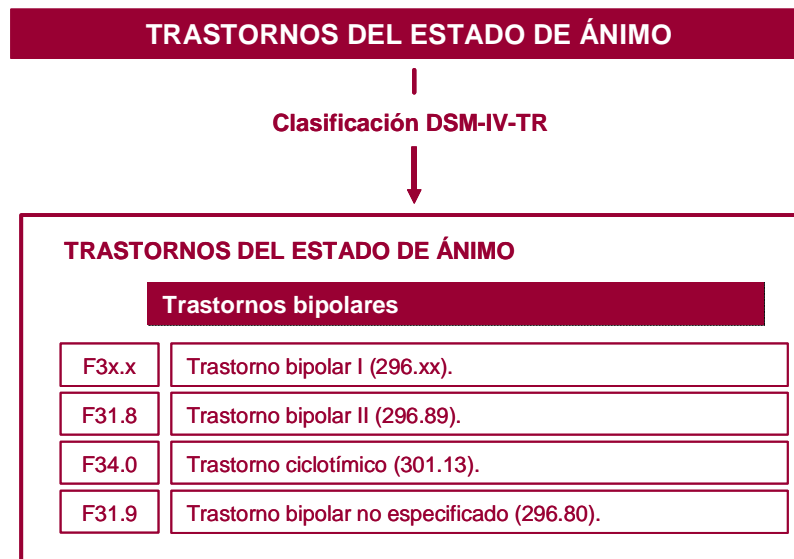
³¹³ IBARROLA, E.; GARCÍA-GODOY, M.J.; GIL LÓPEZ, P.; EZCURRA, J.; MEDRANO, J. y YOLLER, A.B.: "Curso y pronóstico...", cit., p. 39.

No parece encontrarse diferencia en la incidencia de la enfermedad en ambos sexos, aunque algunos estudios afirman que son ligeramente más frecuentes en el sexo femenino³¹⁴.

La edad de inicio del trastorno bipolar abarca un intervalo que va desde la infancia hasta los 50 años o más en algunos casos, presentándose los primeros síntomas alrededor de los 18³¹⁵.

Las causas que se atribuyen al trastorno bipolar son muchas y diversas. Entre las más citadas, las teorías vigentes refieren los hallazgos genéticos, neuroquímicos, hormonales, neuroanatómicos, conductuales, psicológicos y sociales en un modelo psicológico de vulnerabilidad-estrés. El sustrato correspondería a los factores genéticos que desempeñan un papel fundamental en la etiopatogenia de la enfermedad. Sobre ellos actúan factores ambientales de índole biológica, como las lesiones cerebrales, los fármacos y los cambios hormonales; otros de índole psicológica, como los acontecimientos estresantes o el soporte social; e, incluso, de índole meteorológica como los cambios estacionales³¹⁶.

El DSM-IV-TR distingue los siguientes tipos de trastornos bipolares:



³¹⁴ VIETA, E.: "Trastornos bipolares...", cit., p. 514.

³¹⁵ IBARROLA, E.; GARCÍA-GODOY, M.J.; GIL LÓPEZ, P.; EZCURRA, J.; MEDRANO, J. y YOLLER, A.B.: "Curso y pronóstico...", cit., p. 38.

³¹⁶ VIETA, E.: "Trastornos bipolares...", cit., p. 514.

La CIE 10 por su parte no hace ninguna distinción entre trastorno bipolar I y II, mostrando hasta nueve tipos distintos de trastornos bipolares:



En los seis primeros, el paciente sufre un trastorno actual que satisface las pautas para el diagnóstico que lleva su nombre, a lo que debe sumarse que con anterioridad se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto.

En el trastorno bipolar, actualmente en remisión, el paciente ha sufrido un episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto y al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto, pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del estado de ánimo ni la ha sufrido en varios meses³¹⁷.

En el apartado referido a otros trastornos bipolares³¹⁸, se incluyen el trastorno bipolar de tipo II y los episodios maniacos recurrentes.

3.1. TRASTORNO BIPOLAR I

Se trata de un trastorno con una prevalencia en la población general que oscila entre el 0,4 y el 1,6 %. Tiene carácter recidivante, pues más del 90% de los sujetos que tienen

³¹⁷ CIE 10, cit., p. 151.

³¹⁸ *Ibidem*, cit., p. 152.

un episodio maníaco único presentará futuros episodios, cuya característica principal es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos, siendo frecuente también que los sujetos hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores.

Con una edad de inicio sobre los 20 años, será el sexo, masculino o femenino, el que determine el número y tipo de los episodios maníacos y depresivos mayores, siendo en los varones más probable el primer episodio de tipo maníaco y en las mujeres de tipo depresivo mayor.

Un dato destacable es el suicidio consumado que acompaña a este trastorno y que se produce en el 10-15 % de los sujetos con trastorno bipolar I.

Hay seis subtipos de trastorno bipolar I: episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado. El trastorno bipolar I, episodio maníaco único, se utiliza para describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía. Los demás criterios son empleados para especificar la naturaleza del episodio actual (o más reciente) en los sujetos que han tenido episodios afectivos recidivantes³¹⁹.

3.2. TRASTORNO BIPOLAR II

Se caracteriza por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco. Con una frecuencia mayor en el sexo femenino, presenta una prevalencia del 0.5%.

Entre cada uno de estos episodios existe un intervalo temporal en el que la mayoría de los enfermos suele volver a la normalidad total. Estos intervalos suelen acortarse a medida que aumenta la edad, presentando aproximadamente el 5-15 % de los sujetos con un trastorno bipolar II múltiples (cuatro o más) episodios afectivos (hipomaníacos o depresivos mayores) que se producen dentro del mismo año³²⁰.

³¹⁹ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 428 y ss.

³²⁰ *Ibidem*, cit., pp. 438 y ss.

3.3. TRASTORNO CICLOTÍMICO

Es un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico y la descripción de un trastorno bipolar, o un trastorno depresivo recurrente³²¹. Conllevan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Frecuentemente, el trastorno ciclotímico empieza de forma temprana, en la adolescencia o el inicio en la edad adulta y algunas veces se considera que refleja una predisposición a otros trastornos del estado de ánimo. Con una prevalencia de entre el 0,4 y el 1%, normalmente, tiene un inicio insidioso y un curso crónico³²². En la actualidad, las clasificaciones diagnósticas oficiales, todavía muestran diferencias respecto a la ubicación nosológica de este trastorno. Así, el DSM-IV-TR³²³ incluye la ciclotimia como un tipo de trastorno bipolar que muestra síntomas de manía y depresión. La CIE 10³²⁴, por su parte, la sitúa en un epígrafe dentro de los trastornos afectivos, diferente al trastorno bipolar denominado “trastornos del humor (afectivos) persistentes”.

3.4. TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO

Finalmente, si los pacientes presentan síntomas depresivos y maníacos como principal característica de su trastorno y no cumplen los criterios diagnósticos para ninguno de los trastornos del estado de ánimo, el diagnóstico más apropiado es el de trastorno bipolar no especificado³²⁵.

³²¹ *CIE 10*, cit., p. 163.

³²² *DSM-IV-TR*, cit., p. 446.

³²³ *Ibidem*, cit., p. 445.

³²⁴ *CIE 10*, cit., p. 162.

³²⁵ *DSM-IV-TR*, cit., p. 459.

4. OTROS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

4.1. TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

Constituye un trastorno caracterizado por una notable y persistente alteración del estado de ánimo que puede consistir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución de intereses o del placer o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Dependiendo de la clase de síntoma predominante dicho trastorno presentará uno u otro subtipo, distinguiéndose el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica: con síntomas depresivos, con episodios similares a los depresivos mayores con síntomas maníacos, o con síntomas mixtos.

Es respecto del primero de estos trastornos del estado de ánimo, en el que predominan los síntomas depresivos, sobre el que se conocen datos de prevalencia, observando el DSM-IV-TR que el 25-40 % de los sujetos con ciertas enfermedades neurológicas presentarán una alteración depresiva importante en algún momento durante el curso de la enfermedad. Siendo también en este subtipo donde se aumenta el riesgo de tentativas de suicidio y de suicidio consumado.

Entre las enfermedades médicas que pueden causar alteraciones del humor pueden destacarse: las enfermedades neurológicas degenerativas, patología vascular cerebral, enfermedades metabólicas, enfermedades endocrinas, infecciones víricas o de otro tipo y algunos tipos de cáncer³²⁶.

4.2. TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

La característica principal de este trastorno es que el sujeto sufre una alteración notable y persistente del estado de ánimo provocada por el consumo de una sustancia, ya en situación de intoxicación ya en periodos de abstinencia. Debido a que en algunas sustancias el estado de abstinencia puede aparecer con relativo retraso, el inicio de la

³²⁶ *Ibidem*, cit., pp. 448 y ss.

alteración del estado de ánimo puede ocurrir hasta 4 semanas después del abandono de la sustancia.

La sustancia consumida puede ser de todo tipo, incluso determinados medicamentos, y dependiendo de la misma y del contexto en el que aparecen los síntomas, la alteración puede suponer que el estado de ánimo sea depresivo o con una notable pérdida de intereses o del placer, o que sea un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable³²⁷.

4.3. TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO NO ESPECIFICADO

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas afectivos en que los que es difícil elegir entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado y no se cumplen los criterios para alguno de los trastornos del estado de ánimo anteriormente citados³²⁸.

VII. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Con estos trastornos comienza el DSM-IV-TR a describir los distintos trastornos que podríamos denominar neuróticos. Antes de adentrarnos en su estudio hemos creído conveniente realizar una mención a la llamada neurosis pues aunque constituye un término que ya no aparece en las principales clasificaciones internacionales, sí que nos ayudará a una mejor comprensión de este apartado y los posteriores.

La neurosis posiblemente sea uno de los conceptos psiquiátricos que más se han tratado por la literatura psiquiátrica y sobre la que se han formulado más definiciones, teorías y clasificaciones³²⁹. Este interés por su estudio ha sido debido a que conforma el contingente más importante de pacientes que forman el campo de la Psiquiatría³³⁰, ya que en una sociedad desequilibrada y automatizada como es la actual, cada vez es más evidente esta enfermedad de alcance progresivo que va padeciendo un gran número de personas que aumenta día a día.

³²⁷ *Ibidem*, cit., pp. 453 y ss.

³²⁸ *Ibidem*, cit., p. 459.

³²⁹ GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., p. 139.

³³⁰ VALLEJO RUILOBA, J.: "Neurosis: generalidades", en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 357.

Con una importante evolución a lo largo de su historia, a la que se han unido frecuentes cambios, debe su origen a CULLEN quien en 1769 acuñó este término para definir unas afecciones nerviosas, funcionales, fisiológicas y generales sin fiebre ni lesión³³¹.

Posteriormente PINEL a través de su obra iniciará la concepción anatomoclínica de las neurosis, que durará hasta finales del siglo XIX, momento en el que se producirán las mayores y más actuales aportaciones a su concepto. Todo ello de la mano de FREUD, quien podemos afirmar, tiene el mérito de haber introducido el concepto más revolucionario y descriptivo en este ámbito: el conflicto. Para él, las neurosis son “el resultado de un conflicto entre el Yo y el Ello”³³².

A esta definición han seguido multitud de ellas, podríamos afirmar que casi una por cada autor que estudiaba el tema, de las que podemos extraer como conclusión que se trata un grupo de enfermedades, de muy variada sintomatología, incluso con manifestaciones que en nada se parecen en unos y otros casos, aunque todas tengan en común un desarrollo vivencial psicopatológico³³³. Podríamos incluso certificar que todas las personas la padecen en mayor o menor medida y que es el quantum de angustia, depresión o la inadecuación de las defensas lo que hace que la neurosis entre en el terreno de la patología o no traspase el ámbito de lo normal. Así lo recoge ORTEGA MONASTERIO en su definición al decir que son “alteraciones cuantitativas de la dinámica de la personalidad que se manifiestan en forma de angustia, depresión, o mecanismos patológicos de defensa contra ambos. Se trata de la expresión clínica de conflictos intrapsíquicos ligados a la biografía del sujeto y en cuyo núcleo patogénico están la inseguridad, la angustia y los síntomas corporales derivados de tal angustia, así como los mecanismos de defensa contra dicha angustia y depresión”³³⁴.

Pues bien, las neurosis tienen unas características básicas que se resumen en las siguientes: no son enfermedades en el sentido médico, puesto que salvo en las crisis de

³³¹ *Ibidem* cit., p. 358.

³³² Véase PÉREZ-CURIEL CECCHINI, J.: *Tratamiento penal del drogodependiente:...*, cit., p. 120.

³³³ GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., p. 141.

³³⁴ ORTEGA MONASTERIO, L.: “Semiología y aspectos médico-legales de los grandes síndromes psicopatológicos”, en ORTEGA MONASTERIO, L. y colaboradores: *Psicopatología jurídica y forense*, PPU, Barcelona, 1991, p. 22.

angustia y los trastornos obsesivos, su etiopatogenia es fundamentalmente psicológica; presentan una naturaleza dimensional, ya que el neuroticismo es un factor de personalidad que se desplaza cuantitativamente de menos a más a lo largo de un continuum; la clínica es, asimismo, cuantitativa, dado que los síntomas corresponden a fenómenos que todo sujeto puede sentir en situación normal, aunque una vez estructurado el síndrome neurótico, adquieran naturaleza patológica; su curso es en general crónico con fluctuaciones, su pronóstico es variable según parámetros personales, sociales y terapéuticos y su tratamiento, salvo en determinados casos, se debe enfocar psicológicamente aunque se complemente con abordajes biológicos³³⁵.

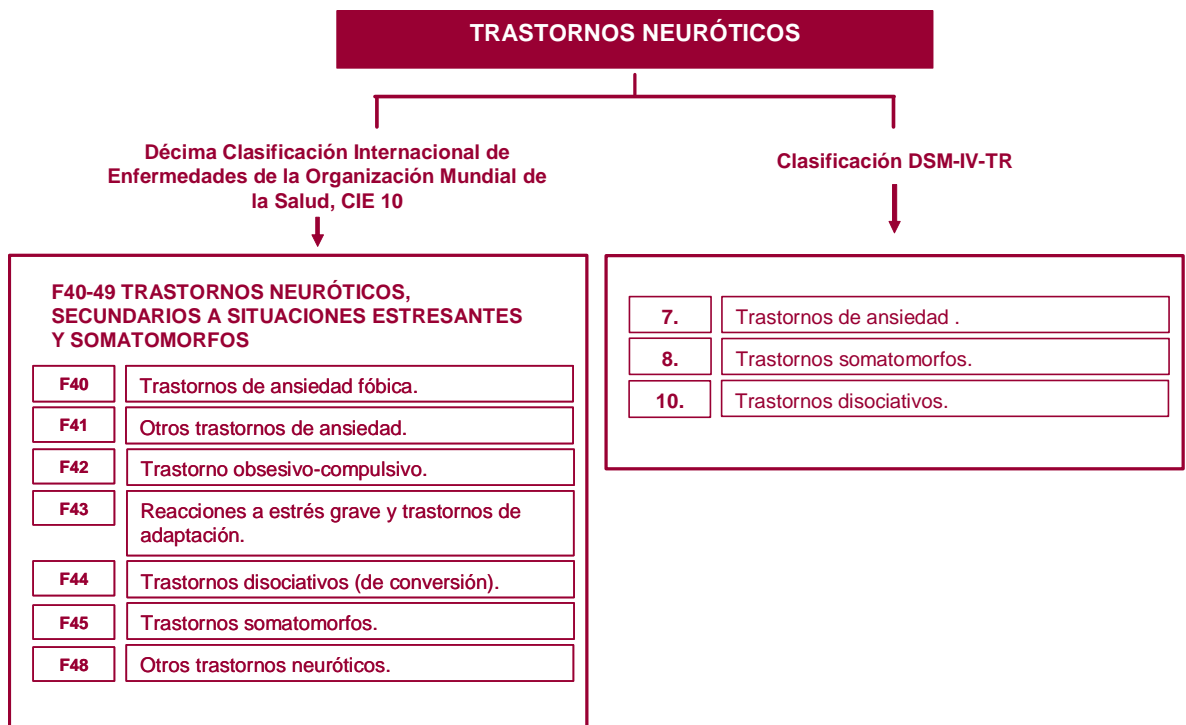
Tanto la CIE 10 como el DSM-IV-TR han suprimido el término *neurosis* de sus clasificaciones, aunque, la naturaleza neurótica de determinados trastornos psíquicos no parece haber sido abandonada completamente. La idea de “trastorno neurótico” (*Neurotic, stressrelated and somatoform disorders*), se halla literalmente presente en la primera de ellas, quedando estos trastornos incluidos en el epígrafe “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, que recoge siete categorías, diferenciando los trastornos de ansiedad propiamente dichos (pánico, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo) de los trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobias sociales, fobias específicas), el trastorno obsesivo-compulsivo, las reacciones a estrés y adaptación, los trastornos somatomorfos, los trastornos disociativos y otros trastornos neuróticos³³⁶. Se crea, además, una nueva categoría, el trastorno mixto ansioso-depresivo (que no existe en el DSM-IV-TR).

Desde el ámbito de la psiquiatría americana el planteamiento de la clasificación de estos trastornos cambia con el DSM-III (1980), que prescindió de este término con objeto de rehuir de su connotación etiológica y centrar la cuestión en los aspectos puramente clínicos y descriptivos. En las versiones posteriores del mismo se mantiene este criterio, quedando agrupados estos trastornos en el actual DSM-IV-TR en tres apartados: los trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos³³⁷.

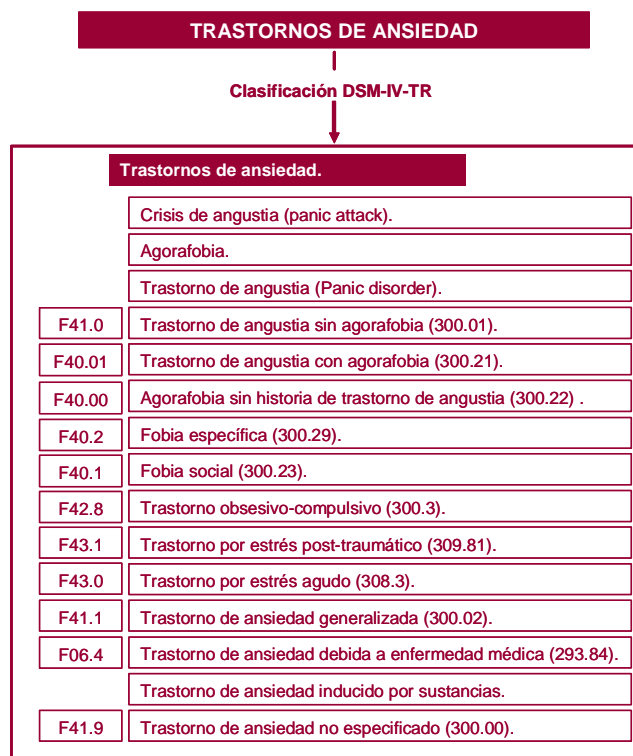
³³⁵ VALLEJO RUILOBA, J.: “Neurosis:...”, cit., pp. 361 y 362.

³³⁶ CIE 10, cit., pp. 167 y ss.

³³⁷ DSM-IV-TR, cit., pp. 477 y ss.



Si nos centramos en los primeros de estos trastornos que contempla el DSM-IV-TR, con la denominación de trastornos de ansiedad, vemos como se distinguen las siguientes categorías:



En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado.

Como dato destacable sobre los mismos, encontramos, que las clasificaciones internacionales actuales (CIE 10 y DSM-IV-TR) han asumido la clasificación sobre fobias que MARKS realizara en 1969, distinguiendo los siguientes tres grupos básicos: agorafobia, fobia social y fobias específicas, si bien en el DSM-IV-TR la agorafobia se subordina al trastorno de pánico, aunque se acepta una agorafobia sin pánico, mientras que en la CIE 10 la agorafobia, independiente del pánico, se incluye entre las ansiedades fóbicas bajo la posibilidad de presentarse con o sin pánico.

1. CRISIS DE ANGUSTIA (PANIC ATTACK)

Constituyen episodios súbitos, de aparición diurna o nocturna, caracterizados por una descarga neurovegetativa, intenso agobio moral, frecuente vivencia de muerte, ansiedad y eventualmente inquietud psicomotriz³³⁸, que alcanzan su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 minutos ó menos)³³⁹, para ir disminuyendo posteriormente hasta desaparecer normalmente en unos 30 a 45 minutos³⁴⁰, pues muy rara vez llegan a superar la hora. Suelen aparecer cuando el sujeto se encuentra realizando actividades rutinarias, tales como leer o comer y repentinamente se ven invadidos por una sensación inminente de miedo y malestar de carácter intenso, junto a la experimentación de varios síntomas asociados, mayoritariamente físicos, como palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o «volverse loco», miedo a morir, parestesias y escalofríos o

³³⁸ VALLEJO RUILOBA, J.: “Trastornos de angustia”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 379.

³³⁹ DSM-IV-TR, cit., p. 478.

³⁴⁰ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Neurosis” en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, p. 1170.

sofocaciones³⁴¹. La mayor parte de las sensaciones físicas de una crisis de este tipo son la manifestación de una hiperestimulación del sistema nervioso autónomo³⁴².

La mayoría de los pacientes desarrollan una ansiedad anticipatoria constante, caracterizada por una sensación continua de aprensión acerca de las posibles ocasiones y las consecuencias del próximo ataque, lo que les hace que se encuentren ampliamente preocupados por ellos³⁴³.

Existen tres tipos diferentes de crisis de angustia: inesperada, ligada claramente a una situación, o aquella que aparece ante una situación que la favorece. Su diferencia estriba en el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales. Las *crisis de angustia inesperadas* se caracterizan porque el individuo no asocia su inicio con un desencadenante situacional externo o interno. Las *crisis de angustia situacionales*, aparecen durante o con anticipación a la exposición a un estímulo situacional. Por último, las *crisis de angustia predispuesta por una situación determinada*, tienen más probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación.

Las crisis de angustia pueden aparecer en distintos trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo³⁴⁴.

2. AGORAFOBIA

El cuadro clínico de la agorafobia consiste en múltiples y variados temores y conductas de evitación centrados en tres temas principales: miedo a abandonar el hogar,

³⁴¹ DSM-IV-TR, cit., p. 478.

³⁴² HOLLANDER, E. y SIMEON, D.: "Trastornos de ansiedad" en HALES, R.E. y YUDOFISKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 363.

³⁴³ *Ibidem*, cit., p.364.

³⁴⁴ DSM-IV-TR, cit., p. 478.

miedo a quedarse solo y miedo a encontrarse lejos del hogar en situaciones en las que uno pueda encontrarse molesto, ridículo o indefenso³⁴⁵.

Lo que se teme es sufrir síntomas desagradables en situaciones de las que no se puede escapar fácilmente o donde no se puede conseguir ayuda con facilidad³⁴⁶. La CIE 10 exige que los temores agorafóbicos estén relacionados entre sí, a veces solapados, y se traducen en miedo 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. A menudo, a estos individuos les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa³⁴⁷. Junto con las crisis de angustia y la ansiedad crónica, los pacientes agorafóbicos suelen presentar síntomas de desmoralización o depresión secundaria, múltiples dolencias somáticas y abuso de alcohol o de sedantes³⁴⁸.

3. TRASTORNO DE ANGUSTIA (PANIC DISORDER)

El diagnóstico de trastorno de angustia se realiza cuando un paciente experimenta crisis de angustia recurrentes, limitadas y espontáneas, que se siguen de un periodo de un mes en el que se observa una anticipación ansiosa persistente o cambios conductuales³⁴⁹. Para efectuar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas, si bien la mayoría de los individuos refieren haber padecido un número considerablemente mayor³⁵⁰.

Dependiendo de si se reúnen o no los criterios de la agorafobia, el diagnóstico será bien trastorno de angustia con agorafobia o bien trastorno de angustia sin agorafobia.

Predomina en mujeres con un diagnóstico dos veces mayor en ellas en el caso del trastorno de angustia sin agorafobia y de 3 a 1 en el caso de trastorno de angustia con agorafobia. Muestra una prevalencia de entre el 1 y el 2% en la población y presenta un

³⁴⁵ HOLLANDER, E. y SIMEON, D.: "Trastornos de ansiedad"..., cit., p.364.

³⁴⁶ *DSM-IV-TR*, cit., p. 481.

³⁴⁷ *CIE 10*, cit., pp. 170 y 171.

³⁴⁸ HOLLANDER, E. y SIMEON, D.: "Trastornos de ansiedad"..., cit., p. 372.

³⁴⁹ *Ibidem*, cit., p. 373.

³⁵⁰ *DSM-IV-TR*, cit., p. 483.

curso variable, normalmente crónico, pues algunas personas sufren brotes episódicos separados por años de remisión, mientras que otras presentan permanentemente un cuadro sintomático intenso³⁵¹. Su inicio suele aparecer generalmente en adultos jóvenes, la mayoría probablemente en el tercer decenio de la vida, aunque su aparición también es posible hasta en el sexto decenio³⁵².

A menudo, el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que aquellos que los padecen terminan por salir escapar de donde se encuentran. Temen volver a sufrir otra crisis y empiezan a preocuparse por ellas en las fases intercrisis. Además, los frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar solo o a ir a sitios públicos³⁵³.

4. AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA

Es un trastorno en el que está presente una agorafobia, con características muy similares a las del trastorno de angustia con agorafobia, salvo en el hecho de que existe temor a la aparición de síntomas similares a la angustia o crisis con sintomatología limitada incapacitantes o extremadamente embarazosos, pero nunca crisis de angustia completas. En el caso de asociarse una enfermedad médica, el miedo a sentir incapacidad o embarazo por la aparición de sus síntomas es claramente excesivo en comparación con el temor habitualmente asociado a ese proceso.

Es mucho más frecuente en mujeres que en hombres. Se conoce poco sobre su prevalencia y curso, aunque algunos estudios reconocen que ha estado presente en algunos individuos durante años, provocando en los mismos un deterioro significativo³⁵⁴.

5. FOBIA ESPECÍFICA

Se definen como temores acusados y persistentes, excesivos e irracionales, desencadenados por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica. La

³⁵¹ *Ibidem*, cit., pp. 485 y 486.

³⁵² HOLLANDER, E. y SIMEON, D.: "Trastornos de ansiedad"..., cit., p. 361.

³⁵³ *CIE 10*, cit., p. 312.

³⁵⁴ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 491 y ss.

exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación determinada³⁵⁵. Estas situaciones muy específicas son la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, viajar en avión, encontrarse en un espacio cerrado, utilizar urinarios públicos, ingerir ciertos alimentos, acudir al dentista, visión de sangre o de heridas o miedo al contagio de enfermedades concretas³⁵⁶.

Según cuales sean las situaciones u objetos del miedo o evitación, se distinguen los distintos subtipos de fobia específica: tipo animal, tipo ambiental, tipo sangre-inyecciones-daño, tipo situacional y otros tipos (atragantamiento y vomito)³⁵⁷.

El síndrome tiene tres componentes: la ansiedad anticipatorio, desencadenada ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico, el temor central y la conducta de evitación mediante la que el individuo minimiza la ansiedad. El miedo no suele provocarlo el objeto en sí, sino las consecuencias terribles que el sujeto cree que se derivarán del contacto con dicho objeto³⁵⁸. Para que estas reacciones puedan ser consideradas como patológicas debe existir, como consecuencia de las mismas, una conducta de evitación, malestar evidente o interferencia significativa de las actividades cotidianas del sujeto, en sus relaciones laborales o sociales en general³⁵⁹.

La fobia específica es más frecuente que la fobia social. Es el trastorno mental más común entre las mujeres y el segundo más común entre los hombres, detrás de los trastornos inducidos por sustancias³⁶⁰. En la población general la tasa de prevalencia anual se sitúa alrededor del 9%, mientras que la prevalencia global oscila entre el 10 y el 11,3%. El contenido de las fobias y su prevalencia muestran considerables variaciones según la cultura y la etnia. La frecuencia según el sexo también varía dependiendo de los tipos de fobia específica. Aproximadamente el 75-90% de las

³⁵⁵ *Ibidem*, cit., p. 494.

³⁵⁶ *CIE 10*, cit., p. 173.

³⁵⁷ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 495 y 496.

³⁵⁸ HOLLANDER, E. y SIMEON, D.: "Trastornos de ansiedad"..., cit., p. 398.

³⁵⁹ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal*..., cit., p. 1225.

³⁶⁰ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría*..., cit., p. 683.

personas que padecen fobia animal o ambiental y situacional son mujeres. Éstas también constituyen el 55-70% de los individuos con fobia a la sangre-inyecciones-daño³⁶¹.

La media de edad de inicio varía en cada tipo de fobia específica, aunque suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas³⁶².

Entre los factores que predisponen a la aparición de fobia específica cabe citar los acontecimientos traumáticos, crisis de angustia inesperadas en la situación que se convertirá en temida, observación de otros individuos que sufren traumatismos o muestran temor y transmisión de informaciones³⁶³.

6. FOBIA SOCIAL

Este trastorno se caracteriza fundamentalmente por el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. Como consecuencia inevitable de la exposición a estos estímulos se produce una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación, por lo que el paciente en la mayoría de las ocasiones intenta evitar las situaciones sociales o actuaciones en público, aunque puede soportarlas si bien experimentando sumo terror. Las actividades típicamente temidas incluyen beber, comer o hablar en público, escribir en presencia de otros o mantener entrevistas, pedir información a desconocidos, utilizar lavabos públicos y ruborizarse³⁶⁴. El diagnóstico puede efectuarse sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo.

Los individuos con fobia social presentan casi siempre en las situaciones sociales temidas, síntomas de ansiedad como palpitaciones, temblores, sudoración, molestias

³⁶¹ *DSM-IV-TR*, cit., p. 497.

³⁶² *CIE 10*, cit., p. 173.

³⁶³ *DSM-IV-TR*, cit., p. 498.

³⁶⁴ VALLEJO RUILOBA, J.: "Fobias", en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 393.

gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión. En los casos más serios, estos síntomas pueden llegar a cumplir los criterios diagnósticos de una crisis de angustia³⁶⁵.

Las fobias sociales suelen tener su inicio principalmente en la adolescencia y al principio de la edad adulta³⁶⁶ y se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres³⁶⁷. Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 13%, pudiendo mostrarse una considerable variación a través de las diferentes culturas³⁶⁸. Los síntomas pueden iniciarse de forma aguda pero normalmente aparece de forma insidiosa durante meses o años sin que pueda identificarse un desencadenante claro³⁶⁹, aunque se cree en la interacción entre factores biológicos y genéticos, por un lado, y ambientales, por otro³⁷⁰.

La CIE 10³⁷¹ también contempla un apartado para “otros trastornos de ansiedad fóbica” y para el “trastorno de ansiedad fóbica sin especificación”, donde incluye la “fobia sin especificación” y el “estado fóbico sin especificar”.

7. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes³⁷² lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas, un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo³⁷³.

Una obsesión es un fenómeno intrusivo, no deseado y que generalmente provoca ansiedad y malestar. Pueden tomar la forma de pensamientos, ideas, imágenes, rumiaciones, convicciones, temores o impulsos de carácter insólito, que el paciente vive como extraños, pero que reconoce, son producto de su mente. De carácter reiterativo y

³⁶⁵ *DSM-IV-TR*, cit., p. 502.

³⁶⁶ HOLLANDER, E. y SIMEON, D.: “Trastornos de ansiedad”..., cit., p. 393.

³⁶⁷ *CIE 10*, cit., p. 172.

³⁶⁸ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 504 y 505.

³⁶⁹ HOLLANDER, E. y SIMEON, D.: “Trastornos de ansiedad”..., cit., p. 393.

³⁷⁰ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría*..., cit., p. 683.

³⁷¹ *CIE 10*, cit., pp. 174 y ss.

³⁷² *Ibidem*, cit., p. 179.

³⁷³ *DSM-IV-TR*, cit., p. 510.

persistente, y con un contenido negativo, el sujeto intenta siempre oponer resistencia lo que genera ansiedad e interferencias en las distintas áreas de la vida.

Las obsesiones se acompañan normalmente de compulsiones, aunque también pueden constituir el síntoma principal y único. Según la CIE 10 “los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. 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 rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros”³⁷⁴. Hay que señalar que, si bien las compulsiones suelen presentarse en actos o conductas manifiestas, algunos pensamientos actúan de hecho como compulsiones mentales pues su objetivo es neutralizar los pensamientos intrusos³⁷⁵.

Los síntomas de un paciente obsesivo-compulsivo pueden solaparse y cambiar con el tiempo, pero suele presentar cuatro patrones sintomáticos principales, que son: 1) Contaminación. Constituye el patrón más común donde aparece una obsesión de contaminación, seguida de lavados o acompañado de la evitación compulsiva del objeto supuestamente contaminado. Aunque la ansiedad es la respuesta emocional más frecuente al objeto temido, la vergüenza obsesiva y la repugnancia también son comunes, 2) Duda patológica: Es el segundo patrón más usual y consiste en una obsesión de duda seguida por la compulsión de comprobar. Los pacientes tienen una auto-desconfianza obsesiva y siempre se sienten culpables de haberse olvidado de haber hecho algo, 3) Pensamientos intrusivos. Conforman el tercer patrón más frecuente compuesto por pensamientos obsesivos intrusivos sin compulsión, normalmente pensamientos sexuales o agresivos que el paciente considera reprochables. 4) Finalmente el cuarto patrón supone la necesidad de simetría y precisión, que puede conducir a una compulsión de lentitud³⁷⁶.

³⁷⁴ CIE 10, cit., p. 179.

³⁷⁵ VALLEJO RUILOBA, J.: “Trastornos obsesivos”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 421.

³⁷⁶ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., pp. 692 y ss.

Aunque antes se creía que el trastorno obsesivo-compulsivo era relativamente raro en la población general, estudios recientes han estimado una prevalencia global del 2,5% y una prevalencia anual que se sitúa entre el 0,5 y el 2,1%.

Suele iniciarse en la adolescencia o a principios de la edad adulta, aunque también puede hacerlo en la infancia. La edad modal de inicio es menor en los varones que en las mujeres: entre los 6 y 15 años para los varones, y entre los 20 y 29 años para las mujeres. La mayor parte de las veces la aparición del trastorno es de carácter gradual, si bien se han observado casos de inicio agudo. La mayoría de los individuos presentan un curso crónico y variable, ya que algunos pacientes experimentan fluctuaciones mientras que otros permanecen con un patrón constante. Además suelen padecer también otros trastornos mentales, como la depresión³⁷⁷.

La CIE clasifica varios subtipos de este trastorno dependiendo de la sintomatología predominante: con predominio de las obsesiones o las compulsiones o la mezcla de ambas, distinguiendo finalmente un apartado para otros trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos obsesivos-compulsivos sin especificación³⁷⁸.

8. TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

Surge como respuesta tardía o diferida al haber sido testigo, haber participado, o haber escuchado un acontecimiento estresante o una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica³⁷⁹. La persona reacciona ante esta experiencia con miedo, impotencia, reviviendo de manera persistente el suceso e intentando evitar que se lo recuerden³⁸⁰.

Las principales características clínicas del trastorno por estrés postraumático son la reexperimentación dolorosa del suceso, un patrón de evitación y embotellamiento emocional, y una hiperactivación del sistema nervioso autónomo. El acontecimiento traumático se reexperimenta a través de recuerdos dolorosos, intrusos y recurrentes, durante episodios de ensoñación diurna o en forma de pesadillas. El embotellamiento

³⁷⁷ *DSM-IV-TR*, cit., p. 514.

³⁷⁸ *CIE 10*, cit., pp. 181 y 182.

³⁷⁹ *Ibidem*, cit., p. 185.

³⁸⁰ *DSM-IV-TR*, cit., p. 518.

psíquico se manifiesta por una disminución de la capacidad de respuesta al mundo externo, con sensación de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia, pérdida de interés en actividades habituales e incapacidad para sentir emociones, de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Los síntomas de hiperactivación vegetativa incluyen hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio³⁸¹.

Los síntomas se acompañan de sentimiento de culpa, ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. Entre los síntomas asociados destacan la agresividad, la violencia, un déficit en el control de los impulsos y trastornos relacionados con sustancias³⁸².

Este trastorno puede aparecer a cualquier edad, normalmente un tiempo después de que se haya producido el trauma, que puede ir desde unas pocas semanas hasta meses. Su curso es variable y la duración también suele presentar considerables variaciones³⁸³.

9. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

Es un trastorno transitorio de importante gravedad que se produce como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional. Con una duración de horas o días, debe producirse en el mes siguiente a la exposición al acontecimiento estresante. Dicho estrés es provocado por una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona/as queridas o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo.

Los síntomas que caracterizan a este trastorno suelen ser muy variables y aparecer mezclados. En el período inicial, se produce un estado de “embotamiento” con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación, posteriormente un acusado intento de alejamiento de la circunstancia y cierta agitación e hiperactividad. Normalmente junto a los mismos

³⁸¹ HOLLANDER, E. y SIMEON, D.: “Trastornos de ansiedad”..., cit., p. 424.

³⁸² KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 701.

³⁸³ *DSM-IV-TR*, cit., p. 521.

aparecen también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor)³⁸⁴.

10. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada es una patología común caracterizada por el padecimiento de una ansiedad y preocupación generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular³⁸⁵. Con una prevalencia anual que oscila entre un 3 y un 8%, constituye probablemente el trastorno que más a menudo coexiste con otro trastorno mental, en particular con fobias, trastorno de angustia y depresión³⁸⁶.

Entre sus síntomas principales encontramos la ansiedad, que se caracteriza por ser excesiva e interferir con otros aspectos de la vida de la persona; la tensión motora, que se manifiesta con frecuencia en forma de temblores, inquietud y dolores de cabeza; la hiperactividad autónoma, que suele aparecer por respiraciones entrecortadas, sudoración excesiva, palpitaciones, y diferentes síntomas gastrointestinales; y la alerta cognoscitiva, que es patente por la irritabilidad y la facilidad con que se sobresaltan los pacientes³⁸⁷.

Con considerables variaciones culturales en cuanto a la expresión de la ansiedad, el trastorno es ligeramente más frecuente en mujeres que en varones. Su edad de inicio parece difícil de establecer ya que normalmente el sujeto no recuerda en su vida un solo momento en el que no se sintiese ansioso, aunque más de la mitad de los pacientes que acuden a la consulta manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada empezó en la segunda infancia o la adolescencia, no siendo raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. Dada su comorbilidad, su curso y pronóstico es difícil de predecir, aunque lo que sí parece claro es que se trata de un trastorno crónico que puede durar

³⁸⁴ CIE 10, cit., pp. 183 y 184.

³⁸⁵ *Ibidem*, cit., p. 176.

³⁸⁶ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 705.

³⁸⁷ *Ibidem*, cit., p. 707.

toda la vida, pero con un carácter fluctuante con frecuentes agravamientos coincidiendo con períodos de estrés³⁸⁸.

11. TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

El DSM-IV-TR recoge como característica esencial de este trastorno “la existencia de ansiedad clínicamente significativa que se considera secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica”³⁸⁹. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones. Las enfermedades médicas que provocan este trastorno marcarán la prevalencia e inicio del trastorno, siendo las más frecuentes: enfermedades endocrinas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades metabólicas y enfermedades neurológicas³⁹⁰.

12. TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS

Trastorno no recogido en la CIE 10, que el DSM-IV-TR describe como trastorno caracterizado por la presencia de síntomas de ansiedad, de inicio durante la intoxicación o el síndrome de abstinencia de una sustancia, ya sea drogas, fármacos o tóxicos. Será la naturaleza de la sustancia y el contexto en el que aparecen los síntomas los que determinarán que el trastorno pueda incluir ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y obsesiones o compulsiones³⁹¹.

13. TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo³⁹².

³⁸⁸ *DSM-IV-TR*, cit., p. 532.

³⁸⁹ *Ibidem*, cit., pp. 534 y 535.

³⁹⁰ *Ibidem*, cit., pp. 534 y ss.

³⁹¹ *Ibidem*, cit., p. 538.

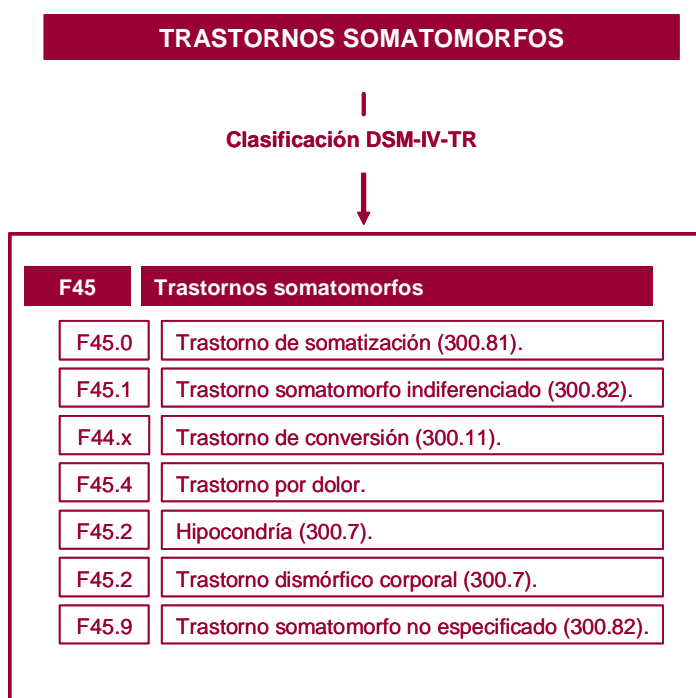
³⁹² *Ibidem*, cit., p. 543.

VIII. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Nos encontramos ante un grupo heterogéneo de trastornos que comparten la característica común de presentar de forma reiterada síntomas somáticos a los que acompañan unas demandas persistentes de exploraciones clínicas, las cuales muestran repetidos resultados negativos y ante las que los médicos muestran continuas garantías de que los síntomas no tienen una justificación somática.

Frecuentemente, en dichos trastornos aparece un comportamiento de demanda de atención (histriónico), sobre todo en aquellos enfermos que se muestran resentidos por su fracaso al no convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza fundamentalmente somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales³⁹³.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad de esta categoría y con objeto de realizar una descripción precisa, vamos a clasificar y abordar por separado cada uno de los diferentes trastornos que la conforman:



³⁹³ CIE 10, cit., p. 201.

1. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

Constituye el trastorno somatomorfo más extendido y a la vez el más meticulosamente estudiado y validado en términos de fiabilidad diagnóstica³⁹⁴.

Su característica principal consiste en la presencia antes de los 30 años de múltiples, recurrentes y variables síntomas somáticos que normalmente han estado ya presentes durante años antes de buscar asistencia médica, y para los cuales no existe una base somática, explicación de los médicos que se niegan a aceptar.

Debe existir una historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas diferentes (p. ej., cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax, recto) o con diversas funciones como por ejemplo la menstruación. Asimismo, al menos debe haber dos síntomas de tipo gastrointestinal, y una historia con un mínimo de un síntoma sexual o reproductivo. Finalmente, también debe existir una historia con por lo menos un síntoma distinto al dolor, que sugiere la presencia de un trastorno neurológico³⁹⁵.

El curso de este trastorno es crónico con fluctuaciones en la frecuencia y la diversidad de los síntomas. Produce interferencias duraderas en la actividad social, interpersonal y familiar y, en raras ocasiones, si es que lo hace, remite totalmente³⁹⁶.

Su prevalencia e incidencia no se conoce con claridad, aunque se han realizado varios estudios que indican prevalencias variables que van desde el 0.2% hasta un 2% en mujeres y menos de un 0.2% en hombres³⁹⁷.

2. TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO

Trastorno caracterizado por la presencia de quejas somáticas múltiples, variables y persistentes, que no llegan a constituir el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización. Los síntomas en los que se basa el diagnóstico psiquiátrico

³⁹⁴ YUTZY, S.H.: “Trastornos somatomorfos”, en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 454.

³⁹⁵ *DSM-IV-TR*, cit., p. 546.

³⁹⁶ *CIE 10*, cit., pp. 202 y 203.

³⁹⁷ *DSM-IV-TR*, cit., p. 548.

de este trastorno no deben quedar justificados por una base somática, aunque pueden existir en ocasiones sospechas de la existencia de un motivo psicológico³⁹⁸.

3. TRASTORNO DE CONVERSIÓN

Se caracteriza por la presencia de síntomas o déficit que afectan las funciones motoras o sensoriales y que sugieren un trastorno neurológico o alguna otra enfermedad médica. Se asocian al mismo, factores psicológicos, ya que se ha observado que el inicio o la exacerbación de los síntomas o los déficit vienen precedidos por conflictos o por otros acontecimientos estresantes.

Entre los síntomas de conversión están los relacionados con la actividad motora voluntaria o sensorial. De ellos, en el primero de los casos destacan las alteraciones de la coordinación y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, afonía, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta y retención urinaria. Entre los segundos, la pérdida de sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera y alucinaciones. También pueden aparecer crisis o convulsiones.

Este trastorno se presenta con mayor frecuencia entre las poblaciones rurales, en los individuos de bajo *status* económico y en las personas menos conocedoras de los conceptos médicos y psicológicos, apareciendo en un número más elevado de mujeres que de hombres.

En el caso de ellas, los síntomas se presentan más habitualmente en el lado izquierdo del cuerpo que en el derecho y pueden presentar más tarde todo el cuadro de síntomas del trastorno de somatización. En los varones, por su parte, suele ser especialmente evidente su asociación con el trastorno antisocial de la personalidad y aparece sobre todo en contextos militares y de accidentes laborales³⁹⁹.

Para el diagnóstico de este trastorno la historia clínica del paciente debe reflejar como datos más relevantes: a) presencia de factores psicológicos relacionados con el síntoma; b) cuadro clínico atípico, sin organización según una enfermedad médica definida; c) presencia de *belle indifference*; d) personalidad previa frecuentemente

³⁹⁸ CIE 10, cit., p. 204.

³⁹⁹ DSM-IV-TR, cit., pp. 553 y ss.

anormal; e) modificación de los síntomas por sugestión; f) ganancia secundaria; g) antecedentes de otros episodios conversivos, y h) acontecimientos de vida conflictivos⁴⁰⁰.

4. TRASTORNO DE DOLOR

Caracterizado por la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. Dicho dolor provoca malestar significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, que le hace merecedor de atención médica⁴⁰¹.

Se da con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. En cualquiera de los casos, el dolor físico se convierte en el centro de la vida de quien lo padece, lo que les produce todo su malestar. Se considera que existen factores psicológicos que desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación y/o mantenimiento⁴⁰².

5. HIPOCONDRIA

La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, que se muestra por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos. Presente en ambos sexos, no suele aparecer después de los 50 años y tanto el curso de los síntomas como el de la incapacidad consecuente son por lo general crónicos aunque con oscilaciones en su intensidad. Suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, lo que puede justificar diagnósticos adicionales⁴⁰³.

⁴⁰⁰ VALLEJO RUILOBA, J.: "Histeria", en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 405.

⁴⁰¹ *DSM-IV-TR*, cit., p. 560.

⁴⁰² DÍEZ, C. y SÁNCHEZ-PLANELL, L.: "Otros trastornos neuróticos y psicosomáticos", en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 438.

⁴⁰³ *CIE 10*, cit., p. 205.

6. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Se caracteriza por una preocupación repetida y persistente por un defecto imaginado o exagerado de la apariencia física, que provoca malestar significativo o se asocia con un deterioro del funcionamiento. De inicio gradual o repentino, normalmente entre los 15 y los 20 años, presenta un curso continuo, con pocos intervalos sin síntomas, a pesar de que su intensidad puede presentar altibajos.

El DSM-IV-TR recoge entre los síntomas más usuales “defectos imaginarios o de poca importancia en la cara o la cabeza, como son delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, manchas vasculares, palidez o enrojecimiento del cutis, hinchazones, asimetría o desproporción facial y vello excesivo en la cara. Estos individuos pueden preocuparse también por la forma, el tamaño u otros aspectos de su nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza. Sin embargo, cualquier otra parte del cuerpo puede ser igualmente motivo de preocupación”⁴⁰⁴.

Es frecuente que se asocien: a) ideas de referencia, b) comprobaciones delante del espejo, o bien evitación de superficies reflectantes por la ansiedad que produce percatarse del defecto; c) intentos de ocultar la deformidad física del sujeto, d) evitación de actividades sociales y e) intentos de suicidio⁴⁰⁵.

7. TRASTORNO SOMATOMORFO NO ESPECIFICADO

En esta categoría se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios para un trastorno somatomorfo específico⁴⁰⁶.

IX. TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Trastornos de origen psicógeno, que comparten como rasgo fundamental una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la

⁴⁰⁴ DSM-IV-TR, cit., pp. 570 y 571.

⁴⁰⁵ DÍEZ, C. y SÁNCHEZ-PLANELL, L.: “Otros trastornos neuróticos...”, cit., p. 440.

⁴⁰⁶ DSM-IV-TR, cit., p. 574.

percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica⁴⁰⁷.

Dichos trastornos quedan descritos a través de los siguientes subtipos:

TRASTORNOS DISOCIATIVOS	
↓ Clasificación DSM-IV-TR ↓	
F44	Trastornos disociativos.
F44.0	Amnesia disociativa (300.12).
F44.1	Fuga disociativa (300.13).
F44.81	Trastorno de identidad disociativo (300.14).
F48.1	Trastornos de despersonalización (300.6).
F44.9	Trastorno disociativo no especificado (300.15).

1. AMNESIA DISOCIATIVA

Se caracteriza por la pérdida de memoria en general para hechos recientes importantes, no debida a un trastorno mental orgánico y demasiado intensa como para ser explicada por un olvido ordinario o por cansancio⁴⁰⁸.

En la amnesia disociativa se han descrito varios tipos de alteración de la memoria: la *amnesia localizada* consiste en que el individuo no puede recordar los acontecimientos que se han presentado durante un período de tiempo circunscrito, por lo general, a las primeras horas que siguen a un acontecimiento profundamente perturbador. En la *amnesia selectiva* el sujeto puede recordar algunos acontecimientos que se han presentado durante un período de tiempo circunscrito. Tratándose de *amnesia generalizada*, la imposibilidad de recordar abarca toda la vida del individuo. La *amnesia continua* se define como la incapacidad para recordar acontecimientos que han tenido lugar desde un momento determinado hasta la actualidad. Por último, en la

⁴⁰⁷ *Ibidem*, cit., p. 581.

⁴⁰⁸ *CIE 10*, cit., p. 192.

amnesia sistematizada aparece una pérdida de memoria para ciertos tipos de información, como los recuerdos relacionados con la propia familia o con alguien en particular. Las tres últimas clases son menos frecuentes que las anteriores⁴⁰⁹.

Este trastorno se puede presentar a cualquier edad, desde la infancia hasta la edad adulta, aunque se presenta con mayor frecuencia en los adultos jóvenes. El individuo puede explicar un solo episodio de amnesia, aunque normalmente suelen ser dos o tres con una duración que puede comprender desde minutos hasta años⁴¹⁰.

2. FUGA DISOCIATIVA

La fuga disociativa tiene todas las características de una amnesia disociativa, a la que se añade la realización de viajes repentinos, lejos del hogar o trabajo, con incapacidad para recordar el pasado y confusión sobre la identidad personal y en ocasiones la asunción de una nueva identidad.

Los viajes que realizan estos enfermos pueden durar muy poco tiempo o, por el contrario, consistir en largos períodos de vagabundeo sin rumbo en los que recorren muchos países y viajan miles de kilómetros.

De inicio brusco, tienen una duración de horas o días, durante las cuales el paciente mantiene el aseo y los cuidados personales necesarios siendo su comportamiento del todo normal⁴¹¹.

3. TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

Se trata de un raro fenómeno, caracterizado por la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad, de forma que cada uno controla de forma recurrente y súbita la conducta del sujeto un cierto tiempo, sin relación con la personalidad y actividad anterior⁴¹².

Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida

⁴⁰⁹ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 582 y 583.

⁴¹⁰ *CIE 10*, cit., p. 192.

⁴¹¹ *Ibidem*, cit., p. 194.

⁴¹² *Ibidem*, cit., p. 200.

única⁴¹³. Generalmente hay una identidad primaria con el nombre del individuo, que es pasiva, dependiente, culpable y depresiva. Las identidades alternantes poseen habitualmente diferentes nombres y rasgos que contrastan con la identidad primaria. Normalmente, una personalidad domina y solo se efectúa el cambio a otra, de forma brusca, tras alguna vivencia penosa⁴¹⁴.

4. TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN

Es un trastorno poco frecuente, caracterizado por la presencia de episodios persistentes o recidivantes de despersonalización, en la que el enfermo tiene la sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo. De aparición normalmente en el contexto de enfermedades depresivas, trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos o en individuos mentalmente sanos que presentan estados de fatiga, privación sensorial, intoxicación alucinógena, o como un fenómeno hipnagógico o hipnopómpico.

En él, el paciente se queja espontáneamente de la vivencia de que su propia actividad mental, su cuerpo, su entorno o todos ellos, están cualitativamente transformados, de manera que se han vuelto irreales, lejanos o mecánicos. El enfermo puede sentir que ya no es él quien rige su propia actividad de pensar, imaginar o recordar, que sus movimientos y comportamiento le son de alguna manera ajenos, que su cuerpo le parece desvitalizado, desvinculado de sí mismo o extraño, que los objetos, las personas o incluso su entorno parecen irreales, distantes, artificiales, desvaídos, desvitalizados, etc⁴¹⁵.

5. TRASTORNO DISOCIATIVO NO ESPECIFICADO

En esta categoría se incluyen los trastornos cuya característica predominante es un síntoma disociativo pero que no cumple los criterios para el diagnóstico de ningún trastorno disociativo específico⁴¹⁶.

⁴¹³ *Ibidem*, cit.

⁴¹⁴ *DSM-IV-TR*, cit., p. 589.

⁴¹⁵ *CIE 10*, cit., pp. 213 y 214.

⁴¹⁶ *DSM-IV-TR*, cit., p. 596.

X. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA INCLINACIÓN SEXUAL: PARAFILIAS

Las parafilias denominadas en la CIE 10 trastornos de la inclinación sexual, son un grupo de afecciones en las que el sujeto que las padece tiene una actividad sexual distinta de las pautas consideradas como más normales, alcanzando la excitación sexual con determinados estímulos que no forman parte de los patrones de la conducta sexual normal, tales como repetidas e intensas fantasías sexuales, impulsos o comportamientos sexuales ante situaciones u objetos no humanos, con sufrimiento o humillación de la pareja, con niños u otras personas que no consienten⁴¹⁷.

Algunas de estas fantasías y comportamientos asociados con las parafilias pueden iniciarse en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia, pero su desarrollo se define y elabora mejor durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta.

Rara vez provocan en los pacientes malestar personal, acudiendo los individuos para recibir tratamiento debido a la presión de sus cónyuges o de las autoridades, y además suele tratarse de conductas que ocurren, en muchos casos, en la intimidad, y por ende se hace compleja su observación, objetivación y cuantificación⁴¹⁸. Por eso, existen pocos datos sobre la prevalencia o el curso de muchos de estos trastornos, aunque sí se está de acuerdo en que afectan más a los varones, salvo en el masoquismo en el que también están implicadas mujeres.

Los cuadros clínicos de parafilias surgen, en ocasiones, de forma aislada, pero es frecuente la asociación de más de una de ellas, que concurren simultáneamente⁴¹⁹.

La CIE 10⁴²⁰ recoge específicamente el epígrafe de “Trastornos de la inclinación sexual” mientras que el DSM-IV-TR⁴²¹ refiere dichos trastornos bajo el nombre de parafilias, que junto a los trastornos sexuales, de la identidad sexual y el trastorno sexual no especificado, conforman el epígrafe de “Trastornos sexuales y de la identidad sexual”. Estos trastornos se clasifican a su vez en:

⁴¹⁷ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1287.

⁴¹⁸ CÁCERES CARRASCO, J.: *Parafilias y violación*, Síntesis, Madrid, 2001, pp. 15 y 16.

⁴¹⁹ *DSM-IV-TR*, cit., p. 636.

⁴²⁰ *CIE 10*, cit., pp. 269 y ss.

⁴²¹ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 634 y ss.



De todos estos trastornos sólo vamos a estudiar aquellos que presentan relevancia penal por repercutir en la imputabilidad del sujeto que los padece. En particular, exhibicionismo, pedofilia, masoquismo y sadismo sexual.

1. EXHIBICIONISMO

Consiste en una tendencia persistente o recurrente a exponer los órganos genitales ante otros, normalmente extraños del sexo opuesto en lugares públicos, sin incitarlos o intentar un contacto más íntimo. Frecuentemente, aunque no siempre, suele haber una excitación sexual durante el período de la exposición y el acto suele terminar en una masturbación.

Se trata de un trastorno que padecen casi en exclusiva los varones. Es frecuente que se manifieste sólo en períodos de crisis o de tensiones emocionales, de manera que existen otros períodos en los cuales está ausente cualquier comportamiento de esta clase⁴²².

⁴²² CIE 10, cit., pp. 270 y 271.

Su inicio se produce generalmente antes de los 18 años y declina durante la madurez, después de los 40 años⁴²³. Ha sido calificada como la parafilia más frecuentes, junto con una de sus variantes, las llamadas telefónicas obscenas⁴²⁴.

2. PEDOFILIA

Se cree que debe su aparición a la existencia de abusos sexuales infantiles en el propio paciente⁴²⁵. Consiste en una preferencia sexual por los niños, dentro de un margen de edad particular y concreto, normalmente de edad prepuberal o de la pubertad temprana. Algunos de los afectados sienten atracción únicamente por las chicas, otros únicamente por los chicos y otros están interesados por ambos sexos, siendo más frecuente la que afecta a las chicas⁴²⁶. El DSM-IV-TR exige además que el sujeto pedófilo tenga al menos 16 años o más y siempre debe existir con su víctima una diferencia de al menos cinco años.

Las actividades que el enfermo suele realizar con los niños se limitan simplemente a desnudarlos, a observarlos, a exponerse frente a ellos, a masturbarse en su presencia o acariciarlos y tocarlos suavemente. Otros, sin embargo, efectúan felaciones o cunnilingus, o penetran la vagina, la boca, el ano del niño con sus dedos, objetos extraños o el pene, utilizando diversos grados de fuerza para conseguir estos fines⁴²⁷.

Estas actividades deben ser persistentes o predominantes llegando en los verdaderos pedófilos a ser un hábito⁴²⁸.

El trastorno empieza por lo general en la adolescencia, aunque algunos individuos manifiestan que no llegaron a sentirse atraídos por los niños hasta la edad intermedia de la vida. La frecuencia del comportamiento pedofílico fluctúa a menudo con el estrés psicosocial. El curso es habitualmente crónico, en especial en quienes se sienten

⁴²³ DSM-IV-TR, cit., p. 637.

⁴²⁴ CÁCERES CARRASCO, J.: *Parafilias...*, cit., p. 19.

⁴²⁵ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Trastornos de la Personalidad", en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, p. 1196.

⁴²⁶ CIE 10, cit., p. 271.

⁴²⁷ DSM-IV-TR, cit., p. 639.

⁴²⁸ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1293.

atraídos por los individuos del propio sexo, que suelen ser aproximadamente el doble de lo que prefieren el otro sexo⁴²⁹.

3. MASOQUISMO SEXUAL

La característica esencial del masoquismo sexual consiste en el acto (real, no simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier otro tipo de sufrimiento. En estos casos, las fantasías masoquistas suponen por lo general el hecho de ser violado o de estar atado y obligado a servir a los demás, de forma que no existan posibilidades de escapar.

Este trastorno suele comenzar en la edad adulta, con un curso crónico y las fantasías que provoca pueden realizarse con otra persona o estando el sujeto solo.

Los actos masoquistas que se pueden realizar con una pareja suponen restricción de movimientos, vendajes en los ojos, apaleamiento, paliza, latigazos, golpes, descargas eléctricas, cortes, pinchazos y perforaciones, y humillaciones⁴³⁰.

Con mucha frecuencia, el “guión” seguido tanto por sádicos como por masoquistas está bien delimitado, manteniendo el dolor dentro de unos límites muy marcados, pues rara vez pierden el control. Muy elaborado, donde ya han marcado y preestablecido las señales que han de utilizar, indicadoras de los límites hasta donde se está dispuesto a seguir o soportar⁴³¹. Aunque en ocasiones, y si se lleva a cabo la llamada “hipoxifilia”, que supone la excitación sexual a través de la privación de oxígeno, se han producido muertes accidentales.

Algunos individuos con masoquismo sexual presentan también fetichismo, fetichismo transvestista o sadismo sexual⁴³².

4. SADISMO SEXUAL

Se trata de un trastorno crónico, de inicio generalmente en la edad adulta (aunque las fantasías sexuales sádicas probablemente se dan ya en la infancia) que implica la

⁴²⁹ CÁCERES CARRASCO, J.: *Parafilias...*, cit., p. 23.

⁴³⁰ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 640 y ss.

⁴³¹ CÁCERES CARRASCO, J.: *Parafilias...*, cit., p. 25.

⁴³² *DSM-IV-TR*, cit., p. 641.

realización de actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento físico o psicológico (incluyendo la humillación) del otro es sexualmente excitante.

La pareja de las relaciones sexuales sádicas puede consentir o no la relación. Si la relación es consentida puede aparecer una conducta masoquista en la pareja de dicha relación⁴³³. Si no la consiente aparece impuesta de forma violenta, provocando el sádico sufrimiento para obtener excitación sexual.

Las técnicas de sadismo son muy variadas, pudiendo involucrar actividades que indican la dominancia del sujeto sobre la persona con la que realiza las conductas. Pueden, asimismo, concretarse en el hecho de inmovilizarla físicamente, tenerla atada con los ojos vendados, darle una paliza, golpearla, azotarla, pincharla, quemarla, aplicarle descargas eléctricas, violarla, efectuarle cortes, intentos de estrangulación, torturas, mutilación o incluso la muerte⁴³⁴.

El sadismo puede estar asociado a otras parafilias como la necrofilia y la antropofagia⁴³⁵.

XI. TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS

Son trastornos del comportamiento no clasificables en otros apartados, que se caracterizan por la ejecución de actos repetidos sin motivación racional clara que normalmente dañan los intereses del propio enfermo y de los demás⁴³⁶. Tienen en común la tendencia a realizar actos en cortocircuito⁴³⁷. En la mayoría de estos trastornos el individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de realizar el

⁴³³ La CIE 10 contempla el trastorno sadomasoquista que define como “una preferencia por actividades sexuales que implican el infringir dolor, humillación o esclavitud” (CIE 10, cit., p. 272).

⁴³⁴ DSM-IV-TR, cit., pp. 642 y ss.

⁴³⁵ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1295.

⁴³⁶ CIE 10, cit., p. 261.

⁴³⁷ CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La Salud Mental en los Tribunales. Manual de Psiquiatría Forense y Deontología Profesional*, 2ª ed. revisada y ampliada, Arán, Madrid, 2007, p. 194.

hecho y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede o no haber arrepentimiento, autorreproches o culpa⁴³⁸.

No se conocen las causas de los mismos, aunque parece que podrían intervenir factores psicológicos, biológicos y psicosociales, por lo que la razón de su agrupamiento juntos es debido a las grandes semejanzas descriptivas, pues los sujetos que los sufren, tal y como describen DELGADO BUENO y RODRÍGUEZ MARTOS DAUER, presentan las siguientes características comunes:

- Fracaso repetido en resistir un impulso (ataque o tentación) a realizar algún acto que produzca daño a la propia persona o a otras.

- Aumento en la sensación de tensión o activación antes del acto.

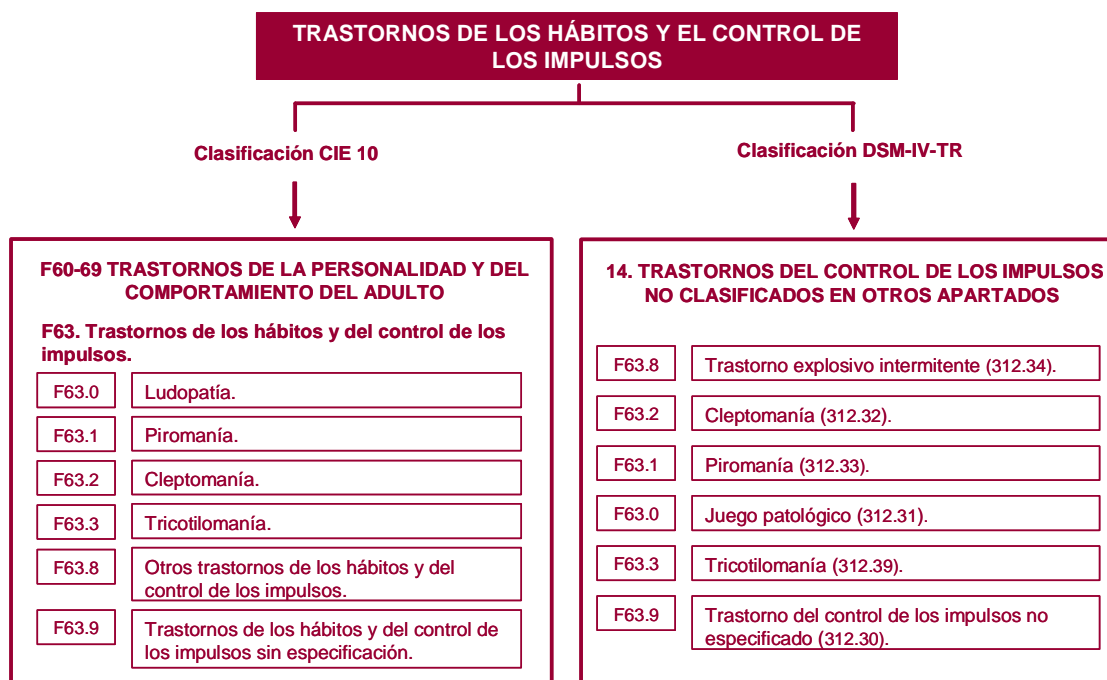
- La persona experimenta placer, gratificación o alivio después de cometer el acto.

- La conducta es egosintónica, es decir, consecuente con el deseo consciente inmediato del individuo. Después del acto puede haber o no arrepentimiento, autorreproches o sentimientos de culpabilidad⁴³⁹.

En cuanto a los subtipos que forman parte de estos trastornos, vienen contemplados en las dos clasificaciones internacionales, aunque no debemos pensar que estamos ante un capítulo cerrado ya que posiblemente se irán incluyendo otras conductas secundarias a la pérdida del control de los impulsos. Estos trastornos son:

⁴³⁸ *DSM-IV-TR*, cit., p. 741.

⁴³⁹ DELGADO BUENO, S. y RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A.: “Los trastornos en el control de los impulsos en Psiquiatría forense. Especial referencia al juego patológico” en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, p. 817.



1. TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

Trastorno que no aparece con mucha frecuencia, con inicio abrupto y sin periodos prodrómicos desde la infancia y hasta los 20 años de edad. Su curso es variable, dependiendo de las personas, puede ser crónico o más episódico. Se manifiesta en forma de episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que da lugar a violencia o destrucción de la propiedad y que resultan claramente desproporcionados respecto a cualquier posible desencadenante⁴⁴⁰.

Los sujetos que lo padecen refieren los episodios como crisis o ataques de agresividad que aparecen en cuestión de minutos y, posteriormente, remiten de forma rápida y espontánea, dando lugar en determinadas ocasiones a situaciones de arrepentimiento y autorreproches⁴⁴¹. Durante el mismo pueden darse cambios sutiles en el sensorio y tras éste puede aparecer amnesia parcial o lacunar⁴⁴².

⁴⁴⁰ DSM-IV-TR, cit., pp. 742 y ss.

⁴⁴¹ ALONSO, M.P.: "Trastornos del control de los impulsos: A) Trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, tricotilomanía" en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 645.

⁴⁴² HOMS SANZ DE LA GARZA, J.: *Trastorno mental transitorio y drogas que inciden en la imputabilidad*, J.M. Bosch Editor, Barcelona, 1996, p. 268.

2. CLEPTOMANÍA

Se trata de un trastorno que se caracteriza porque el individuo, reiteradamente, fracasa en el intento de resistir los impulsos de robar objetos que no se utilizan para un uso personal o por fines lucrativos⁴⁴³. No necesita el objeto robado y suele desecharlo, regalarlo o esconderlo⁴⁴⁴.

El individuo experimenta una sensación de tensión creciente antes del robo, seguida de bienestar, gratificación o liberación cuando lo lleva a cabo⁴⁴⁵. De etiología desconocida, es un trastorno con un patrón establecido a temprana edad, cuyo curso es crónico y que probablemente se manifiesta con más frecuencia en mujeres⁴⁴⁶.

El robar es un acto solitario, no planeado, que les provoca una preocupación importante ante la posibilidad de su detención, lo que lleva a la aparición de signos de ansiedad y depresión y, sobre todo, a que después de la acción se sientan culpables y avergonzados de su conducta⁴⁴⁷.

3. PIROMANÍA

Es frecuente su inicio en la infancia, aunque suele manifestarse en la adolescencia. Su prevalencia no se conoce con exactitud y se caracteriza por la realización repetida de planear y provocar incendios sin motivo aparente, junto con una atracción constante sobre temas relacionados con el fuego y la combustión⁴⁴⁸. Antes de provocar el incendio, el pirómano está excitado emocionalmente y después se siente fascinado y atraído por las llamas. Sienten placer, gratificación y alivio cuando provocan incendios, cuando los observan e incluso cuando participan en su extinción⁴⁴⁹. Además de provocar fuegos, dan con frecuencia falsas alarmas y muestran un gran interés por todo el utillaje relacionado con la extinción del fuego. Son indiferentes a los daños que provocan,

⁴⁴³ Los textos científicos refieren la palabra robar cuando en el Código Penal se distinguen dos categorías diferenciadas, el robo y hurto contempladas en los arts. 237 y 234 respectivamente.

⁴⁴⁴ *CIE 10*, cit., p. 264.

⁴⁴⁵ *DSM-IV-TR*, cit., p. 746.

⁴⁴⁶ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Neurosis”..., cit., p. 1179.

⁴⁴⁷ *DSM-IV-TR*, cit., p. 746.

⁴⁴⁸ *CIE 10*, cit., p. 263.

⁴⁴⁹ ALONSO, M.P.: “Trastornos del control de los impulsos: A) Trastorno...”, cit., p. 648.

incluso, se encuentran satisfechos de los perjuicios resultantes y carecen de remordimientos.

Como rasgos asociados se describen: etilismo crónico, disfunciones sexuales, coeficiente de inteligencia inferior a la media, frustración personal y social y adversidad a las figuras de autoridad⁴⁵⁰.

4. JUEGO PATOLÓGICO

Este trastorno codificado en la CIE 10 con la denominación de ludopatía, consiste en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo de forma progresiva y crónica y comportan un deterioro individual, familiar y social. Constituye uno de los problemas más serios de salud pública⁴⁵¹.

El curso del juego patológico consta de tres estadios progresivos:1) la fase de ganancia; 2) la fase perdedora, y 3) la fase de desesperación.

En la primera, el jugador atraviesa un periodo de suerte en que se producen episodios frecuentes de ganancias, lo que provoca una mayor excitación por el juego y se comienza a apostar más frecuentemente. Cuando se produce una gran ganancia finaliza esta primera fase y aparece la segunda, donde el jugador es excesivamente optimista, lo que le conduce a aumentar significativamente la cantidad de dinero apostado y a jugar solo. Ahora es cuando se empiezan a producir importantes pérdidas y el jugador se ve obligado a volver a jugar para intentar recuperar lo apostado. A medida que aumenta su preocupación por el juego, las relaciones familiares y laborales se van deteriorando⁴⁵².

Finalmente, se alcanza la fase de desesperación, donde el jugador experimenta sentimientos de desesperanza a medida que las pérdidas se acumulan y las relaciones

⁴⁵⁰ HOMS SANZ DE LA GARZA, J.: *Avances en medicina legal: ingeniería genética, alteraciones psíquicas y drogas*, J.M. Bosch Editor, Barcelona, 1999, p. 57.

⁴⁵¹ CIE 10, cit., p. 262.

⁴⁵² GONZÁLEZ, A. y JIMÉNEZ, S.: “Trastornos del control de los impulsos: B) Juego patológico” en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 694 y ss.

personales se derrumban. A menudo se tornan distantes y emocionalmente insensibles y pueden incurrir en conductas antisociales⁴⁵³.

Se suelen presentar también complicaciones como el abuso de sustancias psicoactivas, intento de suicidio y la asociación a grupos marginales o ilegales.

La edad de inicio suele ser la adolescencia en los hombres y más tarde en las mujeres, pasando por varias oscilaciones y llegando a ser crónico. La prevalencia según estudios recientes está entre un 2 y un 3% en la población adulta siendo más proclive la incidencia en varones⁴⁵⁴. En España se calcula que existen alrededor de 500.000 jugadores patológicos y que unos 750.000 corren el riesgo de serlo⁴⁵⁵.

Entre los factores predisponentes se han descrito los siguientes: la ausencia de disciplina familiar, la exposición al juego durante la adolescencia, falta de educación para el ahorro y la planificación económica y la exaltación de los incentivos económicos sobre otros tipos de valores existenciales⁴⁵⁶.

5. TRICOTILOMANÍA

Trastorno caracterizado por una pérdida apreciable de cabello debida al fracaso reiterado para resistir los impulsos de arrancarse el pelo. El paciente presenta una tensión creciente antes del arrancamiento de los cabellos y una sensación gratificante de bienestar o alivio cuando se los está arrancando o después de hacerlo⁴⁵⁷.

La tricotilomanía da lugar a pequeñas placas irregulares de pérdida de cabello en forma lineal, rectangular u oval focales y sin cicatrices. La pérdida de pelo se produce generalmente en el cuero cabelludo, pero también puede darse en las cejas, las pestañas

⁴⁵³ SCOTT, C.L.; HILTY, D.M. y BROOK, M.: “Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados” en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 589.

⁴⁵⁴ HOMS SANZ DE LA GARZA, J.: *Avances en medicina legal: ...*, cit., p. 63.

⁴⁵⁵ CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑIN, J.C.: *La Salud Mental en los Tribunales...*, cit., p. 195.

⁴⁵⁶ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Neurosis”..., cit., p. 1179.

⁴⁵⁷ *CIE 10*, cit., p. 265.

y el vello púbico. Estas áreas de pérdida de pelo se encuentran con mayor frecuencia en el lado del cuerpo contralateral a la mano dominante⁴⁵⁸.

Se afirma del mismo que es un trastorno plurideterminado en su etiología ya que predominan en su inicio los factores estresantes, las pérdidas, miedos o alteraciones parenterales o incluso la depresión, así como la consideración de que hay un sustrato biológico que condiciona su aparición. Además de poder ser potenciado por el abuso de sustancias⁴⁵⁹.

No se conocen datos sobre su incidencia y prevalencia real, aunque parece ser un trastorno más frecuente de lo que parece, y predominar en el sexo femenino cuando se presenta en adultos. De inicio en la niñez y la adolescencia y sólo ocasionalmente en la edad adulta, puede presentar en algunas personas síntomas de forma continua durante décadas, y en otras, éstos pueden aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años. Está asociada a tasas elevadas de comorbilidad psiquiátrica⁴⁶⁰.

6. TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO ESPECIFICADO

Esta categoría se reserva para los trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico del control de los impulsos o de otro trastorno mental descrito en otras secciones del DSM-IV-TR, con síntomas relacionados con el control de los impulsos⁴⁶¹.

XII. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Los trastornos de la personalidad presentan tras de sí una larga evolución histórica y clínica y, aunque constituyen una de los trastornos mejor validados de la psicopatología, no han conseguido una conceptualización y clasificación unánimes, lo que ha provocado que sigan siendo uno de los más discutidos e investigados en la últimos

⁴⁵⁸ SCOTT, C.L.; HILTY, D.M. y BROOK, M.: “Trastornos del control...”, cit., p. 589.

⁴⁵⁹ *Ibidem*, cit.

⁴⁶⁰ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 754 y ss.

⁴⁶¹ *Ibidem*, cit., p. 757.

tiempos e, incluso, calificados por un importante sector de la Psiquiatría forense como un auténtico “cajón desastre”⁴⁶².

La primera noticia que tenemos de ellos aparece hace miles de años con la descripción de los temperamentos hipocráticos: el melancólico pesimista, el sanguíneo optimista, el colérico irritable y el flemático apático.

Posteriormente, ya en el sXIX, psiquiatras como PINEL, ESQUIROL, PRITCHARD y KOCH comenzaron a describir tipos de personalidades socialmente inadaptadas que observaban en situaciones clínicas. Así, el francés PINEL en 1809, en su *Traité de la mente* describió una forma clínica novedosa de enfermedad mental que denominó “manía sin delirio”, estudiada más tarde por ESQUIROL con el nombre de “monomanía impulsiva”. Después PRITCHARD, en su famosa obra *Treatise on insanity and other disorders affecting the mind*, trataría la famosa “locura moral” y finalmente en 1888, KOCH crearía la figura que delimitaría con mayor precisión las así llamadas “inferioridades psicopáticas constitucionales”. Años más tarde, en 1907, KRAEPELIN aporta por primera vez una concepción clínica de las psicopatías creando la denominación “personalidad psicopática”, aunque la mayor contribución a este campo la realizaría SCHNEIDER, al crear la definición de psicópatas más conocida y utilizada, en su importante obra *Las personalidades psicopáticas* según la cual, “personalidades psicopáticas son aquellas personalidades que sufren por su anormalidad o hacen sufrir, bajo ella, a la sociedad”⁴⁶³. Este autor desarrolló el primer sistema amplio de categorías de los trastornos de la personalidad, que proporcionó el modelo para muchos de los trastornos contemplados en la CIE 10 y el DSM-IV-TR.

Otras definiciones han seguido a la realizada por SCHNEIDER hasta la actualidad. De entre las mismas mencionaremos únicamente las realizadas por las dos clasificaciones internacionales al uso. Por lo que se refiere a la CIE 10, los define como “trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi

⁴⁶² ORTEGA MONASTERIO, L.: “Semiología...”, cit., p. 30.

⁴⁶³ SCHNEIDER, K.: *Las personalidades psicopáticas*, 7ª ed., versión española del Dr. Bartolomé Llopis, Morata, Madrid, 1974, p. 32.

siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de la personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta”⁴⁶⁴. En cuanto al DSM-IV-TR, los conceptúa como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”⁴⁶⁵.

Siguiendo los anteriores textos científicos podemos deducir que las notas que mejor caracterizan la personalidad psicopática son: asociabilidad, falta de fijación afectiva y actitud de satisfacción de necesidades egoístas incapaces de controlar⁴⁶⁶.

Lo que provoca estos trastornos, es decir, su etiología, no se conoce hoy en día todavía con exactitud, aunque parece que nadie duda que deben distinguirse dos grandes tipos de factores que constituyen las causas que las generan: factores biológicos-genéticos y factores socioambientales⁴⁶⁷.

Su prevalencia oscila entre un 1% de la población general hasta un 25% en la población reclusa⁴⁶⁸, por lo que resulta obvio pensar que estamos ante un trastorno frecuente.

De entre las múltiples clasificaciones realizadas sobre los trastornos de la personalidad referiremos sólo cuatro: la realizada por SCHNEIDER, a la que ya hemos aludido, por su importancia como primera clasificación que servirá de base a las dos

⁴⁶⁴ CIE 10, cit., p. 249.

⁴⁶⁵ DSM-IV-TR, cit., p. 765.

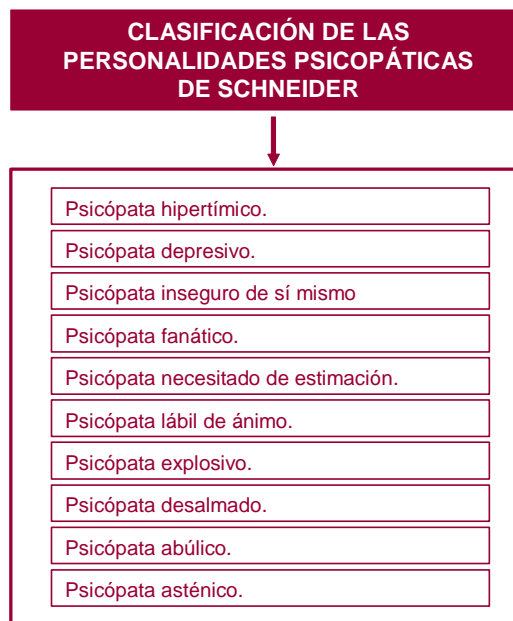
⁴⁶⁶ SUÁREZ MONTES, R.F.: “Psicopatía y responsabilidad”, *Los delincuentes mentalmente anormales* (Conferencias y Comunicaciones), XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología, celebrado en la Facultad de Derecho de Madrid (23 de febrero a 20 de marzo de 1962), Art. Gráf. Helénica, Madrid, 1962, p. 644.

⁴⁶⁷ LEAL MEDINA, J.: “La psicopatía y su incidencia como anomalía psíquica en la doctrina del Tribunal Supremo. La interacción de los factores biológicos, genéticos y ambientales en el juicio de imputabilidad”, *Revista de Derecho y proceso penal*, nº 10, 2003/2, Thomson-Aranzadi, Navarra, 2003, pp.158-165. En igual sentido, CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1366; GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Trastornos de la Personalidad”..., cit., p. 1187.

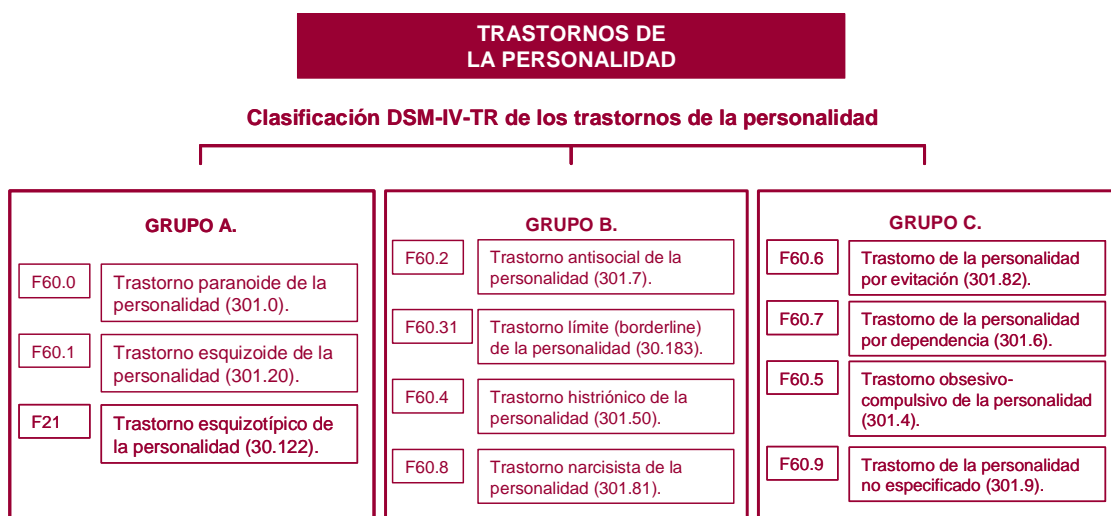
⁴⁶⁸ HARE, R.D.: “La naturaleza del psicópata: algunas observaciones para entender la violencia depredadora humana”, en RAINE, A. y SANMARTÍN, J. (editores), *Violencia y psicopatía*, Ariel, 2ª ed., Barcelona, 2002, p. 24.

clasificaciones internacionales al uso; las llevadas a cabo por la CIE 10 y el DSM-IV-TR, que serán las que ahora vamos a utilizar y una última, realizada en 1998 por MILLON, cuyos criterios diagnósticos supusieron una crítica a las dos anteriores clasificaciones.

En relación a la primera, SCHNEIDER diferenció los siguientes tipos clínico de psicopatías:



El DSM-IV-TR agrupa los trastornos de la personalidad en torno a tres grandes tipos de características genéricas e incluye un total de once categorías diagnósticas, establecidas a partir de criterios estrictos:



La clasificación de la CIE 10 de la O.M.S. comprende los siguientes tipos:

Clasificación CIE 10	
F60-69 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	
F60 Trastornos específicos de la personalidad.	
F60.0	Trastorno paranoide de la personalidad.
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad.
F60.2	Trastorno disocial de la personalidad.
F60.3	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad.
F60.5	Trastorno anancástico de la personalidad.
F60.6	Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.
F60.7	Trastorno dependiente de la personalidad.
F60.8	Otros trastornos específicos de la personalidad.
F60.9	Trastorno de la personalidad sin especificación.

Agrupando MILLON⁴⁶⁹ los siguientes tipos de personalidades:

I. PERSONALIDADES CON DIFICULTADES PARA EL PLACER:	II. PERSONALIDADES CON PROBLEMAS INTERPERSONALES:	III. PERSONALIDADES CON CONFLICTOS INTRAPSÍQUICOS:	IV. PERSONALIDADES CON DEFECTOS ESTRUCTURALES:
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos ESQUIZOIDES de la personalidad: el patrón social. • Trastorno de la personalidad por EVITACIÓN: el patrón de repliegue. • Trastornos DEPRESIVOS de la personalidad: el patrón de rendición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la personalidad por DEPENDENCIA: el patrón sumiso. • Trastornos HISTRIÓNICOS de la personalidad: el patrón gregario. • Trastornos NARCISISTAS de la personalidad: el patrón ególatra. • Trastornos ANTISOCIALES de la personalidad: el patrón fanfarrón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos SÁDICOS de la personalidad: el patrón de abuso. • Trastornos COMPULSIVOS de la personalidad: el patrón de conformismo. • Trastornos NEGATIVISTAS de la personalidad: el patrón vacilante. • Trastornos MASOQUISTAS de la personalidad: el patrón afligido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos ESQUIZOTÍPICOS de la personalidad: el patrón excéntrico. • Trastorno LÍMITE de la personalidad: el patrón inestable. • Trastornos PARANOIDES de la personalidad: el patrón suspicaz. • Trastornos de la personalidad DESCOMPENSADA: el patrón terminal.

⁴⁶⁹ Tabla obtenida de GARCÍA ANDRADE, J.: “Art. 20.1.º...”, cit., p. 172.

Nos parece importante por último recalcar, la gran comorbilidad entre unos trastornos de la personalidad y otros, así como la existente entre estos con otros trastornos psiquiátricos y con situaciones adaptativas y reactivas que dificultan aún más esta tarea.

1. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

Las personalidades paranoides se caracterizan por la desconfianza, la hipersensibilidad y la propensión a dar significado a los detalles más nimios, desde la presunción de una exagerada autoimportancia, que puede o no ser confirmada por las realidades y los hechos⁴⁷⁰. No confían en la gente y sospechan que intentarán dañarles, explotarles o engañarles⁴⁷¹. Son rectos, justicieros, racionales y normativos y tienden a ser muy radicales en cuestión de orden. Sus relaciones personales suelen basarse en la subordinación y suelen ser desconsiderados y despóticos con los que consideran inferiores y dóciles. Todo esto explica el autoritarismo y la fácil celotipia respecto a sus asustados cónyuges⁴⁷².

Son reticentes a las confidencias por temor a que dicha información sea utilizada en su contra. Son personas cautelosas, tensas e hipervigilantes, lo que les lleva a examinar continuamente su entorno en busca de indicios de posibles ataques o engaños. Cuando los encuentran, ya sean reales o percibidos, o creen haber sido insultados, suelen reaccionar rápidamente de forma exagerada, mostrándose excesivamente furiosos o respondiendo con conductas de contraataque⁴⁷³.

Todo esto les lleva a acabar viviendo solos, sin más apoyo social que el que obtienen en su entorno laboral en el que también pueden terminar presentando problemas.

⁴⁷⁰ VALDÉS, M.: "Trastornos de la personalidad" en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 544.

⁴⁷¹ *DSM-IV-TR*, cit., p. 771.

⁴⁷² VALDÉS, M.: "Trastornos...", cit., p. 544.

⁴⁷³ PHILLIPS, K.A.; YEN, S. y GUNDERSON, J.G.: "Trastornos de la personalidad" en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 608.

2. TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

El trastorno esquizoide de la personalidad está caracterizado por una profunda deficiencia en la habilidad para relacionarse con los demás y por una restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal⁴⁷⁴. Los sujetos que lo padecen prefieren estar solos, realizando actividades intelectuales que les llevan a crear un mundo fantástico en el que se refugian y con el que sustituyen esas relaciones. Como resultado de esa falta de interés por relacionarse, tienen pocos amigos íntimos o de confianza o incluso carecen de ellos.

Destacan también por su falta de afecto y porque normalmente parecen fríos, distantes y reservados⁴⁷⁵. Además de esta incapacidad para las relaciones sociales suelen presentar vivencias autoreferenciales, fobias múltiples, mecanismos psicológicos de evitación y alta disconformidad con la autoimagen, lo que les condena a la soledad y los hace vulnerable a los estados distímicos, a las reacciones desadaptativas, al consumo de tóxicos e incluso a episodios delirantes de corta duración⁴⁷⁶.

3. TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

Trastorno de curso relativamente estable, con una prevalencia de aproximadamente el 3% de la población general, se caracteriza porque las personas que lo padecen llaman la atención por su apariencia, desaliñada y extravagante, su frialdad e impenetrabilidad. Con frecuencia hablan solo de temas ininteligibles y sostienen puntos de vista estrambóticos, resultado de un peculiar tipo de pensamiento, próximo a lo primitivo y a lo mágico⁴⁷⁷.

El DSM-IV-TR contempla como criterios para su diagnóstico:

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al

⁴⁷⁴ DSM-IV-TR, cit., pp. 775 y 776.

⁴⁷⁵ PHILLIPS, K.A.; YEN, S. y GUNDERSON, J.G.: “Trastornos...”, cit., p. 608.

⁴⁷⁶ VALDÉS, M.: “Trastornos...”, cit., p. 544.

⁴⁷⁷ *Ibidem*, cit.

principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).
2. Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
4. Pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, reelaborado o estereotipado).
5. Susplicacia o ideación paranoide.
6. Afectividad inapropiada o restringida.
7. Comportamiento o apariencia raros, excéntricos o peculiares.
8. Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo⁴⁷⁸.

4. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Denominado en la CIE 10, trastorno disocial de la personalidad, constituye sin duda, junto al trastorno límite de la personalidad, el trastorno que mayor interés jurídico y forense tiene, ya que estos sujetos son los que más delinquen de entre todos los tipos

⁴⁷⁸ *DSM-IV-TR*, cit., pp. 783 y 784.

de psicópatas y, en consecuencia, los que mayor alarma social producen⁴⁷⁹, pues son trasgresores sistemáticos de las normas sociales.

Su característica principal es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Se presenta con más frecuencia en varones.

Las características de la personalidad más relevantes son: hostilidad, falta de interés o preocupación por los sentimientos de los demás y, más notablemente, ausencia de remordimientos por el daño que puedan causar⁴⁸⁰; satisfacción de sus propias necesidades mediante la manipulación del ambiente⁴⁸¹; 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; y marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo⁴⁸².

Estos sujetos presentan problemas en tres vertientes a la vez: relaciones con los demás, afectividad y conducta. Los mismos engañan, adolecen de empatía, son incapaces de ponerse en el lugar del otro y finalmente, su comportamiento es antisocial⁴⁸³.

5. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Se trata de un trastorno que la CIE 10 codifica como uno de los dos tipos de “Trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad” y que aparece con la denominación “Trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo Límite”. Ha sido considerado la perturbación psiquiátrica posiblemente más temible de cara a su diagnóstico, porque da lugar a sintomatología alternante (histriónica, obsesiva,

⁴⁷⁹ CUELLO CONTRERAS, J.: *El Derecho Penal español...*, cit., p. 1012.

⁴⁸⁰ *DSM-IV-TR*, cit., p. 784.

⁴⁸¹ MILLON, T. y (colaboradores), GROSSMAN, S.; MILLON, C.; MEAGHER, S. y RAMNATH, R.: *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, p. 195.

⁴⁸² *CIE 10*, cit., p. 252.

⁴⁸³ RAINE, A. y SANMARTÍN, J.: “Introducción”, RAINE, A. y SANMARTÍN, J. (editores), *Violencia y psicopatía*, 2ª ed., Ariel, Barcelona, 2002, p. 8.

antisocial y psicótica) a una velocidad que hace inoperantes los tratamientos⁴⁸⁴, y cuyo padecimiento cada día es más frecuente⁴⁸⁵. Se caracteriza por una inestabilidad y disfunción afectiva, conductual e interpersonal que hace ingobernable la vida psíquica⁴⁸⁶. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos⁴⁸⁷. En realidad, no toleran la soledad, son hipersensibles al rechazo y carecen de recursos personales para vivir consigo mismos sin angustia.

Se presenta en jóvenes de menos de 20 años, por lo general mujeres, y sobre los mismos se afirma que constituyen un tratado viviente de Psiquiatría y no suelen recibir el diagnóstico correcto, siendo varios los que se le atribuyen hasta que se hace patente su anomalía estructural, que parece depender de una seria alteración de los procesos psicobiológico de crecimiento⁴⁸⁸.

6. TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

Este trastorno predomina en el sexo femenino. Su rasgo central es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención⁴⁸⁹. Su deseo de resultar atractivos les lleva a vestirse de manera inadecuadamente seductora o provocativa y a presentar una conducta de coqueteo pudiendo conducirle su necesidad de llamar la atención a realizar actos llamativos o a exhibir un comportamiento exagerado. Carecen de estabilidad emocional, suelen ser hipersensibles y suspicaces y tienden a demostrar sentimientos efusivos, aunque lábiles y sospechosamente superficiales. Además, estos sujetos con frecuencia presentan depresión, problemas somáticos de origen desconocido y decepciones en sus relaciones sentimentales⁴⁹⁰.

En definitiva, la personalidad histriónica destaca por su exuberancia, por sus bruscos cambios de humor a partir de la percepción de pequeñeces, por su teatralidad,

⁴⁸⁴ VALDÉS, M.: "Trastornos...", cit., p. 547.

⁴⁸⁵ ESBEC RODRÍGUEZ, E.: "Violencia...", cit., p. 89.

⁴⁸⁶ *DSM-IV-TR*, cit., p. 790.

⁴⁸⁷ *CIE 10*, cit., pp. 253 y 254.

⁴⁸⁸ VALDÉS, M.: "Trastornos...", cit., p. 547.

⁴⁸⁹ *DSM-IV-TR*, cit., p. 795.

⁴⁹⁰ PHILLIPS, K.A.; YEN, S. y GUNDERSON, J.G.: "Trastornos...", cit., p. 616.

su superficialidad y su aparente falta de sinceridad, por su tendencia a deformar la realidad y a refugiarse en lo fantástico, y por su facilidad para resultar herida en la interacción personal⁴⁹¹.

7. TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

MILLON ha considerado que probablemente este trastorno es para la gente que les rodea “el más odioso y carente de empatía” de entre los distintos tipos de trastornos de la personalidad, debido fundamentalmente a la arrogancia que les caracteriza, la creencia de que tienen una inteligencia y una celebridad insuperables, junto al modo de degradar al resto de personas. Se trata de un trastorno que se hace insufrible para los familiares, la pareja y los compañeros⁴⁹².

Generalmente, los sujetos con este trastorno demandan una admiración excesiva, al encontrarse su autoestima casi siempre muy frágil. Carecen frecuentemente de empatía y tienen dificultades para reconocer los deseos, las experiencias subjetivas y los sentimientos de los demás⁴⁹³.

Como dato a destacar encontramos la fuerte resistencia que suelen oponer a la psicoterapia.

8. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

La nota básica del mismo, denominado por la CIE 10 trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad, es la constante preocupación del sujeto por ser un fracasado, lo que genera una hipersensibilidad a la crítica, una resistencia a entablar relaciones personales, así como una restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener seguridad física⁴⁹⁴.

Como consecuencia del temor al contacto social, lo habitual es que carezcan objetivamente de recursos para la interacción personal, de modo que recurren a estrategias de evitación para librarse del penoso trance de sentirse examinados por las

⁴⁹¹ VALDÉS, M.: “Trastornos...”, cit., p. 546.

⁴⁹² MILLON, T. y (colaboradores), GROSSMAN, S.; MILLON, C.; MEAGHER, S. y RAMNATH, R.: *Trastornos de la personalidad...*, cit., p. 384.

⁴⁹³ *DSM-IV-TR*, cit., p. 800.

⁴⁹⁴ *CIE 10*, cit., p. 255.

personas, a las que atribuyen hostilidad y malevolencia⁴⁹⁵. Son sujetos que tienden a vivir aislados desde jóvenes y todos sus temores no hacen más que reflejar su baja autoestima y su hipersensibilidad a ser evaluados negativamente por los demás. Cuando se hallan en situaciones sociales o se relacionan con los demás, se sienten ineptos y son tímidos, retraídos, torpes y les preocupa ser criticados o rechazados⁴⁹⁶.

9. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

La CIE 10 codifica este trastorno como trastorno dependiente de la personalidad, utilizando criterios diagnósticos diferentes. Para el DSM-IV-TR, las personas con este tipo de trastorno presentan una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación⁴⁹⁷. Como estrategia para defenderse de esos temores se adhieren de un modo dependiente y sumiso a otras personas, buscando consejo o protección y pueden llegar a extremos increíbles de subordinación y obediencia, ya que se apoyan en ellas para iniciar y llevar a cabo sus propias actividades, tomar decisiones, asumir las responsabilidades de sus actos y para que les guíen en la vida. MILLON los describe como sujetos torpes, serviles, dóciles y congraciadores⁴⁹⁸.

La autoestima de estos sujetos es nula por lo que son los candidatos perfectos a presentar depresiones y estados distímicos a propósito de acontecimientos banales⁴⁹⁹.

10. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

También conocido como trastorno anancástico de la personalidad, ya que así es denominado por la CIE 10. Las personas que presentan este tipo de trastorno son normativas, perseverantes y parsimoniosas, están muy preocupadas por el perfeccionismo y por los rendimientos, necesitan orden, limpieza y meticulosidad y tienden a dudar sistemáticamente, por lo que recurren a continuas repeticiones y

⁴⁹⁵ VALDÉS, M.: "Trastornos...", cit., p. 548.

⁴⁹⁶ PHILLIPS, K.A.; YEN, S. y GUNDERSON, J.G.: "Trastornos...", cit., p. 618.

⁴⁹⁷ DSM-IV-TR, cit., p. 807.

⁴⁹⁸ MILLON, T. y (colaboradores), GROSSMAN, S.; MILLON, C.; MEAGHER, S. y RAMNATH, R.: *Trastornos de la personalidad...*, cit., p. 303.

⁴⁹⁹ VALDÉS, M.: "Trastornos...", cit., p. 548.

comprobaciones. Tienen miedo de todo y viven atrincherados en un mundo a la defensiva, sin esperar a que la realidad dictamine los verdaderos términos en los que va a plantearse cada problema. Por lo demás, son escrupulosos con el orden social, les aterra la posibilidad de trasgresión y nunca experimentan estados placenteros⁵⁰⁰.

También suelen estar muy preocupados por el control, no únicamente de los detalles de sus propias vidas, sino también de sus emociones y las de los demás. Son artificiosos en extremo en sus interacciones sociales siendo incapaces de mostrar espontaneidad⁵⁰¹. La tendencia a dudar y a preocuparse, también se manifiesta en su incapacidad para deshacerse de objetos usados o inútiles que podrían ser necesarios en caso de supuestas catástrofes⁵⁰².

En consecuencia, estas personalidades tienden a usar más mecanismos psicológicos de defensa que estrategias conductuales de afrontamiento, valiéndose de la racionalización para tranquilizarse aunque a veces se acogen a la superstición o a la delegación de las decisiones en otros⁵⁰³.

11. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO

Forman parte de esta categoría, los trastornos de la personalidad que no satisfacen las pautas de los tipos específicos descritos. Estando la misma reservada para dos casos: 1) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad; o 2) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación⁵⁰⁴.

⁵⁰⁰ *Ibidem*, cit.

⁵⁰¹ MILLON, T. y (colaboradores), GROSSMAN, S.; MILLON, C.; MEAGHER, S. y RAMNATH, R.: *Trastornos de la personalidad...*, cit., p. 270.

⁵⁰² PHILLIPS, K.A.; YEN, S. y GUNDERSON, J.G.: "Trastornos...", cit., p. 622.

⁵⁰³ VALDÉS, M.: "Trastornos...", cit., p. 548.

⁵⁰⁴ *DSM-IV-TR*, cit., p. 816.

XIII. TRASTORNOS MENTALES EN GENERAL DEBIDO A UNA CONDICIÓN MÉDICA: LA EPILEPSIA

Desde los primeros relatos hasta casi la actualidad, la significación patológica de la epilepsia (que deriva del griego *epilambanein* =sorprender) ha desafiado los esfuerzos de los estudiosos pareciendo inexpugnable a los intentos de definición, clasificación y uso de la terminología precisa. Sin embargo, desde hace unos años, y tras diversos cambios conceptuales a medida que la investigación, apoyada en avances tecnológicos cada vez más sofisticados, iba avanzando, hemos llegado a una mejor comprensión de su fisiopatología⁵⁰⁵.

Estamos ante una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la población general, ya que afecta a casi 1 de cada 100 personas⁵⁰⁶.

Tradicionalmente se ha venido incluyendo la epilepsia en el apartado de la psicosis⁵⁰⁷, adscripción que no está basada en criterios científicos, puesto que esta patología no se incluye entre las categorías diagnósticas psiquiátricas del DSM-IV-TR ni en el capítulo V de la CIE 10 dedicado a los “Trastornos mentales y del comportamiento”, por entender las mismas, que no se trata en rigor de una enfermedad mental sino neurológica, de ahí su clasificación como enfermedad nerviosa en el capítulo VI de la CIE 10 denominado “Enfermedades del sistema nervioso” con la codificación G40-41 Epilepsia y estado de mal epiléptico⁵⁰⁸. Más concretamente, se concibe como un síndrome neuropsiquiátrico, dadas las múltiples manifestaciones signológicas y sintomáticas que produce, tanto en el plano neurológico como en el

⁵⁰⁵ CLARAMUNT LÓPEZ, E.: “La enfermedad epiléptica”, en POLAINO LORENTE, A., y OTROS, *Psicología patológica*, vol. II, 8ª ed. 2ª reimp., Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 1993, p. 50.

⁵⁰⁶ HERRANZ, J.L. (editor) y OTROS: *Vivir y comprender la epilepsia*, Janssen-Cilag, 3ª ed. corr. y aum., Madrid, 2001, p. 5.

⁵⁰⁷ CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 60; COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR DÍEZ, M.: *Instituciones...*, cit., p. 174; CUELLO CONTRERAS, J.: *El Derecho Penal español...*, cit., p. 1007; DÍAZ-MAROTO y VILLAREJO, J.: “El enajenado...”, cit., p. 478; DOVAL PAÍS, A.: “Las consecuencias jurídico-penales...”, cit., p. 16; MIR PUIG, S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 564; PÉREZ-CURIEL CECCHINI, J.: *Tratamiento penal del drogodependiente...*, cit., pp. 110 y ss.

⁵⁰⁸ *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima Revisión CIE-10*, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2003, pp. 390 y ss.

psiquiátrico. Como consecuencia de su padecimiento se pueden o no derivar perturbaciones mentales.

Parece que en la progresiva diferenciación de la Psiquiatría y de la Neurología como disciplinas independientes, la epilepsia queda mejor adscrita al ámbito de esta última, aunque autores como GISBERT CALABUIG y SÁNCHEZ BLANQUE, defiendan que “la epilepsia tiene una tradición psiquiátrica muy antigua y, de hecho, sigue siendo objeto de acción médico-terapéutica de los psiquiatras clínicos. Por otro lado, su repercusión médico-legal es de gran trascendencia y buena parte de los avances en el conocimiento de estas enfermedades se ha debido a las aportaciones de los médicos-legistas y los criminólogos”⁵⁰⁹.

La epilepsia presenta un conjunto de cuadros clínicos donde se muestra un cierto orden y aceptación prácticamente universal, dada la creación de una Clasificación Internacional de las Crisis Epilépticas y un Diccionario de Epilepsia promovido por la OMS y dirigido por GASTAUT.

El citado Diccionario de la Epilepsia la define como: “enfermedad crónica, de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales, asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas”⁵¹⁰.

Constituyen, por tanto, un indicio de que hay un trastorno en el mecanismo íntimo de la actividad electroquímica funcional de las células (neuronas) que conforman el cerebro, traduciéndose en una alteración del ritmo funcional del citado órgano. Se trata de alteraciones metabólicas focales que desencadenan una hipersincronía neuronal, una pulsión al unísono de las neuronas, encargadas de establecer la crisis convulsiva⁵¹¹, que por producirse en forma brusca e inesperada se le denomina “disritmia cerebral

⁵⁰⁹ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Trastornos mentales orgánicos...”, cit., p. 1134.

⁵¹⁰ Véase CLARAMUNT LÓPEZ, E.: “La enfermedad...”, cit., p. 51.

⁵¹¹ GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría criminal...*, cit., pp. 333 y 334.

paroxística”, que se registra a través de su manifestación bioeléctrica por medio de la “electroencefalografía”⁵¹².

Las causas de esta enfermedad no están claras y parecen ser diversas, aunque algunos autores como CLARAMUNT LÓPEZ, han intentado buscarlas y citan las siguientes: 1. Congénitas, 2. Degenerativas, 3. Infecciosas, 4. Vasculares, 5. Traumáticas, 6. Tumorales, 7. Debidas a enfermedades generales, 8. Intoxicaciones⁵¹³.

El fenómeno básico común observable en las epilepsias, desde el punto de vista clínico, es la crisis epiléptica que podemos definir como una alteración patofisiológica paroxística transitoria de la función cerebral causada por una descarga neuronal excesiva y espontánea⁵¹⁴. La crisis epiléptica se expresa con síntomas motores, sensitivos, sensoriales, autonómicos y/o psíquicos, con o sin afectación de la conciencia, y sus características dependen principalmente, del lugar de origen de la crisis en el cerebro y del patrón de expansión de la actividad convulsiva en el mismo⁵¹⁵.

Las formas más frecuentes de las manifestaciones epilépticas podemos sintetizarlas, en las siguientes categorías:

1) *Crisis de gran mal*: Estas crisis han sido consideradas por su intensa actividad neuronal espontánea, las más espectaculares de las manifestaciones epilépticas. Se caracterizan por ser tónico-clónicas generalizadas. El acceso se compone de pródromos (aura), breve periodo de convulsiones tónicas, otro más largo de convulsiones clónicas, sopor y sueño posconvulsivo⁵¹⁶.

Es frecuente que antes de perder la conciencia, las manifestaciones convulsivas sean precedidas por un lapso que puede variar desde un momento a varios segundos, conocido como aura, durante el que el epiléptico puede tener diversas expresiones neurológicas y psíquicas, como alteraciones en la movilidad, en la sensibilidad, percepción alterada (ilusiones, alucinaciones, visuales u olfativas), preferentemente, que

⁵¹² Véase CARMONA CASTILLO, G.A.: *La imputabilidad penal...*, cit., p. 107.

⁵¹³ CLARAMUNT LÓPEZ, E.: “La enfermedad...”, cit., p. 53.

⁵¹⁴ KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría...*, cit., p. 399.

⁵¹⁵ HERRANZ, J.L. (editor) y OTROS: *Vivir...*, cit., p. 10.

⁵¹⁶ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Trastornos mentales orgánicos...”, cit., p. 1134.

pueden durar segundos o incluso horas. Estas manifestaciones previas permiten al sujeto prepararse por si al fin surge la crisis. Además del “aura”, en los períodos antes de las crisis, pueden surgir oscilaciones del estado de ánimo, distimias, con o sin leves alteraciones de la conciencia, con presencia de malhumor, irritabilidad y, en ocasiones, franca agresividad y violencia contra las personas o los objetos.

Luego sobreviene la pérdida de conciencia, repentina y completa, de diez a veinte segundos de duración, acompañada por una contracción muscular continua y generalizada que constituye la llamada “fase tónica”. Las pupilas se dilatan, el reflejo corneal está ausente y el signo de Babinsky es positivo.

La fase tónica va seguida de la clónica, caracterizada por contracciones intermitentes que, a medida que avanza la fase, tienen una frecuencia decreciente. Durante las contracciones el paciente suele morderse la lengua, echar espuma por la boca, expulsar involuntariamente la orina y, a veces, heces fecales⁵¹⁷.

A estas fases le sigue el coma postcrítico (periodo en el que, normalmente, el enfermo está inconsciente) del que va saliendo progresivamente hasta obtener una recuperación prácticamente total, pasando por un proceso de semi-conciencia que se ha denominado estuporoso-confusional o estado crepuscular de duración variable. Durante este periodo se produce una desorientación transitoria, con un oscurecimiento y estrechamiento del campo de la conciencia que le hace percibir una realidad incompleta, falseada, pero sobre todo fuera del control superior de la yoidad, a lo que se suman actos poco organizados, no secuenciados, anárquicos en su origen, medios y finalidad, e inmotivados⁵¹⁸.

Así pues, lo que caracteriza a este tipo de crisis es la completa pérdida de conocimiento a la que sigue una absoluta amnesia que impide al enfermo recordar lo sucedido durante la crisis⁵¹⁹.

⁵¹⁷ MURILLO Y GARCÍA-ATANCE, M.: “Aspectos legales de la epilepsia”, *Revista del Consejo General del Poder Judicial* nº 38, Madrid, 1995, p. 156.

⁵¹⁸ GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., p. 50.

⁵¹⁹ PUENTE SEGURA, L.: *Circunstancias eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad criminal*, Colex, Madrid, 1997, p. 89.

Añadir que lo habitual es que en los periodos intercríticos, en los que la conciencia se encuentra en un nivel normal, el resto de las funciones psíquicas no se vean alteradas⁵²⁰.

2) *Crisis de pequeño mal*: El signo nuclear consiste en breves y fugaces ausencias, caracterizadas por una especie de interrupción o paralización de las funciones psíquicas⁵²¹. Se trata, por tanto, de crisis incompletas de diverso grado que no suelen rebasar los dos o tres segundos, y que se asocian a ciertos trastornos de la conciencia. Su inicio y terminación son abruptos, recuperando la conciencia alterada de pronto, en forma completa y sin ningún síntoma desagradable posterior⁵²².

La manifestación por excelencia de la epilepsia son las crisis epilépticas recurrentes. Debido a que un determinado tipo de crisis puede ser la expresión de varias clases de epilepsia y algunas epilepsias pueden cursar con varios tipos de crisis, parece muy útil una clasificación y descripción detallada de las mismas.

Los diferentes tipos de crisis pueden clasificarse de muchas formas: por síntomas, por la causa de la epilepsia, por el área de encéfalo donde se originan las descargas eléctricas anómalas o por los cambios observados en el EEG⁵²³. A continuación describiremos las realizadas por las dos clasificaciones más aceptadas, la Clasificación Internacional de Crisis Epilépticas y la Clasificación Internacional de Síndromes Epilépticos y Epilepsias, ambas basadas en criterios clínicos y electroencefalográficos.

La primera de ellas ha supuesto un verdadero progreso por arrojar cierta luz ante la confusión anterior en la materia. Se basa en la consideración para cada tipo de crisis de su forma clínica, su traducción EEG crítica e intercrítica, su substrato anatómico, su etiología y la franja de la edad en la que se observan las crisis. Estas se dividen en cuatro grupos:

1) Crisis parciales.

⁵²⁰ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 899.

⁵²¹ GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., p. 126.

⁵²² GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Trastornos mentales orgánicos...", cit., p. 1134.

⁵²³ GRAM, L. y DAM, M.: *Epilepsia*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1995, p. 33.

2) Crisis generalizadas bilaterales y simétricas sin comienzo local: Entre estas destacan el gran mal y las ausencias.

3) Crisis unilaterales o de predominio unilateral.

4) Crisis epilépticas inclasificables⁵²⁴.

Junto a ella, encontramos la Clasificación Internacional de Síndromes Epilépticos y Epilepsias, que se ha ocupado de catalogar las epilepsias, síndromes epilépticos y crisis situacionales, distinguiendo los siguientes tipos:

- Epilepsias Focales.
- Epilepsias Generalizadas y
- Epilepsias Generalizadas o Focales.

En cada uno de estos tipos de epilepsia se distinguen tres variantes, en relación con el origen de las mismas:

- Epilepsias Idiopáticas (dependientes de la edad).
- Epilepsias Sintomáticas.
- Epilepsias Criptogénicas⁵²⁵.

⁵²⁴ Véase CLARAMUNT LÓPEZ, E.: “La enfermedad...”, cit., pp. 59 y ss.

⁵²⁵ Véase HERRANZ, J.L. (editor) y OTROS: *Vivir...*, cit., pp. 17 y 18.

**CAPÍTULO QUINTO: TRATAMIENTO
JURISPRUDENCIAL DE LA EXIMENTE DE ANOMALÍA
O ALTERACIÓN PSÍQUICA**

En este capítulo realizaremos un estudio de la valoración jurídico penal que los distintos tribunales y, especialmente, el Tribunal Supremo ha otorgado a cada uno de los trastornos mentales incardinables en el artículo 20.1 CP¹.

La anomalía o alteración psíquica padecida por el sujeto puede provocar en el mismo, según sea el nivel de afectación de su capacidad intelectual o volitiva:

1. Bien la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme dicha comprensión, lo que comportará la aplicación de la eximente prevista en el art. 20.1 CP y, en consecuencia, la imposibilidad de imponer pena alguna, permitiéndose en cambio, por disposición del art. 101, la aplicación de una medida de seguridad².

2. Una disminución notable en la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión. Lo que conllevará la aplicación de la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 del citado texto. Los efectos punitivos de la misma, de acuerdo con el art. 68 CP, consistirán en rebajar la pena en uno o dos grados³. Asimismo, atendiendo al art. 104 CP⁴, podrá aplicarse junto a la pena, una medida de seguridad de las previstas en el art. 101.

¹ Para realizar este capítulo se han analizado las resoluciones dictadas por los tribunales españoles desde el año 1870 hasta las más recientes en la materia. Todas ellas se enumeran en el índice jurisprudencial que se recoge al final de esta investigación.

² Así lo recoge el art. 101 CP al considerar “1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1 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.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código”.

³ El art. 68 del vigente Código Penal establece “En los casos previstos en la circunstancia primera del artículo 21, los jueces o tribunales impondrán la pena inferior en uno o dos grados a la señalada por la ley, atendidos el número y la entidad de los requisitos que falten o concurren, y las circunstancias personales de su autor, sin perjuicio de la aplicación del artículo 66 del presente Código”.

⁴ El art. 104 CP reconoce que “1. En los supuestos de eximente incompleta en relación con los números 1, 2 y 3 del artículo 20, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito. Para su aplicación se observará lo dispuesto en el artículo 99.

3. E, incluso, una disminución o merma leve de las capacidades de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión que traerá consigo la posible aplicación de la atenuante analógica del apartado 6 del artículo 21 en relación a los arts. 21.1 y 20.1, cuya pena vendrá determinada, según el caso, por lo establecido en el art. 66 CP⁵.

Así lo viene declarando el Tribunal Supremo, desde hace tiempo, al considerar que “la jurisprudencia de esta Sala (Sentencias, entre otras, de 6 julio y 15 diciembre 1987 [RJ 1987\5173 y RJ 1987\9776] o 12 mayo 1989 [RJ 1989\4184]) ha deslindado la graduación de los supuestos de enajenación mental, en su valoración como circunstancia eximente, eximente incompleta y atenuante analógica, señalando que, cuando se elimina totalmente la conciencia y la voluntad, base de la imputabilidad, es causa de exención; cuando aquella afección no es total y se manifiesta en una

2. Cuando se aplique una medida de internamiento de las previstas en el apartado anterior o en los artículos 101, 102 y 103, el juez o tribunal sentenciador comunicará al ministerio fiscal, con suficiente antelación, la proximidad de su vencimiento, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código”.

⁵ El art. 66 dispone que “1. En la aplicación de la pena, tratándose de delitos dolosos, los jueces o tribunales observarán, según haya o no circunstancias atenuantes o agravantes, las siguientes reglas:

1. Cuando concurra sólo una circunstancia atenuante, aplicarán la pena en la mitad inferior de la que fije la Ley para el delito.

2. Cuando concurran dos o más circunstancias atenuantes, o una o varias muy cualificadas, y no concurra agravante alguna, aplicarán la pena inferior en uno o dos grados a la establecida por la Ley, atendidos el número y la entidad de dichas circunstancias atenuantes.

3. Cuando concurra sólo una o dos circunstancias agravantes, aplicarán la pena en la mitad superior de la que fije la Ley para el delito.

4. Cuando concurran más de dos circunstancias agravantes y no concurra atenuante alguna, podrán aplicar la pena superior en grado a la establecida por la Ley, en su mitad inferior.

5. Cuando concurra la circunstancia agravante de reincidencia con la cualificación de que el culpable al delinquir hubiera sido condenado ejecutoriamente, al menos, por tres delitos comprendidos en el mismo título de este Código, siempre que sean de la misma naturaleza, podrán aplicar la pena superior en grado a la prevista por la Ley para el delito de que se trate, teniendo en cuenta las condenas precedentes, así como la gravedad del nuevo delito cometido. A los efectos de esta regla no se computarán los antecedentes penales cancelados o que debieran serlo.

6. Cuando no concurran atenuantes ni agravantes aplicarán la pena establecida por la Ley para el delito cometido, en la extensión que estimen adecuada, en atención a las circunstancias personales del delincuente y a la mayor o menor gravedad del hecho.

7. Cuando concurran atenuantes y agravantes, las valorarán y compensarán racionalmente para la individualización de la pena. En el caso de persistir un fundamento cualificado de atenuación aplicarán la pena inferior en grado. Si se mantiene un fundamento cualificado de agravación, aplicarán la pena en su mitad superior.

8. Cuando los jueces o tribunales apliquen la pena inferior en más de un grado podrán hacerlo en toda su extensión.

2. En los delitos imprudentes, los jueces o tribunales aplicarán las penas a su prudente arbitrio, sin sujetarse a las reglas prescritas en el apartado anterior”.

disminución de sus facultades intelectivas o volitivas, con una indudable limitación para comprender la ilicitud del alcance y trascendencia de sus actos o para controlarlos voluntariamente es causa de atenuación privilegiada, como eximente incompleta; y cuando no concurren los presupuestos para apreciar las dos causas anteriores, como eximente completa o incompleta, pero se detecta una menor intensidad de la imputabilidad o cuando la disminución carece de intensidad siendo sus efectos leves o de menor incidencia en la imputabilidad del agente, se tomará en consideración como atenuante analógica”⁶. Y más recientemente lo ha reconocido en STS de 20 de junio de 1997 (RJ 1997\4851) al estimar que “La alteración mental se mueve alrededor de tres situaciones distintas, a) la anulación absoluta de la voluntad y la inteligencia, que propiciada la exención total de la responsabilidad, b) la disminución sensible de esas facultades intelectivas y volitivas, que en su caso originaría la eximente incompleta que aquí se propugna, y c) la leve alteración anímica tanto en la capacidad de conocer como en la capacidad de querer, fundamentadora de la simple atenuante por analogía (ver entre otras la Sentencia de 25 abril 1997 [RJ 1997\3616])”.

De lo cual se deriva que “si como consecuencia de una anomalía o alteración psíquica carece de capacidad para comprender la ilicitud de lo hecho o actuar conforme a esta comprensión, estaremos ante una causa que determina la exención de responsabilidad criminal; que cuando la capacidad de autodeterminación, sin estar anulada, aparezca disminuida de forma importante para comprender la ilicitud o actuar conforme a esta comprensión, se estará ante un supuesto de apreciar la concurrencia de una eximente incompleta; y, finalmente, cabe el supuesto de que la anomalía o alteración psíquica determine una disminución de la conciencia de la ilicitud y que la capacidad de autodeterminación no sea importante, en cuyo caso procederá apreciar la concurrencia de una atenuante analógica en base al artículo 21.6º del Código Penal, en relación con su artículo 20.1º”⁷.

Como es lógico, la aplicación de esta doctrina varía dependiendo del tipo de anomalía o alteración psíquica que padezca el sujeto en cada caso. En principio, todos

⁶ STS de 26 de mayo de 1995 (RJ 1995\3953).

⁷ STSJ de Cataluña de 22 de julio de 2002 (ARP 2002\600).

los trastornos recogidos en la CIE 10 y el DSM-IV-TR, podrían dar lugar a la exención de responsabilidad penal recogida en el art. 20.1 CP, pues pueden ser subsumidos sin dificultad en la amplia expresión “cualquier anomalía o alteración psíquica”. Sin embargo, no todos producen al sujeto la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión, de ahí que sea necesario un estudio pormenorizado del tratamiento jurídico-penal que los tribunales han otorgado a cada una de ellos para conocer su incidencia real en la imputabilidad de los sujetos que los sufren. Para desarrollar dicho estudio partiremos de la clasificación que realizamos en el capítulo anterior (tomando como base la CIE 10 y, sobre todo el DSM-IV-TR) y no la propia que el Tribunal Supremo, todavía en STS de 18 de octubre de 1999 (RJ 1999\8129)⁸, parece seguir, en la que distingue dos grandes grupos de enfermedades mentales (oligofrenia y psicosis).

⁸ “Existen dos grandes grupos de enfermedades mentales desde la perspectiva penal. De un lado, la oligofrenia como estado deficitario por detención del desarrollo psíquico, congénito o adquirido, que se diversifica en idiocia, imbecilidad y debilidad mental. De otro, las psicosis que pueden ser endógenas, provenientes de causas íntimas nacidas de la propia persona (esquizofrenia, paranoia o psicosis delirante, psicosis maniaco-depresiva y epilepsia) y exógenas producidas por causas externas a la constitución de la persona con modificación sustancial del cerebro, ya permanentes, ya transitorias. Estas psicosis exógenas se proyectan a través de dos modalidades distintas. La primera es la psicosis tóxica como auténtica intoxicación cerebral, a virtud de toxinas que si unas veces proceden del interior del organismo (sintomática), otras, por el contrario, proceden del exterior (toxifrenias tan frecuentes hoy día por el fenómeno de la drogadicción). La segunda es la psicosis orgánica a consecuencia de lesiones cerebrales (traumáticas, sifilíticas o naturales por involución fisiológica en vejez prematura).

QUINTO.- Tal cuadro general no se completa si no se comprenden no sólo las nuevas manifestaciones de las alteraciones mentales, caso del complejo mundo del SIDA, sino también las neurosis como enfermedades psicológicas originadas por causas psíquicas, perturbaciones éstas de menor trascendencia, porque sólo las más acusadas pueden llegar a tener repercusión penal. Son las neurosis de deseo o de protección (traumática, de guerra, de situación, histérica o neurastenia), neurosis incoercibles (obsesivas y de ansiedad) y finalmente las psicopatías”.

Clasificación a la que ya se había referido el Tribunal Supremo en STS de 22 de mayo de 1985 (RJ 1985\2525) al referir de un lado, “la oligofrenia como estado deficitario por detención del desarrollo psíquico, congénito o adquirido, que se diversifica en idiocia, imbecilidad y grave debilidad mental, y, de otro lado las psicosis que pueden ser, uno, endógenas o provenientes de causas íntimas nacidas en la propia persona, cuales son la esquizofrenia, la paranoia o psicosis delirante, la psicosis maniaco depresiva y la epilepsia, y, dos, exógenas, producidas por causas externas a la constitución de la persona con modificación sustancial del cerebro, o corteza cerebral, ya permanentes, ya transitorias; psicosis exógenas estas que se proyectan a través de dos modalidades distintas, la primera es la psicosis tóxica, la auténtica intoxicación cerebral, a virtud de toxinas que si unas veces proceden del interior del organismo humano (sintomática), otras por el contrario vienen desde el exterior (toxifrenias hoy tan frecuentes por la drogadicción); siendo la segunda la psicosis orgánica a consecuencia de lesiones cerebrales también diversificadas en puramente traumáticas, simplemente sifilíticas o naturales por involución fisiológica en vejez prematura. CONSIDERANDO: Que con ese somero repaso no se completan las distintas enfermedades mentales si no se comprenden, cual grupos independientes, las neurosis, enfermedades psicógenas originadas por causas psíquicas que ocupan tal dijo la Sentencia de 13 de octubre de 1971 (RJ

Resulta fundamental recordar que no es el padecimiento por el sujeto de un determinado trastorno lo más importante de cara a declarar su inimputabilidad sino que, con ser un requisito de indispensable cumplimiento, lo relevante a tales efectos es que el mismo, como consecuencia de ello, carezca de capacidad “para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión”. Dicho de otra forma, lo determinante no es que “el sujeto imputado presente una concreta enfermedad o trastorno psiquiátrico diagnosticado desde el propio conocimiento científico especializado que facilitan los informes emitidos por los Médicos Forenses y Psiquiatras que han reconocido e incluso tratado como paciente al acusado, lo que interesa conocer, más allá de su denominación, son sus consecuencias, atendiendo para ello a un cuadro de valoración predeterminado por la doctrina jurisprudencial que combina criterios de diferente índole: biológico o psicológico de valoración (ejemplo: naturaleza de la perturbación, intensidad, grado de perturbación), cronológicos (duración y permanencia) o relación de causalidad entre el trastorno psíquico y el hecho delictivo. En definitiva, importa determinar cómo y con qué intensidad afecta al sujeto el trastorno que padece y en qué medida aquél pudo influir como factor desencadenante de los hechos acaecidos”⁹.

Hechas estas breves aclaraciones, pasamos repasar la doctrina jurisprudencial relativa a la incidencia que cada trastorno puede tener en la imputabilidad del sujeto que lo padece.

I. TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA: RETRASO MENTAL (OLIGOFRENIAS)

El Tribunal Supremo, a la hora de enfrentarse al tratamiento jurídico-penal de los retrasos mentales, ha utilizado en su jurisprudencia desde hace años unos criterios

1971\3800), el último lugar en la escala descendente de las perturbaciones porque solo las formas más acusadas y graves pueden tener repercusión penal, divididas a su vez en neurosis de deseo o de protección (traumática, de guerra, de situación, de histeria y neurastenia) y neurosis incoercibles (neurosis obsesiva y neurosis de ansiedad); y finalmente las psicopatías como alteraciones anormales y manifiestas del carácter humano, simples desarmonías caracterológicas, altamente cuestionadas en el área de la imputabilidad criminal que pueden derivar, cerrando el círculo de las psicosis exógenas de menor entidad, en manifestaciones esquizoides, cicloides, epileptoides o paranoides”.

⁹ SAP de Toledo de 23 de marzo de 2006 (JUR 2006\132009).

constantes, tan solo matizados por una evolución en la terminología de los distintos grados de retraso mental (que no ha mostrado en muchas de sus sentencias, pues hoy día sigue anclado en una nomenclatura obsoleta¹⁰) y por algunos cambios en los cocientes intelectuales de dichos grados.

El retraso mental ha sido considerado por el Tribunal Supremo una enfermedad mental que permite una diversidad de grados, cada uno de los cuales lleva aparejado un déficit intelectual que ha servido al mismo para establecer las consecuencias jurídicas atribuibles en materia de imputabilidad, pues dependiendo del cociente intelectual del sujeto ha aplicado una eximente completa, incompleta, una atenuante analógica o, incluso, ha declarado su plena imputabilidad. Aunque debemos reconocer que junto al cociente intelectual también se ha tenido en cuenta el efecto de dicho retraso sobre la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión. Por lo tanto se ha exigido analizar cada caso concreto antes de pronunciarse sobre la imputabilidad del sujeto enjuiciado.

Como ya advertíamos, el retraso mental (tradicionalmente denominado oligofrenia) ha sido definido por el Tribunal Supremo en muchas de sus resoluciones como enfermedad mental, aun no siéndolo estrictamente, como bien denuncian SERRANO TÁRREGA¹¹, MANZANARES SAMANIEGO y ALBÁCAR LÓPEZ¹², MIR PUIG¹³ y CARBONELL MATEU¹⁴. En este sentido, entre otras muchas¹⁵, puede citarse la *STS de 29 de junio de 1984 (RJ 1984\3712)* según la que “no es preciso poseer

¹⁰ Como muestran muchas de sus sentencias de los últimos años como por ejemplo los Autos de 20 de junio de 2006 (JUR 2006\235051), 21 de junio de 2006 (JUR 2006\191157), 19 de diciembre de 2005 (JUR 2006\47620), 21 de diciembre de 2005 (JUR 2006\47605), 23 de septiembre de 2004 (JUR 2004\280955) y las SSTS de 5 de junio de 2006 (RJ 2006\5356), 30 de octubre de 2005 (RJ 2005\7520), 13 de octubre de 2004 (RJ 2004\6261), 30 de enero de 2003 (JUR 2003\39605) y 15 de julio de 2002 (RJ 2002\8066).

¹¹ Así lo considera SERRANO TÁRREGA, al precisar que “no es una enfermedad, sino una situación permanente del sujeto que ni mejora ni empeora y que el sujeto nace con él o lo adquiere en los primeros años de vida” (SERRANO TÁRREGA, M.D.: “Retraso mental e imputabilidad” en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, p. 529).

¹² MANZANARES SAMANIEGO, J.L. y ALBÁCAR LÓPEZ, J.L.: *Código penal*:..., cit., p. 41.

¹³ MIR PUIG, S.: *Derecho Penal*..., cit., p. 568.

¹⁴ CARBONELL MATEU, J.C.: “Aspectos penales”..., cit., p. 50.

¹⁵ Entre otras muchas, SSTS de 6 diciembre de 1975 (RJ 1975\4732), 8 de abril de 1976 (RJ 1976\1576), 26 de octubre de 1979 (RJ 1979\3748), 25 de marzo de 1980 (RJ 1980\1186), 8 de abril de 1980 (RJ 1980\1258), 19 de diciembre de 1983 (RJ 1983\5686) y 26 de enero de 1984 (RJ 1984\418).

especiales conocimientos psiquiátricos para saber -con la ayuda de las SS. de este Tribunal-, que, las oligofrenias, constituyen un grupo de enfermedades mentales singularizadas por su carácter endógeno, por la personalidad anormal del sujeto que las padece y por obedecer a una distonía o falta de sincronización entre el desarrollo corporal o somático del enfermo y su evolución o crecimiento intelectual, de tal modo que mientras aquél, progresa paulatinamente y de modo ordinariamente normal, el psicológico o intelectual queda rezagado y finalmente estancado respecto al físico, permaneciendo inmutablemente, o con escasos progresos, en una situación de insuficiencia o subnormalidad más o menos acentuada según los casos”. O la *STS de 25 de marzo de 1980 (RJ 1980\1186)* que señala que “las oligofrenias constituyen un grupo de enfermedades mentales de carácter endógeno caracterizadas por la perturbación de la personalidad del agente, y que, por consiguiente, no representan la irrupción o entrada en ella de elementos extraños y ajenos sino que corresponden a la propia personalidad -anormal- del sujeto. Suponen una distonía o discordancia entre la evolución y desarrollo físico o somático del sujeto y su desarrollo intelectual o psíquico, de tal modo que mientras aquél evoluciona y se desenvuelve normalmente, éste queda estancado o detenido en una u otra edad mental en consonancia con lo más o menos profundo o intenso de la perturbación. Dichas oligofrenias afectan desde luego a la inteligencia del agente y constituyen defectos de desarrollo psíquico -acusados en lo intelectual-, congénitos -en gran parte condicionados por la herencia- o adquiridos en los primeros tiempos de la vida, e incurables, concluyendo por estimarse que se trata de estados deficitarios permanentes, consecuentes a la detención del estado psíquico general, que, a veces, se encuentran asociados con trastornos de toda la personalidad, y otras, con anormalidades o deformaciones corporales, o injertados con otras muchas manifestaciones mentales de carácter morboso”. Por lo que bajo el amplio concepto de oligofrenia, “etimológicamente de oligo, poco y frenos, mente, escasez o pobreza de mente, se entiende una detención global de las funciones psíquicas y en particular de la inteligencia producida en los iniciales momentos de su maduración. Aunque se acusa principalmente a la mente, en la inteligencia, afecta en realidad a la personalidad por entero. Dolencia o enfermedad conocida desde antiguo, si bien las tradicionales clasificaciones de idiocia, imbecilidad y debilidad mental, pese a su significación

insultante y con carga peyorativa para los afectados y sus familiares, han pervivido hasta no hace mucho, que se han sustentado los tres niveles, en oligofrenias profundas, graves o de tercer grado, medias o de segundo grado y leves o de primer grado. Pero incluso el término genérico de oligofrenia ha sido sustituido por el de subnormalidad, que por alcanzar una carga valorativa negativa también ha sido cuestionado”¹⁶.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia admitieron unánimemente la inclusión de las oligofrenias en la referencia a la enajenación mental del anterior art. 8.1 CP¹⁷, solución justa pero que quizás suponía una interpretación más allá del sentido literal de ese artículo. Igualmente, y aún cuando se ha defendido que no puede ser considerada ni una anomalía psíquica ni una alteración mental en sentido estricto¹⁸, han sido aceptadas como parte integrante de la eximente del art. 20.1 CP.

Nos encontramos ante trastornos que representan una alteración de los procesos cognitivos, la que unida al resto de anomalías afectivas, de relación y del lenguaje que presentan, hacen que las bases de la imputabilidad en estos sujetos resulten, en ocasiones, modificadas¹⁹. Modificación, que irá íntimamente unida al grado de déficit mental, pues en los grados profundos, el Tribunal Supremo parece no haber encontrado problema para aplicar la eximente completa, ya que, difícilmente, tales sujetos pueden comprender de forma adecuada el alcance de sus actos. Valoración que ya no está tan clara, sin embargo, según aumentan los niveles de inteligencia. Tal incremento del cociente intelectual eleva asimismo el riesgo de criminalidad, siendo los casos más problemáticos aquellos que se encuentran en la frontera de la normalidad. La cuestión se complica si se tiene en cuenta que un mismo sujeto, puede ser imputable para un delito y ver disminuida su imputabilidad ante la comisión de otro distinto, lo que va a depender de la naturaleza del hecho criminal, pues existen ilícitos en los que el

¹⁶ STS de 28 de mayo de 1993 (RJ 1993\4265).

¹⁷ Sirva como ejemplo lo dispuesto por FERNÁNDEZ ALBOR, que refiriéndose al Código Penal anterior, estima que “en los términos en que hoy está redactado nuestro Código penal caben perfectamente las oligofrenias dentro del término enajenación” (FERNÁNDEZ ALBOR, A.: “Conciencia y Responsabilidad del hombre en el Derecho Penal”, en FERNÁNDEZ ALBOR, A. y OTROS: *Temas Penales*, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 1973, p. 25).

¹⁸ SERRANO TÁRREGA, M.D.: “Retraso mental...”, cit., p. 541.

¹⁹ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 813.

conocimiento (no ya sobre su antijuridicidad, sino, simplemente ante su bondad o maldad) es inaccesible para los retrasados, en tanto que respecto de otros, su ilicitud resulta evidente y captable también para ellos. Así pues, lejos de dictarse reglas generales, deberá valorarse cada supuesto en particular, poniendo en relación el déficit padecido por el sujeto y el hecho concretamente realizado. Además, debemos tener en cuenta que el problema de la imputabilidad en los oligofrénicos no es únicamente un problema de conocimiento, sino que también deben atenderse los trastornos caracteriales que condicionan la conducta desadaptada a la que acompaña tan frecuentemente la vida del oligofrénico (incapacidad para controlar sus impulsos). No debiendo olvidarse tampoco, que estos sujetos son muy sensibles a factores tóxicos (como el alcohol), los traumatismos y las infecciones, por lo que la imputabilidad del retrasado mental puede verse por ello severamente afectada. En definitiva, y con base en la psicometría y en los “test” de eficiencia, de personalidad y, sobre todo, de inteligencia, no pueden darse normas absolutas, salvo en aquellos casos en los que el cociente intelectual sea inferior a 40 (grado grave y profundo de retraso mental) en los que si bien se presenta clara la inimputabilidad del sujeto, resulta difícil que pueda cometer hechos delictivos ya que frecuentemente precisan ser tutelados dada su situación de incapacidad. En el resto de grados dentro de las oligofrenias, siempre deberá relacionarse el delito con otros factores como el entorno social y cultural, su carácter y la coexistencia de elementos tóxicos, para valorar la imputabilidad o inimputabilidad del afectado.

Partiendo de esta base, y dado que el retraso mental permite diversas graduaciones, debemos resaltar que no todos los supuestos incluidos en el término nosológico retraso mental tienen la misma intensidad y, consiguientemente, la misma trascendencia penal, pues existen una serie de estados intermedios entre la imputabilidad y la inimputabilidad que el retraso mental puede producir al existir una disminución del nivel intelectual por defecto congénito que conlleva un retardo en el desarrollo psíquico de la persona afectada²⁰. Las denominaciones de estos grados de retraso han ido variando a lo largo de la historia, pues en un primer momento se distinguió entre “las

²⁰ STS de 27 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6639).

clasificaciones de «imbécil», «idiota», «débil mental» y «bordeline»²¹. Más tarde dicha terminología fue modificada, allá por los años noventa, a partir de la STS de 24 de octubre de 1991 (RJ 1991\7370) debido a su significación insultante y su carga peyorativa por la de “oligofrenia profunda”, “oligofrenia de mediana intensidad”, “oligofrenia leve” y “la torpeza mental”. Hoy en día la jurisprudencia, en muchas de sus sentencias, continúa anclada en esa terminología anticuada y desfasada, lo que no deja de sorprender. En un importante número de resoluciones sigue refiriéndose a oligofrenias, imbéciles e idiotas²², prescindiendo de la moderna nomenclatura científica contenida en la CIE 10 o el DSM-IV-TR, textos que lo denominan “retraso mental” en sus diferentes niveles. Y ello, aún cuando en alguna resolución se haya recordado que: “... las más modernas corrientes psiquiátricas rechazan la terminología tradicional por estimarla gravemente ofensiva considerando que las expresiones «imbécil», «idiota» o «débil mental» tienen una sinonimia insultante que puede llegar a resultar lesiva para la persona que las padece y, en todo caso, para su familia por lo que propugnan su sustitución por otras como «oligofrenia profunda», «oligofrenia de mediana intensidad» y «oligofrenia media»²³.

Los diversos grados de retraso mental, a partir del estudio de la inteligencia y personalidad del sujeto, llevan aparejado un determinado cociente intelectual, que se obtiene combinando la edad mental con la edad cronológica, dividiendo aquélla por ésta y multiplicando por cien, a partir del cual se establecen los criterios generales acerca de los efectos que pueden presentar sobre la imputabilidad del afectado. Tomando como referencia la sentencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo de fecha 27 de abril de 1987 (RJ 1987\2617), cuya doctrina aparece recogida en muchas otras sentencias²⁴, podemos ver cómo partiendo de las pautas psicométricas que ofrecen los resultados de

²¹ STS de 8 de febrero de 2001 (RJ 2001\277).

²² E incluso en ocasiones como en la STS de 27 de abril de 1987 (RJ 1987\2617), 5 de octubre de 1989 (RJ 1989\7612) y más recientemente en sentencia de 1 de diciembre de 2005 (RJ 2006\1925) el Alto Tribunal ha denominado a las oligofrenias “subnormalidad o disminución psíquica”.

²³ STS de 24 de octubre de 1991 (RJ 1991\7370).

²⁴ Doctrina jurisprudencial seguida también en SSTS de 3 de octubre de 1987 (RJ 1987\6949), 11 de julio (RJ 1988\6539) y 21 de octubre de 1988 (RJ 1988\8076), 27 septiembre y 24 octubre 1991 (RJ 1991\6639 y RJ 1991\7370), 26 de febrero (RJ 1992\1347), 15 de julio (RJ 1992\6372), 8 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7095), 14 de octubre (RJ 1994\7900) y 13 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10147), 30 de noviembre de 1996 (RJ 1996\9349), 31 de julio de 1998 (RJ 1998\6572), 25 de abril de 2002 (RJ 2002\4962), 22 de septiembre de 2003 (RJ 2003\7439), 21 de diciembre de 2005 (JUR 2006\47605), etc.

los test de personalidad e inteligencia, se ha aceptado la triple distinción que la Psiquiatría ha establecido dentro de la oligofrenia:

a) *Profunda (anteriormente denominada idiocia)*, con un cociente mental por debajo de 25% y una edad mental por debajo de los cuatro años. Determina una irresponsabilidad total por aplicación de la eximente completa del anterior art. 8.1º y actual art. 20.1 CP.

b) *De mediana intensidad (anteriormente denominada imbecilidad)*, en la que el cociente mental oscila entre el 25 y 50% y la edad mental entre los cuatro y los ocho años. Determina una responsabilidad penal limitada por el juego de la eximente incompleta.

c) *Mínima (anteriormente denominada debilidad mental)*, en la que el cociente intelectual se mueve entre el 50 y 70%, la edad mental entre los 8 y los 9 años. La responsabilidad penal se considera disminuida por aplicación de la atenuante analógica.

d) *“Border lines”, (anteriormente denominada torpes mentales)*, cuyo cociente mental supera el 70%. En general, son considerados imputables.

Estas conclusiones fueron matizadas a partir de la STS de 28 de mayo de 1993 (RJ 1993\4265), la que comienza a utilizar como referencia las fuentes de más solvencia actualidad en la ciencia psiquiátrica, tales como los repetidos CIE 10 y DSM-III-R, para fijar los criterios sobre los que se elabora la graduación de referencia, que mantienen índices similares obviando esa terminología poco adecuada que se ha impuesto en los tribunales. Literalmente nos dice que las “actuales clasificaciones del DSM-III-R comprenden el grado profundo, cuando el cociente intelectual, es decir el cociente resultante de dividir la edad mental por la edad cronológica, es hasta 20-25. De grado severo grave, de 20-25 a 35-40. De grado medio o moderado, de 35-40 a 50-55. De grado leve, de 50-55 a 70 y, finalmente de grado límite, de 71 a 85. La CIE-10 establece unos grados similares, refiriéndose a un retraso mental profundo, subnormalidad mental profunda con un cociente intelectual por debajo de 20; el retraso mental grave o subnormalidad grave con cociente intelectual entre 20 y 34. El retraso mental moderado entre 35 y 49 y el retraso mental leve, discreto, débil mental entre 50 y 70, codificándose tal nivel de funcionamiento actual sin tener en cuenta la naturaleza y

causas, incluyéndose la denominada privación cultural. Posteriormente se ha añadido el retraso mental entre los 71 y 80, la inteligencia baja entre 81 y 90, la media normal entre 91 y 110, la superior entre 111 y 120 y la muy superior entre 121 y 135, encontrándose por encima de 135 los superdotados”. Estos criterios son matizados nuevamente sin embargo, por sentencias como la de 8 de febrero de 2001 (RJ 2001\277) cuando establece que “en este sentido hemos distinguido entre una oligofrenia profunda, cuando el cociente intelectual es de 0,40; de media intensidad, cuando discurre entre 0,40 y 0,60; y leve cuando discurre entre 0,60 y 0,80”. Todas estas resoluciones demuestran que “la medición de la inteligencia -mejor sería hablar de psicometría- se expresa en cifras, que varían a su vez según los métodos o escuelas”²⁵ y que como bien apunta la STS de 24 de abril de 1973 (RJ 1973\2394) tales grados de deficiencia mental no constituyen “compartimentos estancos y cerrados, sino que admiten zonas de tránsito entre unos y otros, transición particularmente interesante en la fase más leve de debilidad mental”. De lo expuesto hasta el momento pueden deducirse las siguientes conclusiones respecto de:

a) Las “oligofrenias profundas” (idiocias) con un CI como máximo al 25%, que se eleva más recientemente hasta el 40%, y que, a su vez, se corresponde con los niveles de retraso mental grave y profundo del DSM III-R con niveles inferiores al 40, y hasta el 34 para la CIE 10.

b) “Oligofrenia media” (imbecilidad) con un CI entre el 25% y 50% que en la STS de 8 de febrero de 2001 (RJ 2001\277), se sitúa entre el 40 y 60. Lo que equivaldría al retraso mental moderado, entre el 35 y el 55 del DSM III-R y 35 a 49 en la CIE 10.

c) “Oligofrenia leve” (debilidad mental) con un CI del 51 al 70 y del 60 al 80 para la STS de 3 de diciembre de 1992 (RJ 1992\9908). Que, traducido al DSM III-R, nos situaría en el retraso mental leve, del 50 al 70, y del 50 al 69, en la CIE 10.

d) Capacidad intelectual límite o “borderline” (que equivale a la torpeza mental), en todos los supuestos de CI superior al 70 e inferior a la normalidad, establecida en el 100. Categoría superior de retraso mental que la ya repetida STS de 8 de febrero de

²⁵ STS de 20 de febrero de 1989 (RJ 1989\1616).

2001, coloca en la banda entre el 80 y el 100 y que la CIE 10 y DSM III-R colocan entre el 71 y 80, en el primero de los casos, y del 71 a 85 en el segundo.

Volviendo a la clasificación, referir que cada uno de estos grados de retraso mental comporta una diferente incidencia en la imputabilidad del sujeto. Según doctrina del TS constante y reiterada, el grado más profundo de retraso mental, antiguamente conocido como idiocia, lleva aparejada la práctica anulación de las bases de la imputabilidad y por tanto la aplicación de la circunstancia eximente del art. 20.1 CP, al ser incapaz el sujeto de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión. En los casos de retraso mental “moderado”, tiene lugar la disminución de dichas bases, lo que supone la limitación para conocer la ilicitud del hecho y para determinarse conforme a dicha comprensión, lo que se traduce en la aplicación de la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1º del CP. Por su parte, en los supuestos de retraso mental “leve”, antigua debilidad mental, aparece una disminución menor de las facultades intelectuales y volitivas, de manera que la imputabilidad será la norma, aun cuando es posible aplicar una atenuante analógica, bien cuando el sujeto no llegue a la normalidad plena (porque aun conociendo la ilicitud del hecho, tiene dificultades para conocer y valorar las consecuencias de su conducta) bien cuando el retraso se asocie a otros trastornos que potencien el déficit psíquico (como los derivados del consumo de alcohol u otras drogas). Estos últimos casos en los que el retraso mental se asocia a otros trastornos podrían incluso alcanzar la entidad suficiente como para permitir la aplicación de la eximente incompleta. Finalmente, los sujetos denominados “bordeline” generalmente son considerados imputables, al tener capacidad plena para conocer la ilicitud de sus actos y para actuar conforme a dicha comprensión, salvo que sobre el déficit intelectual que padecen hubieran influido otros elementos psicosomáticos o ambientales que, reforzándolo, permitan estimar que su imputabilidad se halla disminuida²⁶ y aplicar una atenuante analógica e, incluso, en determinados casos, una eximente incompleta.

De un exhaustivo repaso de la jurisprudencia del Tribunal Supremo y de los tribunales menores se deduce que dichos órganos han apreciado la eximente completa

²⁶ STS de 13 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10147).

en los casos de *oligofrenia profunda*²⁷; imbecilidad profunda con cociente no superior a 30²⁸; retraso mental grave²⁹; oligofrenia de tercer grado³⁰; sujeto con retraso mental que presenta una disminución en sus facultades mentales equivalentes a una edad de ocho años³¹; cuando la imbecilidad afecta a la capacidad para comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión³²; ante la existencia de una oligofrenia de mediana intensidad, siempre que la misma provoque en el sujeto un déficit intelectual y de voluntad, que conduzca a una situación caracterizada por la ausencia total en el momento de suceder los hechos, para comprender el alcance y magnitud de sus actos³³; lo que suele suceder cuando la misma se une a la ingesta de alcohol³⁴, o aparece asociada a algún otro trastorno psicopatológico, por ejemplo una psicosis esquizofrénica de tipo paranoide con trastornos de la personalidad³⁵, trastorno psicótico no especificado³⁶, con trastornos de la personalidad³⁷ y con un cociente intelectual de 51 y padeciendo epilepsia y trastornos de conducta secundarios a su deficiencia mental, habiendo tenido múltiples ingresos en Unidades Psiquiátricas Hospitalarias³⁸; e, incluso, en una ocasión en la que el sujeto presentaba un cociente intelectual límite pero que la propia dinámica delictiva, ponía de relieve una afectación muy profunda de las facultades intelectivas y volitivas, que anuló de manera total las mismas³⁹ y ante un supuesto de debilidad mental, perturbación patológica que la sentencia reconoce

²⁷ STS de 13 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10147). También lo han hecho las Audiencias Provinciales de Baleares en sentencia de 20 de septiembre de 1994 (ARP 1994\473), SAP de La Rioja de 7 febrero de 1997 (ARP 1997\216), SAP de Asturias de 31 de mayo de 1999 (ARP 1999\1908), SAP de Santa Cruz de Tenerife de 12 abril de 2000 (ARP 2000\200), SAP de Zaragoza de 24 de abril de 2001 (JUR 2001\181706) y SAP de Almería de 22 de octubre de 2001 (JUR 2001\331722).

²⁸ STS de 21 de octubre de 1988 (RJ 1988\8076).

²⁹ SAP de Barcelona de 5 de febrero de 1996 (ARP 1996\108).

³⁰ STS de 8 de octubre de 1964 (RJ 1964\4178).

³¹ STS de 7 de febrero de 1973 (RJ 1973\639).

³² SAP de Cádiz de 21 de enero de 1999 (ARP 1999\789).

³³ SAP de Madrid de 16 de mayo de 1997 (ARP 1997\1279), SAP de Madrid de 16 de mayo de 1997 (ARP 1997\2060), SAP de Lleida de 28 de diciembre de 2001 (JUR 2001\54824) y SAP de Valencia de 4 de mayo de 2005 (JUR 2005\163880).

³⁴ SAP de Ciudad Real de 3 de octubre de 2000 (JUR 2001\20425).

³⁵ SAP de Valencia de 13 de mayo de 2002 (JUR 2002\188119).

³⁶ SAP de Barcelona de 10 de mayo de 2001 (JUR 2001\239961).

³⁷ SAP de La Coruña de 26 de febrero de 2001 (JUR 2001\106284).

³⁸ SAP de Murcia de 8 de mayo de 2001 (ARP 2001\483).

³⁹ SAP de Navarra de 16 de junio de 2000 (ARP 2000\1486).

presenta “caracteres bastantes para estimarse incluido en la irresponsabilidad total que señala el artículo 55 del Código vigente”⁴⁰.

Por el contrario, la *oligofrenia intermedia*⁴¹ se ha beneficiado de la semieximente del art. 21.1 CP (anterior art. 9.1), pudiendo citarse en el casuismo jurisprudencial los siguientes casos: al catalogarse en el sujeto un grado de imbecilidad⁴², denominado en otras resoluciones oligofrenia de grado medio⁴³, retraso moderado⁴⁴ y descrita en muchas ocasiones a través del cociente intelectual, como en los casos en los que el sujeto presenta un índice de 0'47 unido a “pobreza intelectual, afectividad muy primitiva, carece de adecuación a la realidad que es percibida muy parcialmente y muy mediatizada por la emotividad que le lleva a realizaciones autolíticas”⁴⁵; una oligofrenia de mediana intensidad o un retraso mental moderado al presentar el sujeto un cociente inferior a 0'47⁴⁶, un cociente de 45%⁴⁷, un índice sobre el 46%⁴⁸; la situación intermedia entre la imbecilidad y la debilidad mental⁴⁹; unida a reacciones depresivas⁵⁰ o depresión mayor⁵¹; a síndrome cíclico de psicosis maniaco-depresiva⁵², a psicosis puerperal y depresión⁵³; a embriaguez⁵⁴ e incluso a un trastorno de antisocialidad de su personalidad y politoxicomanía⁵⁵.

En el caso de *la oligofrenia leve* los tribunales se han debatido entre la aplicación de la eximente incompleta y la atenuante analógica, y aun cuando en muchas sentencias

⁴⁰ STS de 9 de julio de 1930 (RJ 1930\372).

⁴¹ Curioso es el fallo que el Tribunal Supremo ofrece al supuesto de retraso mental moderado de la STS de 28 de febrero de 2007 (Id Cendoj: 28079120012007200533) en el que no aprecia ningún tipo de atenuación de la pena por considerar que “el retraso mental moderado no le ha impedido realizar sus actividades en la vida diaria y dedicarse a la explotación de ganado que lleva con normalidad y sin problemas derivados de su disminución mental”.

⁴² STS de 16 de julio de 1985 (RJ 1985\4111).

⁴³ STS de 27 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6639) y 13 de octubre de 2004 (RJ 2004\6261).

⁴⁴ STS de 8 de febrero de 2001 (RJ 2001\277).

⁴⁵ STS de 20 de abril de 1994 (RJ 1994\3350).

⁴⁶ STS de 24 de octubre de 1991 (RJ 1991\7370).

⁴⁷ STS de 27 de abril de 2000 (RJ 2000\3724).

⁴⁸ STS de 18 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6445).

⁴⁹ STS de 22 de febrero de 1991 (RJ 1991\1343).

⁵⁰ STS de 30 de marzo de 1982 (RJ 1982\2044).

⁵¹ STS de 21 de septiembre de 2000 (RJ 2000\8065).

⁵² STS de 10 de abril de 1978 (RJ 1978\1301).

⁵³ STS de 10 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5476).

⁵⁴ STS de 11 de febrero de 1981 (RJ 1981\516).

⁵⁵ STS de 7 de abril de 2000 (RJ 2000\2536).

consideraron de aplicación esta última, hoy en día parece apuntarse una ampliación del segmento de la eximente incompleta a costa de la atenuante por analogía, lo que demuestra una tendencia aperturista de los mismos. La solución a esta alternativa viene dada por las circunstancias concretas del caso y, en especial, por la posibilidad del sujeto de comprender el alcance del delito cometido, de su reproche, esto es, se exige la constatación de la relación causal entre el estado mental del sujeto y el hecho. La eximente del art. 21.1 CP ha sido aplicada en supuestos de debilidad mental profunda⁵⁶, grado de debilidad mental acentuada con un cociente mental de entre 50 y 70⁵⁷, así como unida con esos cocientes o incluso superiores a otras patologías⁵⁸, al consumo de drogas⁵⁹ o alcohol⁶⁰ e, incluso, a síndrome de abstinencia de las mismas⁶¹.

⁵⁶ SSTS de 30 de enero de 1959 (RJ 1959\320), 13 de mayo de 1975 (RJ 1975\2092), 30 de octubre de 1975 (RJ 1975\4068), 25 de enero de 1984 (RJ 1984\406), 27 de abril de 1987 (RJ 1987\2617), 30 de octubre de 1987 (RJ 1987\7633) y 24 de noviembre de 1990 (RJ 1990\9154).

⁵⁷ Como en las SSTS de 29 de junio de 1984 (RJ 1984\3712) en la que aparece un retraso mental con índice entre el 0,60 y el 0,65; 28 de enero de 1985 (RJ 1985\363) donde el cociente se encuentra entre 0'66 y 0'70 y existe una deficiente formación educativa, que influye desfavorablemente en el comportamiento del sujeto afectado; 20 de mayo de 1988 (RJ 1988\3699) donde nos encontramos ante una debilidad mental profunda con cociente intelectual del 0,68; 11 de julio de 1988 (RJ 1988\6539) en la que aparece una oligofrenia con un cociente intelectual de 0,60; 20 de febrero de 1989 (RJ 1989\1614) en la que el sujeto presentaba un grado de debilidad mental acentuada con un cociente mental de 62; 4 de febrero de 1991 (RJ 1991\733) en la que aparece una debilidad mental profunda con un cociente del 65%; 20 de junio de 1991 (RJ 1991\4762) oligofrenia con cociente intelectual entre 65 y 70%; 20 de diciembre de 2001 (RJ 2002\5661) donde existe una debilidad mental "con inteligencia equivalente a la de una persona de siete u ocho años siendo su cociente intelectual de 69, y teniendo notables déficits de instrucción, comprensión y expresión, y notable dependencia del otro acusado, lo que disminuye en un grado importante sus facultades de conocer y querer, así como de valorar la trascendencia de sus actos"; 25 de abril de 2002 (RJ 2002\4962) en el que el cociente del recurrente se sitúa, según el relato fáctico, entre 51 y 70% de lo normal e, incluso, ante un cociente intelectual de 72 y repetidos internamientos en centros psiquiátricos como en STS de 5 de octubre de 1988 (RJ 1988\7667).

⁵⁸ Como ejemplos las SSTS de 26 de febrero de 1992 (RJ 1992\1347) donde el sujeto presentaba una leve oligofrenia a la que se suma un cierto grado de alcoholismo y una personalidad antisocial; 22 de octubre de 1998 (RJ 1998\8716) donde aparece un retraso mental leve y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y 4 de junio de 1999 (RJ 1999\5463) donde el sujeto padecía episodios de psicosis y un retraso mental leve.

⁵⁹ Como muestra las SSTS de 14 de mayo de 1984 (RJ 1984\2608) y 23 de septiembre de 1985 (RJ 1985\4431) donde el retraso mental tiene un cociente de 0'65 y existe una drogodependencia; 16 de febrero de 1988 (RJ 1988\1092) en la que aparece oligofrenia en grado de debilidad mental más heroínomanía; 5 de octubre de 1989 (RJ 1989\7618) donde aparece una debilidad mental no profunda unida a severa drogadicción del sujeto en el momento de los hechos, y 9 de febrero de 2001 (RJ 2001\1235) en la que el sujeto presenta un retraso mental leve -con una discapacidad del 58%- y alteración de la personalidad: tales realidades, unidas a la drogadicción que padece.

⁶⁰ Como en SSTS de 21 de marzo de 1985 (RJ 1985\1986) donde existe en el sujeto un retraso mental con cociente mental de 0'73 unido al alcoholismo crónico; 29 de enero de 1988 (RJ 1988\526) con cociente 70 e ingestión reiterada de bebidas alcohólicas; 6 de marzo de 1989 (RJ 1989\2489) en el que el acusado es una "persona débil mental, con personalidad inmadura, de tipo epileptoide con coeficiente intelectual

La atenuante analógica ha sido apreciada en supuestos en los que existía una debilidad mental⁶², debilidad mental de carácter leve consideración como supuesto límite con la normalidad⁶³, retraso mental leve cercano a la torpeza mental⁶⁴, déficit intelectual moderado-límite⁶⁵, debilidad mental con un cociente intelectual del 76%⁶⁶, retraso mental leve junto al consumo de alcohol o drogas⁶⁷ y en supuestos de comorbilidad⁶⁸ normalmente con un trastorno de la personalidad⁶⁹ o incluso casos en los que aparece unido a otra patología y a alcohol o drogas⁷⁰.

entre 0,70 y 0,75” y 2 de julio de 1993 (RJ 1993\5856) en la que aparece una debilidad mental y alcoholismo crónico.

⁶¹ STS de 15 de marzo de 1982 (RJ 1982\1714).

⁶² SSTs de 15 de abril de 1991 (RJ 1991\2774), 11 de mayo de 1992 (RJ 1992\3774), 15 de julio de 1992 (RJ 1992\6372), 22 de julio de 1992 (RJ 1992\6694), 28 de noviembre de 1997 (RJ 1997\8325), 1 de julio de 1998 (RJ 1998\6572), 17 de enero de 2000 (RJ 2000\717), 31 de enero de 2000 (RJ 2000\185), 23 de marzo de 2001 (RJ 2001\3323), 5 de noviembre de 2001 (RJ 2001\9692), 17 de noviembre de 2001 (RJ 2002\804), 8 de marzo de 2002 (RJ 2002\3494), 21 de abril de 2003 (RJ 2003\4667), 3 de octubre de 2003 (RJ 2003\7709), 15 de enero de 2004 (RJ 2004\2134). Junto a ellas, la STSJ Andalucía, Granada de 26 de octubre de 2001 (JUR 2002\47537) y SAPs de Asturias de 24 de abril de 1995 (ARP 1995\588), SAP de Tarragona de 14 de marzo de 1996 (ARP 1996\214), SAP de Madrid de 25 de febrero de 1997 (ARP 1997\398), SAP de Huelva de 1 de julio de 1997 (ARP 1997\1762), SAP de Ciudad Real de 5 de junio de 1998 (ARP 1998\2873), SAP de Tarragona de 9 de octubre de 1998 (ARP 1998\4780), SAP de Córdoba de 5 de marzo de 1999 (ARP 1999\430), SAP de Cantabria de 20 de mayo de 1999 (ARP 1999\1178), SAP de Valladolid de 14 de noviembre de 2000 (JUR 2001\30101), SAP de Asturias de 14 de mayo de 2001 (JUR 2001\244725), SAP de Barcelona de 6 de noviembre de 2002 (JUR 2003\16792), SAP de Córdoba de 3 de julio de 2003 (JUR 2003\223373), SAP de Madrid de 14 de noviembre de 2003 (JUR 2004\123792), SAP de Valladolid de 17 de febrero de 2004 (ARP 2004\72), SAP de Sevilla de 7 de julio de 2004 (JUR 2004\257315), SAP de Sevilla de 14 de junio de 2005 (ARP 2005\598), SAP de Gipuzkoa de 1 de julio de 2005 (JUR 2005\238250) y SAP de Sevilla de 19 de septiembre de 2005 (ARP 2006\17).

⁶³ SAP de Madrid de 8 de febrero de 2006 (JUR 2006\137974).

⁶⁴ ATS de 21 de junio de 2006 (RJ 2006\191157).

⁶⁵ SAP de Cantabria de 14 de octubre de 2004 (JUR 2005\41425) y SAP de Cádiz de 15 de noviembre de 2004 (JUR 2005\147832).

⁶⁶ SAP de Cantabria de 20 de mayo de 1999 (ARP 1999\1178).

⁶⁷ SAP de La Coruña de 9 de marzo de 2001 (JUR 2001\143043) donde el retraso mental leve aparece acompañado de un problema de ingesta de alcohol y SAP de Pontevedra de 6 de septiembre de 2005 (JUR 2006\19219) donde la oligofrenia leve se une a ingesta de alcohol que, pese a la simplicidad de las acciones enjuiciadas, afectaba en grado leve su capacidad de comprensión y actuación.

⁶⁸ SAP de Lleida de 15 de enero de 2002 (JUR 2002\75985) donde el sujeto sufre un retraso mental leve, con rasgos paranoides y dificultades en el control de impulsos.

⁶⁹ Los Autos del Tribunal Supremo de 6 de octubre de 1993 (RJ 1993\7674) donde se muestra una debilidad mental con trastorno “Bordeline” y 20 de junio de 2001 (RJ 2001\5251) donde existe un retraso mental leve y trastorno inespecífico de personalidad; y las sentencias de las Audiencias Provinciales de Santa Cruz de Tenerife de 29 de noviembre de 2001 (JUR 2002\55454) donde aparece un retraso mental leve y trastorno de la personalidad; SAP de Sevilla de 19 de noviembre de 2002 (JUR 2003\137) donde el acusado presenta junto al retraso mental leve un trastorno de la personalidad que sufría a resultas de la dependencia a alcohol; SAP de Pontevedra de 7 de mayo de 2004 (JUR 2006\18163) donde al retraso

Finalmente, en los casos de *torpeza mental* la imputabilidad de estos sujetos ha sido la regla básica⁷¹ aunque actualmente parece existir cierta tendencia a considerar la posibilidad de cierta disminución o variación en la capacidad del sujeto afecto de este tipo de retraso mental, siendo de aplicación la atenuante analógica del art. 21.6 CP en supuestos en los que el acusado estaba situado entre la normalidad y debilidad mental: lo que el Tribunal Supremo ha considerado como casos de torpeza mental⁷²; deficiencia mental con cociente intelectual entre 70 y 90% con trastorno de personalidad “borderline” determinado por la misma que le hace especialmente vulnerable, sugestionable y fácilmente manipulable⁷³, incluso de una eximente incompleta cuando el sujeto presenta este tipo de retraso mental⁷⁴, “poliadicción sobre un sujeto con nivel intelectual límite⁷⁵, “consumidor de heroína, afectado de una adicción grave con una antigüedad de seis o siete años, de bajo nivel intelectual cociente intelectual por debajo de la normalidad”⁷⁶, zona border-line, a lo que se une una politoxicomanía de larga evolución y presenta además un trastorno antisocial de la personalidad⁷⁷, una personalidad límite (border line) más “drogodependencia desde la adolescencia”, a la que “se añade una neurosis carcelaria el llamado síndrome de Ganser, producto de sus largos períodos de su estancia en prisión”⁷⁸ y ante “una capacidad intelectual límite a la

mental ligero se une un trastorno de conducta de tipo psicopático y *SAP de Córdoba de 7 de julio de 2005* (ARP 2005\224758) en la que aparece un retraso mental leve y trastorno límite de la personalidad.

⁷⁰ *STS de 6 de mayo de 1996* (RJ 1996\3841) donde el sujeto a la vez presenta un retraso mental leve, una personalidad antisocial y adicción a opiáceos; *STS de 24 de octubre de 2001* (RJ 2002\1977) donde la oligofrenia con retraso mental leve, se encuentra unida al consumo de hachís y rasgos de trastornos de personalidad y *SAP de Cáceres de 17 de septiembre de 1995* (ARP 1995\1111) en la que el sujeto presenta además de un retraso mental leve un trastorno antisocial de la personalidad unido a la ingesta de cierta cantidad de alcohol.

⁷¹ *SSTS de 30 de noviembre de 1996* (RJ 1996\9349), 12 de marzo de 1998 (RJ 1998\4009), 15 de febrero de 2002 (RJ 2002\3578), 28 febrero de 2003 (RJ 2003\2724), 28 de enero de 2005 (RJ 2005\4816) y la *SAP de La Coruña de 21 de enero de 2000* (ARP 2000\2253) y *SAP de Alicante de 7 de marzo de 2003* (JUR 2003\136336).

⁷² *STS de 14 de octubre de 1994* (RJ 1994\7900) y 29 de diciembre de 2003 (RJ 2004\1358).

⁷³ *STS de 22 de septiembre de 2003* (RJ 2003\7439).

⁷⁴ *STS de 4 de octubre de 1996* (RJ 1996\7197).

⁷⁵ *STS de 9 de diciembre de 1993* (RJ 1993\9941).

⁷⁶ *STS de 3 de diciembre de 1993* (RJ 1993\9384).

⁷⁷ *STS de 11 de marzo de 2000* (RJ 2000\1123).

⁷⁸ *STS de 14 de febrero de 1989* (RJ 1989\4754).

que asocia un consumo perjudicial de alcohol, lo cual unido a los trastornos mixtos de personalidad que padece, disminuye su capacidad intelectual y volitiva”⁷⁹.

Por lo tanto y a modo de resumen, el Tribunal Supremo ha aplicado:

- La *eximente completa* en los supuestos en los que aparece un retraso mental grave o profundo (antiguas oligofrenias profundas o idiocias) y en aquellos casos en los que encontramos un retraso mental moderado (anterior oligofrenia media o imbecilidad) si el cociente se encuentra próximo a los valores inferiores de su franja o cuando se encuentra unido a otro trastorno psicopatológico, ingesta de alcohol o drogas, al producirse en todos ellos una falta de capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión.

- La *eximente incompleta* en las hipótesis donde está presente un retraso mental moderado o cuando el mismo aparece unido a otra patología, embriaguez o politoxicomanía por encontrarse el sujeto con una disminución importante en su capacidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión y en supuestos de retraso mental leve cuando el mismo es importante o cuando no siéndolo y mostrando unos cocientes superiores se encuentra unida a otras patologías o al consumo de alcohol o drogas e incluso, en supuestos de capacidad mental límite o “bordeline” cuando se une a un trastorno de la personalidad y politoxicomanía de larga evolución o consumo perjudicial de alcohol.

- Y la *atenuante analógica* en aquellos casos en los que está presente un retraso mental leve de carácter moderado o cuando el mismo es menos intenso, pero aparece unido a otros trastornos psicopatológicos o al consumo de tóxicos, al haberse probado que los mismos han producido una disminución en la capacidad psíquica del sujeto. Y también en supuestos de capacidad intelectual límite cuando asimismo ha existido dicho efecto en el sujeto o aparece en supuestos de comorbilidad, normalmente con trastornos de la personalidad.

Pero todas estas reglas no deben ser consideradas como inamovibles pues no podemos olvidar que para determinar la trascendencia penal de los retrasados mentales

⁷⁹ STS de 28 de junio de 2001 (RJ 2001\7022).

no sólo ha de tomarse en cuenta el grado o profundidad del déficit intelectual sino también 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 de quien conculca preceptos elementales, pertenecientes al inconsciente colectivo o impuestos por la experiencia y el saber cotidiano y cuya fundamentabilidad 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”⁸⁰. Por lo que la valoración específica del caso concreto en sus peculiaridades originales, es un punto esencial de la gradación del retraso mental, de manera que debemos “huir de reglas fijas y rígidas cuando, examinándose cada situación de cada caso concreto en lo médico y en lo jurídico-penal, el oligofrénico constituye un supuesto autónomo cuya clasificación exacta deviene por un conjunto de síntomas, físicos y mentales, alejados de irritantes e inamovibles índices de valoración”⁸¹, de manera que “(...) cada caso concreto ha de ser examinado, no solamente por los síntomas físicos y mentales de la persona sometida al proceso penal, sino también en relación con la acción que lesiona o perturba el bien jurídico protegido”⁸².

En conclusión, debido a que la expresión oligofrenia comprende variadas y a veces complejas situaciones, dado que está en función de las deficiencias existentes en el sujeto, han de tomarse en consideración para el estudio del caso concreto, no sólo el cociente intelectual sino también otros factores que resultan igualmente decisivos cuando concurren. En esta anomalía psíquica, como sucede en general, la capacidad de comprensión del autor no debe valorarse en abstracto, respecto de cualquier infracción, sino en relación con el particular hecho realizado y con su ilicitud. Así se recoge en STS de 8 de mayo de 1976 (RJ 1976\2161): “... ha de conocerse, psicométricamente, el cociente intelectual... con un estudio completo de la personalidad del oligofrénico, en que se incluya no sólo el alcance de dicho déficit intelectual, sino también las

⁸⁰ STS de 13 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10147).

⁸¹ STS de 8 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7095).

⁸² STS de 24 de octubre de 1985 (RJ 1985\5050).

reacciones frente al medio ambiente, y todas las demás circunstancias subjetivas y objetivas que estructuran su personalidad individual...”, ya que “(...) hoy se sabe que no sólo en las oligofrenias ambietopáticas, sino en todas las oligofrenias han de tomarse en consideración los factores psicosociales: aislamiento o abandono; déficit de estímulos afectivos y culturales; exceso de tensiones conflictivas”⁸³, es decir, “las circunstancias del caso, su complejidad, el acompañamiento, esfuerzo intelectual exigible, socialización, aprendizaje, respeto a las normas de convivencia, etc, que nos presentarán al enfermo en su concreta situación (Cfr. SSTS 24-10-1991 [RJ 1991\7370] y 13-12-1994 [RJ 1994\10147])”⁸⁴.

En resumen, podemos decir que el Tribunal Supremo en el caso de los retrasos mentales parece haber utilizado en su jurisprudencia una doctrina constante fijada hace muchos años, doctrina que consideramos correcta a efectos de la calificación de la imputabilidad, pues aún basándose en el déficit de inteligencia para declarar las distintas consecuencias jurídicas no ha establecido parámetros rígidos e inamovibles pues ha traspasado constantemente los mismos al considerar oportuno el análisis de la estructura patológica del sujeto en relación con el caso concreto enjuiciado, para atender así a la afectación de las facultades del sujeto.

II. DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS

A pesar del escaso número de pronunciamientos del Tribunal Supremo sobre el influjo del delirium, la demencia y los trastornos amnésicos en la imputabilidad del sujeto, suponemos debido a la escasa actividad delictiva de los enfermos que padecen estas patologías, de la lectura de diferentes sentencias puede extraerse la doctrina jurisprudencial utilizada por el Alto Tribunal cuando se enfrenta al tratamiento jurídico penal de los mismos. Dado que cualquiera de tales trastornos puede producir el efecto de impedir al sujeto comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha

⁸³ STS de 20 de febrero de 1989 (RJ 1989\1614).

⁸⁴ STS de 8 de febrero de 2001 (RJ 2001\277).

comprensión, todos pueden originar la exención de la responsabilidad criminal mediante la aplicación del art. 20.1 CP.

1. DELIRIUM

El cuadro clínico denominado delirium constituye un trastorno con escasa incidencia delictiva (salvo cuando es provocado por el consumo de sustancias)⁸⁵ que reúne los requisitos legales para considerar que la persona que lo sufre tiene modificadas sus capacidades mentales debido a la alteración en la conciencia que provoca y su déficit cognitivo, pudiendo llegar incluso a determinar la inimputabilidad del sujeto que lo padece.

Cuando este trastorno se produce en forma muy intensa o en personalidades predisuestas, el sujeto presentará una grave afectación de su nivel de conciencia⁸⁶, encontrándose confuso mental, obnubilado, agitado y con perturbaciones propias del automatismo psicosensores, no pudiendo conocer el valor de sus actos para inhibir sus tendencias automáticas e instintivas⁸⁷, lo que producirá en el mismo una incapacidad para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión, permitiendo la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP.

Dado que este trastorno se caracteriza por un cambio de sus síntomas en cuestión de horas, sólo cuando la alteración de la conciencia sea tan grave que impida al sujeto conocer los actos que realiza⁸⁸, podremos aplicar dicha exención. Es decir, sólo cuando se demuestre que la acción se produjo en un estado de delirium establecido y pleno, la

⁸⁵ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 849.

⁸⁶ Situación en la que ORTEGA MONASTERIO opina se produce la misma merma que presenta un psicótico en fase aguda. Véase ORTEGA MONASTERIO, L.: "Semiología...", cit., p. 25.

⁸⁷ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Trastornos mentales orgánicos...", cit., p. 1127. Estos mismos autores consideran que constituye una de las pocas veces en que está justificada la eximente de trastorno mental transitorio. Consideración esta última que también apunta ORTEGA MONASTERIO, en relación a los trastornos exógenos confusionales (entre los que incluye al delirium) pues considera que los mismos cumplen "los requisitos clínicos propios del concepto médico-legal y jurídico de trastorno mental transitorio" (ORTEGA MONASTERIO, L.: "Los trastornos agudos exógenos confusionales", DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, p. 1117).

⁸⁸ RODES LLORET, F.: "Delirium", en MARTÍ LLORET, J.B.; PASTOR BRAVO, M. y RODES LLORET, F.: *Enfermedad mental. Aspectos Médico-Forenses*, Díaz de Santos, Madrid, 2006, p. 98.

inimputabilidad será total⁸⁹, puesto que el mismo impide al sujeto comprender lo injusto del hecho y orientar su voluntad con arreglo a ese conocimiento⁹⁰. Pero dado que también existen situaciones intermedias en las que la sintomatología no es tan intensa, será necesario analizar cada caso en particular y valorar con precisión todas las circunstancias que concurran, pues de ello dependerá la apreciación de la semieximente del art. 21.1 CP en relación al art. 20.1 del mismo texto legal⁹¹ o, en su caso, la atenuante analógica del art. 21.6 CP. Por lo que podemos concluir que será fundamental determinar el grado de deterioro de las funciones psíquicas superiores para poder concretar la imputabilidad del sujeto afecto de delirium, siendo una merma parcial o una abolición total de las bases psico-biológicas, la regla general en estos casos⁹².

No faltan referencias en la jurisprudencia a este trastorno pero generalmente en su carácter de síntoma del consumo abusivo de sustancias, en especial en el alcoholismo, de ahí que nos remitamos al apartado que estudia estos casos⁹³.

2. DEMENCIAS

Las demencias, constituyen trastornos mentales que una vez establecidos, y fundamentalmente en estados avanzados, no ofrecen dudas sobre su plena inimputabilidad⁹⁴, lo que nos permite reconocer su entrada en el concepto jurídico de alteración psíquica, debido a la seria limitación en el actuar que provocan derivada del propio déficit, fundamentalmente cognitivo y el deterioro que generan. El problema se plantea cuando el delito se comete en las fases iniciales de la demencia, periodo

⁸⁹ Así lo consideran CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑIN, J.C.: *La Salud Mental en los Tribunales...*, cit., p. 191.

⁹⁰ Así lo reconoce la SAP de Asturias de 6 de marzo de 2001 (ARP 2001\540) donde se estima expresamente que “en el contexto de un «delirium», las facultades de conocer y querer se encuentran abolidas. Es ello de esencia a tal tipo de trastorno”.

⁹¹ La posibilidad de la aplicación de la semieximente del art. 21.1 CP es recogida por GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Trastornos mentales orgánicos...”, cit., p. 1127.

⁹² ORTEGA MONASTERIO, L.: “Los trastornos agudos...”, cit., p. 1118.

⁹³ Capítulo V apartado IV.

⁹⁴ LOBO SATUÉ, A.: “Las demencias desde el punto de vista forense”, en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, p. 1047.

conocido tradicionalmente como médico-legal de las demencias⁹⁵, donde los síntomas o no son muy claros o fluctúan con momentos de aparente normalidad, y en los que el trastorno psíquico no tiene la suficiente intensidad para ser considerado como eximente, encontrándose la imputabilidad tan sólo parcialmente disminuida, y siendo de aplicación la semieximente del art. 21.1 CP o, incluso, la atenuante analógica del art. 21.6 CP. A pesar de ser conscientes de esta consideración, algunos expertos en el tema entre los que podemos citar a GISBERT CALABUIG; SÁNCHEZ BLANQUE y CASTELLANO ARROYO⁹⁶ y CARRASCO GÓMEZ y MAZA MARTÍN⁹⁷ consideran que los dementes, con independencia de la fase de la enfermedad en la que se encuentran, no deberían ser sancionados debido al inmediato porvenir psíquico que les espera, pues muy pronto carecerán de medios para conocer el valor de la sanción que no podrán comprender en toda su plenitud.

El Tribunal Supremo ha recogido como doctrina ampliamente reiterada en su jurisprudencia que “entre la demencia o privación completa de las facultades mentales ya sea permanente o de carácter accidental o transitorio, y el ser completamente normal, con voluntad plenamente libre e inteligente, existen estados intermedios a los que es preciso acomodar la imputabilidad de quien los sufre según a la mayor o menor intensidad que la perturbación tenga sobre las bases del psiquismo, o sea, sobre su capacidad cognoscitiva y de autodeterminación, de forma, que si aquélla es acentuada se utiliza el mecanismo de la eximente incompleta del núm. 1.º del art. 9.º en relación con el núm. 1.º del art. 8.º y si es leve o la enfermedad mental tiene menor alcance psicológico la atenuante analógica del núm. 10 del art. 9.º del C.P.”⁹⁸. Por esta razón estimamos que es de gran interés en el caso que nos ocupa conocer lo más ajustadamente posible el cuadro clínico y el correspondiente diagnóstico, fase de

⁹⁵ Así lo denominan técnicamente entre otros, CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 856; ESBEC RODRÍGUEZ, E. y GÓMEZ-JARABO, G.: “Psicopatología forense: repercusiones jurídicas de los trastornos mentales”, en ESBEC RODRÍGUEZ, E.; GÓMEZ-JARABO, G. y NEVADO BRAVO, C.: *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*, 1ª ed., 1ª imp., Edisofer, Madrid, 2000, p. 351 y RUIZ-MAYA, M.: *Psiquiatría penal y civil*, Reprod. facs. de la ed. de Madrid: Talleres Tipograf. de D. Antonio Marzo, 1931, Publicaciones Obra Social y Cultural CajaSur, Córdoba, 1999, p. 754.

⁹⁶ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Trastornos mentales orgánicos...”, cit., p. 1128.

⁹⁷ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 861.

⁹⁸ SSTs de 30 de abril de 1979 (RJ 1979\1700) y 28 de abril de 1981 (RJ 1981\1675).

proceso y posibilidades o no de remisión y/o progreso demencial para poder decidir así el grado de imputabilidad en que se encontraba el enfermo en el momento de los hechos acaecidos.

Los tribunales únicamente han declarado *la inimputabilidad* en dos ocasiones, existiendo en ambas un estado demencial, habiendo basado su declaración en el primero de los casos en la concurrencia de “la causa de exención de alteración psíquica no transitoria del art. 20.1º CP debido a la demencia de tipo orgánico padecida por el procesado. Respecto a tal causa eximente enunciada, sostenida de consuno por todas las partes procesales, son dos los órdenes de consideraciones: uno el relativo a su alcance y otro el atinente a su demostración. El Código destaca en el ordinal 1º del art. 20 que el agente «no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión», con ello el legislador ha seguido los pasos de la doctrina mayoritaria que hace pivotar la eximente en la comprensión de lo injusto y la actuación acorde a ella (lo que algunos tratadistas denominan como «motivación anormal»), lo que supone, en definitiva, la ausencia completa de capacidad de discernimiento. Abriéndose a continuación la cuestión relativa a la demostración pues es doctrina en todo punto consolidada del Tribunal Supremo y elevada a la categoría de axioma que «las circunstancias modificativas han de estar tan probadas como el hecho mismo», y de la prueba pericial médica se concluye en la anulación de las facultades de conocer y querer por parte del Andrés Silva de modo y manera que al cometer el delito se veía impedido por completo de conocer la trascendencia de sus actos”⁹⁹ y en el segundo de ellos dada “la situación patológica que el sujeto presentaba que sobreviene concluida la instrucción y antes de la sentencia, y que impide que este pueda entender esta última, aconsejando aplicar la eximente y varias medidas de seguridad”¹⁰⁰.

La *eximente incompleta* del art. 21.1 CP ha sido apreciada por los tribunales cuando en el momento de la ejecución de los hechos que se enjuiciaban, el sujeto tenía mermadas de forma importante sus capacidades, pero no anuladas como consecuencia del padecimiento de una determinada clase de demencia. Así por ejemplo ante:

⁹⁹ SAP de Barcelona de 19 de diciembre de 2001 (JUR 2002\68326).

¹⁰⁰ Sentencia del Juzgado de lo Penal de Jaén de 30 de mayo de 2001 (JUR 2001\292757).

1. *Demencia tipo Alzheimer* “que le producía una alteración psíquica que si bien afectaba a su inteligencia y voluntad, sin embargo no las anulaban plenamente”¹⁰¹, o “una demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer, de inicio prosenil con depresión, teniendo además retraso mental no especificado, que la hace muy sugestionable y disminuye su libertad y su libre discernimiento al afectar funciones intelectivas superiores como son la memoria a corto y largo plazo, la capacidad de juicio crítico y la capacidad de asociación de ideas y conceptos”¹⁰².

Esta demencia ha sido denominada en ocasiones por la jurisprudencia “demencia senil”, que también ha permitido la aplicación de la semieximente en estudio porque en los hechos ejecutados se produce la clásica combinación de déficits cognitivos y descenso del nivel de conciencia, “lo que provoca una clara afectación parcial de la capacidad, sin que no obstante se aprecie un deterioro severo de las funciones psíquicas globales (pensamiento, capacidad de juicio, raciocinio y conciencia crítica)”¹⁰³, en los que “la demencia senil que aquél padecía y que mermaba sus facultades intelectivas y volitivas impedían que en su mente se pudiera dar la reflexión serena y con la debida y recta apreciación de los móviles y la prohibición por el Derecho de la conducta que pretendía realizar”¹⁰⁴.

2. También ante *demencia vascular* “por haber sufrido numerosos infartos vasculares cerebrales (de lo que tenía precedentes en ambos padres) afección que sin duda tuvo influencia en que derivara en una grave adicción a la cocaína en una edad de inicio tardía, todo lo cual le ha producido un cuadro clínico con pérdidas de conciencia y deterioro de sus facultades tanto cognoscitivas como volitivas, apto para sustentar la aplicación de la eximente incompleta del núm. 1 del art. 21 en relación a los n°s 1 y 2 del art. 20 CP, al poseer carácter mixto: por anomalía psíquica y adicción grave a la mencionada droga”¹⁰⁵.

¹⁰¹ SAP de Córdoba de 6 de mayo de 2002 (JUR 2002\159188).

¹⁰² STS de 24 de febrero de 1995 (RJ 1995\1325).

¹⁰³ SAP de Toledo de 23 de marzo de 2006 (JUR 2006\132009).

¹⁰⁴ STS de 24 de junio de 1994 (RJ 1994\5028).

¹⁰⁵ SAP de Madrid de 17 de julio de 2001 (JUR 2001\270030).

3. Ante un cuadro de demencia propio de la *enfermedad de Huntington*, que provocaba que el acusado tuviese “profundamente perturbadas sus facultades mentales, pero conservaba la capacidad necesaria para apreciar, si bien en pequeña medida la antijuridicidad de sus actos”¹⁰⁶.

4. *Demencia arteriosclerótica subcortical* “que instaurándose de manera lenta, progresiva e insidiosa, mantenía su nivel de conciencia pero con deterioro de su inteligencia, memoria y personalidad, afectando ello de manera notable a la comprensión de los hechos”¹⁰⁷.

5. *Demencia cortical* por alcoholismo crónico, agravada por una *demencia de origen traumático*, “que merma la conciencia y crítica de la actitud moral del procesado y que afecta a su capacidad de entender y querer y comportarse conforme a esa inteligencia y voluntad”¹⁰⁸.

6. En supuesto en el que no se nos cataloga la demencia, reconociéndose tan solo que el paciente “presenta un síndrome demencial, seguramente creciente, que actualmente le merma de forma importante su capacidad de conocer y de querer. Ello quiere decir que cuando provocó el incendio su voluntad estaba mediatizada por el hecho de no ser plenamente consciente de lo que hacía o de las consecuencias que podía tener aquel acto”¹⁰⁹.

7. E, incluso, en casos en que se presentan un conjunto de factores entre los que se encuentra dicha demencia como son “(trastorno de personalidad no especificado, demencia vascular y abuso de alcohol, alteración de base de inestabilidad emocional) que determina un sustrato patológico que implica una merma severa de la capacidad de control de impulsos (voluntad), junto con un discreto déficit de la capacidad reflexiva (inteligencia)”¹¹⁰.

La *atenuante analógica* ha sido invocada en aquellos supuestos en los que ante el padecimiento de una demencia, como la demencia senil, “al menos levemente, la

¹⁰⁶ SAP de Almería de 28 de mayo de 2004 (JUR 2004\205020).

¹⁰⁷ STS de 11 de marzo de 1996 (RJ 1996\1906).

¹⁰⁸ SAP de Granada de 19 de abril de 2004 (JUR 2004\151829).

¹⁰⁹ SAP de Tarragona de 23 de abril de 2003 (JUR 2003\210712).

¹¹⁰ SAP de Barcelona de 9 de marzo de 2005 (JUR 2005\116346).

imputabilidad se encontraba afectada, empañada su capacidad de comprender totalmente el significado antijurídico de sus actos o de dirigir su actuación conforme al entendimiento de los mismos”¹¹¹; o en el que “tanto el retraso mental leve que se consigna en el «factum» de su sentencia, como el cuadro de iniciación de demencia orgánica, determinante de liberación de capas instintivas y disminución de frenos éticos de control de impulsos”¹¹². E incluso en supuesto en el que “el procesado se halla aquejado de hipertensión arterial determinante de una incipiente arteriosclerosis que ante sus apetencias potencia sus impulsos e «inhibe sus facultades de control en una medida no absoluta». Deducir de tales presupuestos, y ante la constancia de que el deterioro mental por arteriosclerosis «mermaba sus frenos de inhibición en materia sexual», la inferencia de concurrencia de una atenuante analógica”¹¹³.

Del análisis jurisprudencial de las demencias podemos deducir que es un deber atender al caso concreto a la hora de valorar la incidencia que los diferentes tipos de demencias hayan de proyectar sobre la responsabilidad penal de los sujetos enjuiciados. Ello no obstante, consideramos que puede señalarse con carácter general, como lo ha hecho el Tribunal Supremo en su jurisprudencia, cuando la capacidad intelectual del sujeto haya quedado previamente perturbada debido a la enfermedad, de manera que le impida la comprensión de la realidad al no poder formarse un criterio razonable sobre la misma, y ello, haya llevado también a la incapacidad para poder actuar conforme a dicha comprensión, deberá aplicarse la eximente completa en estudio pues, en tal caso, resulta difícil un comportamiento distinto. Por su parte, en aquellos supuestos en que la demencia afecte de manera sensible a las capacidades intelectuales del sujeto pero no le impida totalmente comprender la ilicitud de los comportamientos que pudiera realizar, deber acudir a la aplicación de la eximente incompleta, reservándose la atenuante analógica para aquellos casos de afectaciones cognoscitivas leves. Todo ello sin que pueda descartarse en algunas hipótesis la intrascendencia de la enfermedad, cuando la misma se encuentre en sus primeras manifestaciones, esto es, cuando la afectación sea

¹¹¹ STS de 11 de septiembre de 1990 (RJ 1990\7317).

¹¹² STS de 9 de septiembre de 1999 (RJ 1999\7381).

¹¹³ STS de 8 de febrero de 1990 (RJ 1990\1296).

muy leve y el injusto cometido tan evidente que no pueda sostenerse que la misma dificulte, ni aun ligeramente, la comprensión del tipo penal.

III. TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA, NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS: CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

También denominados trastornos orgánicos de la personalidad, constituyen unos trastornos mentales producto de un serio daño cerebral que modifica sustancialmente la personalidad del sujeto que los padece, lo que suele conllevar una incidencia en el ámbito de la imputabilidad penal, que puede ir desde la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP hasta la atenuante analógica del art. 21.6 CP¹¹⁴.

Al igual que los cuadros anteriormente descritos, estos trastornos pueden determinar la aplicación de la eximente completa de anomalía o alteración psíquica en aquellos casos en los que aparezca un alto grado de deterioro en el sujeto, es decir, trastornos graves de conducta que provoquen en el mismo la privación total de sus facultades volitivas o intelectivas. Cuando no exista tal anulación de las capacidades psíquicas del sujeto pero sí una notable disminución de la capacidad para comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión, estos cuadros posibilitarán la aplicación de la semieximente del art. 21.1 CP, pudiendo aparecer también supuestos en los que los mismos produzcan tan sólo una leve disminución de las capacidades intelectuales y volitivas de la persona y sea necesario el reconocimiento de una atenuante analógica.

Lo más frecuente es que estos trastornos, dada la disminución importante de la capacidad para controlar los impulsos que provocan, con un nivel muy bajo de aceptación de frustraciones y respuestas desadaptadas, comporten la aplicación de la eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica. Siendo la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP muy difícil, ya que estos sujetos suelen conservar cierta capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión.

¹¹⁴ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 895.

Del análisis de las sentencias del Alto Tribunal que se han ocupado de este tema, se obtienen las siguientes conclusiones:

Que ha aplicado normalmente la semieximente anteriormente citada bien ante la sola presencia de un trastorno orgánico de la personalidad cuando era grave, bien cuando el mismo aparecía en unión con otro trastorno mental o alcohol o drogas, por considerar que los sujetos no presentaban una anulación de sus facultades sino tan solo una importante disminución de las mismas, es decir, los enfermos se encontraban incapacitados sólo en parte para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión.

También y en determinados casos los tribunales han creído conveniente aplicar la atenuante analógica por existir una disminución leve en las capacidades mentales del sujeto.

Muestra de la aplicación por el Tribunal Supremo de la *eximente incompleta ante la sola presencia en el afectado de un trastorno orgánico de la personalidad*, es la *STS de 21 de febrero de 2001 (RJ 2001\477)*, en la que se presenta recurso por inaplicación del art. 20.1 CP que es resuelto negativamente por el Alto Tribunal por considerar, considerando correcto el fallo de la sentencia de instancia que aplica la semieximente del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 CP, dado que “simplemente trasluce un déficit más o menos intenso en el control de los impulsos del sujeto sin que en ningún momento se afirme se encuentre plenamente privado de sus frenos inhibitorios que imposibilite los efectos de sus tendencias compulsivas, y, por otro, es de ver que la propia dinámica comisiva pone de relieve, al menos, una cierta capacidad de conocimiento de la ilicitud de sus acciones así como de sus facultades de decisión, interrumpiendo sus ataques cuando la resistencia de la segunda víctima y sus gritos de auxilio impulsan al agresor a emprender la huída antes de lograr la plena satisfacción de sus propósitos salaces”.

En igual sentido se pronuncia en *STS de 27 de diciembre de 2005 (RJ 2006\1326)* presentando el sujeto junto al trastorno orgánico de la personalidad, adicción a drogas, lo que produce tan sólo una merma y no abolición sus facultades intelectivas y volitivas (“como consecuencia de la enfermedad que padece a raíz de una lesión grave que tuvo

en la cabeza y de su adicción a sustancias estupefacientes, de tal forma que no comprendía en su totalidad la ilicitud del acto que estaba realizando, y aplica, en consecuencia la circunstancia eximente de enajenación mental prevista en el art. 21.1 en relación con el art. 20.1 ambos del CP”).

También algunas Audiencias Provinciales han aplicado la eximente incompleta en supuestos en los que tan sólo concurría un trastorno orgánico de la personalidad. Es el caso de las siguientes resoluciones:

La *SAP de Almería de 13 de noviembre de 2001 (JUR 2002\20438)* en la que se estima que “la prueba pericial practicada en el Juicio Oral, ha puesto de manifiesto que el acusado padece un trastorno orgánico de la personalidad, caracterizado por su gran irritabilidad, agresividad ante estímulos negativos y falta de control en sus actos, por lo que su conducta al estar severamente alterada, hace que dicha alteración psíquica deba ser entendida como eximente incompleta, por cuanto de dicho informe pericial no se desprende que el acusado estuviese privado totalmente de sus facultades volitivas o intelectivas”.

Y la *SAP de Madrid de 26 de abril de 2005 (JUR 2005\245801)* en la que “el acusado tiene mermadas considerablemente sus facultades intelectivas y volitivas, aunque no anuladas totalmente como pretende la defensa, pues en cierta manera y en determinados aspectos es capaz de comprender lo que se le pregunta y de discernir lo que puede estar bien o mal en una conducta, por lo que entendemos que es adecuado apreciarle una eximente incompleta de enajenación mental prevista en el artículo 21.1 del CP vigente”.

Junto a ellas, otras sentencias han aplicado esta eximente incompleta cuando el *trastorno orgánico de la personalidad aparecía en combinación con otra patología y/o con el consumo de alcohol o drogas*, como la *SAP de Sevilla de 15 de junio de 2004 (JUR 2004\212490)* donde la acusada no sólo presenta un trastorno orgánico de la personalidad sino que al mismo se une una inteligencia límite con la normalidad y alcohol y otros tóxicos (“hemos oído sobre ello dos informes periciales, que hemos de decir que son sustancialmente coincidentes: ambos concuerdan en el trastorno orgánico de la personalidad, esto es, en la presencia de trastornos graves de conducta que tienen

su origen en una disfunción cerebral y que han motivados varios ingresos hospitalarios; también concuerdan en que este trastorno orgánico está asociado a un nivel intelectual bajo, de los llamados border-line, o situados en el límite de lo que en el consenso psicológico y social se considera normalidad intelectual, pero sin llegar a la deficiencia. También hemos oído la opinión coincidente de los peritos en cuanto a que este cuadro psíquico supone una disminución importante de su capacidad para controlar sus impulsos, con un nivel muy bajo de aceptación de frustraciones y respuestas desadaptadas, como las que efectivamente vemos que se ha producido en este caso, en que un incidente nimio: un vehículo barredor que se interpone en su paso, provoca una acción claramente desmesurada como la que se ha narrado. También son coincidentes los peritos en que el alcohol y otros tóxicos como la cocaína agravan este cuadro; y tenemos constancia, a través de la declaración -en este punto creíble- de la propia acusada, corroborada por la del testigo Sr. Cristóbal y por los mismos agentes que la habían tratado en otras actuaciones, que esa noche había consumido alcohol y cocaína y que se encontraba especialmente violenta. En suma, nos encontramos con una disminución seria de la imputabilidad por causa de un trastorno psiquiátrico y de las circunstancias concretas concurrentes en el momento de los hechos”.

En igual sentido, la *SAP de Navarra de 24 de septiembre de 2003 (ARP 2003\795)* en la que las conclusiones de los peritos psiquiatras, acreditan que el sujeto padece “un trastorno orgánico de la personalidad, así como una afectación cognoscitiva de predominio amnésico. Lo que implica que sus facultades cognoscitivas están bien, no así las volitivas, que están perturbadas de forma muy ostensible, aunque no anuladas por lo que la Sala aprecia cierto grado de responsabilidad criminal, modulada por la concurrencia de una eximente incompleta, lo que deberá tener su reflejo en la graduación de la pena”.

Por su parte, la *SAP de Sevilla de 19 de septiembre de 2000 (RJ 2001\5753)* reconoce estar “plenamente documentado y avalado por el informe pericial del médico forense, tras reconocimiento del acusado, el trastorno orgánico de la personalidad, de origen postraumático y asociado con el consumo abusivo de drogas. Está también documentado que en la época en que ocurrieron los hechos, el acusado había recaído en el consumo abusivo, de modo que poco después, en enero de 1998, presentaba un

deterioro físico derivado del alto consumo y de estar en la calle al haber sido echado de casa por una gran alteración del comportamiento. Existe, por tanto, base suficiente para aplicar, como se hace en la sentencia, la circunstancia eximente incompleta la del art. 21 en relación con el I del art. 20”.

En cuanto a *la atenuante analógica* del art. 21.6 CP, el Tribunal Supremo también ha considerado pertinente aplicarla en sentencias como la de 23 de abril de 1998 (RJ 1998\3812) en la que se reconoce que en el relato fáctico de la sentencia de instancia se afirma que “el acusado «padece un trastorno orgánico de la personalidad, secuelas de unas graves lesiones cerebrales producidas en un accidente de tráfico que sufrió cuando tenía diecisiete años de edad, trastorno que sin afectar a su inteligencia y comprensión de los hechos, limita su voluntad al no poder adecuar las respuestas y comportamientos a dicha comprensión, sin llegar a anularla totalmente». El respeto que se debe al relato histórico de la sentencia de instancia obliga a mantener el criterio defendido por el Tribunal de instancia ya que la disminución de la capacidad de culpabilidad del acusado se contrae a una limitación de su voluntad que no autoriza a otorgar mayor alcance que la atenuante analógica correctamente apreciada en la sentencia”¹¹⁵.

IV. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Tradicionalmente, los trastornos relacionados con sustancias han sido tratados por el Tribunal Supremo diferenciando, de un lado, los trastornos provocados por el alcohol, y, de otro, los inducidos por otras drogas, de ahí que el tratamiento jurisprudencial que nos disponemos a realizar a continuación se adapte a dicha distinción.

¹¹⁵ También las SSTS de 29 de octubre de 1993 (RJ 1993\7988) y 27 de junio de 2001 (RJ 2001\7146) y la SAP de Barcelona de 12 de julio de 2004 (JUR 2004\224309).

1. TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

El alcoholismo crónico constituye una enfermedad física y psíquica prolongada¹¹⁶, contemplada en la CIE 10 y DSM-IV-TR¹¹⁷, que puede llegar a provocar una toxifrenia¹¹⁸, debido al hábito reiterado y continuado a lo largo del tiempo de consumir alcohol. Su diagnóstico no supone ya de por sí una repercusión en la responsabilidad criminal del sujeto que la padece pues “el simple alcoholismo crónico y controlado, no causa alteración alguna en la capacidad de obrar y discernir”¹¹⁹, pero dado que pueden aparecer complicaciones patológicas del psiquismo pues “puede presentar diversos cuadros de alteraciones extraneurológicas y neurológicas, y desde el punto de vista psíquico puede provocar alteraciones varias ya en el orden cualitativo, ya en el de su permanencia, caracterizadas por su duración o por su tono episódico”¹²⁰, es posible una disminución e incluso anulación de la imputabilidad. Así lo ha reconocido el Tribunal Supremo en sentencia de 16 de enero de 1986 (RJ 1986\140), en la que tras explicar todas las fases por las que puede pasar un alcohólico, estima que son en las últimas en las que pueden producirse importantes alteraciones psíquicas, auténticas psicosis e, incluso, llegar a degenerar en una verdadera demencia alcohólica. La citada sentencia postula que “en el alcoholismo puede advertirse una fase inicial en la que el sujeto aprovecha las ocasiones de beber que se presentan en el grupo social con precisión de cantidades mayores a medida que va aumentando su tolerancia; es la situación del bebedor habitual excesivo en la que no existe una alteración fundamental del psiquismo

¹¹⁶ Así ha sido reconocido expresamente por RODRÍGUEZ NUÑEZ, A.: “El actuar a causa del consumo de bebidas alcohólicas en el Código Penal de 1995”, en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, p. 451. También RUIZ VADILLO, que refiere expresamente que se trata de una enfermedad mental (RUIZ VADILLO, E.: “Derecho penal y psiquiatría criminal y forense” en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, p. 286). En el mismo sentido, STS de 5 de mayo de 1981 (RJ 1981\2118).

¹¹⁷ La CIE 10 lo recoge con el nombre de síndrome de dependencia en el epígrafe referente a “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas” y el DSM-IV-TR en los “Trastornos relacionados con sustancias” a través de la denominación de “dependencia alcohólica”, (véanse *CIE 10*, cit., pp. 103 y 104 y *DSM-IV-TR*, cit., pp. 218 y ss).

¹¹⁸ STS de 27 de abril de 1990 (RJ 1990\3351).

¹¹⁹ SSTS de 8 de mayo de 1986 (RJ 1986\2431), 17 de mayo de 1993 (RJ 1993\4152), 28 de septiembre de 1995 (RJ 1995\6897), 27 de abril de 2000 (RJ 2000\3308), 22 de mayo de 2001 (RJ 2001\5662) y 21 de febrero de 2005 (RJ 2005\4387).

¹²⁰ STS de 10 de octubre de 1994 (RJ 1994\7883).

pero sí una modificación caracteriológica, de la que pasa a la llamada fase de «estado» marcada por la pérdida del control, en la que aparecen -paulatinamente- los síntomas del déficit intelectual, la capacidad crítica disminuye, la censura y la atención se debilitan, la imaginación se oscurece o se llena de fantasías, y los actos pasan a ser impulsivos con un progresivo dominio instintivo que puede conducir a desmanes y violencias; en una fase más avanzada pueden presentarse episodios psíquicos de particular relieve como son el «delirium tremens», el delirio de celos, y el síndrome amnésico denominado «psicosis de Korsakoff», para caer, finalmente, en la demencia alcohólica con abolición de las facultades del sujeto, y que en nada se diferencia de otros tipos de enajenación mental”. Por su parte, la sentencia del Tribunal Supremo de 27 de abril de 1990 (RJ 1990\3351) afirma que “el alcoholismo crónico, es evidentemente, una toxifrenia que una vez instaurada en el individuo que la padece produce una serie de síntomas somáticos y psíquicos permanentes que se ponen de manifiesto sin necesidad de beber grandes cantidades de alcohol. Las manifestaciones psíquicas más frecuentes son la modificación del carácter, el llamado «carácter alcohólico» subrayado por gran labilidad afectiva, intensidad exagerada de los afectos, debilidad volitiva y ausencia de inhibición. Como consecuencia de la falta de voluntad se dejan llevar por los instintos, de modo que cuando se le contraría reacciona con brutalidad. En períodos más avanzados aparecen los trastornos del intelecto, el cual disminuye progresivamente y en algunos casos termina con la demencia alcohólica. Manifestación típica y más frecuente en este estadio de la intoxicación alcohólica, es la reacción paranoide con alucinaciones auditivas y visuales, a veces con amnesia intensa (psicosis de Korsakow) y con fase aguda y terminal de delirium tremens en cuyo estado el paciente puede cometer cualquier agresión o suicidarse”.

En definitiva, como señala la STS de 23 de febrero de 1985 (RJ 1985\1531), cuando el consumo de alcohol “se convierte en habitual o crónico suele producir verdaderas enfermedades mentales denominadas psicosis alcohólicas, de naturaleza exógena o exotóxica, con lesiones orgánicas graves en el cerebro, que alteran a veces permanentemente la personalidad del alcohólico impidiendo o dificultando en grado diverso, incluso con alteraciones profundas de la mente y producción de verdaderos estados delirantes o deliroides, los procesos cognitivos y volitivos, con liberación

funcional de los centros inferiores del psiquismo, lo que convierte al afectado en un ser privado de sus controles cerebrales corticales o nócticos de los que depende la modulación y adaptación de su conducta a las reglas sociales, haciendo indomables e imprevisibles incluso para él mismo, los cambios de impulsividad, agresividad, afectividad y niveles de consciencia, anulando o disminuyendo su imputabilidad y como consecuencia su culpabilidad y responsabilidad y convirtiéndolo en un enajenado verdadero”.

Por todo ello, debido a que el consumo inmoderado y habitual de alcohol puede generar la aparición de una auténtica enfermedad mental, no hubo problemas hace años para su encaje jurídico en el término enajenación¹²¹ del art. 8.1 del anterior Código Penal y tampoco desde 1995 en el nuevo texto legal, al ser considerado una anomalía o alteración psíquica de las descritas en el art. 20.1 CP¹²² siempre que se acredite el trastorno (alcoholismo crónico)¹²³ y que al tiempo de cometer el hecho impida al sujeto comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión.

El alcoholismo crónico es, como hemos advertido, un trastorno que puede alcanzar diversos grados a los que habrá de reconocérsele diferente valoración penal, pues dependiendo del caso, de la intensidad del mismo sobre las facultades psíquicas del sujeto y su repercusión en la ejecución del hecho podrá reconocerse la ausencia de acción penal, la aplicación de una eximente completa, incompleta, una atenuante analógica e, incluso, la irrelevancia penal. Así lo ha considerado el Tribunal Supremo al establecer que “la ingestión de alcohol, con los consiguientes efectos alteradores de la normalidad psíquica del individuo, puede tener una varia traducción jurídica al tiempo de valorar la conducta del infractor condicionado en su hacer criminal por aquella influencia. El consumo de bebidas alcohólicas puede ocasionar desde la simple situación de euforia, inoperante en el área penal, hasta una perturbación psíquica de tal

¹²¹ STS de 8 de abril y 4 de diciembre de 1992 (RJ 1992\3129 y RJ 1992\10005). Así lo estimó ALONSO ÁLAMO, al reconocer refiriéndose a MEZGER, que los supuestos de embriaguez patológica constituían una genuina psicosis de intoxicación y como tal, podrán incluirse en el término enajenación del art. 8.1º CP, véase ALONSO ÁLAMO, M.: *El sistema de las circunstancias...*, cit., pp. 713 y ss.

¹²² RODRÍGUEZ NUÑEZ, considera que “al alcoholdependiente cuando se encuentre bajo los efectos de la bebida alcohólica se le podrá aplicar la alteración psíquica del art. 20.1 CP” (RODRÍGUEZ NUÑEZ, A.: “El actuar...”, cit., p. 451).

¹²³ ALHAMBRA PÉREZ, M.P. y SEGURA ABAD, L.J.: *El alcohol:...*, cit., p. 54.

entidad que reporta una total y absoluta pérdida de conciencia en el sujeto, eliminando toda huella de acción en sentido técnico-jurídico y provocando hasta la aplicación de una eximente completa”¹²⁴. Entre tales situaciones límites, “deben admitirse supuestos de responsabilidad disminuida subsumibles en la atenuante del artículo 9.1. ^a, o en la analógica del artículo 9.10. ^a, en los sujetos que no llegan a tales situaciones, o supuestos de irrelevancia penal”¹²⁵.

Por lo tanto, el alcoholismo crónico puede conllevar la siguiente incidencia:

1. Provocar situaciones de exención de responsabilidad criminal por falta de acción penal, en aquellos casos en los que, como bien apunta GONZÁLEZ RUS¹²⁶ y FRÍAS CABALLERO¹²⁷, a consecuencia del alcoholismo crónico se produzca en el sujeto una supresión completa de la conciencia, es decir, un estado de inconsciencia (embriaguez letárgica), cesando cualquier actividad física o psíquica con incapacidad para realizar movimiento alguno¹²⁸. Así lo ha reconocido el Tribunal Supremo en el *Auto de 8 de septiembre de 1999 (RJ 1999\7185)* donde se estima que el alcoholismo crónico “en casos extremos («delirium tremens») cuando el hecho se comete sin voluntad alguna sólo mediante movimiento reflejo, puede quedar excluida la acción como elemento básico de la infracción penal (art. 1.º)”¹²⁹ y la *STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988\1338)* que con objeto de ocuparse de los efectos jurídico penales del consumo y abuso de bebidas alcohólicas considera que “el consumo de bebidas alcohólicas puede ocasionar desde la simple situación de euforia, inoperante en el área penal, hasta una perturbación psíquica de tal entidad que reporta una total y absoluta pérdida de conciencia en el sujeto, eliminando toda huella de acción en sentido técnico-jurídico”.

¹²⁴ STS de 8 de mayo de 1986 (RJ 1986\2431).

¹²⁵ STS de 16 de enero de 1986 (RJ 1986\140).

¹²⁶ GONZÁLEZ RUS, J.J.: “La embriaguez como causa de exención o atenuación de la responsabilidad criminal en el Código vigente y en el Proyecto de 1980”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 18, 1982, p. 444.

¹²⁷ FRÍAS CABALLERO, J.: *Imputabilidad penal (Capacidad personal de reprochabilidad ético-social)*, Ediar, Buenos Aires, 1981, pp. 242 y 243.

¹²⁸ Es necesario advertir que es muy difícil que en esta situación los alcohólicos crónicos delincan excepto quizás algún supuesto de omisión.

¹²⁹ Doctrina seguida también recogida en STS de 25 de septiembre de 1997 (RJ 1997\6719).

2. Producir, debido al consumo abusivo y constante de alcohol una alteración psíquica en el sujeto que la sufre que afecte en grado muy elevado a sus facultades mentales, no permitiéndole comprender la ilicitud del hecho ni actuar conforme a dicha comprensión, lo que conllevará la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP. Se trata de “verdaderas psicosis alcohólicas como enfermedades mentales de naturaleza exógena o exotóxica incluso con graves lesiones en el cerebro, también con múltiples derivaciones que afectan a las facultades intelectivas y volitivas, anulando o disminuyendo la imputabilidad del sujeto, su culpabilidad, su responsabilidad”¹³⁰. Las mismas se producen en las fases agudas o terminales de alcoholismo crónico, al aparecer un “deterioro de la personalidad psico-somática del sujeto, con síntomas funcionales y orgánicos inconfundibles-facies alcohólica, trastornos neurológicos de temblor, «tics», etc -así como los psíquicos-labilidad afectiva, ausencia de inhibición y reacciones paranoides, etc- sin contar con la presencia final del «delirium tremens»”¹³¹.

Se trata por tanto de los supuestos en los que el uso inmoderado y crónico del alcohol genera verdaderas enfermedades mentales, auténticas psicosis tóxicamente adquiridas, tales como la psicosis alcohólica, cuadros psicóticos agudos -delirium tremens, alucinosis alcohólica, celotipia y enfermedad de Korsakoff o, incluso, provocan la demencia de quien lo padece¹³². El Tribunal Supremo se ha hecho eco de esta doctrina en muchas de sus sentencias al reconocer que “el alcoholismo crónico es una toxifrenia que puede determinar una demenciación acreedora a ser recogida como

¹³⁰ STS de 28 de septiembre de 1995 (RJ 1995\6757).

¹³¹ STS de 5 de febrero de 1993 (RJ 1993\875).

¹³² Así lo reconoce la STS de 8 de mayo de 1986 (RJ 1986\2431) al enumerar los supuestos derivados del consumo de bebidas alcohólicas, trascendentes al orden penal: “a) hipótesis excepcionales en que el uso inmoderado y crónico del alcohol genera verdaderas enfermedades mentales, con cuadros psicóticos agudos -delirium tremens, alucinosis alcohólica, celotipia, etc-, con tan sensibles e intensas alteraciones intelectuales, afectivas y de conducta, que se las califica de «demencias alcohólicas», con posible aplicación de la eximente de enajenación mental y adopción de medidas de internamiento para la práctica de cura de deshabitación; refiriéndose a caso semejante la sentencia de esta Sala de 23 de febrero de 1985 (RJ 1985\1531), aludiendo a la aparición en el alcoholizado crónico de psicosis alcohólicas, con lesiones orgánicas graves en el cerebro, que alteran a veces permanentemente la personalidad del sujeto impidiendo o dificultando en grado diverso, incluso con alteraciones profundas de la mente y producción de verdaderos estados delirantes o deliroides, los procesos cognitivos y volitivos, con liberación funcional de los centros inferiores del psiquismo, que le convierten al afectado en un ser privado de sus controles cerebrales corticales o nócticos de los que depende la modulación y adaptación de su conducta a las reglas sociales, haciendo indomables e imprevisibles incluso para él mismo, los cambios de impulsividad, agresividad, afectividad y niveles de conciencia, anulando y disminuyendo su imputabilidad y como consecuencia su culpabilidad y responsabilidad y convirtiéndolo en un enajenado verdadero”.

circunstancia eximente de enajenación mental”¹³³, o auténticas psicosis alcohólicas que permiten la declaración de exención de responsabilidad del artículo 8.1.º del Código Penal de estos sujetos cuando el mismo se encuentra “en las fases avanzadas, o en los momentos de delirio o de locura alcohólica”¹³⁴ debido a la anulación o profunda alteración de la personalidad que provocan.

3. Cuando dicha afectación no sea total, pero se ha producido un deterioro importante de las capacidades mentales del sujeto a consecuencia de su patología de origen alcohólico, determinada por la ingesta reiterada frecuentemente y a lo largo de un determinado tiempo de bebidas que contienen alcohol, podría ser de aplicación la semieximente del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 CP¹³⁵.

La jurisprudencia ha declarado que “el alcoholismo crónico y la psicosis tóxicas pueden ser acogidas como circunstancias eximentes o como alternativas de exención incompleta «cuando se ha producido un notable deterioro a las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto a consecuencia de su patología»”¹³⁶.

4. En aquellos casos en los que el consumo habitual de bebidas alcohólicas produzca una merma leve sobre las facultades mentales del sujeto y siempre que exista una relación de causalidad entre el delito cometido y el consumo de dichas sustancias será de apreciación la atenuante analógica del art. 21.6 CP en relación con el art. 21.1 CP y 20.1 del mismo texto.

5. E, incluso, puede no existir ninguna incidencia en la imputabilidad del alcohólico crónico, por no existir alteración ninguna de las facultades intelectuales y volitivas del sujeto, pues “en los primeros tiempos de la intoxicación, no puede ser equiparado a un enfermo mental y el trastorno psíquico tiene escasa influencia sobre la conciencia. En estos primeros extravíos es, pues, imputable”¹³⁷.

¹³³ Véanse las SSTS de 8 de mayo de 1986 (RJ 1986\2431), 29 de septiembre de 1987 (RJ 1987\6651), 27 de abril de 1990 (RJ 1990\3351) y 14 de abril de 1992 (RJ 1992\3055).

¹³⁴ STS de 16 de enero de 1986 (RJ 1986\140).

¹³⁵ Doctrina recogida en las SSTS de 31 de octubre de 1994 (RJ 1994\8342), 28 de febrero (RJ 2005\7470) y 5 de diciembre de 2005 (RJ 2005\1927).

¹³⁶ STS de 11 de octubre de 1993 (RJ 1993\7370).

¹³⁷ STS de 27 de abril de 1990 (RJ 1990\3351).

Del análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo en estos casos, se advierte que:

1. Ha aplicado *la eximente completa del art. 20.1 CP* en los supuestos en que se demuestra la existencia de un alcoholismo crónico cuya incidencia en las facultades mentales del sujeto en el momento de la comisión del hecho delictivo ha provocado la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha actuación. Muestra de ello, son las *SSTS de 14 de abril de 1992 (RJ 1992\3055)* en la que se recoge que “el cuadro clínico descrito nos da, en síntesis, un alcoholismo crónico, potenciado por la ingestión de drogas ansiolíticas y consecuencias somáticas, muy próximas sino totalmente incursas en el síndrome o psicosis de Korsakow, y patológicas del psiquismo que dan base más que suficiente para considerar la existencia de una enajenación mental” y *STS de 8 de abril de 1992 (RJ 1992\3129)* en la que es posible deducir que en “el momento de los hechos el recurrente se encontraba, muy probablemente, en el cuadro psicótico que en él genera el alcohol según el informe médico obrante al folio 34 del rollo de la Audiencia. Consecuentemente, la Audiencia debió admitir que el procesado es un enajenado y que no se debía aplicarle una pena, sino una medida de seguridad según lo establecido en el art. 8.1. ^a CP”.

También algunas Audiencias Provinciales han apreciado dicha eximente completa ante casos de alcoholismo crónico como la *SAP de Palencia de 26 de febrero de 1998 (ARP 1998\1363)* la que estima que “en el momento de suceder los hechos, resultó que el mismo estaba afecto de alcoholismo crónico con grave deterioro mental, que afectaba su imputabilidad de tal manera que le hizo absolutamente irresponsable de los hechos objeto de denuncia, lo que determina necesariamente la aplicación del art. 20.1 del Código Penal”. La *SAP de Castellón de 21 de diciembre de 1998 (ARP 1998\4575)* en la que se reconoce como conclusión del informe forense “que el acusado, que padece un proceso de alcoholismo crónico resistente al tratamiento tiene una necesidad imperiosa de conseguir el alcohol para calmar los síntomas físicos. Pues bien, siendo así, consideramos que tal problema supone una anulación de la capacidad intelectual, por un condicionamiento severo de la voluntad del acusado, y por ello debe de apreciarse la eximente del artículo núm. 20.1, de forma plena y completa, lo que supone la absolución del acusado”. También, la *SAP de Madrid de 17 de junio de 1999 (ARP*

1999\2804) en la que se reconoce que “el conjunto de esos elementos probatorios ha motivado que en esta instancia se aprecie la exigente completa del núm. 1 del artículo 20 del Código Penal, pues de ellos se infiere la realidad de un consumo crónico de alcohol que dificultó los procesos cognitivo y volitivo del recurrente con alteración profunda de su nivel de consciencia” y la *SAP de Madrid de 19 de mayo de 1999 (ARP 1999\3581)* en la que se estima “concorre y es de apreciar en el acusado la exigente completa de alteración psíquica prevista en el art. 20.1 del Código Penal. La prueba pericial médica llevada a cabo en el plenario por los médicos forenses y especialistas en psiquiatría que tuvieron ocasión de explorar y valorar el acusado, y, especialmente, por el informe del forense especialista en psiquiatría de la clínica Médico Forense de Madrid, que señala la larga y grave dependencia alcohólica del acusado que ha originado cuadros de «delirium tremens», pérdidas de conciencia con convulsiones, alteraciones de la personalidad con frecuentes conductas violentas y agresivas, existiendo circunstancias psicopatológicas indicativas de su trastorno psíquico, el cual tiene naturaleza para incidir y modificar en la comprensión de los hechos o en poder actuar conforme a esa comprensión. El doctor C. G., aclarando su informe, refirió en el plenario que el acusado tiene tales trastornos de personalidad que no es necesario ni siquiera la ingesta de alcohol para que en un momento dado tenga manifestaciones violentas y agresivas como ha ocurrido en este caso con el incendio que, a su entender, es una de las manifestaciones más características del alcohólico que utiliza el fuego como venganza, reivindicación o protesta por algo o contra alguien. De ahí se explica el contenido de las manifestaciones efectuadas por el acusado al doctor V. G. el día de su detención y que este último no le apreciase signos objetivables de intoxicación severa cuando apenas había transcurrido una hora desde la producción del incendio. El informe del doctor C. viene corroborado, además, por los reiterados ingresos psiquiátricos del acusado entre los que se debe destacar el ocurrido el día 12 de octubre de 1998, cuando el Médico Forense del Juzgado de Guardia una vez que exploró al acusado consideró conveniente el internamiento psiquiátrico dada la psicosis alcohólica que padecía.

Así las cosas, y en consonancia con la propia impresión directa y personal obtenida por la Sala al examinar al procesado durante el desarrollo del plenario, se estima que ocurre la referida exigente 1ª del art. 20 en los términos anteriormente examinados”.

Junto a ellas, la SAP de Ciudad Real de 25 de noviembre de 2002 (JUR 2003\100974) y la SAP de Santa Cruz de Tenerife de 5 de abril de 1999 (ARP 1999\1454). La primera de ellas, advierte que “consta en las actuaciones que el acusado consume bebidas alcohólicas desde los 17 años de edad en cantidades excesivas por lo que su grado de adicción a alcohol es importante, que se presupone que padece un alcoholismo crónico probablemente con patología orgánica asociada, y que en 1993 fue diagnosticado de dependencia alcohólica y trastorno de ansiedad de origen reactivo, por lo que siguió tratamiento de deshabitación y psicoterapia, de apoya que abandono en abril de 1994 y que seria conveniente que siguiese control periódico en la unidad de Salud Mental. Por tanto es correcta la eximente estimada en la resolución, pues precisamente el delito por el que se acusa implica la consumición de alcohol, no siendo consciente de sus actos el acusado cuando consume al alcohol. Debiendo decirse que consta en las actuaciones sentencia dictada por el juzgado de lo Penal nº 1, en fecha 21 de marzo de 2001, en la que se le aprecia al acusado dicha eximente, sentencia que posteriormente fue confirmada por esta sala en fecha 22 de mayo de 2002, datos conocidos por esta sala, siendo notorios, teniendo en cuenta que existe un dato que abunda en el estado mental del acusado, por su alcoholismo crónico, y en la apreciación de la eximente el que los hechos cometido por el acusado no fueron aislados sino concatenados en el tiempo, ya que se cometieron en agosto y octubre de 1999. Todo lo cual lleva a la confirmación de la sentencia”. La segunda estima que “en la realización del expresado delito ha concurrido la circunstancia eximente de la responsabilidad criminal de anomalía psíquica del art. 20.1 del Código Penal, figurando en las actuaciones Sentencia de cinco de junio de 1995 dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 3 de La Laguna en la que se declara incapaz al acusado a causa de su estado mental como consecuencia de su alcoholismo crónico y su politoxicomanía, por lo que es de aplicación tal circunstancia eximente”.

2. El Alto Tribunal ha apreciado la *semieximente del art. 21.1 CP* en relación con el art. 20.1 CP, cuando el alcoholismo crónico ha propiciado una grave perturbación de las facultades mentales del sujeto que lo padece, perturbación lo suficientemente intensa para llegar a disminuir de forma notable su inteligencia y voluntad. La amplia variedad de casos en los que se ha aplicado esta circunstancia nos ha llevado a creer necesario

clasificarlos, atendiendo al elemento biológico concurrente es decir, al trastorno padecido por el sujeto en el momento de suceder los hechos, pues en todos el efecto psicológico era el mismo, la disminución importante en las facultades psíquicas del sujeto, lo que se traduce en el impedimento parcial de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión, que no anulación completa de su capacidad. Dicha clasificación está formada por supuestos en los que:

A) Sólo aparece un alcoholismo crónico¹³⁸, denominado en ocasiones etilismo crónico¹³⁹.

¹³⁸ Muchos son los pronunciamientos del Tribunal Supremo en la materia, entre los que destacamos: *STS de 28 de marzo de 1988 (RJ 1988\2114)* en la que el relato fáctico recoge que el recurrente “«es persona alcohólica desde los dieciocho años de edad, de carácter psicopático con grave agresividad», y que «su facultad intelectual es normal, pero la volitiva se encuentra alterada», lo que, si bien puede ser bastante para acoger la eximente incompleta de enajenación mental, como hizo el Tribunal «a quo», resulta notoriamente insuficiente para acudir a la eximente completa”; *STS de 27 de mayo de 1991 (RJ 1991\3865)* donde se estima que la Audiencia sentenciadora no acertó al escoger la causa de minoración de la responsabilidad criminal del acusado aplicable a la real perturbación que sufría, ya que, “como la propia sentencia detalla, el alcoholismo crónico padecido por el recurrente le hizo caer en frecuentes cuadros psicóticos delirantes que indudablemente hubieron de minar con el tiempo de modo progresivo y ostensible su inteligencia y voluntad hasta impedirle conocer en toda su extensión la naturaleza de los actos que realizaba, aunque en el día de autos no se encontrase embriagado, por todo lo cual debe estimarse íntegramente el recurso promovido y casar y anular la sentencia reclamada” y *STS de 7 de junio de 1997 (RJ 1997\4869)* en la que se recoge que “el acusado actuó en todas las ocasiones de agresión sexual bajo el efecto de la previa ingesta de alcohol, que le disminuían sus facultades volitivas y de autocontrol en relación con el hecho de ser bebedor habitual y padecer alcoholismo crónico. En los fundamentos jurídicos valora tales antecedentes fácticos como una atenuante eximente incompleta valoración que era la procedente...”. Junto a ellas, la *STS de 25 de noviembre de 1998 (RJ 1998\10384)* en la que el sujeto presenta “un grave deterioro psíquico con importante disminución de sus facultades volitivas fruto de su alcoholismo, que suponen un «ser» más que un «estar», y por tanto una severa disminución cuya traducción penal no puede ser otra que la de la eximente incompleta” y *STS de 27 de abril de 2000 (RJ 2000\3308)* en la que se estima que “es indudable que la ingestión de bebidas alcohólicas durante la tarde-noche del día de autos -al afectar a su padecimiento de psicosis tóxica- le ocasionó una importante falta de inhibiciones, lo que implica una grave dificultad en el control de sus actos, que, desde el punto de vista de su imputabilidad, y conforme a la jurisprudencia anteriormente citada, debe ser valorado como constitutivo de una eximente incompleta del art. 21.1ª en relación con la eximente del art. 20.1º, ambos del Código Penal”. También, la *STS de 4 de septiembre de 2000 (RJ 2000\7922)* en la que se reconoce “debe estimarse correctamente apreciada la eximente incompleta, ... por constar en dichas conclusiones que el alcoholismo crónico que sufría Pedro G. M. disminuía sus facultades volitivas, sin anularlas” y *STS de 22 de septiembre de 2001 (RJ 2001\7861)* en la que se llega a la conclusión de que existe “una disminución grave de la acción cognoscitiva, en relación al alcance o consecuencia de los actos que realiza y se llega a la convicción de que conoce lo que hace, pero no las consecuencias de sus actos. En definitiva estimamos que la determinación de la disminución de la responsabilidad Criminal en el nivel de la eximente incompleta, es la que se corresponde con la personalidad del acusado”. Finalmente, la *STS de 16 de mayo de 2002 (RJ 2002\6380)* y *STS de 29 de marzo de 2004 (RJ 2004\3423)*.

B) Alcoholismo crónico con episodios de delirium tremens¹⁴⁰, también conocido como delirium inducido por alcohol, y un síndrome delirante alucinatorio de naturaleza alcohólica¹⁴¹. A estos supuestos cabe unir el pronunciamiento de la Audiencia Provincial de Alicante de 5 de junio de 2000 en el que el alcoholismo crónico desemboca en una

También diferentes Audiencias Provinciales han aplicado esta semieximente habiéndose probado un alcoholismo crónico como la *SAP de Zaragoza de 22 de julio de 2000 (JUR 2000\260638)* y *SAP de Madrid de 5 de abril de 2004 (ARP 2004\582)*.

¹³⁹ STS de 19 de mayo de 1981 (RJ 1981\2236) en la que se estima que “del Resultando de hechos probados no se deduce la total anulación de la voluntad del agente, al declarar que sufre una incapacidad laboral transitoria por padecer etilismo crónico que, aun sin anularlas, mermaba un tanto sus facultades volitivas, deteriorando sus juicios y controles en un 8%, que se acentúa aún más en situaciones tensas y angustiosas, deduciéndose de ello, como lo hizo el Tribunal de instancia, la concurrencia tan sólo de una circunstancia atenuante (la del núm. 1.º del art. 9 en relación con igual número del artículo precedente), pero sin la menor posibilidad fáctica ni jurídica de construir la eximente que pretende el recurrente, procediendo, en consecuencia, la desestimación del único motivo del recurso, en el que, al amparo del núm. 1.º del art. 849 de la L. E. Crim., se denuncia la inaplicación de la eximente de trastorno mental transitorio”.

¹⁴⁰ *STS de 11 de junio de 1991 (RJ 1991\4586)* en la que se afirma que “las características de la afección alcohólica padecida por el procesado, al tiempo de cometer el hecho por el que ha sido condenado, eran ciertamente importantes, tanto por su intrínseca gravedad (delirium tremens, alucinaciones, etc.), como por su duración e incidencias (veinte años, necesidad de internamiento, etc.). El procesado, sin duda, es un enfermo mental: su capacidad de discernimiento había de estar, por ello, notoriamente disminuida. Sin embargo, los datos facilitados por el perito no permiten hablar, en el presente caso, de una anulación de las facultades intelectivas y volitivas del procesado. No se han practicado pruebas complementarias, ni exploraciones neurológicas, de las que pudiera haberse obtenido tal conclusión, que, por otra parte, tampoco cabe deducir de la propia dinámica de los hechos enjuiciados”. También la *SAP de Asturias de 11 de diciembre de 2002 (JUR 2003\107087)* donde se acredita “no constando dato ni prueba alguna suficiente que permita llegar a la convicción en el sentido de que en la fecha de los hechos tuviera el acusado totalmente anuladas sus facultades volitivas e intelectivas a resultas de su adicción al alcohol, no resulta posible la aplicación de la eximente del art. 20-2 del C. Penal, cuya concurrencia y requisitos integrantes, deben resultar tan probadas como el hecho mismo, por lo que únicamente resulta factible operar como efectuó el Juez a quo aplicando la eximente incompleta como corresponde a un estado de alcoholismo crónico”. Junto a ellas la *SAP de Madrid de 18 de septiembre de 2002 (JUR 2002\281557)* en la que se estima que en el juicio “el Médico Forense, especialista en psiquiatría, se ratificó en su informe y concluía que cuando ocurrieron los hechos, su estado mental correspondía a una actividad con descenso del nivel de la conciencia y actividad deliroide autoreferencial y de persecución. Estos síntomas son compatibles y se pueden corresponder con un cuadro clínico de delirium inducido por el alcohol. Situación que surge cuando se han ingerido grandes cantidades de alcohol y asimismo pueden surgir al 2º-3º día de haber reducido o sufrido las ingestas habituales. En estas circunstancias, las bases patológicas de la imputabilidad resultan modificadas, al existir una distorsión y percepción anormal de la realidad, por la actividad deliroide, así como conductas desorganizadas por el descenso de nivel de la conciencia”.

¹⁴¹ STS de 22 de enero de 1964 (RJ 1964\294) en la que el citado síndrome es producto de una toxicomanía crónica con trastornos en la esfera psico-afectiva y volitiva y oscurecimiento de la conciencia, que “no alcanza la plenitud que la eximente requiere, por lo que rectamente fue aplicada en su forma secundaria de atenuante, en relación con el nº 1 del art. 9º”.

demencia¹⁴² y la sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga de 5 de mayo de 2003¹⁴³ en la que se presenta un supuesto de alucinosis alcohólica.

C) El alcoholismo crónico se une a otra patología como personalidad anormal y episodio de gran excitación¹⁴⁴, trastorno de la personalidad explosivo más alcoholismo crónico con delirio celotípico¹⁴⁵, oligofrenia¹⁴⁶, reacciones psicopáticas¹⁴⁷, embriagueces

¹⁴² (ARP 2000\2745) en la que diagnosticada una “demencia inducida por el alcohol” por un segundo informe forense realizado, “se habla de muy limitada imputabilidad de sus actos. En el acto del juicio precisaron que los informes se emitieron tras un primer examen, concretando que no tenía sus facultades anuladas, salvo que se hubiera producido una ingesta de alcohol de tal magnitud que produjera dicho efecto”.

¹⁴³ (JUR 2004\46138) en la que se considera “ha concurrido la eximente incompleta del n° 1 del art. 21, en relación con el art. 20.1 del Código Penal, al haber quedado acreditado a través de la prueba pericial practicada en el plenario, proporcionada por dos médicos forenses y dos psiquiatras del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, que el día de autos tenía gravemente afectadas sus facultades psíquicas y volitivas a consecuencia de la alucinosis alcohólica que padecía”.

¹⁴⁴ STS de 8 de julio de 1983 (RJ 1983\4126) en la que los hechos probados no permiten descubrir “una ausencia total de las facultades indicadas que puedan generar una inimputabilidad que encuentre su asiento en el núm. 1.º del art. 8.º del C. P.; pero sí en cambio la degradación de la misma a incompleta, por el cauce del núm. 1.º del siguiente precepto, si se tiene en cuenta que las lacónicas afirmaciones de que el procesado sufre alteraciones psiquiátricas, alcoholismo crónico y una personalidad anormal, presuponen ya, de por sí, una degradación de aquellas facultades en tanto en cuanto que se afirma lo que realmente se dice y se corrobora con el empleo del adjetivo crónico para calificar el alcoholismo, con sus consiguientes secuelas caracteriológicas; pero es que, esta parquedad narrativa, limitada a etiquetar unos episodios denotadores de anormalidad, y que deberían haber sido complementados por la Sala con los demás elementos de prueba y, al menos, con un enjuiciamiento y razonamientos adecuados para su estimativa, han de complementarse en todo el entorno de la escenografía de los hechos, en el tiempo y en su culmen, teniendo en cuenta que la fallecida padecía psicosis esquizofrénica de tipo paranoide y que años atrás había estado internada en los hospitales de Málaga y Guadalajara, unido a la circunstancia de que el procesado venía siendo víctima de una gran excitación nerviosa desde hacía seis años, dados los conflictos que su esposa originaba en su convivencia familiar y con la vecindad, operando como factor desencadenante la ausencia de la esposa durante toda la noche del hogar para cuidar a su madre y el retorno al mismo, en que al encontrarse con su esposo, preso de una gran excitación nerviosa, comenzando entrambos una discusión con intercambio mutuo de improperios y hasta golpes que fueron bastantes para desbaratar la convivencia tan conflictivamente llevada y terminarla con el fatal desenlace letal de la esposa”.

¹⁴⁵ STS de 23 de febrero de 1985 (RJ 1985\1531) donde se reconoce que “el procesado es un psicópata explosivo que observa mala conducta y además viene padeciendo alcoholismo crónico con delirio celotípico que le produce frecuentes estados de excitación muy violenta y ataques morbosos de alucinación, obsesionado por su idea fija de que su esposa le era infiel e impresionado por la noticia de que ésta había solicitado el divorcio decidió matarla lo que realizó a medio de dos disparos de escopeta en la forma en que allí se describe, hay que estimar en consecuencia de todo lo anteriormente expuesto, que el procesado al cometer el crimen actuó en estado de enajenación mental, pero no completa, al no haber sido reconocido por la Sala la anulación de sus facultades psíquicas como se alega en el recurso, sino solamente su disminución, que por otra parte no obedece a una situación pasional transitoria que termina por la curación sin dejar huella, como sucede con el trastorno mental transitorio, sino que debe ser calificado como una enajenación mental incompleta de naturaleza patológica y permanente que constituye una verdadera enfermedad mental con deterioro cerebral cuyos efectos atenuatorios aunque idénticos a los del trastorno mental incompleto que le ha sido apreciado en la sentencia recurrida, tiene distinta

patológicas, es decir, presentando en fin una personalidad psicopática con labilidad emocional¹⁴⁸, trastorno de la personalidad y politoxicomanía¹⁴⁹, cuadro de delirium

naturaleza y lleva aparejado el internamiento, por lo que procede la desestimación del único motivo del recurso”.

¹⁴⁶ STS de 25 de marzo de 1977 (RJ 1977\1303) en la que el acusado presenta debilidad mental con cociente intelectual de 84% y alcoholismo crónico con síndrome psicoorgánico no demencial que disminuía sus facultades mentales. La STS de 21 de marzo de 1985 (RJ 1985\1986) donde se reconoce que al acusado presenta un alcoholismo crónico al que deben añadirse dos factores más “uno de ellos, la oligofrenia que padecía, perturbación o anormalidad de la personalidad del agente, con discordancia entre el desarrollo físico y el intelectual equivalente a una debilidad mental lindante con la torpeza, que le hacen parcialmente imputable. Y otro, la ingestión de bebidas alcohólicas el 15 de junio de 1983, que unido a los factores anteriores lleva a la sentencia de instancia a concluir, con evidente acierto en la deficiencia de la capacidad intelectual y la incapacidad para elaborar juicios normales, acertados o correctos; y estos tres factores unidos determinan que la apreciación de la eximente incompleta de enajenación mental, se considere incompleta de enajenación mental, se considere bien hecha y por tanto aplicada con corrección la circunstancia 1.ª del artículo 9 del Código Penal, en relación con la 1.ª del artículo 8.º”; STS de 4 de diciembre de 1992 (RJ 1992\10005) donde se estima que al alcoholismo crónico del acusado se “debe unir el déficit de desarrollo mental que se atribuye al procesado, que contribuye a potenciar los efectos disminuidores de la capacidad de querer y entender, lo que nos lleva a considerar que el alcoholismo crónico unido a las carencias mentales dan base suficiente para apreciar la existencia de una eximente incompleta de enajenación mental”; STS de 2 de julio de 1993 (RJ 1993\5856) en la que el sujeto presenta “un estado de debilidad mental, padeciendo, además, un alcoholismo crónico, todo lo que le provoca una notable disminución de sus facultades volitivas. La sentencia, atendiendo a la incidencia que pueda suponer el alcoholismo, sobrevalora la afección psíquica del inculcado, aplicando la eximente incompleta del núm. 1.º del art. 9 en relación con la 1.ª del art. 8, ambos del CP” y STS de 5 de marzo de 2003 (RJ 2003\2735) donde se considera la concurrencia de una eximente incompleta de enajenación mental, “por alcoholismo crónico, productor de una debilidad mental, sin que sea obstáculo alguno para ello, el hecho de que su comportamiento en relación con el hecho que se le imputa, la haya permitido realizar algunas actividades de colaboración con los autores materiales del robo. La base patológica y los trastornos asociados al consumo reiterado en el tiempo de alcohol, ha sido una causa eficiente para afectar a su salud mental, que ha visto disminuida su capacidad mental de forma notable en un porcentaje superior al 50%. Lo verdaderamente importante, a los efectos de valorar su capacidad de imputabilidad o culpabilidad, es el estado mental y sus padecimientos patológicos que es lo que nos permite establecer los grados de conocimiento y su nivel, para considerar que el acusado estaba con su capacidad de culpabilidad, notoriamente disminuida, hasta el punto de considerar que se puede calificar como una eximente incompleta de enajenación mental”.

¹⁴⁷ STS de 15 de abril de 1948 (RJ 1948\572) en la que solicitada la eximente completa del art. 8.1 CP, se considera no haber lugar al no encontrarse en el acusado un grave “extravío de las facultades anímicas”.

¹⁴⁸ STS de 27 de abril de 1990 (RJ 1990\3351) donde se reconoce que “el procesado además de ser un alcohólico crónico padecía embriagueces patológicas con ideas paranoides que le podía llevar a cometer actos agresivos o violentos carentes de voluntariedad, que motivaron sucesivos internamientos en hospital psiquiátrico presentando en fin una personalidad psicopática con labilidad emocional, forzosamente hay que entender, aún dando por probado, que el recurrente no había bebido antes de cometer el hecho de autos, lo que, hubiera dado lugar, sin duda alguna, a decretar su entera inimputabilidad, al menos, hay base suficiente para dar entrada a la eximente incompleta de enajenación mental, tal como pedía el Ministerio Fiscal en la instancia, razón por la cual es preciso admitir en este sentido este motivo en examen y casa la sentencia de instancia con el mismo alcance”.

¹⁴⁹ STS de 25 de marzo de 2003 (RJ 2003\3840) en la que se reconoce que “uniendo la politoxicomanía que hemos incorporado al relato fáctico, al alcoholismo crónico y al trastorno de personalidad que también padece el recurrente y que ya constaban en el mismo relato, ha de estimarse que su capacidad de entendimiento y voluntad se encuentran limitadas de modo relevante, por lo que se estima procedente la

tremens a lo que se añade el padecimiento de trastorno de la personalidad por celopatía¹⁵⁰, e, incluso, a un cuadro delirante de persecución y retraso mental¹⁵¹.

Junto a estos supuestos algunas Audiencias Provinciales han apreciado esta eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 CP sumando al alcoholismo crónico, una psicosis de tipo delirante¹⁵², una ideación paranoide¹⁵³,

apreciación de la exención incompleta de responsabilidad, en lugar de la simple atenuante acogida por el Tribunal de instancia”.

¹⁵⁰ STS de 10 de julio de 2006 (RJ 2006\6035) en la que el recurrente presenta diagnóstico de “alcoholismo crónico con episodios de delirium tremens, lo que implica la complicación más grave de ese alcoholismo crónico con profundo deterioro psíquico y si a ello le añadimos que asimismo padece de trastorno de la personalidad por celopatía, no pudiéndose descartar que los hechos enjuiciados estén en relación directa con ese trastorno por celos, todo ello ha podido afectar seriamente a su control sobre sus comportamientos impulsivo, y a las bases de su imputabilidad -intelecto y voluntad-, sin que, por otra parte, se recoja que estuviesen totalmente anuladas.

Así las cosas, no procede apreciar la eximente completa que se postula pero si una eximente incompleta, como ha reconocido esta Sala en padecimientos similares, como lo fue el enjuiciado en Sentencia 1192/1997, de 3 de octubre (RJ 1997\7001), en la que se alcanzó la conclusión de que se puede llegar a la exención incompleta en los supuestos de alcoholismo crónico combinado con estados de tensión, angustia o celopatía”.

¹⁵¹ STS de 18 de diciembre de 1996 (RJ 1996\9005) en la que se alega “inaplicación del art. 8.1.º CP (actual art. 20 CP), por entender concurrente de la eximente incompleta de alcoholismo crónico, además de presentar «un cuadro delirante de persecución con afectación intensa de su personalidad, y un retraso mental sobreañadido en sus funciones volitivas e intelectivas y en su libre albedrío».

En el presente caso, el Tribunal de instancia, conforme la doctrina jurisprudencial citada, partiendo de los informes periciales constantes en las actuaciones y que el acusado antes de proceder a abrir las bombonas de butano para que saliera el gas, que posteriormente explotaron, puso un cartel en el portal del edificio en el que escribió «sacar a los niños», apreció la concurrencia de la eximente incompleta de enajenación mental, pero no la eximente, por considerar que si bien tenía una disminución importante de la imputabilidad, no concurría la ausencia total de ésta”.

¹⁵² SAP de La Coruña de 30 de marzo de 2001 (JUR 2001\155845) en la que se reconoce que “la Sala, valorando la evolución de este alcoholismo crónico, en una persona relativamente joven como el acusado (39 años de edad), unido a una psicosis de tipo delirante, así como la influencia negativa que en el desenvolvimiento del acusado haya podido tener una instrucción deficiente, que se ha podido apreciar en el examen personal del acusado durante el desarrollo de la sesión, no puede desconocer que ello ha podido tener un efecto degenerativo y pernicioso en el acusado, pudiendo relajar sus frenos inhibitorios, y apreciar, por ello, la atenuante antes referida”.

¹⁵³ SAP de Pontevedra de 19 de diciembre de 2002 (JUR 2003\107609) donde se estima que en el momento de los hechos el acusado agresor estaba afecto de “una grave perturbación de sus facultades mentales, que, a falta de prueba de que alcanzase a ser total o absoluta, empero es de estimar fue lo suficientemente intensa para llegar a disminuir de forma notable su inteligencia y voluntad, y, consiguientemente, dar lugar a poder apreciar en el mismo la concurrencia de la eximente incompleta de enajenación mental del art. 21-1 CP. en relación con el nº 1 del art. 20 del mismo texto penal, máxime teniendo en cuenta la también constatación en el acusado de una ideación paranoide (interpretación equivocada de los estímulos y situaciones sociales viendo las intenciones de los demás como maliciosas), cuál se recoge en el informe de personalidad del acusado elaborado por los expertos del Centro Penitenciario de A Lama”.

epilepsia secundaria a traumatismo cráneo encefálico más los efectos de la medicación que necesita¹⁵⁴ y trastorno de la personalidad¹⁵⁵.

3. La *atenuante analógica* ha sido aplicada por el Alto Tribunal en aquellos supuestos en los que la influencia del alcoholismo crónico en el psiquismo de quien la padece en el momento de delinquir es leve o poco acusada. Muestra de ello son las SSTs de 29 de octubre de 1993 (RJ 1993\7988), 22 de noviembre de 1995 (RJ 1995\8207), 13 de febrero de 1998 (RJ 1998\1048), 17 de septiembre de 2004 (RJ 2004\5777), 6 de mayo de 2005 (RJ 2005\5694) y 19 de octubre de 2005 (RJ 2006\950). En la primera de ellas, el acusado padece un trastorno de la personalidad y un alcoholismo crónico, reconociéndose que “al expresar el hecho probado y reiterarse en el fundamento jurídico que la facultad volitiva está ligeramente mermada, resulta

¹⁵⁴ SAP de Murcia de 11 de octubre de 2005 (JUR 2006\93729) en la que se considera que “es de apreciar la circunstancia eximente incompleta de la responsabilidad criminal prevista en el núm. 21.1 en relación con el 20.1 del Código Penal, al quedar acreditado por el informe médico forense obrante a los folios 151 y 152, que Marcos padece un deterioro cognitivo leve debido a la combinación de varias etiologías como son, el alcoholismo crónico previo, además de epilepsia secundaria a traumatismo cráneo encefálico y de los efectos de la medicación que precisa, influyendo todo ello en su capacidad de respuesta y valoración de las situaciones estresantes como puede ser verse amenazado o interpretar una situación como amenazante, alterando gravemente sus capacidades cognitivas y volitivas”.

¹⁵⁵ *SAP de Zaragoza de 6 de marzo de 1995 (ARP 1995\1059)* en la que la prueba pericial practicada demuestra, “que concurrieron en el procesado el día de autos una serie de factores fijos en él, como el trastorno base de la personalidad, depresión, déficit intelectual y de alfabetización, alcoholismo crónico con la fuerte intoxicación alcohólica de ese día. Todo ello no excluye totalmente la imputabilidad del acusado puesto que los actos posteriores a la comisión del homicidio frustrado demuestran que el procesado conocía el alcance de sus actos aunque es cierto que su imputabilidad estaba muy disminuida como afirmó el médico forense en el juicio oral. Por ello, debemos inclinarnos por apreciar -como lo hace el Ministerio Fiscal en su calificación- la eximente incompleta de enajenación mental, antes señalada”. Junto a ella, la *SAP de Barcelona de 4 de abril de 1995 (ARP 1995\662)* donde se reconoce que “el procesado padece un alcoholismo crónico que superpone a un trastorno de la personalidad. Padece un trastorno de la personalidad límite entre lo neurótico y lo psicótico, presentando una actitud vital fatalista y de gran angustia; habiendo establecido un enorme grado de dependencia del procesado J., a cuyo plan criminal se suma por mecanismos patológicos. A todo lo anterior se suma, un objetivado alcoholismo crónico, que ha menguado ostensiblemente la capacidad cognoscitiva, en su vertiente valorativa” y *SAP de Ciudad Real de 18 de septiembre de 2001 (JUR 2001\315908)* en la que se recurre la sentencia a fin de que se le aplique la eximente incompleta de trastorno mental, dado el grave alcoholismo que padece asociado a un trastorno de la personalidad que “incluso ha llevado al organismo competente de la Junta de Comunidades a declararle un estado de minusvalía de un 65%. Sus reiterados ingresos en unidades de Salud Mental asociados a momentos de intoxicación etílica con trastornos del comportamiento y la personalidad, llegando en alguna ocasión a ser diagnosticado de Esquizofrenia, permiten constatar la realidad del deterioro en su salud mental que padece el acusado, deterioro que indudablemente va asociado a una disminución de su capacidad de determinación, tal como se comprueba por la reincidencia en conductas para él dañinas, y en lo que ahora afecta de forma más específica en el fracaso de la prevención especial con relación al delito contra la seguridad del tráfico por el que ha sido condenado desde 1995 en cinco ocasiones. Es por ello que resulta correcta la aplicación de la eximente incompleta del art. 21.1º con relación al art. 20.1º ambos del CP”.

obligada la imposición de la atenuante analógica, como ha hecho el Tribunal de instancia”. En la segunda se advierte que el informe forense recoge que el acusado “«padece alcoholismo crónico y un trastorno de la personalidad de tipo antisocial... que conllevaría una ligera disminución de su capacidad volitiva», informe ratificado en el plenario, no puede alegarse por el ahora recurrente error de hecho en la apreciación de la prueba ya que en los hechos probados de la sentencia recurrida se recoge expresamente que «a consecuencia de la ingesta alcohólica el procesado tenía limitadas sus facultades intelectivas y volitivas», por lo que el Tribunal sentenciador, en aplicación de la doctrina jurisprudencial citada, apreció la circunstancia atenuante analógica del art. 9.10 en relación con el art. 8.1 y 9.1, todos del Código Penal”. La tercera por su parte, estima correcta la sentencia recurrida ya que el acusado “padecía un alcoholismo crónico, que mermaba ligeramente sus facultades cognoscitivas y volitivas. Tales conclusiones fácticas sobre el alcance del alcoholismo del acusado, se reiteran en el Fundamento Tercero de la sentencia combatida, al indicarse en él que no se estimaba que el alcoholismo hubiese llegado a perturbar sus facultades psíquicas, la voluntariedad de Antonio, y que en todo caso, al ser fluctuante la merma de tales facultades, según el informe del Dr. T., no podría asegurarse el grado de la disminución en el momento de la comisión de los hechos”. La cuarta reconoce que el acusado padece un trastorno de la personalidad y un alcoholismo crónico lo que lleva al tribunal de instancia a aplicar una atenuante analógica, decisión que el Tribunal Supremo considera correcta pues estima que “realmente ninguna prueba se ha articulado respecto a la incidencia que la dependencia del alcohol y el trastorno de la personalidad tiene en la capacidad del procesado para comprender que la indemnidad sexual de la mujer es un bien jurídicamente protegido o en la potencialidad para adecuar la propia conducta a las exigencias de respeto al mentado bien jurídico. Los apuntes del mentado informe pericial en torno a la posible ingesta alcohólica del procesado, tampoco demuestran equivocación en el juzgador, en cuanto que quedan desvirtuadas por las constantes manifestaciones de la víctima a lo largo de la causa, sobre que no apreció aliento alcohólico ni otro síntoma de intoxicación etílica en su agresor. Por ello el Tribunal a quo rechaza expresamente la concurrencia en el caso del elemento normativo construido en torno a la existencia de una limitación de la capacidad de comprensión del

significado antijurídico de los hechos que se protagonizan o un menoscabo de la capacidad de adecuación de la propia conducta a las exigencias normativas contenidas en el CP. Así, expresamente dice que solo ha lugar a apreciar una mera reducción no significativa de su capacidad de libre albedrío, con un grado de afectación de la conciencia no relevante, como se demuestra porque el acusado fue capaz de superar la tapia de cerramiento de la vivienda, tuvo la precaución de echar el cerrojo de la puerta exterior, antes de abandonar la casa llevarse un paquete de tabaco; a lo que se podría añadir que, además, buscó en la cocina un cuchillo con el que llegó hasta la habitación de la víctima y en el cuarto de baño una toalla para taparse -inicialmente- el rostro”. La quinta considera que los hechos de la sentencia hacen constar que el acusado padecía alcoholismo crónico y que había tomado varias copas, reconociendo el Tribunal Supremo que “el razonamiento de la sala sobre este particular es irreprochable, porque, en efecto, sólo puede decirse acreditada la aludida afectación y algún consumo de alcohol, pero no la intensidad del estado que ambas circunstancias pudieran haber determinado. Por ello, y puesto que como ha declarado esta sala (por todas, STS 1899/2004, de 31 de octubre y 908/2002, de 25 de mayo [RJ 2002\7234]) tal prueba en concreto resulta imprescindible para estimar la eximente incompleta reclamada, el tribunal ha hecho lo único que realmente cabía, conforme a este criterio, es decir, optar por la aplicación de la atenuante analógica”. Finalmente, en la última se solicita la consideración del supuesto como trastorno mental transitorio a lo que responde el Alto Tribunal que la sentencia recurrida que aplicó la atenuante analógica por alcoholismo crónico “trata concienzudamente esta cuestión, analizando la profusa prueba pericial que, añadida a la testifical, sustenta el pronunciamiento probatorio de que «Enrique padecía adicción crónica al alcohol y en el momento de los hechos tenía sus facultades levemente afectadas por la conjunción de esa adicción con rasgos de personalidad paranoide. No se ha acreditado que se hallara bajo los efectos del alcohol. Actuó de forma impulsiva pero controlada», lo que impide la estimación del motivo casacional por exigirlo así el art. 885.1 y 2 LECrim”.

También las sentencias de distintos tribunales menores han creído aplicable esta circunstancia atenuante analógica del art. 21.6 CP. Como la *SAP de Barcelona de 25 de julio de 1995 (ARP 1995\1023)* donde quedó probado que “el procesado es un

alcohólico crónico, extremo objetivado por los médicos forenses, y además que la noche de autos había consumido bebidas alcohólicas, lo que permite tener por probado que sus frenos inhibitorios estaban afectados por el consumo de bebidas alcohólicas y mermadas sus facultades psíquicas. Lo que permite apreciar una circunstancia atenuante analógica de enajenación mental, ya que el alcoholismo crónico, da lugar a alteraciones conductuales en los sujetos que lo padecen, y en el presente caso, se vio potenciado por el consumo cercano de bebidas de ese tipo (art. 9.10, en relación al 9.1 y 8.1 del Código Penal)". Junto a ella, la *SAP de Girona de 22 de abril de 1997 (ARP 1997\445)* en la que se considera "de aplicación la circunstancia analógica 10.^a del artículo 9 en relación al número 1 del mismo e igualmente del 1.º del artículo 8 todos del Código Penal, determinado por el estado de alcohólico crónico del procesado, equiparable al ebrio habitual, y cuya repercusión en la imputabilidad queda subsumida por constante doctrina jurisprudencial en el campo de la enajenación mental, completa e incompleta según los casos, y que en el presente, se sitúa en la analógica cualificada por el constante y diario consumo, que forzosamente debió producirle la aminoración importante en su voluntariedad" y *SAP de Baleares de 4 de septiembre de 2000 (JUR 2000\298848)* donde se demuestra "es palmaria la improcedencia de desestimar la concurrencia de la circunstancia atenuante analógica núm. 6 en correlación a la núm. 2 del art. 21 Código Penal, por dos razones sustanciales: 1º/ porque si en el factum se asume una limitación sin llegar a la anulación de las facultades volitivas, imperiosamente alguna trascendencia jurídico-penal habrá de obtener el concreto hecho, que valorado después en el F. J. IV, no obtiene ninguna sensata respuesta minorativa de la responsabilidad penal, y 2º/ porque la concreta circunstancia modificativa atenuante se hallaba expresamente introducida, fáctica y jurídicamente, en las conclusiones definitivas del Mº Fiscal, orillando así la Juez "a quo" una abundante doctrina jurisprudencial enraizada en el principio acusatorio, en razón a la cual el Tribunal no puede traer nuevos términos o más perjudiciales calificaciones por apreciación de agravantes no pedidas o inapreciación de atenuantes solicitadas; el Tribunal "a quo", no puede introducir valoraciones o apreciaciones perjudiciales al acusado y extrañas a la acusación formulada".

El amplio número de sentencias dictadas en la materia demuestra la importancia del alcohol como factor que puede modificar la imputabilidad en relación con el art. 20.1 CP¹⁵⁶. El alcohólico crónico constituye un sujeto con un hábito fuertemente arraigado, deterioro físico/psíquico e inestabilidad sociolaboral y familiar pero sólo cuando el mismo presente importantes alteraciones psíquicas, auténticas psicosis tóxicas por alcoholismo, lo que sucede en sus estados degenerativos más avanzados, podremos decir que el sujeto es inimputable o semiimputable a través del art. 20.1 CP y 21.1 CP en relación con el anterior. Estos supuestos aparecen cuando los hechos que constituyen delito se producen en episodios de “delirium tremens”, alucinosis alcohólica, dipsomanía y enfermedad de Korsakoff, además de la propia psicosis alcohólica, no debiendo olvidarse que es muy importante tener en cuenta las características del sujeto así como el supuesto concreto. Y ello debido a que en estos casos se producen graves alteraciones de las facultades intelectuales y volitivas del sujeto, que pueden determinar que el sujeto no pueda comprender la ilicitud del hecho y a actuar conforme a dicha comprensión o dicha comprensión y voluntad se encuentren disminuidas.

Partiendo de las anteriores reglas doctrinales y jurisprudenciales lo procedente a la hora de valorar la incidencia del alcoholismo crónico en las capacidades psíquicas del sujeto es tomar en consideración las reacciones individuales del sujeto que lo padece, sus inclinaciones y carácter, y el estado en que se encuentra cuando comete el hecho delictivo¹⁵⁷, es decir, su situación mental y sus padecimientos patológicos, lo que nos permitirá establecer los grados de conocimiento y su nivel, así como el período en que se encuentra el alcohólico. La determinación de dicha fase resulta esencial, pues si bien en las más avanzadas o demencia es clara la declaración de inimputabilidad, pueden surgir dudas en “los estados intermedios o incipientes en que la sintomatología psíquica y física característica del alcoholismo no ha surgido o no es patente”¹⁵⁸, aplicándose en

¹⁵⁶ Recordemos además, que como han puesto de relieve DELGADO BUENO, MIGUEL ALHAMBRA, y BANDRES MOYA, el alcohol “está por completo conectado con la criminalidad” (DELGADO BUENO, S.; MIGUEL ALHAMBRA, L. y BANDRÉS MOYA, F. (Dirección y edición): *Avances en Ciencias de la Salud...*, cit., p. 55).

¹⁵⁷ SSTs de 13 de noviembre de 1972 (RJ 1972\4822), 5 de enero y 24 de abril de 1973 (RJ 1973\29 y RJ 1973\2394).

¹⁵⁸ STS de 16 de enero de 1986 (RJ 1986\140).

los mismos la eximente incompleta del art. 21.1 CP o la atenuante analógica del art. 21.6 del mismo texto legal.

2. TRASTORNOS RELACIONADOS CON OTRAS SUSTANCIAS

La responsabilidad penal del drogodependiente que realiza hechos delictivos comenzó a ser estudiada por la doctrina y la jurisprudencia a partir de los años setenta cuando el consumo de drogas empezó a dispararse, convirtiéndose en un grave problema para la sociedad por el gran incremento de la delincuencia que propició¹⁵⁹. Hoy en día la drogodependencia sigue constituyendo un fenómeno muy serio, debido a que siguen aumentándose las conductas delictivas en las que aparecen como imputados drogodependientes, llegando a ser considerados ambos términos, drogodependencia y delincuencia, un binomio íntimamente relacionado¹⁶⁰. Si a ello unimos el desconcierto que el Tribunal Supremo ha tenido y todavía parece tener sobre su tratamiento jurídico-penal¹⁶¹, nos queda un panorama no muy halagüeño, aunque creemos que con el Código Penal actual las cosas parecen estar mejorando. Nuestro objetivo pretende ser clarificar la influencia que puede tener en la imputabilidad la relación existente entre la eximente de anomalía o alteración psíquica, anterior enajenación mental y el consumo de determinadas drogas, mostrando toda una evolución del tratamiento que de estos supuestos han realizado los tribunales españoles en la materia¹⁶². Para ello vamos a centrar nuestra atención en dos aspectos:

¹⁵⁹ ESTRELLA RUIZ, M.: “Imputabilidad y drogodependencia”, *Cuadernos de Derecho Judicial. La Imputabilidad en General en el Derecho Penal*, núm. XVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, p. 370.

¹⁶⁰ DELGADO BUENO, S.: “Delincuencia y Drogas”, en DELGADO BUENO, S. y TORRECILLA JIMÉNEZ, J.M. (directores), (et al.): *Medicina Legal en Drogodependencias*, Harcourt, Madrid, 1999, p. 415.

¹⁶¹ MARÍN CASTÁN, F.: “Drogadicción e Imputabilidad en la jurisprudencia del Tribunal Supremo”, *Cuadernos de Derecho Judicial. La Imputabilidad en General en el Derecho Penal*, núm. XVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, p. 291. Más recientemente, ARRIETA MARTÍNEZ, A.: “Tratamiento penal de las circunstancias que reflejan una menor culpabilidad. Especial referencia a la alteración de la percepción”, en ARRIETA MARTÍNEZ, A. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Psiquiatría criminal y comportamientos violentos*, núm. VIII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2005, p. 348.

¹⁶² Para ello se han utilizado fundamentalmente los trabajos de CASTELLÓ NICÁS y MARÍN CASTÁN en CASTELLÓ NICÁS, N.: *La imputabilidad...*, cit., pp. 195 y ss y MARÍN CASTÁN, F.: “Drogadicción...”, cit., pp. 283 y ss.

- En primer lugar, dado que la drogodependencia fue considerada en el anterior Código Penal supuestos de enfermedad mental y trastorno mental transitorio y dado que ambas figuras constituyen nuestro objeto de estudio, vamos a realizar un análisis del tratamiento que el Tribunal Supremo dio a la misma.
- En segundo lugar y ya con el Código Penal actual, es el estudio de las psicosis por drogas por constituir anomalía o alteración psíquica incardinable en el art. 20.1 CP, objeto de esta investigación.

El Código Penal derogado de 1973 nada decía sobre los supuestos de drogadicción al referirse a las circunstancias eximentes y atenuantes de la responsabilidad criminal, tan sólo hacía una mención a la embriaguez en su art. 9.2. Esta situación provocó que tanto doctrina como jurisprudencia tuvieran que afrontar la cuestión de resolver qué vía, era la más adecuada para otorgar relevancia penal a estos casos, aceptando por unanimidad que el tratamiento jurídico correcto era su inclusión en el concepto de enajenación mental o trastorno mental transitorio. Así lo reconoció el Tribunal Supremo en la STS de 19 de junio de 1987 (RJ 1987\4971) al referir que la “drogadicción como una variante de las toxicomanías, constituye una entidad psiquiátrica que puede producir trastornos en la inteligencia y en la voluntad del drogadicto, constitutivos de atenuaciones o exenciones de la imputabilidad y en consecuencia de la responsabilidad criminal. Muy similar a la toxifrenia alcohólica (anafilaxia, dipsomanía) se diferencia de ella por sus múltiples efectos en la psiquis, pues las diferentes drogas atacan de manera muy distinta; por otra parte la drogadicción ha alcanzado una frecuencia alarmante, que nunca tuvieron las toxifrenias alcohólicas. Hoy el criterio unánime es considerar a los drogadictos como enfermos mentales para quienes la aplicación de las penas aflictivas de prisión no hacen sino agravar la enfermedad, y para quienes las medidas adecuadas no pueden ser otras que las de internamiento hospitalario y de rehabilitación en establecimientos creados al efecto”.

También la STS de 6 de octubre de 1992 (RJ 1992\7795) refería que “la drogadicción es una enfermedad, clasificada como tal por los organismos médicos internacionales, que produce una serie de incidencias sobre la salud física y psíquica de la persona que la padece, originando trastornos en la capacidad volitiva y cognoscitiva.

Entre las adicciones de mayor impacto sobre los mecanismos reguladores de la voluntad figura el consumo de opiáceos que se realiza normalmente por vía intravenosa. Los espacios entre la inyección de las dosis generan una gran ansiedad y estado de agitación que producen reacciones compulsivas que le inducen a proporcionarse una nueva dosis, poniendo en marcha los mecanismos necesarios para conseguirla. En este contexto se realiza la acción que se imputa al procesado y su valoración corresponde realizarla a la Sala sentenciadora que puede optar, según los casos, por la eximente completa, la eximente incompleta o la atenuante analógica según la mayor o menor incidencia del síndrome de abstinencia sobre la voluntad del sujeto que lo padece”.

El problema surge cuando el Tribunal Supremo, como acertadamente reconoce CASTELLÓ NICÁS¹⁶³, no parece tener claro cuando correspondía considerar el supuesto como incardinable en la enajenación mental y cuando como trastorno mental transitorio, aun cuando en algunas de sus sentencias pretendió mostrar la diferencia entre ambas, pues utilizó indistintamente una u otra calificación. También en muchas otras ocasiones enumeró los preceptos aplicables sin distinguir si dichas exenciones o atenuaciones se referían a una u otra situación e, incluso, en otros supuestos, habló de ambas sin diferenciar cual de ellas era la que aparecía en el caso. Todo lo que muestra un gran desconcierto en el tratamiento que el Tribunal Supremo dio a la drogadicción.

Una vez declarada su inclusión como enajenación mental o trastorno mental transitorio, se consideró que eran varias las posibilidades en relación a la imputabilidad del agente por causa de drogadicción, dependiendo de la influencia que la misma hubiera tenido en las facultades psíquicas del sujeto:

1. La eximente completa de enajenación mental o trastorno mental transitorio del art. 8.1 CP.
2. La eximente incompleta del art. 9.1 CP en relación con citado art. 8.1 CP.
3. O la atenuante analógica del art. 9.10 CP, sea o no cualificada.

¹⁶³ CASTELLÓ NICÁS, N.: *La imputabilidad...*, cit., pp. 195 y ss.

Pero el Alto Tribunal no siempre utilizó estas circunstancias atenuatorias de igual modo, ya que manejó dos corrientes doctrinales (una más restrictiva y otra más amplia) lo que provocó que supuestos idénticos fueran calificados de forma distinta.

Como vemos, los tribunales en su jurisprudencia crearon una disparidad de soluciones, lo que produjo una gran confusión, al no utilizar criterios seguros y fiables a la hora de valorar el tratamiento jurídico-penal de los drogodependientes, desencadenando una quiebra del principio de seguridad jurídica proclamado por el art. 9.3 de la CE¹⁶⁴.

Hasta 1982, el Tribunal Supremo no empieza a darse cuenta de que el consumo de drogas, en cuanto puede modificar las facultades mentales del sujeto, necesita una solución específica, unos criterios uniformes que sirvan a los demás tribunales para enfrentarse con estos supuestos. Ya en sentencia de 1981¹⁶⁵, se había ocupado en parte del tema, declarando la responsabilidad penal de un sujeto adicto a las drogas, aunque será en el año anteriormente citado, cuando muestre su preocupación por dicha cuestión, considerándolo un problema relevante, necesitado de solución¹⁶⁶. La STS de 25 de marzo de 1982 (RJ 1982\2022) es la primera que se ocupa de reflejar las múltiples soluciones que, en relación a la imputabilidad de estos sujetos, pueden darse. La citada sentencia estimaba que “la ingestión reiterada de determinadas drogas o estupefacientes puede llegar a crear una situación de dependencia y, a su vez, una alteración de las facultades psíquicas, que puede producirse tanto, por la intoxicación debida a la ingestión, como por la carencia o abstinencia de la droga, ahora bien, el grado de tales alteraciones del psiquismo depende de la agudeza de la toxicomanía, ya que pueden producir una total anulación de las facultades intelectivas o volitivas las toxicomanías crónicas y agudas o sea, aquéllas que sin ser crónicas sean de tal intensidad que, como queda dicho, lleguen a producir la pérdida total de los poderes o facultades volitivas e intelectivas, y, a su vez, la ingestión o la abstención pueden producir tan sólo una

¹⁶⁴ Entre las causas de esta situación, MARÍN CASTÁN, enumera las siguientes: A) El caso concreto, B) El respecto a los hechos probados, C) La vía casacional, D) “In dubio pro sentencia”, y E) El ponente (MARÍN CASTÁN, F.: “Drogadicción...”, cit., pp. 292 y ss).

¹⁶⁵ STS de 12 de junio de 1981 (RJ 1981\2647).

¹⁶⁶ Así por ejemplo, la STS de 6 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7379) y 21 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7858) en las que se manifestó de arduo problema la afectación de las facultades mentales del drogadicto.

perturbación de las facultades psíquicas en un grado que sea irrelevante desde el punto de vista del Derecho Penal, o que, aun siéndolo, no merezcan otro tratamiento penal que la disminución de la pena correlativa a la disminución de la imputabilidad que las aludidas situaciones suponen por hallarse el sujeto, en el momento de cometer el delito, en una situación de semiimputabilidad al tener disminuidas pero no anuladas sus facultades mentales”.

Durante este año y los sucesivos el Alto Tribunal reconoció que no era posible ofrecer una respuesta única y soluciones uniformes respecto a la influencia exculpatoria o atenuatoria de las situaciones de drogodependencia a la hora de enjuiciar la actividad criminal del imputado, precisando que debía de procederse con la máxima cautela en todo cuanto comporte, en el aspecto penal, la toxicomanía o dependencia a las drogas dentro del ámbito general de las toxifrenias, debiendo “ponderándose todas las circunstancias concurrentes para su justa valoración, siempre sobre la base de un fiel reflejo en el factum de la resolución de las conclusiones aceptadas al respecto, referidas al estado del agente al instante de perpetración del hecho delictivo. Radicando en semejante examen concreto y pormenorizado la conclusión más aceptable, tan lejos de una solución permisiva, de generalizada exoneración, que se traduciría en patente de inmunidad, como de un dictado indiscriminado de absoluta imputabilidad, desoyente de las realidades detectadas, con base en la voluntaria y libre iniciación del consumo - aproximación a las acciones liberae in causa-, toda vez que, en la sucesiva e ininterrumpida cadena de actos del drogadicto o consumidor, cada vez van quedando más atrás, envueltos en indescifrable nebulosa, los meramente iniciales, siendo enormemente dudosa, por inexacta, la afirmación de su libre determinación en el suministro de la droga y en el apartamiento de todo método curativo o rehabilitador”¹⁶⁷. En igual sentido las SSTS de 19 de junio y 16 de septiembre de 1987 (RJ 1987\4971 y RJ 1987\6465), estimando la primera de ellas que “no se han podido dar criterios genéricos orientativos para aplicar unas u otras atenuaciones, estando dominado el tema por el más acentuado casuismo, en el que han influido: En primer lugar la naturaleza de la droga en orden a su mayor deterioro en la salud, drogas «blandas» o «duras»; carácter

¹⁶⁷ STS de 15 de enero de 1986 (RJ 1986\131).

más o menos duradero de la adicción; grado de deterioro físico o psíquico a que ha llegado el toxicómano; si el delito se ha cometido en el estado normal de adicción, o precisamente durante el síndrome de abstinencia, para conseguir directamente la droga o el dinero para comprarla; en relación directamente con esta circunstancia la naturaleza del delito cometido (durante el síndrome de abstinencia no sería válida la alegación de cualquier atenuación, en un delito de violación); planteamiento frío y calculado de la acción; si la droga se toma para adquirir ánimo para cometer el delito (consumición preordenada a él) etc. Circunstancias todas ellas que obligan a una redacción de la sentencia puntual y pormenorizada, constatando en el relato de hechos el máximo de datos posible, para que en la revisión casacional pueda el Tribunal decidir, si el juicio de valor que hizo la Sala de instancia estuvo o no acertado”.

La segunda, por su parte, advertía que “esta Sala no participa -aunque lo encuentre totalmente recusable-, de la opinión conforme a la cual la sociedad no tiene por qué sufrir, impávida y estoicamente, las intemperancias de ebrios y toxicómanos, pero, a pesar de ello, se trata de materia en la que hay que proceder con sumo tacto y extraordinaria cautela puesto que, en muchas ocasiones, el afán exculpatorio de los acusados, les conduce a invocar, de modo rutinario y mendazmente, hallarse bajo la influencia de la ingestión de bebidas alcohólicas o de drogas estupefacientes, debiendo, los Tribunales, examinar, cada caso, con todo detenimiento y establecer los matices y gradaciones procedentes en orden a la mayor o menor imputabilidad de los agentes”.

El Tribunal Supremo, a pesar de reconocer en la sentencia anteriormente citada de 1982 la posibilidad de varias soluciones al problema de la influencia del consumo de drogas en las capacidades de los drogadictos, se inclinó hasta 1986, aproximadamente, por aplicar una primera línea doctrinal que llevaba los supuestos de delitos cometido bajo el síndrome de abstinencia a las “actio libera in causa”¹⁶⁸. Fue la STS de 16 de septiembre de 1982 (RJ 1982\4937), la primera que, ante un supuesto en el que se lleva a cabo un delito bajo un síndrome de abstinencia por drogas, consideró su inclusión dentro del ámbito de las “actio libera in causa”, al estimar que “ese característico círculo vicioso o lenda de noria -ingestión de la sustancia estupefaciente, efectos consecutivos,

¹⁶⁸ MARÍN CASTÁN, F.: “Drogadicción...”, cit., p. 298.

breve lapso de normalidad, crisis de abstinencia, infracción delictiva para conseguir la droga o el dinero para adquirirla, nuevo consumo de la misma y así sucesivamente- si no cae de lleno en la doctrina de las «acciones liberae in causae» se halla muy próximo a ella, pues el drogadicto sabe que se le van a presentar, una y otra vez, los estados carenciales y, a pesar de ello, lejos de acudir a los medios adecuados de desintoxicación o deshabitación, prefiere escudarse en una inimputabilidad que él mismo ha provocado y que, en realidad, no existe puesto que, en tales casos, el problema de la reprochabilidad no hay que situarlo en el momento en el que el sujeto al ejecutar el hecho punible carece de volición, sino que es preciso retrotraerlo al instante en que, gozando de plenitud de raciocinio y de capacidad de decidir, resolvió continuar y proseguir la cadena de drogadicción y de consecutiva delincuencia”.

El Tribunal Supremo estimó, por tanto, que el drogadicto es consciente de que se le van a presentar una y otra vez los estados carenciales y, a pesar de ello, lejos de acudir o buscar su desintoxicación o deshabitación, prefiere ampararse en una inimputabilidad que el mismo ha creado siguiendo la cadena de drogadicción y consecutiva delincuencia¹⁶⁹.

La doctrina de esta sentencia fue seguida por posteriores¹⁷⁰, hasta que el Tribunal Supremo tuvo que abandonarla, al hacerse eco de la postura totalmente contraria reconociendo entonces su error¹⁷¹.

A partir de este momento y como regla general, el Tribunal Supremo analizó la imputabilidad del drogodependiente atendiendo a la fórmula mixta, que exige la comprobación de una causa psicopatológica en el sujeto y un grado de afectación en sus facultades mentales. Dependiendo de la influencia del consumo de drogas en las facultades intelectual y volitiva del sujeto en el momento de realizar la conducta criminal, el Alto Tribunal distinguió las siguientes posibilidades:

¹⁶⁹ Así lo reconoce la STS de 16 de septiembre de 1982 (RJ 1982\4937).

¹⁷⁰ SSTS de 21 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7858), 17 de enero de 1983 (RJ 1983\11), 3 de mayo de 1983 (RJ 1983\2634) y 4 de julio de 1985 (RJ 1985\3955).

¹⁷¹ Fue en su STS de 14 de febrero de 1987 (RJ 1987\1253) en la que el Tribunal Supremo reconoció error en el actuar de la Sala de instancia, al no considerar el supuesto de total inimputabilidad, seguramente guiado, como bien reconoce el Alto Tribunal, por aplicar una doctrina establecida por él mismo, que exigía la consideración de los supuestos en los que el drogadicto actuaban bajo el síndrome de abstinencia como voluntarios y consideraban los mismos como casos de “actio libera in causa”.

- La aplicación de la eximente completa del art. 8.1 CP cuando la influencia de las drogas en la inteligencia y voluntad del sujeto era total o absoluta, bien por intoxicación del sujeto, en casos agudos de exasperación del síndrome de abstinencia o por motivos de grave adicción a las drogas¹⁷².

- La eximente incompleta del art. 9.1 CP en relación con el art. 8.1 del mismo texto legal, cuando la influencia se constata en una profunda perturbación de las facultades mentales del sujeto, ya en los supuestos de ansiedad extrema provocada por el síndrome de abstinencia, que determina una compulsión hacia los actos encaminados a la consecución de la droga, ya en los casos en que la drogodependencia se asocia a otras situaciones o enfermedades deficitarias del psiquismo del agente, y en los supuestos de profunda adicción.

- La atenuante analógica del art. 9.10 CP en relación con los arts. 9.1 y 8.1 del mismo texto legal, en aquellos supuestos en los que las capacidades del sujeto se vean tan solo levemente afectadas.

Así lo estimó entre muchas otras¹⁷³, la STS de 15 de enero de 1986 (RJ 1986\131) al reconocer que “la delicada cuestión consistente en discernir la influencia que la adicción o la ingestión y consumo de drogas o estupefacientes puede suponer en el equilibrio psíquico o facultades intelectivas y volitivas del sujeto, así como su traducción en orden a la detección de un posible grado de inimputabilidad y, por ende, ya en un área estrictamente jurídica y atendiendo a la delimitación del ámbito de responsabilidad del agente criminoso, a la precisión de si la afección experimentada por el uso del estupefaciente deviene inoperante a la hora de valoración de la conducta y selección de la pena que corresponda, se conceptúa como simple atenuante analógica del artículo 9.º, 10.ª, como eximente incompleta del número 1.º del propio artículo, o llega, en el cenit de su proyección sobre la personalidad del sujeto, a originar profundos efectos anuladores y de invalidación de toda facultad discernidora y decisoria, haciendo entrar

¹⁷² Véanse las SSTS de 17 de octubre de 1988 (RJ 1988\8328) y 6 de abril de 1990 (RJ 1990\3199).

¹⁷³ STS de 7 de abril de 1994 (RJ 1994\2896). En idéntico sentido, las SSTS de 16 de septiembre de 1982 (RJ 1982\4937), 4 de julio de 1985 (RJ 1985\3955), 14 de diciembre de 1987 (RJ 1987\9768), 3 de enero de 1988 (RJ 1988\217), 28 de septiembre de 1989 (RJ 1989\6804), 3 de mayo y 12 de septiembre de 1991 (RJ 1991\3538 y RJ 1991\6149).

en juego la causa de exención primera del artículo 8.º de referido texto sustantivo. Y es que las perturbaciones físicas y psíquicas derivadas del suministro de estupefacientes no siempre ofrecen igual relevancia ni se producen con idéntica intensidad, dependiendo de la habitualidad o esporadicidad del consumo, de la índole o naturaleza de la droga, de las circunstancias específicas -constitución biológica y psíquica- del individuo. Produciéndose desde alteraciones pasajeras y fugaces, escasas en su intensidad y abreviadas en sus efectos, hasta perturbaciones más hondas con pérdida de representaciones vivenciales y minoración de controles, suponiendo una merma, entorpecimiento o recorte de las normalidades intelectivas y volitivas, su parcial condicionamiento por fuera del arraigado vicio latente, pero conservando el sujeto -en grado más o menos acusado- algún reducto de capacidad de raciocinio y juicio, así como del gobierno de sus actos, en orden a la consciencia de maldad de la infracción criminal y de la conveniencia y posibilidad de abstenerse de su realización. Llegándose, en situaciones límites, a un proceso tal de desestructuración de la conciencia del intoxicado, con tal intenso efecto reductor del campo de aquélla y abolición de toda clase de estímulos, que propiamente ha de acusarse la elisión completa de las facultades de inteligencia y voluntad, el total aniquilamiento de frenos inhibitorios, unido a un obrar ciego e irrefrenable, carente en absoluto de autocontrol”.

Distinguiéndose por tanto, tal y como muestra la STS de 7 de abril de 1994 (RJ 1994\2896), tres peldaños atinentes a la imputabilidad del acusado por causa de su drogadicción y “que son: a), la «atenuante analógica» cuando la influencia de aquella situación en el psiquismo de quien la padece en el momento de la comisión de los hechos es más o menos leve, pero, en todo caso no actúa bajo el síndrome de abstinencia; b), «la eximente incompleta» cuando a la simple condición de drogadicto se suma una manifiesta crisis de abstinencia, de modo que la aminoración de las facultades intelectivas, pero sobre todo volitivas, es intensa y c), la «eximente completa» para los supuestos, poco menos que impensables, en que la abolición de tales facultades es total, de modo que más que en delitos de dinámica comisiva agitada y violenta, la conducta

parece estar más próxima a formas comisivas de omisión o en aquellas en que el sujeto activo actúa totalmente automatizado por la droga”¹⁷⁴.

Sin embargo, el Tribunal Supremo en la práctica no consolidó una doctrina homogénea pues aplicó ante supuestos similares soluciones distintas, debido a que utilizó criterios de valoración dispares. Siguiendo a CASTELLÓ NICÁS¹⁷⁵, dicho órgano patrocinó dos líneas jurisprudenciales o posiciones en el tratamiento jurídico-penal de los drogodependientes:

1. *Línea restrictiva*. Una corriente jurisprudencial que ha exigido la constatación de la afectación de las facultades intelectuales y volitivas del acusado para que la drogadicción tenga efectos en la imputabilidad de los mismos. De este modo, la sola prueba de la existencia de una toxicomanía en el sujeto, no es suficiente para fundamentar la aplicación de alguna modificación de su responsabilidad penal¹⁷⁶. Pues, según reiterada jurisprudencia “la simple condición de drogadicto no supone causa legal de atenuación de la responsabilidad, siendo preciso que el relato histórico de la sentencia refleje suficientemente, de modo detallado y expresivo, la concreta e individualizada situación del sujeto en el momento de comisión de los hechos; sólo si puede colegirse que la drogodependencia ejerció algún efecto sobre la capacidad intelectual o volitiva del infractor, será posible valorarla en orden a su influencia sobre la imputabilidad de aquél; adición ordinariamente traducida en la estimación de una atenuante analógica”¹⁷⁷.

Conforme a esta línea, no puede darse una regla exacta sobre la influencia de cada droga en la imputabilidad, pues cada consumo provocará unos efectos distintos en las

¹⁷⁴ Doctrina que ya mostraban las SSTS de 3 de enero, 21 de marzo, 7 de abril y 19 de julio de 1988 (RJ 1988\217, RJ 1988\2043, RJ 1988\2750 y RJ 1988\6632) y 12 de julio de 1989 (RJ 1989\6745).

¹⁷⁵ CASTELLÓ NICÁS, N.: *La imputabilidad...*, cit., pp. 249 y ss.

¹⁷⁶ SSTS de 21 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7858), 13 de junio de 1983 (RJ 1983\3126), 5 de noviembre de 1984 (RJ 1984\5434), 10 de mayo de 1985 (RJ 1985\2461), 22 de marzo de 1986 (RJ 1986\1709), 26 de octubre de 1987 (RJ 1987\7599), 7 de julio de 1988 (RJ 1988\6516), 28 de noviembre de 1989 (RJ 1989\9667), 2 de octubre de 1990 (RJ 1990\7637), 3 de julio de 1991 (RJ 1991\5523), 12 de mayo de 1992 (RJ 1992\3868), 6 de julio de 1993 (RJ 1993\5935), 14 de julio y 3 de octubre de 1994 (RJ 1994\6286 y RJ 1994\7606), 3 de febrero y 26 de abril de 1995 (RJ 1995\869 y RJ 1995\3536), 1 de abril y 25 de noviembre de 1996 (RJ 1996\2863 y RJ 1996\8000) y 13 de marzo y 2 de diciembre de 1997 (RJ 1997\1691 y RJ 1997\8807).

¹⁷⁷ STS de 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10255).

capacidades psíquicas de drogadicto. Pudiendo aplicar la eximente completa, cuando la influencia es total y absoluta, y priva por completo al sujeto de sus facultades intelectuales y volitivas. Cuando dicha afectación es grave pero no priva al sujeto de sus capacidades mentales, procederá la eximente incompleta. Y la atenuante analógica cuando se demuestra una pequeña merma de dichas facultades. Así lo ha recogido la STS de 12 de febrero de 1996 (RJ 1996\823), por estimar que “según dicha doctrina cabe, en ciertos casos excepcionales, que la situación de intoxicación del sujeto por utilización de la droga llegue a privarle totalmente de su imputabilidad, en los casos agudos de exasperación del síndrome que lleguen a provocar comportamientos alienantes, esto es comportamientos que son ajenos o extraños a la primitiva personalidad del autor por encontrarse, a causa de la adicción, deterioradas severamente las capas superiores del psiquismo [SS. 17-10-1988 (RJ 1988\8328) o 6-4-1990 (RJ 1990\3199)], si bien tal situación de deterioro estará más ligada a la fase de declinación total de la actividad del sujeto y, por ende, más propicia a la comisión de delitos omisivos [S. 23-3-1988 (RJ 1988\2079)]. La disminución de la imputabilidad y, por ende, de la responsabilidad en los términos de una eximente incompleta subsumible en el núm. 1.º del art. 9.º CP, se produce, ya en los supuestos de ansiedad extrema provocada por el síndrome de abstinencia, que determina una compulsión hacia los actos encaminados a la consecución de la droga, por lo que actúa fuertemente sobre la volición o la capacidad de dirigir sus actos del sujeto [SS. 6-9-1982, y 3-1-1988 (RJ 1988\217) o 4 enero y 11 noviembre 1990 (RJ 1990\269)]; ya que en los casos en que la drogodependencia se asocia a otras situaciones o enfermedades deficitarias del psiquismo del agente, como pueden ser ciertas oligofrenias leves, psicopatías u otras anomalías de la personalidad [SS. 20-7-1987 (RJ 1987\5572), 29-6-1988 (RJ 1988\5382), o 12-6-1989 (RJ 1989\5083)]; y por último, cuando la antigüedad y continuidad de la adicción han llegado a producir un deterioro de la personalidad que disminuye de forma notoria la capacidad de autorregulación del sujeto, llegando, incluso a veces a degenerar en una enfermedad mental [S. 27-9-1990 (RJ 1990\7362)]”.

Por lo tanto, tal y como reconoce la STS de 27 de enero de 1993 (RJ 1993\138), “la eximente completa exige la anulación completa de la voluntad y de la inteligencia, lo que puede acontecer bien cuando el drogodependiente actúa bajo la influencia directa

del alucinógeno que anula de manera absoluta su mente, bien cuando el drogodependiente actúa bajo la influencia indirecta de la droga dentro del ámbito del síndrome de abstinencia, en el que el entendimiento y el querer desaparecen a impulsos de una conducta incontrolada, peligrosa y desproporcionada, nacida del trauma físico y psíquico que en el organismo humano produce la brusca interrupción del consumo o la brusca interrupción del tratamiento deshabitador a que se encontrare sometido. La eximente incompleta precisa de una profunda perturbación que, sin anularlas, disminuya sensiblemente aquellas facultades aun conservando la apreciación sobre la inmoralidad del hecho que ejecuta, lo que se convierte en atenuante analógica si sólo de manera leve se ve afectada la mente humana. No cabe duda de que también en la eximente incompleta, o en la atenuante analógica, la influencia de la droga, en un plano técnicamente jurídico, puede manifestarse directamente por la ingestión inmediata de la misma, o indirectamente porque el hábito generado con su consumo lleve a la ansiedad, o a la irritabilidad o a la vehemencia incontrolada como manifestaciones de una personalidad conflictiva”.

Por lo que podemos concluir, que es necesario atender al caso concreto, a la afectación de las facultades en el momento de cometerse los hechos, tal y como las han recogido las SSTS de 27 de enero y 19 de febrero de 1993 (RJ 1993\198 y RJ 1993\1375) al referir que “hay que atender a los efectos de la droga sobre la imputabilidad en atención al deterioro psicosomático del agente, en todo caso se exige siempre necesidad de prueba, que el relato histórico de la sentencia exprese la concreta e individualizada situación en el momento de la comisión, tanto en atención a cual sea la droga a la que el sujeto sea adicto (droga blanda o dura), período de tiempo de la dependencia, cuando en lo relativo a la singularización de tal momento, ingestión inmediatamente precedente, síndrome carencial con la obligada precisión de que de tales datos pueda deducirse una apreciación de que las facultades intelectuales y/o volitivas se hallaban notablemente disminuidas”¹⁷⁸.

¹⁷⁸ En igual sentido, la STS de 6 de julio de 1990 (RJ 1990\6253) al establecer que la elección entre las circunstancias de atenuación “depende de la intensidad del síndrome de abstinencia, de la clase de droga consumida, del tiempo de la adicción de la conducta delictiva desarrollada, e incluso deben ponderarse

2. *Línea amplia.* Junto a la postura jurisprudencial anterior, que exigía la comprobación de la afectación de las facultades intelectual y volitiva del sujeto enjuiciado para declarar la modificación de la imputabilidad, encontramos otra más amplia o aperturista, que presume la afectación de dichas facultades psíquicas por el hecho de presentar el acusado una simple drogadicción o la comisión del delito bajo el síndrome de abstinencia, aplicándose en dichos supuestos la eximente incompleta del art. 9.1 CP en relación con el art. 8.1 del mismo texto legal o la atenuante analógica del art. 9.10 del CP en relación con los dos artículos anteriores mencionados, e, incluso en ocasiones, recurriendo al principio “in dubio pro reo” ante la duda sobre si debe ser o no estimada una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal.

Como señala CASTELLÓ NICÁS¹⁷⁹, esta corriente jurisprudencial comienza a partir de la sentencia del Tribunal Supremo de 25 de marzo de 1982 (RJ 1982\2022) al reconocerse que la constatación de una drogodependencia suponía una alteración del psiquismo y por tanto una modificación en la imputabilidad del sujeto que la sufría. La sentencia, literalmente decía: “la ingestión reiterada de determinadas drogas o estupefacientes puede llegar a crear una situación de dependencia y, a su vez, una alteración de las facultades psíquicas, que puede producirse tanto, por la intoxicación debida a la ingestión, como por la carencia o abstinencia de la droga, ahora bien, el grado de tales alteraciones del psiquismo depende de la agudeza de la toxicomanía”.

A partir de la misma, muchas otras sentencias, como ahora veremos, se han hecho eco de esta tendencia más aperturista del Tribunal Supremo al ocuparse del tratamiento jurídico-penal de la drogadicción. Entre ellas, cabe destacar la STS de 13 de febrero de 1991 (RJ 1991\1022), por considerar no hacía falta acreditar que el sujeto se encontraba en una situación de intoxicación o síndrome de abstinencia por drogas pues la adicción a drogas, es por sí misma acreedora de una modificación en las facultades del sujeto. La misma estimaba, que en el acusado se presentaba una “situación de adicción a la heroína con dependencia física y psíquica que exigió después tratamiento de deshabituación con relación a un delito que tiene por finalidad obtener el dinero necesario para adquirir la

otras anomalías concurrentes, como pueden ser la personalidad psicopática del sujeto la embriaguez, el alcoholismo, y la debilidad mental, sin que esta enumeración pretenda ser exhaustiva”.

¹⁷⁹ CASTELLÓ NICÁS, N.: *La imputabilidad...*, cit., p. 256.

droga, es decir, nos presenta la Audiencia un claro supuesto de afección duradera con alteraciones psíquicas importantes que inciden en las facultades volitivas e intelectivas del agente, y en estos casos cabe aplicar el n.º 1.º del art. 9.º en relación con el supuesto de enajenación previsto en el n.º 1.º del art. 8.º, sin que, por ello, sea necesario probar ni el síndrome de abstinencia ni la intoxicación en el momento de la comisión del hecho, como parece pretender el recurrente, que nos habrían situado en el otro supuesto del mismo n.º 1.º del citado art. 8.º”.

Incluso, una sentencia anterior de STS de 4 de febrero de 1991 (RJ 1991\739), en posición totalmente contraria a la línea doctrinal más estricta, explicaba que “no se ha podido acreditar que tuvieran mermadas sus facultades intelectivas y volitivas en el momento de cometer los hechos. Esta conclusión o afirmación se aparta de las reglas científicas de conocimiento del fenómeno de la adicción al consumo de opiáceos y además de los datos objetivos que aparecen documentados en las actuaciones procesales”.

Por lo tanto, con esta tendencia aperturista el Tribunal Supremo consideró modificadas las facultades mentales del sujeto, por el sólo hecho de presentar una adicción a drogas, como muestra la STS de 20 de octubre de 1992 (RJ 1992\8408), al estimar “la adicción a las drogas crea entre sus pacientes una dependencia o hábito físico y psíquico que incide de manera aguda e importante sobre sus facultades intelectivas y especialmente sobre las volitivas, en cuanto condiciona su comportamiento ante la necesidad imperiosa de proporcionarse la dosis suficiente para calmar momentáneamente su ansiedad. Las alteraciones físicas que experimenta el adicto a las drogas crean una sensación de malestar corporal que unido al estado de ansiedad debilitan de manera apreciable las facultades para regir su persona y actos”. Determinando en algunas ocasiones, que al no constar se realizaran bajo crisis carenciales, pero sí aparecía demostrada la adicción a drogas del sujeto los hechos debían ser acreedores de una atenuante analógica. Así lo reconocía el propio Tribunal Supremo en STS de 31 de mayo de 1995 (RJ 1995\3966) al considerar que “en los casos

de toxicómanos con clara dependencia a la droga, pero que no consta que actuaron bajo crisis carenciales, se estima apropiada la atenuante analógica¹⁸⁰.

O un síndrome de abstinencia, como advertía ya la STS de 10 de abril de 1986 (RJ 1986\1954), al considerar que “cuando está probada la adicción o toxicomanía procedente del consumo de los derivados opiáceos y concretamente de la heroína -sucedáneo sintético de la morfina-, y se manifiesta en severos o muy intensos síndromes de abstinencia en los momentos que preludian el acto delictivo, la medida más ajustada puede hallarse en la exención incompleta, no solamente porque a una voluntad profundamente disminuida debe corresponder una menor imputabilidad y consiguientemente, una responsabilidad penal de menor grado, sino porque la pena sin el concurso de una terapia adecuada no cumpliría la misión curativa y de reinserción social que debe primar en la consideración penal de estos sujetos, lo cual puede obtenerse a través de la aplicación conjunta de pena y medida de internamiento que el nuevo artículo 9.1.º, con buen sentido progresivo, permite”.

El Tribunal Supremo dio por hecho, la modificación de las facultades mentales de los acusados que:

- Padecían una dependencia prolongada a drogas, aplicando la eximente incompleta¹⁸¹ o por la simple condición de drogadicto, la atenuante analógica¹⁸².

¹⁸⁰ Doctrina ésta, recogida también en las SSTS de 10 de octubre de 1984 (RJ 1984\4825), 26 de junio de 1985 (RJ 1985\3066), 29 de marzo de 1986 (RJ 1986\1709), 23 de marzo de 1987 (RJ 1987\2196), 3 de enero, 23 de marzo, 13 de septiembre y 3 de diciembre de 1988 (RJ 1988\217, RJ 1988\2079, RJ 1988\6754 y RJ 1988\9361), 20 de enero, 16 de mayo, 20 de septiembre y 12 de diciembre de 1989 (RJ 1989\53, RJ 1989\4196, RJ 1989\6750 y RJ 1989\9535), 26 de marzo, 12 de abril, y 11 de diciembre 1990 (RJ 1990\2612, RJ 1990\3219 y RJ 1990\9460), 25 de febrero, 20 de marzo, 20 de junio y 11 de octubre de 1991 (RJ 1991\1414, RJ 1991\2316, RJ 1991\4761 y RJ 1991\7089), 6 de mayo de 1992 (RJ 1992\4316) y 19 de febrero de 1993 (RJ 1993\1375).

¹⁸¹ SSTS de 14 y 27 de septiembre y 8 de noviembre de 1990 (RJ 1990\6941, RJ 1990\7362 y RJ 1990\8864), 4 y 13 de febrero, 26 de septiembre y 2 de noviembre de 1991 (RJ 1991\739, RJ 1991\1022, RJ 1991\6584 y RJ 1991\7901), 31 de octubre, 7 de noviembre y 1 de diciembre de 1992 (RJ 1992\8630, RJ 1992\8949 y RJ 1992\9898) y 26 de febrero de 1994 (RJ 1994\1127).

¹⁸² SSTS de 15 de enero de 1986 (RJ 1986\131), 26 de octubre de 1987 (RJ 1987\7599), 22 de julio de 1988 (RJ 1988\6662), 12 de abril y 12 de diciembre de 1989 (RJ 1989\3177 y RJ 1989\9535), 28 de mayo, 6 de junio y 1 de diciembre de 1990 (RJ 1990\4469, RJ 1990\5146 y RJ 1990\9369), 8 de marzo, 15 de abril, 20 de junio y 9 de septiembre de 1991 (RJ 1991\1938, RJ 1991\2792, RJ 1991\3725, RJ 1991\4761 y RJ 1991\6117) 10 de enero, 5 de mayo, 22 de junio y 20 de octubre de 1992 (RJ 1992\252, RJ 1992\3708, RJ 1992\5809 y RJ 1992\8408), 19 de febrero de 1993 (RJ 1993\1375) y 19 de enero y 30 de mayo de 1994 (RJ 1994\31 y RJ 1994\4065).

- Cuando los mismos presentaban un síndrome de abstinencia, normalmente por heroína (pues eso ya suponía la existencia de una adicción en el tiempo a la misma), apreció frecuentemente la semieximente del art. 9.1 CP en relación con el art. 8.1 CP¹⁸³.

- E, incluso, aplicó el principio “in dubio pro reo”¹⁸⁴, a partir del único dato de una adicción prolongada a la heroína y la declaración de semiimputable del acusado, dando por hecho una importante merma de sus facultades mentales.

Así lo reconoció el propio Tribunal Supremo al decir, “en este sentido la jurisprudencia de esta Sala ha dicho en varias ocasiones que la condición de drogadicto a las sustancias opiáceas por tiempo continuado puede ser valorada como una eximente incompleta o como una atenuante analógica, habiéndose aplicado la primera para el caso de consumo por vía parenteral y la segunda para otras formas de consumo”¹⁸⁵.

Fijadas las premisas anteriores, debemos concluir que la valoración del consumo de drogas en sede de imputabilidad, puede llevar bien a la aplicación de la eximente completa del art. 8.1 CP, a la semieximente del art. 9.1 CP en relación con el anterior artículo citado, a la atenuante analógica, ya sea cualificada o no, del art. 9.10 CP en relación con la 1.ª del mismo artículo y con el art. 8.1 CP, e, incluso, a la inoperancia penal. En la práctica del estudio realizado de sentencias del Tribunal Supremo, podemos deducir que el mismo advirtió reiteradamente que “la mera drogadicción por sí sola no supone circunstancia de atenuación”, solicitando la máxima cautela en el examen de cada caso¹⁸⁶. La *eximente completa* fue escasamente aplicada, constituyendo más un supuesto teórico que real, pues tan sólo fue apreciada en la STS de 14 de febrero de 1987 (RJ 1987\1253) en la que el Tribunal Supremo reconoció que nada entorpecía

¹⁸³ SSTS de 27 de octubre de 1984 (RJ 1984\5101), 10 de abril de 1986 (RJ 1986\1954), 25 de enero, 15 de febrero y 23 de marzo de 1988 (RJ 1988\469, RJ 1988\1058 y RJ 1988\2079), 6 de abril de 1990 (RJ 1990\3199), 4 de diciembre de 1992 (RJ 1992\9927), 18 de julio y 9 de diciembre de 1994 (RJ 1994\6465 y RJ 1994\10071), 23 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10311), 21 de marzo de 1995 (RJ 1995\2041) y 8 de mayo de 1995 (RJ 1995\3568 y RJ 1995\3570).

¹⁸⁴ Véanse, las SSTS de 24 de diciembre de 1990 (RJ 1990\10020), 15 de julio de 1991 (RJ 1991\5922), 31 de octubre de 1992 (RJ 1992\8630), 26 de marzo y 16 de junio de 1993 (RJ 1993\2585 y RJ 1993\5155) y 7 de octubre de 1995 (RJ 1995\6967).

¹⁸⁵ STS de 30 de junio de 1997 (RJ 1997\5979).

¹⁸⁶ STS de 19 de junio de 1987 (RJ 1987\4971).

“cuando la drogadicción o toxicomanía desemboque, como en el puesto que ahora se decide, en situaciones de total deterioro, físicamente constatable en sus consecuencias (epilepsia sobrevenida subsiguiente a tratamiento meningítico, respuesta positiva al lues y probabilidad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida) de la personalidad en sus potencias intelectivas y volitivas, no haya de aplicarse la circunstancia completa de exención, ya que en tales casos no se está en áreas de reprochabilidad, sino en zonas de inimputabilidad plena sea cual fuere el remoto origen de ésta; pues en definitiva no se trata de juzgar a un delincuente, sino de un enfermo y, como tal, fuera del campo propio penal y sí solo de la medida de seguridad post-delictual prevista en el indicado precepto sustantivo”.

El Alto Tribunal redujo por tanto, a tres, las respuestas penales ante estos casos: la eximente incompleta, la atenuante analógica, en ocasiones cualificada, y la irrelevancia penal de los mismos. Así lo refleja la STS de 24 de noviembre de 1995 (RJ 1995\8422) en la que se advirtió que la aplicación de la eximente del número 1.º del artículo 8.º del Código Penal, sólo se ha acogido “en escasas ocasiones en la jurisprudencia de esta Sala en excepcionales casos en los que, la exasperación del síndrome de abstinencia ha determinado una absoluta anulación de las facultades intelectivas y volitivas del sujeto, o cuando éste ha actuado absolutamente automatizado por influencia de la droga y el autor no pudo comprender la antijuridicidad de su acto (Sentencias de 3 mayo 1991 [RJ 1991\3530], y 1 marzo y 8 abril 1995 [RJ 1995\1784 y RJ 1995\2859]). Más frecuentemente se ha aplicado la atenuante eximente incompleta, subsumible en el número 1.º del artículo 9 del Código Penal cuando se ha constatado ansiedad extrema provocada por el síndrome de abstinencia determinante de una extrema compulsión para realizar actos dirigidos a la consecución de la droga, o cuando la drogodependencia se asocia a enfermedades psíquicas del agente, como oligofrenia y psicopatías, o cuando la antigüedad y continuidad de la adicción ha producido un deterioro notable de la capacidad de autorregulación del sujeto. Por su parte, y con más frecuencia, en los casos de toxicómanos claramente drogodependientes pero cuando no hay constancia de que hayan actuado en situación de crisis carencial, se ha considerado más apropiada la estimación de una mera circunstancia atenuante analógica encuadrada en el número 10

del artículo 9 del Código Penal, pero sin que en todo caso la mera existencia de drogadicción sirva de base para la apreciación de esta última atenuante”¹⁸⁷.

El Tribunal Supremo aplicó la *semieximente del art. 9.1 CP* en relación con el art. 8.1 CP en numerosas ocasiones, aunque los criterios que utilizó para apreciarla dependieron de la concepción rígida o amplia que se utilizase.

a) *Rígida*. Tal y como reconoce CASTELLÓ NICÁS¹⁸⁸, fueron cuatro las situaciones que dieron lugar a la apreciación de la eximente incompleta del art. 9.1 CP en relación con el art. 8.1 del mismo texto legal:

- Cuando el sujeto presentaban una disminución importante de sus facultades mentales como consecuencia de la *influencia ocasional* de la ingesta de drogas tóxicas en el momento de cometer los hechos.
- Cuando el *adicto a las drogas*, por su consumo reiterado y continuo, mostraba una profunda perturbación de su capacidad intelectual y volitiva, sin encontrarse bajo el síndrome de abstinencia¹⁸⁹.
- Cuando el acusado actuaba bajo el *síndrome de abstinencia* que le provocaba una disminución considerable en sus facultades psíquicas¹⁹⁰.

¹⁸⁷ Doctrina también contenida en las SSTS de 20 de julio, 15 y 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994\6615, RJ 1994\9378 y RJ 1994\10256) y 31 de mayo de 1995 (RJ 1995\3966).

¹⁸⁸ CASTELLÓ NICÁS, N.: *La imputabilidad...*, cit., pp. 265 y 266.

¹⁸⁹ SSTS de 26 de enero, 9 de abril, 25 y 28 de junio y 5 de diciembre de 1985 (RJ 1985\361, RJ 1985\2076, RJ 1985\3060, RJ 1985\3081 y RJ 1985\5989), 10 de abril de 1986 (RJ 1986\1954), 22 de abril de 1987 (RJ 1987\2594), 23 de marzo de 1988 (RJ 1988\2079), 1 de junio de 1989 (RJ 1989\5005), 16 de febrero, 6 de abril, 18 de mayo, 4 de julio de 1990 (RJ 1990\1560, RJ 1990\3199, RJ 1990\4183 y RJ 1990\6214), 16 de enero de 1991 (RJ 1991\124), 12 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6149), 8 de octubre de 1991 (RJ 1991\7036), 24 de marzo, 5 de mayo, 27 de mayo y 11 de junio de 1992 (RJ 1992\2422, RJ 1992\3708, RJ 1992\4952 y RJ 1992\5053) y los Autos de 8 de enero de 1990 (RJ 1990\283) y 15 de octubre de 1991 (RJ 1991\7576).

¹⁹⁰ Junto a ella también las SSTS de 25 de marzo de 1982 (RJ 1982\2022), 21 de marzo de 1986 (RJ 1986\1673), 23 de enero, 17 de junio, 30 de noviembre y 14 de diciembre de 1987 (RJ 1987\458, RJ 1987\4962, RJ 1987\8719 y RJ 1987\9768), 3 de enero, 14 de octubre y 3 de diciembre de 1988 (RJ 1988\217, RJ 1988\7920 y RJ 1988\9361), 16 de febrero, 28 de septiembre y 12 de diciembre de 1989 (RJ 1989\1580, RJ 1989\6802 y RJ 1989\9536), 10 de febrero, 6 de julio y 28 de noviembre de 1990 (RJ 1990\1466, RJ 1990\6253 y RJ 1990\9211), 9 de marzo, 6 de mayo, 25 de septiembre y 31 de octubre de 1992 (RJ 1992\1944, RJ 1992\4316, RJ 1992\7349 y RJ 1992\8630), 21 de mayo de 1993 (RJ 1993\4245) y 20 de julio de 1994 (RJ 1994\6615).

- Finalmente, en aquellas ocasiones en las que los procesados padecían algún *tipo de anomalía psíquica junto a drogadicción*, combinación que provocaba una importante merma de sus capacidades mentales.

A las tres últimas de tales situaciones se refiere la STS de 27 de enero de 1993 (RJ 1993\198) al estimar que “la disminución de la imputabilidad y, por ende, de la responsabilidad en los términos de una eximente incompleta subsumible en el núm. 1.º del art. 9.º CP, se produce, ya en los supuestos de ansiedad extrema provocada por el síndrome de abstinencia, que determina una compulsión hacia los actos encaminados a la consecución de la droga, por lo que actúa fuertemente sobre la volición o la capacidad de dirigir sus actos del sujeto; ya que en los casos en que la drogodependencia se asocia a otras situaciones o enfermedades deficitarias del psiquismo del agente, como pueden ser ciertas oligofrenias leves, psicopatías u otras anomalías de la personalidad; y por último, cuando la antigüedad y continuidad de la adicción han llegado a producir un deterioro de la personalidad que disminuye de forma notoria la capacidad de autorregulación del sujeto, llegando, incluso a veces a degenerar en una enfermedad mental”.

En relación a cada una de estas situaciones cabe citar:

Para el primero de los casos la STS de 1 de febrero de 1991 (RJ 1991\693) en la se refiere la posibilidad de aplicar la semieximente tanto por el consumo ocasional de drogas como durante el síndrome de abstinencia. La misma reconoce es posible aplicar “la eximente incompleta en los casos tan frecuentes de actuaciones bajo el síndrome de abstinencia o bajo los efectos de la droga recién suministrada (supuesto semejante a la embriaguez), y también cuando hay una afección psíquica de carácter permanente que exige un tratamiento médico o psicológico para su curación, y por ello en estos últimos supuestos no es necesario que se acredite la realidad del síndrome o de la intoxicación aguda en el momento de la comisión del delito”.

Esta sentencia también nos sirve para describir el segundo de los casos al considerar el Tribunal Supremo “que en los tres ahora recurrentes existió una larga temporada de adicción a la heroína con trastornos psíquicos que exigieron tratamiento asistencial, lo que produjo un deterioro de sus facultades psíquicas de carácter duradero, ajeno al

trastorno mental transitorio y afín a la situación de enajenación a que se refiere el n.º 1.º del art. 8.º, con intensidad suficiente, a juicio de esta Sala, para merecer la aplicación de la eximente incompleta del n.º 1.º del art. 9º”.

Para el tercero de los casos, la STS de 30 de abril de 1988 (RJ 1988\2927) en la que se estimó que la acusada “experimentase el día de autos «ansiedad», lo que significaba tanto como desasosiego o agitación del ánimo, lo desordenado y confuso de su conducta en el curso de la acción delictiva y la necesidad que tuvo la Policía, poco después de su detención, de trasladarla a la Casa de Socorro donde se le diagnosticó precisamente «síndrome de abstinencia», como este tribunal ha podido comprobar mediante el examen de los autos que le autoriza el artículo 899 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. A la vista de todo ello, parece razonable pensar que la procesada se encontraba, al momento de la comisión del hecho, en un estado de grave relajamiento de sus frenos inhibitorios que disminuía de forma apreciable su capacidad para autodeterminarse y elegir una determinada conducta, lo que debe traducirse, en los planos de la imputabilidad y responsabilidad criminal, en la estimación de la eximente incompleta de trastorno mental transitorio contemplada en el número 1.º del artículo 9 en relación con el número 1.º del artículo 8, ambos del Código Penal”.

Estando en relación al cuarto de los casos, la drogadicción en ocasiones asociada a oligofrenias leves como en STS de 14 de mayo de 1984 (RJ 1984\2608), 16 de junio de 1993 (RJ 1993\5155), psicopatías como en SSTS de 15 de enero, 20 y 27 de mayo de 1987 (RJ 1987\384 y RJ 1987\3099 y RJ 1987\3142) y 16 de mayo de 1989 (RJ 1989\4206), epilepsia en STS de 13 de mayo de 1985 (RJ 1985\2477), depresión en STS de 9 de mayo de 1991 (RJ 1991\3611) e, incluso, a padecimiento de psiconeurosis en STS de 2 de febrero de 1988 (RJ 1988\835).

b) La corriente jurisprudencial *más amplia* por su parte, consideró en tres situaciones la aplicación de la eximente incompleta, dando por hecho que el sólo dato de presentarse, producía los efectos de grave alteración de las facultades intelectual y volitiva del sujeto. Se trata de:

- Grave adicción, tanto en el tiempo¹⁹¹ como en la cantidad¹⁹². El Tribunal Supremo consideró que en estos sujetos era de aplicación la eximente incompleta por el deterioro psíquico que tal adicción continuada provocaba en los mismos.

- Fase avanzada del síndrome de abstinencia. El Alto Tribunal presumió que el sujeto que actuaba en fase avanzada del síndrome de abstinencia tenía ampliamente disminuidas sus facultades mentales, sobre todo las volitivas, por la que era de aplicación la eximente incompleta del art. 9.1 CP en relación con el art. 8.1 del mismo texto legal¹⁹³.

- Probada una prolongada adicción a drogas, presenta el sujeto un síndrome de abstinencia que deteriora fuertemente el psiquismo del sujeto. El Tribunal Supremo también aplicó dicha circunstancia eximente de forma automática cuando el acusado era drogadicto, tenía mermadas sus facultades mentales y cometía los hechos bajo el síndrome de abstinencia¹⁹⁴.

La *atenuante analógica* del art. 9.10 CP en relación con el apartado 1 de ese mismo artículo y con el art. 8.1 CP, se ha aplicado en numerosas ocasiones por el Tribunal Supremo¹⁹⁵, cuando los sujetos por causa de las drogas sufrieran una afectación leve de

¹⁹¹ SSTS de 10 de febrero, 14 y 27 de septiembre, 2 de noviembre y 1 de diciembre de 1990 (RJ 1990\1466, RJ 1990\6941, RJ 1990\7362, RJ 1990\9069 y RJ 1990\9369) y 23 de enero, 1 de marzo, 15 de julio, 26 de septiembre, 8 de octubre y 2 de noviembre de 1991 (RJ 1991\271, RJ 1991\1731, RJ 1991\5903, RJ 1991\6584, RJ 1991\7037 y RJ 1991\7901).

¹⁹² STS de 16 de enero de 1991 (RJ 1991\124).

¹⁹³ SSTS de 27 de octubre de 1984 (RJ 1984\5101), 10 de abril de 1986 (RJ 1986\1954), 25 de enero, 15 de febrero y 23 de marzo de 1988 (RJ 1988\469, RJ 1988\1058 y RJ 1988\2079) y 6 de abril de 1990 (RJ 1990\3199).

¹⁹⁴ SSTS de 3 de mayo de 1991 (RJ 1991\3538).

¹⁹⁵ SSTS de 11 de febrero de 1980 (RJ 1980\466), 23 de abril y 21 de diciembre de 1982 (RJ 1982\2118 y RJ 1982\7858) 17 y 21 de enero, 26 de febrero, 3, 13 y 18 de mayo, 12 de julio, 27 de septiembre y 22 de diciembre de 1983 (RJ 1983\11, RJ 1983\40, RJ 1983\1733, RJ 1983\2634, RJ 1983\2703, RJ 1983\2716, RJ 1983\4149, RJ 1983\4588, RJ 1983\6721), 22 de marzo, 9, 10, 11 y 18 de abril y 26 de junio de 1985 (RJ 1985\2023, RJ 1985\2076, RJ 1985\2082, RJ 1985\2102 y RJ 1985\3071), 15 de enero y 29 de marzo y 5 y 17 de diciembre de 1986 (RJ 1986\131, RJ 1986\1709, RJ 1986\7788 y RJ 1986\7940), 6 de febrero, 23 de marzo, 5 de mayo, 20 de julio, 9, 16 y 26 de octubre y 4 de noviembre de 1987 (RJ 1987\1201, RJ 1987\2196, RJ 1987\3008, RJ 1987\5572, RJ 1987\7278, RJ 1987\7599 y RJ 1987\8442), 3 y 5 de enero, 23 de marzo, 18 y 20 de mayo, 22 de julio, 13 de septiembre, 17 de octubre y 3 de diciembre de 1988 (RJ 1988\217, RJ 1988\232, RJ 1988\2079, RJ 1988\3686, RJ 1988\3709, RJ 1988\6662, RJ 1988\6753, RJ 1988\8328 y RJ 1988\9361), 20 de enero, 12 de abril, 16 de mayo, 20 de septiembre y 12 de diciembre 1989 (RJ 1989\53, RJ 1989\3177, RJ 1989\4196, RJ 1989\6750, y RJ 1989\9535), 22 de febrero, 26 de marzo, 18 de abril, 28 de mayo, 6 de junio, 24 de septiembre y 1, 5 y 11 de diciembre de 1990 (RJ 1990\1605, RJ 1990\2612, RJ 1990\3265, RJ 1990\4469, RJ 1990\5146, RJ 1990\7217, RJ 1990\9369, RJ

sus facultades intelectuales y volitivas, (corriente más estricta)¹⁹⁶, o ante la sola presencia de una drogodependencia en el sujeto (corriente más amplia)¹⁹⁷. Pues como afirmó el Tribunal Supremo en algunas de sus sentencias “la adicción, aun antigua, sin que conste expresamente que haya llegado a producir un deterioro evidente y de cierta intensidad de la personalidad psicosomática del adicto, no es suficiente «per se», para deducir la disminución de la capacidad de autorregulación del sujeto, no ya en el grado e intensidad que deba considerarse como una semi-eximente, ni siquiera en los términos de una simple atenuación analógica.”¹⁹⁸, reconociendo en otras, “la aplicación de la atenuante analógica del número 10 del artículo 9 en relación con el número 1.º del propio artículo, atenuante de la que con frecuencia vienen haciendo uso los Tribunales en hipótesis de drogadicción del agente, sin constancia de que en el momento de cometerse la infracción se hallase afecto de síndrome de abstinencia o en estado carencial agudo”¹⁹⁹.

1990\9418 y RJ 1990\9460), 25 de febrero, 20 y 22 de marzo, 9 de abril, 20 de junio, 27 y 30 de septiembre, 11 de octubre, 6 de noviembre y 18 de diciembre de 1991 (RJ 1991\1430, RJ 1991\2316, RJ 1991\2348, RJ 1991\2586, RJ 1991\4761, RJ 1991\6625, RJ 1991\6649, RJ 1991\7089, RJ 1991\7962 y RJ 1991\9539), 17 de enero, 14 de febrero, 13 de marzo, 5 de mayo, 16 de junio, 14 de julio, 15 y 23 de septiembre, 24 de octubre, 5 y 10 de noviembre de 1992 (RJ 1992\170, RJ 1992\1228, RJ 1992\2076, RJ 1992\3708, RJ 1992\5395, RJ 1992\6414, RJ 1992\7155, RJ 1992\7241, RJ 1992\8515, RJ 1992\9007, y RJ 1992\8959), 13 de febrero, 21 de mayo, 25 de octubre, 4 de noviembre y 10 de diciembre de 1993 (RJ 1993\1104, RJ 1993\4245, RJ 1993\7733, RJ 1993\8227 y RJ 1993\9279), 15 de marzo, 21 de marzo, 8 de julio y 31 de octubre de 1994 (RJ 1994\2163, RJ 1994\2374, RJ 1994\6262 y RJ 1994\8781), 16 y 18 de enero, 8 y 23 de febrero, 1 y 10 de marzo, 7 y 12 de abril de 1995 (RJ 1995\153, RJ 1995\135, RJ 1995\831, RJ 1995\1556, RJ 1995\1784, RJ 1995\1825, RJ 1995\2830 y RJ 1995\2868) y Autos de 26 de junio de 1991 (RJ 1991\4816), 8 de septiembre de 1993 (RJ 1993\9166), y 28 de septiembre de 1994 (RJ 1994\7236).

¹⁹⁶ SSTS de 11 de febrero de 1980 (RJ 1980\466), 23 de abril y 21 de diciembre de 1982 (RJ 1982\2118 y RJ 1982\7858), 5 y 17 de diciembre de 1986 (RJ 1986\7788, RJ 1986\7940), 20 de julio, 9 y 14 de octubre de 1987 (RJ 1987\5572, RJ 1987\7278 y RJ 1987\7369), 5 de enero y 20 de mayo de 1988 (RJ 1988\232 y RJ 1988\3701) y 5 de marzo de 1991 (RJ 1991\1911).

¹⁹⁷ SSTS de 21 de enero, 26 de febrero de 1983 (RJ 1983\40, RJ 1983\1733), 15 de enero de 1986 (RJ 1986\131), 26 de octubre de 1987 (RJ 1987\7599), 22 de julio de 1988 (RJ 1988\6662), 17 de febrero, 12 de abril y 12 de diciembre de 1989 (RJ 1989\1590, RJ 1989\3177 y RJ 1989\9535), 28 de mayo, 6 de junio y 1 de diciembre de 1990 (RJ 1990\4469, RJ 1990\5146 y RJ 1990\9369), 8 de marzo, 15 de abril, 20 de mayo, 20 de junio y 9 de septiembre de 1991 (RJ 1991\1938, RJ 1991\2792, RJ 1991\3725, RJ 1991\4761 y RJ 1991\6117) 10 de enero, 5 de mayo, 22 de junio y 20 de octubre de 1992 (RJ 1992\252, RJ 1992\3708, RJ 1992\5809 y RJ 1992\8408), 19 de febrero de 1993 (RJ 1993\1375) y 19 de enero y 30 de mayo de 1994 (RJ 1994\31 y RJ 1994\4065).

¹⁹⁸ STS de 19 de febrero de 1993 (RJ 1993\1375).

¹⁹⁹ STS de 2 de febrero de 1990 (RJ 1990\1034). Doctrina también reconocida en SSTS de 10 de octubre de 1987 (RJ 1987\7282), 3 de enero, 23 de marzo, 13 de septiembre y 3 de diciembre de 1988 (RJ 1988\217, RJ 1988\2079, RJ 1988\6753 y RJ 1988\9361), 20 de enero, 16 de mayo, 20 de septiembre y 12 de diciembre de 1989 (RJ 1989\62, RJ 1989\4196, RJ 1989\6750 y RJ 1989\9535), 26 de marzo, 18 de

También la aplicación de la atenuante analógica, ha sido la solución dada por el Tribunal Supremo a los casos en los que el propio texto de la sentencia reconocía la dificultad de la prueba para determinar la intensidad del impulso o alteración de las facultades mentales del acusado cuando cometía el delito²⁰⁰, y, cuando del relato de hechos no se desprendía la afectación de las facultades intelectuales si no sólo de su capacidad de conciencia y voluntad²⁰¹.

El Tribunal Supremo, en ocasiones, también aplicó la atenuante analógica estimándola como muy calificada²⁰², lo que desató un amplio debate doctrinal sobre su procedencia²⁰³. Incluso, llegó en STS de 1 de febrero de 1989 (RJ 1989\1331) a reconocer que su aplicación se trataba de un criterio jurisprudencial consolidado, aunque en otros pronunciamientos como la STS de 19 de julio de 1988 (RJ 1988\6632) estimó que se trataba de “la vía un tanto insólita de la calificación llegue a las mismas consecuencias punitivas acordadas para la exención incompleta a excepción de la posibilidad de internamiento que esta última solución permite”.

Las Sentencias de 22 y 23 de enero, 30 de abril y 6 de julio de 1987 (RJ 1987\443, RJ 1987\449, RJ 1987\2638 y RJ 1987\5173), no se mostraron contrarias a la posibilidad de aplicar dicha atenuante analógica calificada, así como tampoco lo hizo la de 8 de junio de dicho año (RJ 1987\4693), declarando, la de 14 de octubre del mismo (RJ 1987\7369), “no puede descartarse, en términos generales, que una circunstancia atenuante por analogía, cualquiera que sea la atenuación que le sirve de

abril, 28 de mayo y 11 de diciembre de 1990 (RJ 1990\2612, RJ 1990\3265, RJ 1990\4469 y RJ 1990\9460) y 20 de marzo, 20 de junio y 11 de octubre de 1991 (RJ 1991\2316, RJ 1991\4761 y RJ 1991\7089).

²⁰⁰ SSTS de 15 de abril y 10 de junio de 1991 (RJ 1991\2792 y RJ 1991\4581) y 4 de enero de 1995 (RJ 1995\3).

²⁰¹ SSTS de 12 de julio de 1989 (RJ 1989\6745) y 5 de mayo de 1992 (RJ 1992\3708).

²⁰² SSTS de 14 de octubre de 1987 (RJ 1987\7369), 1 de febrero, 22 de junio y 3 de julio de 1989 (RJ 1989\1331, RJ 1989\5195 y RJ 1989\6022), 18 de mayo de 1990 (RJ 1990\4183), 28 de febrero y 28 de septiembre de 1994 (RJ 1994\1580 y RJ 1994\7233) y 26 de junio de 1997 (RJ 1997\5165).

²⁰³ Así lo estimaba ya la STS de 22 de junio de 1989 (RJ 1989\5195) al advertir “Menos pacífico es el criterio jurisprudencial sobre la posibilidad de apreciar como muy calificada la circunstancia atenuante analógica, cuando lo que sirve de referencia es la enajenación mental o trastorno mental transitorio incompletos”. La Sentencia de 28 de mayo de 1986 (RJ 1986\2896), en la que se cita, en pro de su tesis, la de 26 de junio de 1985 (RJ 1985\3066), declaró que “es evidente la dificultad técnico-jurídica de construir, en derecho, una atenuante por analogía con otra atenuante y reputarla como muy calificada, y mucho más si, esa analogía, se pretende derivar asimilándola nada menos que a una eximente incompleta”.

referencia, pueda tener la especial virtualidad que le atribuye la regla 5.^a del artículo 61 del Código Penal, no pudiéndose relegar, la indicada circunstancia 10.^a, al lugar de una atenuante menor incapaz de intensa calificación, y ello ni siquiera cuando la analogía se establezca respecto a una eximente incompleta”.

No faltaron también casos en los que el Alto Tribunal creyera que el consumo de drogas *no tenía influencia* en las facultades psíquicas del sujeto²⁰⁴. Ejemplo de ellos fueron entre otras, las SSTS de 21 de noviembre de 1988 (RJ 1988\9192) y 10 de noviembre de 1994 (RJ 1994\8810). En la primera de ellas se estimó que “la simple e irregular incorporación, sin participación de las partes, de la palabra «drogadicto» añadida a las circunstancias personales no puede provocar la presencia de la eximente incompleta, ni siquiera, si no hay ningún otro dato (a qué tipo de droga eran adictos, intensidad de la drogadicción, correlato temporal entre la drogadicción y los hechos, etc), de la atenuante por analogía”. Siendo más expresiva la segunda al referir “no basta ser drogadicto, en una u otra escala, en uno u otro orden, para pretender la aplicación de circunstancias atenuantes, pues la exclusión o disminución de la responsabilidad de estos toxicómanos ha de determinarse siempre en función de la imputabilidad, o sea, de la incidencia que la ingestión de droga produzca en las facultades intelectivas y volitivas del sujeto. Decir, como señala el relato discursivo de la sentencia, que el acusado José L. R., es «drogodependiente», sin más aditamentos y complementos no puede servir de base a la aplicación de una atenuante analógica, porque no hace traslación a su psiquismo, ni dice en cuanto afecta al intelecto ni a la volición, ni expresa siquiera el tiempo de duración de tal dependencia”.

La entrada en vigor del Código Penal de 1995 (arts. 20.2 y 21.2), ante la falta de regulación expresa de la influencia de las drogas sobre la imputabilidad, supuso un intento de establecer el tratamiento jurídico-penal de los drogodependientes, reordenando y sintetizando con matices, las conclusiones a las que la doctrina y

²⁰⁴ SSTS de 22 y 30 de enero, 11 de julio y 22 de noviembre de 1985 (RJ 1985\338, RJ 1985\377, RJ 1985\4062 y RJ 1985\5465), 22 febrero, 7 julio, 27 de septiembre y 21 de noviembre de 1988 (RJ 1988\1223, RJ 1988\6516, RJ 1988\7035 y RJ 1988\9192), 7 de abril y 14 de julio de 1989 (RJ 1989\3033 y RJ 1989\6232), 2 de octubre de 1990 (RJ 1990\7637) y 10 de noviembre de 1994 (RJ 1994\8810).

jurisprudencia habían llegado ya en la valoración de la drogodependencia como circunstancia modificativa de la responsabilidad penal²⁰⁵.

El art. 20.2, contempla los supuestos de exención de responsabilidad criminal por encontrarse el sujeto en estado de intoxicación plena o sufriendo síndrome de abstinencia. El mismo dice así: “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”.

Este apartado del art. 20 constituye una novedad en el actual Código Penal, pues acoge situaciones sobre las que nada decía el derogado código anterior, pero cuya introducción puede considerarse innecesaria, pues como ya han apuntado diferentes autores²⁰⁶, a los que nos unimos, la redacción del apartado 1º de ese artículo 20, abarca todos los supuestos contemplados en la 2ª causa de ese artículo, ya que con la introducción de la expresión “cualquier anomalía o alteración psíquica” se está dando la posibilidad de eximir de pena a cualquier persona que padece, una intoxicación plena de drogas o síndrome de abstinencia, siempre que produzca en el mismo la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión.

A pesar de la crítica anterior, reconocemos que la actual regulación del tratamiento jurídico de la drogadicción ha supuesto un avance, pues ha pretendido facilitar la ubicación legal del drogodependiente²⁰⁷ y recoger todas las situaciones que pueden presentar los drogadictos²⁰⁸, aunque no lo ha hecho del todo, ya que el art. 20.2 CP se ha

²⁰⁵ Así lo estiman también entre otros, GARCÍA GARCÍA, J.: *Drogodependencias...*, cit., p. 221 y SÁNCHEZ YLLERA, I.: “Art. 20.2º Código Penal”, en VIVES ANTÓN, T.S. (coordinador) y OTROS: *Comentarios al Código Penal de 1995*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1996, p. 125.

²⁰⁶ CASTELLÓ NICÁS, N.: *La imputabilidad...*, cit., p. 297; CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 54 y PÉREZ-CURIEL CECCHINI, J.: *Tratamiento penal del drogodependiente:...*, cit., p. 240.

²⁰⁷ CASTELLÓ NICÁS, N.: *La imputabilidad...*, cit., p. 300.

²⁰⁸ Situaciones a las que hace mención la STS de 16 de enero de 1995 (RJ 1995\153) al considerar “esta Sala ha sentado las bases para valorar la drogadicción del reo, como influyente en su imputabilidad y

referido a la intoxicación plena y al síndrome de abstinencia pero nada dice sobre la drogodependencia crónica. Esta laguna debe ser resuelta bien considerando que este artículo se refiere también a la misma, aunque no la mencione, pues el art. 102 CP recoge entre las medidas de seguridad aplicables a los supuestos contemplados en el apartado 2º del art. 20 CP, la deshabitación en centro público o privado; bien reconduciendo dicho estado, al apartado 1º del citado art. 20, solución que atendiendo al tenor literal del art. 20.2 CP, parece la más acertada, como lo demuestra el mejor refrendo doctrinal obtenido²⁰⁹.

Cuando en dichas situaciones (intoxicación plena y síndrome de abstinencia) no concurren todos los requisitos necesarios para poder eximir, se deberá aplicar la semieximente contemplada en el art. 21.1 CP que establece: “Son circunstancias atenuantes:

1. Las causas expresadas en el Capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos”.

consiguiente capacidad de culpabilidad determinando así su grado de responsabilidad penal, en base a tres parámetros o situaciones diferenciadas: Primero.-La influencia directa y presente en el hecho de obrar bajo el influjo del inmediato consumo de droga, en cuanto puede obnubilar la inteligencia del sujeto o debilitar fuertemente los mecanismos de comportamiento y de resistencia a los impulsos nocivos e ilícitos; Segundo.-El síndrome de abstinencia actuando sobre el sujeto en el momento de la infracción, en cuanto causante de unas pulsiones irrefrenables que conducen al sujeto a cometer el delito como medio para obtener la droga que se precisa para salir de tal estado; y Tercero.-Cuando un consumo duradero y continuo de ciertas «drogas duras» ha llegado a producir un deterioro de la personalidad psico-física del agente, disminuyendo de forma notoria su capacidad de autorregulación, pudiendo incluso llegar a degenerar en una enfermedad mental. Sólo en esos supuestos cabe apreciar una eximente incompleta y aun, en casos excepcionales, total, en función del influjo más o menos profundo que en los presupuestos o bases de la imputabilidad del sujeto puedan tener tales situaciones”.

²⁰⁹ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 976; FERNÁNDEZ ENTRALGO, J.: “Consumo de sustancias psicoactivas. Imputabilidad y Derecho Penal”, en DELGADO BUENO, S. y TORRECILLA JIMÉNEZ, J.M. (directores), (et al.): *Medicina Legal en Drogodependencias*, Harcourt, Madrid, 1999, p. 31; PADILLA ALBA, H.R.: *Exención...*, cit., pp. 59 y 60 y el mismo, en “Art. 20.2.º Código Penal”, *Comentarios al Código Penal, Tomo II (Artículos 19 a 23)*, dirigidos por COBO DEL ROSAL, Edersa, Madrid, 1999, p. 258; PÉREZ-CURIEL CECCHINI, J.: *Tratamiento penal del drogodependiente...*, cit., pp. 262 y 263; RODRÍGUEZ MOURULLO, G.: RODRÍGUEZ MOURULLO, G.: “Art. 20.2.º Código Penal”, en RODRÍGUEZ MOURULLO, G. (director); JORGE BARREIRO, A. (coordinador) y OTROS, *Comentarios al Código Penal*, 1ª ed., Civitas, Madrid, 1997, pp. 91 y 93; SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.: *La imputabilidad...*, cit., pp. 150 y ss.

Finalmente, cuando presentándose dichos estados existiese tan solo una leve afectación de las facultades psíquicas del sujeto, una atenuante analógica del art. 21.6 CP en relación con el art. 21.1 CP y 20.1 del mismo texto.

Junto a los preceptos antes mencionados, también ha introducido el Código Penal actual una circunstancia atenuante, en su art. 21.2 CP: la grave adicción a drogas. El mismo estima que: “Son circunstancias atenuantes:

2. La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2 del artículo anterior”.

Por lo tanto, una nueva eximente y una atenuante han sido previstas por el texto legal vigente para los casos de drogodependencias, quedando, como bien explica el Tribunal Supremo entre otras²¹⁰, en su STS de 17 de diciembre de 1997 (RJ 1997\8769), el tratamiento jurídico del drogodependiente de la siguiente forma: “Al incluir el actual Código Penal expresamente en los artículos 20 y 21 la toxicomanía, su tratamiento jurídico debe adaptarse a la nueva regulación, en la que se pueden distinguir tres estadios:

1) El consumo de drogas puede ocasionar verdaderas psicosis, con deterioros cerebrales que eliminan la imputabilidad del sujeto. La solución legal para el caso de que cometa un delito, en tal estado, se encuentra en la aplicación del artículo 20.1, como incurso en «anomalías o alteraciones psíquicas», siempre que concurra el requisito de no comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión.

2) La intoxicación plena por consumo de drogas puede ocasionar una absoluta anulación de las facultades del sujeto que le produzcan un estado de inimputabilidad absoluta, lo que ocasionaría la aplicación del artículo 20.1²¹¹ (sic) y su exención de responsabilidad en aquellos escasos supuestos en que el delito puede cometerse en tal estado.

²¹⁰ SSTS de 26 de marzo de 1997 (RJ 1997\2515), 5 de marzo y 20 de marzo de 1998 (RJ 1998\1768 y RJ 1998\2323), 5 y 24 de febrero de 1999 (RJ 1999\1159 y RJ 1999\1930), 22 de julio de 2005 (RJ 2005\9040) y 14 de septiembre de 2006 (RJ 2006\6543).

²¹¹ Suponemos, como bien apunta PADILLA ALBA, H.R.: *Exención...*, cit., p. 46, nota 18, que esta sentencia y las de 5 de marzo y 28 de septiembre de 1998 (RJ 1998\1768 y RJ 1998\7369), presentan un error mecanográfico al referirse al apartado primero del art. 20 CP cuando quisieron hacerlo al segundo del mismo artículo.

3) Actuar bajo la influencia de un síndrome de abstinencia a causa de la dependencia del sujeto a las drogas, cuando le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a su comprensión, también llevaría aparejada la concurrencia del artículo 20.2 del Código Penal.

4) Cuando la intoxicación no produzca plenos efectos sobre la capacidad de comprensión del ilícito o sobre la actuación conforme a esa comprensión, cuando la intoxicación por consumo de drogas no sea plena, o cuando actúe bajo el síndrome de abstinencia, teniendo su imputabilidad sensiblemente disminuida, aunque no anulada, ya que podría con grandes esfuerzos haber actuado de otro modo, sería aplicable la eximente incompleta del artículo 21.1 del Código Penal.

5) La simple atenuante del núm. 2 del artículo 21 sólo debe aplicarse cuando el sujeto actúe a causa de su grave adicción a las drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, debiendo incluirse también los supuestos de síndrome de abstinencia leve, en que la imputabilidad está disminuida Al pero en grado menor. Estaríamos en presencia de un sujeto que normalmente necesita en un momento determinado consumir drogas. En aquellos instantes no las tiene a su alcance y mediante la comisión del delito accede a ellas o a dinero necesario para su compra; es decir, el beneficio de la atenuación establecida en el artículo 21.2 CP sólo tiene aplicación cuando existe una relación entre el delito cometido y la carencia de drogas que padece el sujeto”.

De todas estas posibilidades en el tratamiento legal de los efectos sobre la imputabilidad del adicto a drogas, son objeto para nosotros de estudio dado el contenido de esta investigación:

1. El consumo de drogas tóxicas que ocasione auténticas psicosis por abolir completamente la capacidad de comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión. Supuesto al que será de aplicación el art. 20.1 CP vigente. Así es reconocido expresamente por la STS de 11 de mayo de 2005 (RJ 2005\5825) al referir “en relación a los efectos que el consumo de drogas puede provocar en la capacidad de culpabilidad del sujeto, la doctrina de esta Sala ha establecido que, partiendo de que la aplicación de la eximente completa del artículo 20.1^a será posible cuando se haya

acreditado que el sujeto padece una anomalía o alteración psíquica que le impida absolutamente comprender la ilicitud de su conducta o actuar conforme a esa comprensión, tal cosa puede tener lugar en ocasiones, y ello deberá ser acreditado debidamente, a causa de un consumo muy prolongado y muy intenso de sustancias que hayan producido graves efectos en el psiquismo del agente, como puede ocurrir con la heroína”.

2. Cuando la situación anterior no llegue a provocar una anulación de las facultades mentales del sujeto pero sí una importante disminución o perturbación de las mismas, será aplicable la eximente incompleta del art. 21.1 CP vigente en relación con el art. 20.1 CP.

3. Finalmente, cuando en los estados anteriores tan solo se encuentre una merma leve de las facultades psíquicas del sujeto será de aplicación la atenuante analógica del art. 21.6 CP en relación con los dos artículos anteriormente mencionados.

Son escasos los pronunciamientos de los tribunales que han aplicado *la eximente completa del art. 20.1 CP* por padecimiento de una psicosis tóxica, tan sólo hemos encontrado algunas sentencias de distintas Audiencias Provinciales. Comenzaremos por citar la *SAP de Córdoba de 2 de noviembre de 2004 (JUR 2005\46794)* en la que se estimó que el trastorno por abuso de cocaína que padecía, en unión de otros tóxicos que había tomado el día de autos había potenciado extraordinariamente su ya de por sí alterado estado psíquico, y simultáneamente “produjo la anulación de su voluntad y, por ende, la de poder actuar en paralelo o conformidad con la comprensión intelectual de la ilicitud de su conducta. Distorsión, en éste caso, entre inteligencia y voluntad que sustancialmente viene determinada por el deterioro mental provocado por la prolongada adicción a determinadas drogas, fundamentalmente cocaína, y por el detonante de su efectivo consumo el día de los hechos. Razones, en suma, por la que éste Tribunal considera que es de aplicación al caso la eximente de enajenación mental prevista en el núm. uno del art. 20 del C.P., la cual si bien motiva la exención de responsabilidad criminal”. Junto a ella, la *SAP de Valladolid de 13 de diciembre de 2004 (JUR 2005\14541)* en la que se declaró la inimputabilidad del acusado porque “en el momento de los hechos tenía anuladas por completo sus facultades de conocimiento y de voluntad

debido a una psicosis tóxica por consumo de cocaína”. También la *SAP de Alicante de 29 de noviembre 2002 (JUR 2003\32472)* en la que se reconoce que el acusado padece psicosis asociada al consumo de tóxicos, a consecuencia de lo cual, el tribunal consideró “no era imputable en el momento de comisión de los hechos de los que se le acusa” y la *SAP de Burgos de 16 de febrero de 1998 (ARP 1998\775)* en la que se consideró que uno de los acusados “padecía un trastorno psicótico inducido por cannabis y trastorno bipolar I, con rasgos psicopáticos de la personalidad, que se agravaba con el consumo de drogas y alcohol” lo que le hacía inimputable desde el punto de vista penal. De otra parte, la *SAP de Santa Cruz de Tenerife de 5 de abril de 1999 (ARP 1999\1454)* en la que se estima que “en la realización del expresado delito ha concurrido la circunstancia eximente de la responsabilidad criminal de anomalía psíquica del art. 20.1 del Código Penal, figurando en las actuaciones Sentencia de cinco de junio de 1995 dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 3 de La Laguna en la que se declara incapaz al acusado a causa de su estado mental como consecuencia de su alcoholismo crónico y su politoxicomanía, por lo que es de aplicación tal circunstancia eximente”. Finalmente, la *SAP de Sevilla de 20 de marzo de 2006 (JUR 2006\199455)* en la que se advierte “según el historial y los informes clínicos obrantes en autos, el acusado sufre al menos desde 2002 un trastorno psicótico grave, a veces diagnosticado como de tipo esquizofrénico y en otras como de tipo exotóxico, en todo caso inducido por el consumo de sustancias estupefacientes o asociado al mismo. (...) En estas condiciones, no puede haber duda de la procedencia de apreciar la eximente de anomalía psíquica postulada por la defensa del apelante. No sólo concurre en las conductas enjuiciadas el denominado elemento biológico o psiquiátrico, es decir el diagnóstico de una patología mental de la gravedad de los trastornos psicóticos, sino también lo que se suele denominar (con terminología acaso equívoca) elemento psicológico, es decir, la concreta afectación que dicha patología producía en las facultades psíquicas del sujeto en el momento de cometer los hechos, determinando la incapacidad de comprender su ilicitud o de actuar conforme a esa comprensión, en la fórmula del artículo 20.1 del Código Penal. Dicho elemento psicológico, que atañe a la relación de causalidad o de sentido entre el trastorno y el hecho cometido se pone de manifiesto en el alto grado de agresividad innecesaria y en la falta de racionalidad delictiva de los dos intentos de robo perpetrados, especialmente

manifiesta en el último, advertida desde el principio por la misma Policía, pero también en el primero, en el que el acusado intentó sustraer un bolso a un varón que iba en compañía de dos amigos y no sólo agredió para ello al sujeto pasivo, sino que trató de hacerlo también a uno de los acompañantes (folio 28), sin lograr finalmente su propósito predatorio, como hubiera sido evidente que habría de suceder para cualquier delincuente que conservara un mínimo de control sobre su conducta”.

La *semieximente del art. 21.1 CP* en relación con el art. 20.1 CP ha sido apreciada por el Tribunal Supremo, entre otras²¹², en STS de 8 de marzo de 2004 (RJ 2002\4926) y STS de 1 de febrero de 2000 (RJ 2000\288). En la primera de ellas, el Alto Tribunal consideró acertada la solución del Tribunal sentenciador que determinó “que su capacidad intelectual y por tanto de comprender la ilicitud de la acción de traficar con drogas le era perfectamente conocida, sin embargo tenía una limitación para abstenerse de ejecutar tal acción por su propia adicción a las drogas y la psicosis tóxica que padecía, y esa situación la tradujo en clave penal como la concurrencia de una eximente incompleta del art. 20-1º en relación con el 21-1º del Código Penal”. La segunda por su parte, estimó que “esa prolongada adicción produce unos trastornos que encajan en ese mismo art. 21.1º en relación con el núm. 1º del mismo art. 20, en cuanto que constituyen una anomalía psíquica de importancia, si no para excluir la imputabilidad, sí para limitarla de modo considerable, particularmente en cuanto a las facultades de autocontrol del sujeto cuando se trata de hechos delictivos, como el robo aquí examinado, destinados a la adquisición de la droga o de dinero para comprarla”.

La *atenuante analógica 6ª del artículo 21 del Código Penal*, en relación con la 1ª de ese mismo precepto, y ésta, a su vez, con la 1ª del artículo 20 de ese mismo Texto, también ha sido considerada por el Tribunal Supremo entre otras²¹³, en STS de 29 de noviembre de 2002 (RJ 2002\10525) en la que se reconoció “b) Que, como es exigido por el referido precepto (art. 20.1ª CP), desde los planteamientos del «criterio mixto»,

²¹² SSTS de 16 de diciembre de 2004 (RJ 2005\383), 11 de mayo de 2005 (RJ 2005\5825) y 19 de octubre de 2005 (RJ 2005\8328). También distintas sentencias de Audiencias Provinciales como la de Barcelona en sentencia de 24 de enero de 2001 (JUR 2001\122013), SAP de Barcelona de 5 de marzo de 2001 (JUR 2001\184951), SAP de Barcelona de 20 de enero de 2004 (JUR 2004\90557), SAP de Córdoba de 30 de marzo de 2004 (JUR 2004\128776) y SAP de Madrid de 16 de febrero de 2005 (JUR 2005\255487).

²¹³ SSTS de 9 de octubre de 2000 (RJ 2000\8758) y 21 de noviembre de 2005 (RJ 2006\181).

biológico-psicológico o psicológico-normativo que le informa, ha de atenderse, junto con la constancia de la base psicopatológica, en este caso las alteraciones descritas en los que el leve trastorno derivado del consumo de sustancias se contempla, como verdadera categoría diagnóstica, en los actuales catálogos de los trastornos psiquiátricos como la CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el DSM IV TR de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), a una efectiva afectación de las facultades psíquicas del sujeto, aquí evidentemente las volitivas, ordenadas a la limitación de la libertad de adecuación de la conducta a la comprensión que el sujeto conserva del carácter ilícito de su conducta. Afectación que, en el presente caso, dada su indudable leve relevancia, no puede conducir más allá que a la declaración de concurrencia de una atenuante simple, lejos por tanto de la pretensión de cualificada que el recurrente sostiene.

c) Que, así mismo, existe la imprescindible «relación de sentido» entre la anomalía psíquica y el significado y finalidad de la conducta antijurídica, por cuanto la misma se dirige a la obtención de los medios necesarios para la satisfacción del consumo de sustancias, con la entidad que la propia Sentencia recurrida le reconoce, al admitir como destinada a tal autoingesta la nada despreciable cantidad de los 17,104 g de cocaína y 0,034 g de LSD, que también fueron ocupados en el domicilio del recurrente y que no se ponen en relación con las ilícitas actividades de tráfico”.

V. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

1. ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia constituye un trastorno de gran interés médico-legal debido a que quien la sufre suele delinquir con mucha frecuencia y sus delitos pueden ser en ocasiones de la máxima gravedad²¹⁴. Conforman una enfermedad psíquica de carácter permanente, una psicosis endógena, posiblemente la más grave, que siempre ha sido considerada, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, como la imagen

²¹⁴ Véase DE LA CRUZ RODRÍGUEZ, J.G.: “Estudio de los principales...”, cit., pp. 766 y 767.

arquetípica del enajenado²¹⁵, la clásica enfermedad mental, vulgar locura²¹⁶, lo que a efectos de responsabilidad penal se ha traducido en una notoria influencia en la personalidad del sujeto autor de un hecho típicamente antijurídico, al encontrarse permanentemente afectadas sus capacidades intelectivas y volitivas²¹⁷. Casi todos los cuadros que se producen presentan una naturaleza e intensidad suficiente como para alterar de forma profunda el mundo cognitivo y condicionar la voluntad, provocando en el individuo afecto por esta enfermedad una percepción equivocada de la realidad. Por ello, y debido a la gravedad que esta enfermedad suele comportar para el que la padece, habitualmente la jurisprudencia del Tribunal Supremo se ha visto obligada en estos casos a aplicar una eximente completa o incompleta de los arts. 20.1 o 21.1 (en relación al anterior) del CP, (derogados arts. 8.1 y 9.1), no descartándose en determinados supuestos, dado el residuo esquizofrénico que en estos sujetos suele quedar, la aplicación de una atenuante analógica.

El Tribunal Supremo ha reconocido que “aunque es difícil dar un concepto preciso de la esquizofrenia, porque no es propiamente una enfermedad sino un conjunto de enfermedades por la variedad de síntomas que presenta es lo cierto que se trata de una verdadera psicosis endógena, sin duda la más frecuente, que se caracteriza por producir un trastorno fundamental con escisión en la estructura de la personalidad, de modo que, si bien el sujeto puede conservar su inteligencia, memoria, afectos, sentimientos, gustos, aficiones, etc, comportándose con aparente normalidad en ocasiones, sin embargo no puede hacer uso de estas facultades porque hay otras funciones psíquicas, que no reconoce como suyas porque las atribuye a fenómenos extraños a su persona, que le impulsan a actuar en un determinado sentido, originándose así una disociación en las vivencias internas que constituye la verdadera esencia de la psicosis esquizofrénica, si bien las diversas manifestaciones en que se presenta originan las distintas clases de esta enfermedad, como son la esquizofrenia paranoide, caracterizada por las alucinaciones o

²¹⁵ FERNÁNDEZ ENTRALGO, J.: “El tratamiento jurídico-penal de los Trastornos Mentales”, en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, p. 562.

²¹⁶ SSTS de 28 de mayo de 1985 (RJ 1985\2545) y 28 de noviembre de 1990 (RJ 1990\9211).

²¹⁷ Véase la STS de 10 de marzo de 2000 (RJ 2000\1709).

ideas delirantes, la esquizofrenia hefebrénica, (sic) en la que los síntomas cambian con alteraciones del humor, tendencia a la soledad, irritabilidad o extravagancias, la esquizofrenia catatónica, con alteraciones de los impulsos y motilidad, rigideces o posturas fijas, la esquizofrenia simple o heboidofrenia, que presenta apatía progresiva, disminución de la espontaneidad y de la actividad, falta de interés, etc, pudiendo aparecer esta psicosis de forma lenta y continuada, si bien es lo mas frecuente que la primera vez se presente por sorpresa en forma de brote agudo (brote esquizofrénico) que puede desaparecer y volver a repetirse, porque, en realidad, aunque remitan los síntomas, la enfermedad es difícil que llegue a curarse, ocasionando la repetición de tales fases agudas un estado residual cada vez más intenso hasta llegar, a veces, a verdaderas demencias”²¹⁸.

En relación a la incidencia de la esquizofrenia en la imputabilidad de los sujetos que la padecen, el Tribunal Supremo, desde hace muchos años vino estableciendo, que para declarar la irresponsabilidad del sujeto que padece dicha enfermedad, era necesario atender, además del elemento “biológico-psiquiátrico”, constituido por la esquizofrenia que sufría el sujeto, al elemento “psicológico” de la misma, lo que como ya hemos dicho, ha dado en llamarse método biológico-psicológico (contemplado hoy en el art. 20.1 CP), distinguiéndose así entre el presupuesto biológico de la enajenación en sí misma considerada y el efecto psicológico que esa enfermedad pueda proyectar en cada caso concreto respecto a la imputabilidad del sujeto autor de la conducta criminal. Así lo recoge la STS de 22 de enero de 1988 (RJ 1988\416) donde se reconoce que el criterio mixto “exige, de acuerdo con la rica variedad de casos que ofrece la realidad en

²¹⁸ STS de 8 de junio de 1990 (RJ 1990\5247). También la *STS de 28 de noviembre de 1990 (RJ 1990\9211)* refirió que “la esquizofrenia que etimológicamente equivale a «mente escindida», supone, en el cuadro antes expuesto, una inhibición de la persona, disociación intrínseca con bloqueo del pensamiento y ruptura del mundo interior e íntimo respecto del exterior a medio de un completo desinterés e indiferencia. Es, en suma, la clásica enfermedad mental, vulgar locura, fácil de diferenciar de los restantes trastornos psíquicos pero, sin embargo, extremadamente complicado precisar sus rasgos constitutivos y su intrínseca esencia, llegándose así antes a una definición por exclusión negativa que al verdadero concepto positivo” y anteriormente la *STS de 4 de mayo de 1976 (RJ 1976\2131)*, había definido la esquizofrenia como una psicosis endógena que se caracteriza “por la disgregación o escisión de las funciones psíquicas en general del individuo que las sufre, produciendo hondos trastornos del pensamiento y de la actividad, afectividad y sentimientos, con alteración de las relaciones del mismo con el mundo exterior, por pérdida de contacto vital, y en definitiva, presentando alteraciones globales, que afectan al núcleo de la personalidad, al romper su estructura íntima, y no hacer el uso adecuado de las funciones psíquicas”.

el campo de la psiquiatría, junto con un anomalía básica de índole patológica, una anulación o profunda disminución de las facultades intelectivas o volitivas o, lo que es igual, la práctica desaparición de la capacidad para autodeterminarse y elegir entre un comportamiento conforme a Derecho y otro que no lo es”²¹⁹. Aunque esta última afirmación desde hace años ha sido matizada, ya que el Tribunal Supremo no ha dejado de señalar que “la inimputabilidad o incapacidad de culpabilidad no requiere una eliminación completa de la voluntad, pues si ello ocurriera, en realidad, se excluiría la acción, que -como se admite en general- requiere, en todo caso, un comportamiento voluntario”²²⁰.

Junto a esta manera de proceder del Tribunal Supremo, encontramos un número determinado de pronunciamientos en el que el Alto Tribunal parece haber declarado de forma automática la inimputabilidad del esquizofrénico (sin comprobar el efecto producido por la enfermedad) con base en el principio *in dubio pro reo*. Esto es, confirmada la enfermedad y no habiéndose podido probar, si el sujeto actuó en plenas facultades mentales (pues se daba por supuesto la afectación profunda de las capacidades intelectual y volitiva del esquizofrénico cuando actuaba en fase de brote), el Supremo declaró la inimputabilidad. Ya que dada la gravedad de la patología, en la duda de si el esquizofrénico llevó a cabo la acción delictiva en condiciones mentales normales o no, debía optarse por la solución más favorable al reo y declarar en consecuencia, su inimputabilidad.

Se trata de las SSTS de 4 de mayo de 1976 (RJ 1976\2131), 2 de noviembre de 1979 (RJ 1979\3799), 29 de octubre de 1981 (RJ 1981\3902) y 17 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7718). En ellas, tal y como ha indicado, el Tribunal Supremo reconoce que cuando se enfrenta con la dificultad de su calificación, y aparece perfectamente acreditado, que el reo padece una esquizofrenia y que el hecho se produjo durante un

²¹⁹ Así lo reconocía también la STS de 14 de noviembre de 1975 (RJ 1975\5040) al estimar que “como circunstancia de la responsabilidad criminal, ha de estar tan probado como los hechos de un lado, sin que pueda fundarse en conjeturas –sentencias de 8 febrero, 23 abril, 22 junio y 23 noviembre 1973 (R. 651, 1807, 2886 y 4539), 2 abril 1974 (R. 1595), entre otras- y de otro, que afectan al conocimiento y a la voluntad del sujeto que cometió el delito, el grado en que lo limiten, influencia en uno y otro, esto es intensidad de la circunstancia, y tratándose de enfermedad mental, estado o desarrollo de la misma y su repercusión en las facultades anímicas del agente (sentencias de 31 mayo y 3 octubre 1974)”.

²²⁰ STS de 11 de octubre de 2005 (RJ 2005\7511).

brote de esta enfermedad, el principio de pro reo aconseja resolver la discrepancia acogiendo al art. 8.1 CP por tratarse de una grave enfermedad incardinable en el concepto enajenación. Así lo estimó la sentencia de fecha 4 de mayo de 1976 (RJ 1976\2131) que establecía “tan grave enfermedad orgánica con síntomas psíquicos, y con abundante sintomatología primaria y secundaria psicopatológica, de pronóstico pesimista al afectar normalmente, de manera intensa, a la personalidad, causándole un déficit cuantioso de su estructura normal, por lesionar tan diversas como importantes funciones psicóticas, conduce a que se tenga por lo general, que estimar, al esquizofrénico, como enajenado mental a los efectos penales del número 1.º del art. 8.º del Código Penal”. En el mismo sentido, se pronunció la STS de 17 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7718) al señalar que “la esquizofrenia es una de las típicas enfermedades mentales, que la psiquiatría incluye entre las psicosis endógenas, que por distintas causas y con efectos diferentes deterioran la personalidad psíquica de los sujetos que la sufren, y que normalmente se estiman por la doctrina legal y científica como soportes de una inimputabilidad incardinable en el artículo y número citados del C. P. (...). Esta grave enfermedad orgánica con síntomas primarios y secundarios de trastornos en la asociación del pensamiento, en la efectividad o en los sentimientos, en la falta de contacto vital con la realidad que les lleva en ocasiones a un total autismo, a desdoblamientos de la personalidad, con ideas delirantes y alucinaciones, conduce a considerar al esquizofrénico como enajenado a los efectos penales”. Incluso, la STS de 2 de noviembre de 1979 (RJ 1979\3799), llegaba a afirmar, y ello tiene, a nuestro juicio, particular interés, que “la esquizofrenia en sus diversas formas, excluye la imputabilidad aunque falte la conexión aparente o visible entre tal enfermedad y el hecho o hechos considerados como delictivos, por no ser factible en tales estados medir con precisión la extensión y gravedad de las alteraciones de la voluntad y el grado de afectación de los diversos centros cerebrales”²²¹.

²²¹ Otras sentencias también reconocían la posibilidad de su incursión en la eximente completa del art. 8.1 CP como la STS de fecha 4 de octubre de 1985 (RJ 1985\4619), que establece que, por lo general, “el enfermo esquizofrénico, patente tan grave déficit en la estructura normal de la persona, suele estimarse incurso en la circunstancia eximente del número 1.º del artículo 8 del Código Penal” y la STS de 22 de diciembre de 1984 (RJ 1984\6633) que considera la esquizofrenia como “... una enfermedad mental o

Este modo de actuar del Tribunal Supremo nos parece ampliamente criticable, pues no pueden darse por existentes unos efectos en el sujeto que comete un delito bajo el padecimiento de una esquizofrenia, que no hayan sido probados, pues ello supone declarar la inimputabilidad del esquizofrénico por el mero hecho de serlo.

Somos conscientes de que constituye criterio unánime de doctrina y jurisprudencia, con el que coincidimos, que la capacidad intelectual y volitiva se encuentran normalmente disminuidas. Así lo recoge la sentencia dictada por el Tribunal Supremo de fecha 20 de enero de 1997 (RJ 1997\337), de máximo interés en la materia, que señala que “la esquizofrenia constituye una enfermedad psíquica de carácter permanente, posiblemente la más grave, que a efectos de responsabilidad penal tiene siempre una notoria influencia en la personalidad del sujeto activo de la acción, que se encuentra permanentemente afectado en sus capacidades intelectivas”, lo que no explica que, en cualquier caso y con carácter general, debamos considerar a los esquizofrénicos, por el mero hecho de serlo, como totalmente inimputables, “pues dentro de esta enfermedad, y aun comprendiendo su indiscutible gravedad, caben también graduaciones en la disminución psíquica del sujeto”²²², como certeramente proclama la STS de 28 de noviembre de 1990 (RJ 1990\9211), al explicar que “la diversidad de criterios en orden a la eficacia penal de la esquizofrenia, desde la inimputabilidad hasta la semiimputabilidad y, en algunos casos, incluso la atenuante analógica, justificando ese diverso tratamiento sobre la base de las características propias de cada supuesto concreto, teniendo en cuenta que la esquizofrenia presenta un curso progresivo de la enfermedad en forma de brotes con remisiones espontáneas o terapéuticas, más o menos completas entre uno y otro brote”, que puede “unas veces anular por completo la inteligencia y la voluntad del sujeto activo de la acción, mientras que otras, en mayor o menor medida, sólo limitan parcialmente esas facultades”²²³. Por eso, demostrada “la realidad de una esquizofrenia, sus efectos han de ser los de eximente completa (cuando coincide con el brote o cuando la demencia residual es importante) o los de la

psicosis endógena productora en efecto de la enajenación mental y por tanto suficiente para privar al afectado por ella de toda responsabilidad”.

²²² STS de 6 de mayo de 1991 (RJ 1991\3547).

²²³ STS de 6 de mayo de 1991 (RJ 1991\3547).

incompleta (en otros supuestos), siempre teniendo en cuenta el hecho concreto y el estado específico del sujeto en el momento de su realización, incluso la clase de delito cometido y su posible relación con la modalidad concreta de la esquizofrenia sufrida”²²⁴.

Esos criterios aplicables a la imputabilidad del esquizofrénico, han sido reforzados por el Tribunal Supremo, mediante la reciente STS de 29 de septiembre de 2005 (RJ 2005\7200), la que declara que según reiterada jurisprudencia²²⁵ 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:

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

2ª 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 de abril de 1997 (RJ 1997\3027), habrá de aplicarse la eximente incompleta del núm. 1º del art. 21.

3ª Si no hubo brote y tampoco ese comportamiento anómalo en el supuesto concreto, nos encontraremos ante una atenuante analógica del núm. 6º 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 de febrero de 1990 [RJ 1990\1301]).

²²⁴ STS de 19 de abril de 1997 (RJ 1997\3027).

²²⁵ SSTs de 22 de enero de 1988 (RJ 1988\416), 8 de febrero (RJ 1990\1301), 8 de junio (RJ 1990\5247) y 28 de noviembre de 1990 (RJ 1990\9211), 6 de mayo de 1991 (RJ 1991\3547), 16 de junio (RJ 1992\5389) y 15 de diciembre de 1992 (RJ 1992\10224), 30 de octubre de 1996 (RJ 1996\7993), 20 de enero de 1997 (RJ 1997\337), 8 de octubre de 1998 (RJ 1998\8051), 10 de junio (RJ 1999\5429) y 18 de octubre de 1999 (RJ 1999\8129), 20 de noviembre de 2000 (RJ 2000\9744), 21 de febrero de 2002 (RJ 2002\31852), 25 de septiembre de 2003 (RJ 2003\7441) y 27 de enero de 2004 (RJ 2004\743), entre otras.

Incluso en ocasiones esta sala, pese a haberse diagnosticado en el acusado la esquizofrenia paranoide, no ha apreciado circunstancia atenuante alguna, ni siquiera en su modalidad más leve, la del mencionado núm. 6º del art. 21. Así, dos de las citadas sentencias, las de 20 de noviembre de 2000 (RJ 2000\9744) (núm. 1341) y la de 25 de septiembre de 2003 (RJ 2003\7441). Esta última tiene en cuenta esta grave enfermedad psiquiátrica sólo a los efectos de individualización de la pena, esto es, para determinar su cuantía sin apreciar ni siquiera la mencionada atenuante analógica.

Como vemos, hay que estar a las circunstancias del caso, para examinar el efecto concreto de la enfermedad psíquica, la que sea, en la mente y voluntad del sujeto cuando el hecho delictivo tiene lugar”.

Por tanto, aplicando un criterio mixto para valorar la responsabilidad penal de un sujeto afecto de una esquizofrenia es preciso diagnosticar la variedad clínica y la fase evolutiva en la que se encuentra en el momento de los hechos, así como determinar los efectos que producen en la capacidad del mismo, de acuerdo con las exigencias explicitadas en el art. 20.1 CP, todo ello sin olvidar la necesidad de la relación existente entre el trastorno y los hechos que se le atribuyen²²⁶. Así se recoge en multitud de sentencias del Alto Tribunal entre las que nos sirve de ejemplo la STS de 20 de enero de 1997 (RJ 1997\337) donde se señala literalmente que “en principio, y desde el punto de vista biológico-psiquiátrico, 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

²²⁶ Relación de causalidad a la que hace referencia la STS de 31 de mayo de 1974 (RJ 1974\2463), al señalar que “no debe despreciarse el valor circunstancial o del caso” y STS de 21 de octubre de 1980 (RJ 1980\3727) en la que se recoge la necesidad de “... poner en relación la enfermedad y el delito cometido y la forma de cometerlo...”.

respecto a la total inimputabilidad o semi imputabilidad del sujeto activo de la acción delictual”.

Y la STS de 12 de febrero de 1986 (RJ 1986\596), que declara “doctrinalmente la esquizofrenia está penalmente equiparada a la enajenación mental, debiendo la medicina determinar el estado y la hondura de la enfermedad en el momento de la comisión del delito y cómo afecta a las diversas funciones psíquicas. Y para la apreciación de su verdadera naturaleza se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones de hecho: El estudio profundo de los antecedentes del sujeto. El conocimiento de las circunstancias en que fue cometido el delito, siendo la puerilidad, lo absurdo, la ausencia de móviles a veces, datos que constituyen elementos precisos para el diagnóstico, los signos precursores e iniciales de la esquizofrenia, que cuando se pone en actividad, genera la completa inimputabilidad, siendo verdaderos estados demenciales esquizofrénicos, donde el sujeto, viviendo fuera de la vida real, es incapaz de conocer el valor de sus reacciones”. Por lo que es necesario valorar también junto al diagnóstico “la forma en que los síndromes diagnosticados afectan a su personalidad y, sobre todo, hasta qué punto el acto realizado es tributario de aquella enfermedad, esto es, hasta qué punto existe una relación causal entre la enfermedad del sujeto y el acto ilícito cometido sin que sea suficiente, para afirmar una inimputabilidad respecto al acto concreto, una coincidencia cronológica anomalía-delito, sino que ha de exigirse, penalmente hablando, que exista una cierta relación causal entre el estado mental del autor y el hecho por él cometido o, en palabras llanas, que el delito sea producto de su locura”²²⁷.

Así pues que el Tribunal Supremo ha sentado como regla general *la inimputabilidad* del esquizofrénico durante el brote de la enfermedad²²⁸ debido a la gravedad de las alteraciones que sufre en su capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para

²²⁷ STS de 15 diciembre 1992 (RJ 1992\10224).

²²⁸ Véanse entre otras, las SSTS de 2 de noviembre de 1979 (RJ 1979\3799), 29 de octubre de 1981 (RJ 1981\3902), 17 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7718), 12 de febrero de 1986 (RJ 1986\596), 8 de junio de 1990 (RJ 1990\5247), 2 de junio de 1992 (RJ 1992\4756), 3 de mayo de 1995 (RJ 1995\3899), 23 de mayo de 1995 (RJ 1995\3911), 9 de febrero de 1996 (RJ 1996\816), 13 de febrero de 1999 (RJ 1999\1165), 10 de marzo de 2000 (RJ 2000\1709), 25 de febrero de 2005 (RJ 2005\1903), 30 de marzo de 2005 (RJ 2005\3432), 1 de abril de 2005 (RJ 2005\4974), 26 de septiembre de 2005 (RJ 2005\8610) y 31 de enero de 2006 (RJ 2006\2851).

actuar conforme a dicha comprensión, pues cuando el sujeto se encuentra inmerso en un brote psicótico (alucinaciones, ideas delirantes, pensamiento desorganizado y ruptura de la afectividad) es claro que se produce una escisión entre su propia vivencia psíquica y la realidad que le circunda, no pudiendo comprender el mismo la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión, lo que da lugar a la declaración de exención de responsabilidad. En definitiva, cuando el esquizofrénico comete la infracción penal inmerso en un brote psicótico, actúa incapacitado para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión como consecuencia de la anomalía o alteración psíquica que padece, lo que provoca la aplicación del art. 20.1 CP y, por tanto, la no aplicación de una pena, aunque sí una medida de seguridad.

Pero cuando esos brotes psicóticos remiten, la valoración de la imputabilidad dependerá de cómo ha sido la remisión, pues puede no haber sido completa, dejando un defecto de personalidad lo suficientemente importante como para seguir considerándolo como plenamente inimputable, lo que suele ocurrir, por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia paranoide. Así lo recogen SSTS tales como la de 31 de mayo de 1974²²⁹, 8 de junio de 1990²³⁰ y 5 de diciembre de 1995²³¹. O sí ser completa la remisión y encontrarse el sujeto en un momento de periodo intercalar, o al comienzo o final de su curva altiforme, donde la imputabilidad podrá verse notablemente disminuida por cuanto se entiende que todavía la personalidad del sujeto y el aparato psíquico del mismo están sufriendo notables alteraciones, aun cuando puede quedar un ámbito de comprensión de la realidad y de actuación más o menos socializada del sujeto, considerándose de aplicación en estos casos *la eximente incompleta* del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1^{o232}. Pues considera el Tribunal Supremo que en “tales casos, de

²²⁹ (RJ 1974\2463) “Al sujeto que padezca esta enfermedad, en estados demenciales se impondrá la total inimputabilidad, aunque no deba despreciarse el valor circunstancial o de caso”.

²³⁰ (RJ 1990\5247) “porque, en realidad, aunque remitan los síntomas, la enfermedad es difícil que llegue a curarse, ocasionando la repetición de tales fases agudas un estado residual cada vez más intenso hasta llegar, a veces, a verdaderas demencias”.

²³¹ (RJ 1995\9641) donde “Lo habitual es que tras los episodios agudos la personalidad queda afectada y disminuida con un deterioro mayor o incluso, llegándose a las formas clínicas denominadas residuales, en las que la personalidad queda dañada de forma permanente”.

²³² Véanse las SSTS de 8 de mayo de 1944 (RJ 1944\635), 4 de octubre de 1985 (RJ 1985\4619), 16 de junio de 1992 (RJ 1992\5389), 15 de diciembre de 1992 (RJ 1992\10224), 7 de junio de 1994 (RJ 1994\6255), 30 de octubre de 1996 (RJ 1996\7993), 20 de enero de 1997 (RJ 1997\337), 29 de septiembre

no estar acreditada la existencia de brote en el momento comisivo, la solución correcta y adecuada es la de aplicar sólo la eximente incompleta²³³ ya que aunque la enfermedad no determina el delito, es evidente que sí influye, pues los afectados por la misma nunca se ven libre de ella, por lo que suelen presentar mermadas sus facultades intelectivas y volitivas. Por tanto, podemos decir que el Tribunal Supremo se basa para la aplicación de esta semieximente: en primer lugar, en la no acreditación en buena y debida forma de que “en la fecha de los hechos estuviera dicha enfermedad en fase de brote”²³⁴ y en segundo lugar, en la disminución de facultades intelectivas y volitivas del sujeto²³⁵.

Finalmente, también encontramos otros supuestos en los que la capacidad de culpabilidad del sujeto solamente se encuentra discretamente disminuida, lo que ha redundado en la aplicación de *la atenuante analógica* prevista en el apartado 6 del art. 21 del Código Penal (anterior apartado 10 del art. 9). No podemos olvidar que “según la doctrina científica, la esquizofrenia tiene un curso progresivo en forma de brotes con remisiones espontáneas o terapéuticas, más o menos completas, entre uno y otro brote. Las remisiones no son nunca totales, como en las psicosis maníaco-depresivas, quedando un residuo patológico llamado defecto esquizofrénico y afirma que aunque el enfermo en sus remisiones puede hacer vida prácticamente normal ya no es «el mismo» de antes”²³⁶. El sujeto que padece una esquizofrenia, cuando no actúa en fase de brote presenta un residuo patológico llamado defecto esquizofrénico, que nunca le abandona, por lo que cuando efectúa los hechos bajo el mismo debe aplicársele la atenuante analógica citada²³⁷.

En definitiva, el Tribunal Supremo ha aplicado en caso de brote esquizofrénico la eximente completa y cuando no existía el mismo: una eximente completa cuando su

de 1999 (RJ 1999\7367), 21 de febrero de 2002 (RJ 2002\31852), 18 de julio de 2002 (RJ 2002\7775), 27 de mayo de 2003 (RJ 2003\4278) y 2 de junio de 2005 (RJ 2005\5625).

²³³ STS de 16 de junio de 1992 (RJ 1992\5389).

²³⁴ Véanse las SSTS de 16 de junio de 1992 (RJ 1992\5389), de 21 de febrero de 2002 (RJ 2002\31852) y 2 de junio de 2005 (RJ 2005\5625). También el ATS de 25 de enero de 2007 (RJ 2007\59264) en el que aparece acreditada una esquizofrenia paranoide y un consumo de drogas.

²³⁵ SSTS de 8 de mayo de 1944 (RJ 1944\635), 7 de junio de 1994 (RJ 1994\6255), 30 de octubre de 1996 (RJ 1996\7993), 18 de julio de 2002 (RJ 2002\7775) y 27 de mayo de 2003 (RJ 2003\4278).

²³⁶ STS de 8 de febrero de 1990 (RJ 1990\1301).

²³⁷ SSTS de 8 de febrero de 1990 (RJ 1990\1301), 8 de octubre de 1998 (RJ 1998\8051), 27 de enero de 2004 (RJ 2004\743), 23 de febrero de 2004 (RJ 2004\2771), 22 de septiembre de 2005 (RJ 2005\7651) y 29 de septiembre de 2005 (RJ 2005\7200).

remisión ha dejado un defecto de la personalidad muy importante; una eximente incompleta cuando el sujeto se encuentra en período intercalar, o al comienzo o final de su curva altiforme, por existir una notable disminución de su capacidad para comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión; y una atenuante analógica en aquellos casos en los que está presente un residuo patológico de la enfermedad que provoca una disminución en las capacidades psíquicas del sujeto.

Pero esta doctrina del Alto Tribunal varía en función del subtipo de esquizofrenia que se analice, pues recordemos que la esquizofrenia, aunque la hemos tratado como una única enfermedad, ha sido considerada como “un conjunto de enfermedades por la variedad de síntomas que presenta”²³⁸ originando las diversas manifestaciones en que pueden aparecer las distintas clases de esta patología. Así lo muestra la STS de 21 de abril de 1999 (RJ 1999\2929), la que establece que pueden encontrarse “en el elenco jurisprudencial, diferencias entre las diversas modalidades, como la paranoide, catatónica, hebefrénica, etc, en donde se puede llegar a estimar la eximente plena por el trastorno profundo de la personalidad, o bien la incompleta, en esquizofrenia de tipo catatónico o por realización de un hecho absurdo y ausente de móviles, o incluso de tipo paranoide y con esquizofrenia paranoide e ideación delirante, lo que se repite para la esquizofrenia hebefrénica”. Por ello y de entre toda la variedad existente de esquizofrenias, vamos a ocuparnos del estudio de las que presentan una mayor incidencia delictiva y, en especial, de la esquizofrenia tipo paranoide por ser la que más repercusión criminológica tiene.

1.1. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

La problemática penal de la esquizofrenia se centra fundamentalmente en esta forma clínica por ser la más frecuente y delictiva²³⁹. De hecho, la mayor parte de

²³⁸ “como son la esquizofrenia paranoide, caracterizada por las alucinaciones o ideas delirantes, la esquizofrenia hebefrénica, en la que los síntomas cambian con alteraciones del humor, tendencia a la soledad, irritabilidad o extravagancias, la esquizofrenia catatónica, con alteraciones de los impulsos y motilidad, rigideces o posturas fijas, la esquizofrenia simple o hebidofrenia, que presenta apatía progresiva, disminución de la espontaneidad y de la afectividad, falta de interés, etc, ...”, véanse las SSTS de 19 de abril de 1997 (RJ 1997\3027) y 29 de septiembre de 2005 (RJ 2005\7200) y Auto del TS de 14 de julio de 2000 (RJ 2000\7512).

²³⁹ ESBEC RODRÍGUEZ, E.: “Violencia...”, cit., p. 73.

esquizofrénicos cuyos actos pueden verse contemplados en el articulado del Código Penal son esquizofrénicos paranoides, debido a que los mismos, aparentemente, conservan la inteligencia, pero escuchan unas voces interiores en cumplimiento de las cuales suelen cometer actos violentos.

La esquizofrenia paranoide ha sido descrita por nuestro Tribunal Supremo como una enfermedad mental caracterizada “por la presencia de ideas delirantes primarias, con un comienzo paulatino en que el paciente esconde durante meses e, incluso, años sus ideas patológicas, o brusca, al punto que el individuo cambia en días u horas su conducta. Suele predominar el humor delirante y la angustia, y después el recelo, la desconfianza y la hostilidad que proyectan sobre las personas del entorno, abundando los elementos delirantes, alucinatorios, desorganizados o más sistematizados, con contenidos de perjuicio y tendencia a interpretaciones delirantes. Lo habitual es que tras los episodios agudos la personalidad queda afectada y disminuida con un deterioro mayor o incluso, llegándose a las formas clínicas denominadas residuales, en las que la personalidad queda dañada de forma permanente”²⁴⁰. Se trata por tanto, de una “enfermedad mental perteneciente al grupo de las denominadas psiquiátricamente psicosis endógenas, que lleva aparejada o comporta siempre una disociación o disgregación delirante de la personalidad tanto en la esfera afectiva como en la intelectual, lo que priva al enfermo de su libre albedrío como es doctrina pacífica en Psiquiatría, donde viene estimándose que en todo enfermo mental diagnosticado como psicótico las facultades psíquicas se hallan tan alteradas en su funcionamiento que en ningún caso podría descartarse por lo menos la duda -siempre favorable al reo- sobre la imputabilidad del mismo”²⁴¹.

Los tribunales, en orden a aplicar la *eximente completa*, aunque en un primer momento declararon haber lugar a la misma basándose única y exclusivamente en la existencia de la enfermedad, pronto, exigieron junto a la misma los efectos de disminución o anulación de las facultades intelectuales y volitivas del sujeto, lo que en el actual Código Penal se traduce en la necesidad de que el sujeto presente junto a la

²⁴⁰ STS de 5 de diciembre de 1995 (RJ 1995\9641).

²⁴¹ STS de 2 de noviembre de 1979 (RJ 1979\3799).

anomalía o alteración psíquica los efectos cifrados en la incapacidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa comprensión. Esta doble exigencia ha sido solicitada por muchas de las sentencias que han aplicado esta eximente²⁴², en las que se diagnostica y comprueba una alteración psíquica, la esquizofrenia paranoide, y posteriormente se analiza el segundo elemento de la capacidad de culpabilidad que depende de un juicio jurídico valorativo. Se trata de saber si la capacidad intelectual y volitiva del sujeto se encuentran afectadas, y en qué medida, siendo opinión dominante que la capacidad de culpabilidad se debe excluir cuando la perturbación producida por la enfermedad mental tenga tal intensidad, que dicho sujeto no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. Así lo declara el Tribunal Supremo en *STS de 26 de mayo de 1995 (RJ 1995\3953)* al explicar que “la doctrina de esta Sala (como señala la Sentencia de 21 octubre 1988 [RJ 1988\8076], entre otras), no sigue un concepto estrictamente médico-psiquiátrico para decidir sobre las alteraciones mentales susceptibles de incluirse en el término legal de enfermedad mental, sino que

²⁴² Véanse entre otras, las SSTS de 10 marzo de 2000 (RJ 2000\1709), de 25 de febrero de 2005 (RJ 2005\1903) y de 1 abril de 2005 (RJ 2005\4974), la sentencia de la Audiencia Nacional de 30 de octubre de 2004 (JUR 2004\252637), y las sentencias de las siguientes Audiencias Provinciales: SAP de Zaragoza de 20 de febrero de 1997 (ARP 1997\492), SAP de Murcia de 2 de enero de 1998 (JUR 1998\97303), SAP de Murcia de 19 de febrero de 1998 (JUR 1998\97974), SAP de Salamanca de 24 de marzo de 1998 (ARP 1998\1786), SAP de Valencia de 30 de marzo de 1998 (ARP 1998\1599), SAP de Sevilla de 5 de junio de 1998 (ARP 1998\3681), SAP de Madrid de 14 de enero de 1999 (ARP 1999\1878), SAP de Zaragoza de 3 de mayo de 1999 (ARP 1999\1638), SAP de Barcelona de 3 de mayo de 1999 (ARP 1999\2425), SAP de Almería de 11 de junio de 1999 (ARP 1999\2237), SAP de Guadalajara de 19 de junio de 2000 (ARP 2000\2402), SAP de La Rioja de 12 de julio de 2000 (JUR 2000\286547), SAP de Pontevedra de 18 de enero de 2001 (JUR 2001\121485), SAP de Las Palmas de 2 de abril de 2001 (JUR 2001\166936), SAP de La Coruña de 11 de octubre de 2001 (JUR 2001\58712), SAP de Madrid de 21 de noviembre de 2001 (JUR 2001\62681), SAP de Granada de 5 de julio de 2002 (JUR 2002\213758), SAP de Granada de 10 de septiembre de 2002 (JUR 2002\272133), SAP de Navarra de 16 de octubre de 2002 (ARP 2002\775), SAP de Tarragona de 28 de enero de 2003 (ARP 2003\508), SAP de Asturias de 12 de febrero de 2003 (JUR 2003\84775), SAP de Toledo de 10 de marzo de 2003 (JUR 2003\129521), SAP de Alicante de 29 de abril de 2003 (JUR 2003\160083), SAP de Zaragoza de 5 de septiembre de 2003 (JUR 2003\229805), SAP de Baleares de 26 de noviembre de 2003 (JUR 2003\106513), SAP de Sevilla de 19 de enero de 2004 (JUR 2004\69642), SAP de Asturias de 25 de junio de 2004 (JUR 2004\257996), SAP de León de 16 de julio de 2004 (JUR 2004\15092), SAP de Sevilla de 14 de enero de 2005 (JUR 2005\140429), SAP de Navarra de 31 de enero de 2005 (JUR 2005\118781), SAP de Sevilla de 23 de febrero de 2005 (JUR 2005\139359), SAP de Madrid de 28 de febrero de 2005 (JUR 2005\246394), SAP de Santa Cruz de Tenerife de 5 de mayo de 2005 (JUR 2006\102346), SAP de Gipuzkoa de 10 de mayo de 2005 (JUR 2005\192397), SAP de Sevilla de 10 de junio de 2005 (JUR 2005\249339), SAP de Murcia de 8 de octubre de 2005 (JUR 2006\2367), SAP de Madrid de 16 de diciembre de 2005 (JUR 2005\256409), SAP de Barcelona de 24 de febrero de 2006 (JUR 2006\223892), SAP de Bizkaia de 9 de marzo de 2006 (ARP 2006\331), SAP de León de 20 de marzo de 2006 (JUR 2006\167830), SAP de Navarra de 5 de abril de 2006 (JUR 2006\194746) y SAP de Madrid de 11 de mayo de 2006 (JUR 2006\186117).

maneja un concepto mixto, biológico-psicológico y atiende, en consecuencia, no sólo al origen o presupuesto biológico de la enajenación, sino también al concreto efecto que debe producir y que consiste en una anulación o disminución de la capacidad intelectual y volitiva”. Pero de estos dos requisitos que exige el art. 20.1 CP para aplicar la eximente, el elemento biológico y psicológico, es esencial que se cumpla el segundo de estos, pudiendo encontrar sentencias en las que el sujeto tiene sus facultades intelectuales gravemente mermadas y por tanto sus facultades volitivas y otras en las que estas últimas se encuentran fuertemente afectadas pero no las primeras. En estos últimos supuestos, tal y como recoge la sentencia del Tribunal Supremo de 30 noviembre de 1996 (RJ 1996\9772) aludiendo a la Sentencia de 3 de mayo de 1995 (RJ 1995\3899), “se trata de saber si una persona respecto de la cual el Tribunal y los peritos médicos coinciden en que padece una enfermedad mental grave (esquizofrenia paranoide) y que en el momento del hecho obró con sus facultades volitivas notable y gravemente alteradas y con una no grave e íntegra disminución de sus facultades intelectivas, ha podido conducirse de acuerdo con su comprensión del derecho. Dicho de otra manera: la cuestión planteada se refiere al segundo elemento de la fórmula de la imputabilidad, es decir al aspecto psicológico de la misma”. Siendo igualmente de sumo interés, tal y como recoge la STS de fecha 15 de diciembre de 1992 (RJ 1992\10224), el señalar que “en supuestos de esquizofrenia paranoide habrá de atenderse a los síntomas que presenta la enfermedad e indagar hasta qué punto existe una relación causal entre la enfermedad del sujeto y el acto ilícito cometido, sin que sea suficiente para afirmar una inimputabilidad respecto al acto concreto una mera coincidencia cronológica anomalía-delito”, extremo éste en el que incide también la STS de 23 de mayo de 1995 (RJ 1995\3911) al referir que es necesario conocer “hasta qué punto existe una relación causal entre la enfermedad del sujeto y el acto ilícito cometido, sin que sea suficiente una coincidencia cronológica, o sea que el delito sea producto de su locura”. Por tanto, debe atenderse “no sólo al diagnóstico psiquiátrico, sino también a la forma en que afecta a la personalidad y a la relación causal entre la enfermedad y el acto cometido”²⁴³, por lo que podemos afirmar que es crucial para declarar la inimputabilidad de un sujeto

²⁴³ STS de 22 de mayo de 1997 (RJ 1997\4128).

esquizofrénico paranoide, conocer la fase de la enfermedad, el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones y la relación de causalidad existente entre la misma y el delito cometido, para así poder comprobar si se cumplen los requisitos contemplados en el art. 20.1 CP.

La opinión dominante sostiene, en este sentido, que la capacidad de culpabilidad se debe excluir cuando la perturbación producida por la enfermedad mental tenga una considerable intensidad, sin que por ello sea necesario “una eliminación completa de la voluntad, pues si ello ocurriera, en realidad, se excluiría la acción, que -como se admite en general- requiere, en todo caso, un comportamiento voluntario”²⁴⁴. Así lo ha señalado el Alto Tribunal al decir que “de lo que, desde luego, no cabe duda es de que una esquizofrenia paranoide cuando alcanza un considerable grado de intensidad produce una falta de capacidad para comprender lo ilícito del acto y para comportarse de acuerdo con aquella (imposible) comprensión, lo que permite admitir la ausencia de capacidad de culpabilidad”²⁴⁵. En general, la doctrina jurídica y médica sostiene que dicha intensidad de la esquizofrenia paranoide se logra cuando la misma se encuentra en una fase aguda, lo que provoca la incapacidad de comprender la ilicitud del hecho y comportarse de acuerdo con dicha comprensión. Esto explica, que en casi todos los casos analizados sobre esquizofrenia paranoide, el hecho haya sido ejecutado durante un brote de esta enfermedad²⁴⁶, coincidente con un brote psicótico que, si bien no excluye

²⁴⁴ STS de 3 de mayo de 1995 (RJ 1995\3899).

²⁴⁵ STS de 5 de diciembre de 1995 (RJ 1995\9641).

²⁴⁶ Véanse entre otras, las SSTS de 12 de febrero de 1986 (RJ 1986\596), de 13 febrero de 1999 (RJ 1999\1165) y 31 de enero de 2006 (RJ 2006\2851). Además de la SAP de Sevilla de 12 de enero de 1998 (ARP 1998\571), SAP de Sevilla de 5 de junio de 1998 (ARP 1998\3681), SAP de Toledo de 19 febrero de 1999 (ARP 1999\708), SAP de Cáceres de 2 de junio de 1999 (ARP 1999\2341), SAP de Segovia de 8 de junio de 1999 (ARP 1999\3095), SAP de Asturias de 30 de marzo de 2000 (ARP 2000\663), SAP de Soria de 8 de mayo de 2000 (ARP 2000\2114), SAP de Valladolid de 24 de mayo de 2000 (ARP 2000\1989), SAP de Málaga de 29 de mayo de 2000 (ARP 2000\355), SAP de Baleares de 31 de mayo de 2000 (JUR 2000\240514), SAP de La Coruña de 31 de julio de 2000 (JUR 2001\174623), SAP de Salamanca de 1 de febrero de 2001 (JUR 2001\168935), SAP de Madrid de 1 de marzo de 2001 (JUR 2001\160633), SAP de Sevilla de 7 de marzo de 2001 (JUR 2001\150908), SAP de Sevilla de 12 de marzo de 2001 (ARP 2001\93), SAP de Alicante de 13 de marzo de 2001 (JUR 2001\177547), SAP de Las Palmas de 2 de abril de 2001 (JUR 2001\166936), SAP de Málaga de 26 de abril de 2001 (JUR 2001\189534), SAP de Cádiz de 18 de mayo de 2001 (ARP 2001\535), SAP de Gipuzkoa de 5 de septiembre de 2001 (JUR 2001\40088), SAP de Baleares de 27 de octubre de 2001 (ARP 2001\776), SAP de Murcia de 31 de octubre de 2001 (JUR 2002\40098), SAP de Las Palmas de 4 de diciembre de 2001 (JUR 2001\84942), SAP de Pontevedra de 27 de marzo de 2002 (JUR 2002\152659), SAP de Málaga de 10 de mayo de 2002 (JUR 2002\251790), SAP de Baleares de 26 de noviembre de 2002 (JUR

una cierta conciencia o comprensión de la ilicitud de su conducta, le priva totalmente de su capacidad de autodeterminarse o de actuar en función de ese conocimiento, por hallarse el sujeto bajo la presión de formaciones mentales (alucinaciones y vivencias delirantes) que afectan a las raíces más profundas de su personalidad y llevan al desmantelamiento de las más relevantes funciones superiores, permaneciendo el ser físico del paciente, pero sin la dirección superior que le imprime el yo psíquico. Sirvan como ejemplo las *SSTS de 1 de abril de 2005 (RJ 2005\4974)* según la cual “la mayoría de los dictámenes se inclinan por considerar que la forma de actuar respondía a un brote esquizofrénico-paranoide y que tenía sus facultades anuladas” y la *de 12 de febrero de 1986 (RJ 1986\596)*, la que declara que “se aprecia una esquizofrenia paranoide, agudizándose sus brotes o delirios en presencia de la víctima y el Tribunal a la vista de los numerosos dictámenes periciales que constan en autos termina por afirmar que su voluntad estaba anulada no pudiendo actuar de otra forma por los delirios, es claro que estuvo bien aplicada la eximente 1.ª del artículo 8.º del Código Penal, por lo que el motivo ha de decaer”. Siendo más descriptivas *las Sentencias de la Audiencia Provincial Valencia de 17 de julio de 2000 (JUR 2000\287246)* en la que se dice que “... la esquizofrenia que padece le produce una disminución genérica de sus facultades psico-volitivas, al impedir el normal desarrollo de las mismas, alcanzando un efecto anulatorio cuando la enfermedad añora con un brote agudo” y *la SAP de Tarragona de 5 de julio de 1994 (ARP 1994\404)*, en la que se reconoce que la “psicosis endógena, denominada esquizofrenia, al afectar normalmente de manera intensa, a la personalidad, causándole un déficit cuantioso de su estructura normal, por lesionar tan diversas como importantes funciones psicóticas, conduce a que se tenga por lo general, que estimar al esquizofrénico, como enajenado mental a los efectos penales del número 1.º del art. 8.º

2003\106513), SAP de Málaga de 27 de febrero de 2003 (JUR 2003\209450), SAP de Alicante de 29 de abril de 2003 (JUR 2003\160083), SAP de Sevilla de 3 de julio de 2003 (JUR 2003\218811), SAP de Madrid de 10 de julio de 2003 (JUR 2003\256300), SAP de Madrid de 3 de febrero de 2004 (JUR 2004\234315), SAP de Salamanca de 3 de mayo de 2004 (JUR 2004\202109), SAP de Cádiz de 3 de junio de 2004 (JUR 2004\258729), SAP de Baleares de 10 de julio de 2004 (JUR 2004\167244), SAP de León de 16 de julio de 2004 (JUR 2004\15092), SAP de Madrid de 10 de noviembre de 2004 (JUR 2004\97820), SAP de Sevilla de 10 de diciembre de 2004 (JUR 2004\98990), SAP de Sevilla de 25 de febrero de 2005 (ARP 2005\326), SAP de Zaragoza de 14 de marzo de 2005 (JUR 2005\100530), SAP de Granada de 11 de abril de 2005 (ARP 2006\410), SAP de Córdoba de 10 de junio de 2005 (JUR 2005\191746), SAP de Sevilla de 15 de julio de 2005 (JUR 2005\237713), SAP de Navarra de 5 de abril de 2006 (JUR 2006\194746) y SAP de Madrid de 11 de mayo de 2006 (JUR 2006\186117).

del Código Penal, sobre todo si se comete el delito en plena fase de actividad o luego de haber el enfermo brotes que alteraron su personalidad, generando frecuentemente demencia de manera residual, por lo que de constar la presencia de la enfermedad y de brotes anteriores, ha de estimarse, que dicho proceso psicótico conduce a quien lo sufre, en enfermo mental, y exento de toda responsabilidad criminal al delinquir. Esto nos conduce a aplicar la eximente de enajenación mental prevista en el número 1 del artículo 8 del Código Penal”.

Pero también, junto a estas sentencias, existen otras en las que los tribunales han reconocido la anulación o abolición de las facultades mentales de un sujeto afecto de esquizofrenia paranoide, no durante un brote de la enfermedad sino durante el periodo prodrómico de la misma. Así, la SAP de Zaragoza de 20 de febrero de 1997 (ARP 1997\492) afirma que “sabido es por todos que la esquizofrenia paranoide es una gravísima enfermedad mental que resurge por brotes y como éstos vienen precedidos por un período que se ha informado es de 30 días, en el cual el sujeto aunque no evidencia su morbo, sin embargo sus facultades intelectivas y volitivas están abolidas, período denominado prodrómico, de muy difícil diagnóstico, sobre todo en todos aquellos actos ajenos al delirio sobre el que se centra la paranoia, es por lo que se acepta el primer motivo del recurso, declarando la exención de responsabilidad criminal de tal acusado”²⁴⁷.

También la esquizofrenia paranoide puede llegar a anular por completo las facultades mentales de un sujeto cuando el mismo consuma, además, drogas, bebidas alcohólicas²⁴⁸, o se encuentre en una situación de angustia²⁴⁹. En tal sentido, la STS de

²⁴⁷ También la STS de 3 de mayo de 1995 (RJ 1995\3899) en la que a dicha enfermedad se suma una ideación delirante, reconociéndose que dado que afectan esencialmente los controles del comportamiento “deben ser considerados según el artículo 8.1.º CP, dado que en tal caso el agente ya no puede ser destinatario de una norma que no lo puede motivar de una manera jurídicamente relevante”.

²⁴⁸ Curiosa es la SAP de Cáceres de 12 de enero de 2007 (JUR 2007\74326) en la que la Audiencia reconoce que el sujeto, que presentaba en el momento de los hechos una esquizofrenia paranoide con consumo de sustancias estupefacientes que le provocó una fase descompensada de la enfermedad, debía beneficiarse de la eximente completa en los delitos de maltrato realizados pero no respecto al delito de maltrato habitual pues de ello no podemos deducir necesariamente que “en esa misma situación haya podido estar todos los días a los que se refiere el maltrato habitual, es decir, de enero a septiembre de 2005, porque carecemos de datos que nos permitan efectuar esa afirmación, es más, los datos que tenemos lo que nos llevan es a afirmar que incluso en los episodios en que no se producía esa descompensación, el imputado seguía con esa obsesión de ataque hacia Eva, como el día 12 de octubre cuando hacía escasos

13 febrero de 1999 (RJ 1999\1165) contempla un caso en el que junto a la esquizofrenia, el sujeto es adicto a las drogas²⁵⁰. Por su parte, la SAP de Murcia de 19 de febrero de 1998 (JUR 1998\97974) recoge un supuesto en el que “el acusado no sólo se halla afecto de una grave enfermedad psíquica, una esquizofrenia paranoide, sino que estaba en un momento de abandono de la medicación imprescindible para su tratamiento y en fase de consumo de drogas y estupefacientes, todo lo cual evidencia una profunda o importante afectación de su capacidad intelectual y volitiva que permite la apreciación de la eximente completa”. También en otros casos el sujeto es consumidor de alcohol: como sucede en los enjuiciados en la STS de 30 de marzo de 2005 (RJ 2005\3432)²⁵¹; en la SAP de Toledo de 19 de febrero de 1999 (ARP 1999\708)²⁵²; SAP de Santa Cruz de Tenerife de 11 de mayo de 2001 (JUR 2001\198273)²⁵³ y SAP de Burgos de 16 de febrero de 1998 (ARP 1998\775)²⁵⁴.

días que había abandonado el hospital psiquiátrico y por lo tanto con su enfermedad controlada. Colofón de lo expuesto, es que entendemos acertada la ponderación de esa enfermedad también con respecto a este delito y su calificación como eximente incompleta”.

²⁴⁹ SAP de Málaga de 19 de noviembre de 2001 (JUR 2002\64435).

²⁵⁰ “En la medida en la que la Audiencia no pudo alcanzar una convicción categórica sobre el momento en el que comenzó la fase aguda de la esquizofrenia comprobada inmediatamente después de la comisión del delito y simplemente pudo afirmar que no podía presumir «que en el momento de los hechos el acusado se encontrara en uno de esos intervalos» (fundamento jurídico tercero), es evidente que debió aplicar el principio «in dubio pro reo», que le impedía, en la duda, inclinarse por la hipótesis más perjudicial para el acusado. Consecuentemente, debió aceptar la concurrencia del segundo elemento de la fórmula legal de la capacidad de culpabilidad y declarar la inimputabilidad del acusado, toda vez que a la duda sobre la existencia de una fase aguda de la esquizofrenia se sumaba la drogadicción del acusado a drogas duras”.

²⁵¹ “En el caso presente, si se ha tenido por acreditado que el acusado padecía una esquizofrenia ya descubierta en su pubertad, que sufría de delirios y alucinaciones y que, además, no sólo tenía tendencia al abuso del alcohol, sino que en el momento de los hechos estaba alcoholizado, existen razones suficientes para entender que padecía de una psicosis, sino que además no debe haberse podido comportar según su comprensión de la antijuridicidad de su acción”.

²⁵² “La situación de presumible ausencia o abandono de tratamiento, médico y farmacológico, regular o continuado en la que se encontraba el sujeto, por su propia falta de conciencia de la enfermedad, unida al abundante consumo de bebidas alcohólicas permite, con arreglo a los informes médico psiquiátricos unidos a la causa y reproducidos en el acto del juicio oral, situar los hechos en una fase aguda de la esquizofrenia paranoide que padece el acusado, coincidente con un brote psicótico que, si bien no excluye una cierta conciencia o comprensión de la ilicitud de su conducta, le priva totalmente de su capacidad de autodeterminarse o de actuar en función de ese conocimiento”.

²⁵³ “Concurre en el acusado la eximente de estado mental, artículo 20.1 del Código Penal, ya que la psicosis esquizofrénica paranoide, unido al consumo anterior de alcohol y cocaína, determinó que el acusado actuase sin posibilidad de control sobre su acto, eximente que aprecia la misma Acusación Pública, única personada en la Causa, razón por la cual procede declarar exento de responsabilidad criminal al acusado”.

²⁵⁴ “El día de los hechos los acusados habían ingerido drogas y realizado consumiciones alcohólicas, incluso dentro del bar asaltado lo que provocó la agravación de sus cuadros mentales, haciéndoles inimputables desde el punto de vista penal”.

A todas estas situaciones cabe sumar en último lugar, aquellos supuestos en los que se ha apreciado la eximente del art. 20.1 CP, por aplicación del principio “in dubio pro reo”, en atención, sobre todo, a la duda que late en las sentencias recurridas y a la imposibilidad material de separar con la nitidez que se exige la zona hasta donde llegaba la plena y total anulación de las funciones psíquicas del sujeto y aquella donde comenzaba la anormalidad de dichas funciones y su grado de intensidad. Nos referimos a las sentencias del TS de 4 de mayo de 1976 (RJ 1976\2131), 2 de noviembre de 1979 (RJ 1979\3799), 29 de octubre de 1981 (RJ 1981\3902), STS de 17 diciembre 1982 (RJ 1982\7718) y 13 de febrero de 1999 (RJ 1999\1165).

En la primera se reconoce que el acusado “es un enfermo mental esquizofrénico, que poco tiempo antes padeció un brote intenso, y que el Tribunal no puede valorar su capacidad mental, en orden a la afectación de la inteligencia o voluntad para delinquir y ser imputable, por lo que, ante la presencia de la psicosis endógena dicha, con su contenido destructor del núcleo de la personalidad, y del previo episodio agudo, que no consta dejara intacta la personalidad (...), sino que debió afectar su contenido residualmente, la duda creada por la Audiencia, debe resolverse no estimando, como ella hace, sin argumentación alguna, la semieximente de enajenación mental incompleta, que requeriría solamente la afectación parcial de sus facultades mentales, sino admitiendo como presente, un estado de autentica enajenación mental, con exención de responsabilidad, lo que resulta más favorable para el reo”.

En la segunda que “todo enfermo mental diagnosticado como psicótico las facultades psíquicas se hallan tan alteradas en su funcionamiento que en ningún caso podría descartarse por lo menos la duda -siempre favorable al reo- sobre la imputabilidad del mismo, por lo que se halla médicamente aceptado que cualquier especie de psicosis y preponderantemente la esquizofrenia en sus diversas formas, entre las que se halla la paranoide que ahora nos ocupa, excluye la imputabilidad aunque falte la conexión aparente o visible entre tal enfermedad y el hecho o hechos considerados como delictivos, por no ser factible en tales estados medir con precisión, la extensión y gravedad de las alteraciones de la voluntad y el grado de afectación de los diversos centros cerebrales, por lo que en el presente caso y en función de la doctrina anteriormente expuesta debe ser apreciada en favor del inculpado la circunstancia

eximente de enajenación mental establecida en el núm. 1.º del art. 8.º de nuestro C. P., como se solicita en el motivo 1.º del recurso, único que ha sido admitido, casando y anulando la sentencia de instancia y dictando en su lugar otra en la que absolviendo al recurrente de los delitos que en la misma se le imputaban se decreta su internamiento en el centro psiquiátrico correspondiente”. La tercera por su parte, estima que “(...) el inculcado realizó el hecho por el que se le incrimina, no en el momento culmen del brote esquizofrénico de tipo paranoide que padecía, sino en un momento de período intercalar, o al comienzo o final de su curva altiforme, lo que afirma «con alta probabilidad», pero no con seguridad plena, deja de cumplir aquella sagrada obligación, introduciendo la confusión y la duda en un relato que, por su trascendencia en el orden punitivo, en cuanto afectante a la culpabilidad, debió de ser preciso, claro y terminante, lo que obliga al Tribunal de casación, relacionando los hechos como ocurrieron con la apreciación que la Sala de instancia hace del estado de discernimiento y voluntad del procesado, a inclinarse por la estimación de la eximente invocada, en atención, sobre todo, a la duda que late en la sentencia recurrida y a la imposibilidad material de separar con la nitidez que se exige, y más en este caso, la zona hasta donde llegaba la plena y total anulación de las funciones psíquicas del sujeto y aquella donde comenzaba la anormalidad de dichas funciones y su grado de intensidad, que, como de sobra es sabido, es necesario conocer, con precisión, para aplicar la exención o atenuación de su responsabilidad criminal, por lo que procede la estimación del recurso”. La *STS de 17 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7718)* consideró que “esta Sala ya ha tenido que enfrentarse con esta dificultad de calificación, declarando que cuando aparece perfectamente acreditado, que el reo padece una esquizofrenia, y que el hecho se produjo durante un brote de esta enfermedad, el principio de pro reo aconseja resolver la discrepancia acogiendo la calificación más favorable”. Finalmente, la *STS de 13 de febrero de 1999 (RJ 1999\1165)* estudió un caso de esquizofrenia y drogadicción, y estimó que “en la medida en la que la Audiencia no pudo alcanzar una convicción categórica sobre el momento en el que comenzó la fase aguda de la esquizofrenia comprobada inmediatamente después de la comisión del delito y simplemente pudo afirmar que no podía presumir «que en el momento de los hechos el acusado se encontrara en uno de esos intervalos» (fundamento jurídico tercero), es evidente que

debió aplicar el principio «in dubio pro reo», que le impedía, en la duda, inclinarse por la hipótesis más perjudicial para el acusado».

En conclusión, son cuatro las situaciones que han llevado a la apreciación de la eximente del art. 20.1 CP (o art. 8.1º del CP derogado) ante supuestos de esquizofrenia paranoide:

1. Cuando la misma se encuentra en fase de brote.
2. Durante el periodo prodrómico de la misma.
3. Cuando aparece unida al consumo de drogas, alcohol u trastorno psicopatológico.
4. Por aplicación del principio “in dubio pro reo”.

1.2. ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA

Tan sólo hemos encontrado una resolución en la que el Alto Tribunal, ante el padecimiento de una esquizofrenia desorganizada que la sentencia, siguiendo la denominación de la CIE 10 califica como esquizofrenia hebefrénica, ha considerado de aplicación la eximente en estudio. Se trata de la STS de 17 de octubre de 1980 (RJ 1980\3713) en la que se solicitaba la calificación del supuesto como trastorno mental transitorio, motivo que se desestima porque “el acusado padecía en el momento de autos un «proceso esquizofrénico en su modalidad de hebefrenia, de data muy antigua, con cuadros alucinatorios y sistema delirante», ésta situación permanente, o, al menos, duradera, normalmente progresiva, y con fases intercalares en que únicamente remiten los fenómenos externos, no compagina o corresponde a ese fugaz, transitorio o episódico trastorno que alega el recurrente como base del motivo, el cual ha de ser desestimado, sin variar el criterio de la Sala de instancia que ha hecho correcta aplicación del núm. 1.º del art. 8.º del texto penal”. Junto a ella, algunas otras sentencias de Audiencias Provinciales también han apreciado dicha exención de responsabilidad penal de los sujetos enjuiciados ante el padecimiento de una esquizofrenia hebefrénica. Nos referimos a la *SAP de Tarragona de 3 de diciembre de 1997 (ARP 1997\1897)* que “partiendo de la existencia de una esquizofrenia hebefrénica, en la que los síntomas cambian con alteraciones de humor, tendencia a la soledad, irritabilidad o extravagancias, y constatada la existencia de brotes, atendiendo al dictamen pericial del

médico forense, no cabe por más que afirmar la inimputabilidad del acusado si lo ponemos en relación con el concreto hecho que se enjuicia, donde una persona que padece este trastorno debía permanecer en su domicilio durante tres días, lo cual en lógica deducción debió producir un cuadro de mayor intensidad que dio lugar al ulterior quebrantamiento del arresto domiciliario. En consecuencia, entendemos que atendidas las características del delito cometido y el estado mental del acusado, es de aplicación al art. 8.1 CP de 1973, debiendo ser apreciada la exención completa de la responsabilidad criminal, estimando el recurso interpuesto”. Y más recientemente *la SAP de Zaragoza de 14 de marzo de 2005 (JUR 2005\100530)* en la que, diagnosticada por el perito una esquizofrenia hebefrénica, se estima que en “el caso presente no ofrece duda la realidad de esa esquizofrenia diagnosticada por el perito que informó en el acto del juicio oral, en el sentido de que actuó el acusado bajo un brote agudo de la misma”.

También existen otras sentencias de Audiencias Provinciales en las que se aplica la eximente utilizan la terminología del DSM-IV-TR que la denomina esquizofrenia desorganizada. Se trata de la *SAP de Castellón de 1 de diciembre de 2004 (JUR 2005\45994)* en la que se reconoce no poder “ignorar el informe clínico al que nos hemos referido del que se desprende que Luisa no era dueña de sus actos cuando llevo a cabo los hechos por lo que ha sido condenada, pues debido a su enfermedad tiene gravemente afectadas sus facultades volitivas e intelectivas por lo que deberá estimarse que concurre la circunstancia eximente de la responsabilidad criminal, circunstancia 1ª del art. 20 CP” y la *SAP de Tarragona de 14 de febrero de 2005 (JUR 2005\104527)* que recoge un supuesto en el que la acusada padecía desde hacia años una esquizofrenia desorganizada por lo que “concorre la eximente completa del art. 20.1 CP, ya que los hechos se produjeron bajo los efectos del brote esquizofrénico. Así resulta tanto del testimonio de las víctimas y demás testigos, coincidentes en que el acusado estaba fuera de sí, como de las periciales psiquiátricas, que concluyen que en el momento de los hechos presentaba una grave afectación de sus capacidades cognoscitivas y volitivas (folios 107 y 108), presentado incluso después al ser trasladado al Centro Penitenciario un cuadro psicótico en el que primaba la sintomatología defectual, lo que obligó a su traslado a una unidad psiquiátrica penitenciaria (folio 106). La perito Sra. Carmela

refirió en juicio que lo visitó al día siguiente de los hechos y presentaba un cuadro muy intenso, estando muy desorganizado”.

Pocas resoluciones más existen en relación a este tipo de enfermedad aunque el Tribunal Supremo tuvo ocasión de pronunciarse sobre la misma en la STS de 20 de enero de 1997 (RJ 1997\337), en la que reconocida la esquizofrenia hebefrénica considera que “en el caso de autos, y partiendo de la base, como reconoce la propia sentencia, que el encausado sufría esa enfermedad desde hacía bastante tiempo (quizás desde siempre), es necesario aceptar su cuasi-inimputabilidad y aplicarle la eximente incompleta del artículo 9.1.º del Código Penal, en relación con el artículo 8.1.º del mismo Texto Legal, aunque no la eximente completa, dado que en el momento de realizarse la acción delictiva el sujeto no estaba afectado por un brote álgido de la enfermedad”.

Por lo tanto, el Tribunal Supremo ha creído conveniente aplicar la eximente completa del art. 20.1 CP ante el padecimiento en el sujeto activo de los hechos delictivos de una esquizofrenia hebefrénica o desorganizada cuando la misma se encontraba en fase de brote por producir en el enfermo la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión y la semieximente del art. 21.1 CP cuando dicha incidencia en las facultades mentales del sujeto no eran tan elevadas sino que producía solamente una disminución de las mismas.

Para finalizar no queremos dejar de mencionar la STS de 3 de octubre de 1994 (RJ 1994\7605)²⁵⁵, cuya peculiaridad radica en no seguir la línea jurisprudencial marcada por el propio Tribunal Supremo y que hemos reproducido en estas páginas. La misma ante un supuesto de una esquizofrenia desorganizada en estado de brote no considera oportuna la aplicación de la eximente completa sino la atenuación de la responsabilidad penal mediante la semieximente del art. 21.1 CP, basándose en la no anulación de la

²⁵⁵ “El procesado, al tiempo de los hechos descritos, padecía una esquizofrenia de tipo desorganizado, la que persiste actualmente, y efectuó los hechos descritos en un brote agudo de dicha enfermedad y a consecuencia de la misma que si bien no le anuló la capacidad intelectual-volitiva se la redujo de forma importante”.

capacidad intelectual-volitiva sino en su disminución importante²⁵⁶. Consideramos con URRUELA MORA²⁵⁷ que la decisión se debe a criterios defensivistas o de alarma social generados por el hecho delictivo cometido, lo que no nos parece oportuno, ya que el Alto Tribunal siempre ha reconocido la concurrencia de la citada eximente cuando el esquizofrénico se encontraba en fase aguda o de brote de la enfermedad, lo que estaba ocurriendo en el caso enjuiciado, por considerar que en la misma existe una total anulación de las facultades intelectivas y volitivas del sujeto.

1.3. ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA

No hemos encontrado ninguna sentencia del Tribunal Supremo en la que se haya aplicado la eximente en estudio ante el padecimiento de una esquizofrenia catatónica, quizás debido a las características propias de esta enfermedad que provocan la casi inexistente actividad delictiva de los mismos. Sin embargo, sí que el Alto Tribunal, ante la disminución de las facultades intelectuales y volitivas del sujeto esquizofrénico catatónico, se ha inclinado por aplicar la eximente incompleta del art. 21.1 CP en STS de 29 de enero de 1986 (RJ 1986\197) según la cual “en la declaración de hechos probados de la sentencia recurrida se hace respecto al procesado recurrente la afirmación fundamental, en orden a su estado mental, de que se encuentra afecto de esquizofrenia de tipo catatónico, añadiéndose, con indudable agregación fáctica en el Considerando tercero de la sentencia que dado el estadio que la enfermedad atraviesa, subsiste parcialmente su capacidad intelectual y control de la voluntad, por lo que se le apreció por la Sala sentenciadora la eximente incompleta de enajenación mental, no existiendo base, con esos datos fácticos, para estimar exención total de responsabilidad, como pretende el recurrente en los dos motivos de su recurso, pues, para ello, la enajenación, ha de ser de tal intensidad que la perturbación de las facultades mentales

²⁵⁶ Reconociendo la sentencia que los jueces de instancia opinaron que “el procesado, al tiempo de los hechos descritos, padecía una esquizofrenia de tipo desorganizado, la que persiste actualmente, y efectuó los hechos descritos en un brote agudo de dicha enfermedad y a consecuencia de la misma que si bien no le anuló la capacidad intelectual-volitiva se la redujo de forma importante”. El Tribunal Supremo basándose en lo anterior estima “hemos de concluir que si bien la capacidad volitiva e intelectual del agente comisor se hallaba evidentemente disminuida, ello no significa que lo fuera de manera total y absoluta, con lo que su inimputabilidad y subsiguiente responsabilidad debe ser encuadrada, como se hizo, en una eximente incompleta y no, según se pretende, en una eximente completa del número 1.º del artículo 8 del Código Penal”.

²⁵⁷ URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., p. 262.

sea absoluta y completa, hasta tal punto que el sujeto las tenga abolidas totalmente, tanto las intelectivas como las volitivas; y que el recurrente no ha alcanzado esta intensidad aparece no sólo de elementos fácticos antes dichos, sino también, por la forma de comisión del delito -atracó a mano armada a entidad bancaria, previamente planeado-, que requiere la existencia de inteligencia y voluntad aunque sea disminuida, pero no anulada; razones todas ellas que conducen a la desestimación de los dos motivos del recurso que por su estrecha relación han sido conjuntamente tratados”.

1.4. ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA

Al igual que en el caso de la esquizofrenia catatónica, no hemos encontrado ningún pronunciamiento del Alto Tribunal en relación a este tipo de esquizofrenia en el que haya sido de aplicación la eximente completa de anomalía o alteración psíquica, aunque sí algunas sentencias de diversas Audiencias Provinciales en las que, demostrada como patología una esquizofrenia indiferenciada, han declarado la aplicación la exención total de la responsabilidad basándose en la presencia de los presupuestos necesarios que contempla el art. 20.1 CP. Nos referimos a la SAP de Girona de 28 de enero de 2000 (ARP 2000\546) y a la de SAP de Sevilla de 7 de mayo de 2003 (JUR 2003\160294). Según la primera, “el acusado se halla afecto de una esquizofrenia indiferenciada, enfermedad que le provocó que, ante un estímulo aparentemente de escasa entidad (...) ofreciera una respuesta absolutamente desproporcionada e inconcebible para cualquier persona en pleno uso de sus facultades mentales y ajena totalmente al comportamiento que normalmente tenía el acusado, respuesta que fue fruto del ataque del que, magnificado por su ideación deliroide, creyó ser objeto. Además, no deja de ser significativo el hecho de que las tres víctimas de los hechos coincidieran en describir la conducta del acusado totalmente anómala en relación a lo que constituía su comportamiento habitual, lo que revela que su actuación no fue fruto de una simple alteración caracteriológica, y en manifestar que el acusado «no era él», «estaba fuera de sí», «tenía la cara desfigurada» o «tenía los ojos saltones», concluyendo Marc D. que «la reacción que tuvo y la cara que ponía no eran las de la persona con que había estado trabajando hasta entonces», expresiones todas ellas reveladoras de que las propias víctimas se apercibieron de que el acusado, como finalmente se ha evidenciado, no era

consciente de lo que hacía. La propia conducta desplegada por el acusado una vez hubo finalizado la agresión, mostrando una absoluta indiferencia respecto a lo que había sucedido y marchándose a una población cercana a divertirse, es según los psiquiatras acorde con la absoluta falta de consciencia con la que verificó los ataques”. La segunda, tras reconocer que el acusado padece desde su niñez una esquizofrenia indiferenciada, afirma que “actuó en una fase de brote que anulaba totalmente su capacidad de entender la ilicitud de sus actos, por lo que es palmaria la apreciación de la eximente indicada”.

1.5. ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

En el caso de la esquizofrenia residual, tampoco de la revisión jurisprudencial realizada hemos obtenido ninguna sentencia del Alto Tribunal que aplicara la eximente de anomalía o alteración psíquica pero sí lo han hecho algunos tribunales menores en sus pronunciamientos, basándose en la incapacidad que dicha esquizofrenia producía en el sujeto para comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme dicha comprensión. Así, la Audiencia Provincial de Baleares en *sentencia de 20 de diciembre de 1994 (ARP 1994\483)* según la cual “es de apreciar la concurrencia de la circunstancia modificativa eximente completa de enajenación mental del artículo 8.1 del Código Penal, de conformidad a las conclusiones concordes de las partes ante el contundente informe pericial ratificado en el acto del juicio por el médico forense en el sentido de que el acusado sufre una esquizofrenia residual, sin capacidad para regir sus actos respecto a los hechos imputados, circunstancia que obliga, conforme a dicho informe a decretar su sumisión a tratamiento ambulatorio una vez sea dado de alta médica”. Fundamento éste, que también ha sido utilizado por la *SAP de Las Palma de 15 de diciembre de 1997 (ARP 1997\2117)* que señala que “se está pues ahora en el trance de valorar la documental presentada y cabe duda que toda ella refleja de forma unitaria y global que el acusado, José M. R. padece una enfermedad mental crónica e irreversible que le anula sus capacidades para comprender la ilicitud de sus comportamientos y su trascendencia y de obrar conforme a ese conocimiento. No advertimos ningún inconveniente para con estos antecedentes, extender dicho diagnóstico a marzo de 1995, fecha en la que sucedieron los hechos a que se contrae la sentencia objeto del presente recurso y en consecuencia, a apreciar también aquí la genuina enfermedad mental crónica e

irreversible que padece el acusado por aplicación, igualmente, del artículo 8.1 del Código Penal derogado, con la correlativa absolución del reo. De manera decisiva así lo expresó el Médico Forense don Carlos L. de L. en su informe de 6 de mayo del año en curso y lo refrendó mediante su comparecencia personal en la vista oral del Procedimiento Abreviado núm. 527/1995, que concluyó por Sentencia firme de 22 mayo pasado cuyo tercer considerando viene a reconocer que «José M. R. en su relación a los hechos absolutamente inimputable debido a la esquizofrenia de tipo residual que padece y que afecta a su área cognoscitiva», para, en definitiva, ser absuelto (de unos hechos acaecidos en marzo de 1996) por concurrir la circunstancia eximente completa de enajenación mental del artículo 8.1.º del Código Penal de 1973²⁵⁸.

Junto a estas sentencias encontramos otras que, amparándose en el principio in dubio pro reo, han aplicado esta eximente. Nos referimos en particular a las Sentencias de la Audiencia Provincial de Cáceres de 21 de febrero de 2003 (JUR 2003\129093) y a la SAP de Valencia de 21 de mayo de 2004 (JUR 2005\13579). En la primera se reconoce que la imputada “padeecía en el momento de ocurrir los hechos un trastorno mental que suponía una merma importante en su capacidad de conocer y que en el momento de los hechos (17 de septiembre de 1998) no hay que descartar que pudiera encontrarse en una fase de brote agudo, que es precisamente el que justifica la aplicación de la eximente completa, nos encontraríamos, en todo caso, con una duda razonable, que por aplicación del Principio "in dubio pro reo", habrá de favorecer la aplicación de la eximente completa del art. 20.1º del Código Penal como pretende y solicita la representación de la apelante, y, en consecuencia, dictar un fallo absolutorio”. La segunda, basándose en la STS de 13 de febrero de 1999 (RJ 1999\1165) que aplicó el principio “in dubio pro reo” en un supuesto de esquizofrenia paranoide, estimó “concurrente la circunstancia eximente de enajenación mental prevista en el número 1

²⁵⁸ También la Audiencia Provincial de Madrid en sentencia de 11 de marzo de 1998 (ARP 1998\1840) ha aplicado esta eximente en supuesto en el que el acusado padeecía esquizofrenia de tipo paranoide y residual, reconociendo “que al cometer el hecho actuó con unas facultades psíquicas totalmente alteradas en su funcionamiento, o como dice el médico forense, con una profunda alteración de las facultades psíquicas modificando las bases de la imputabilidad en el sentido incluso de anular dichas bases. En consecuencia, y dada la naturaleza de la enfermedad así como la inimputabilidad del acusado procede aplicar la eximente completa de enfermedad mental en lugar de la eximente incompleta del art. 21.1 en relación con el art. 20.1 ambos del Código Penal como solicitaba el Ministerio Fiscal”.

del artículo 20 del Código Penal, con las consecuencias penales y civiles que de él se derivan”.

El Tribunal Supremo, en los casos en los que el sujeto enjuiciado padece una esquizofrenia residual, ha optado bien por aplicar una eximente incompleta del art. 21.1. CP, bien la atenuante analógica del art. 21.6 del mismo texto legal, o incluso no ha considerado que la misma modificase la responsabilidad criminal del enfermo, declarándolo plenamente imputable. Aprecian una *eximente incompleta* las SSTS de 4 de octubre de 1985 (RJ 1985\4619), 28 de mayo de 1985 (RJ 1985\2545) y 22 de enero de 1988 (RJ 1988\416). En la primera se reconoce que el sujeto “sufre «crisis esquizofrénicas residuales que disminuyen, aunque no anulan su capacidad cognoscitiva y volitiva», esquizofrenia residual que no puede dar lugar, pues, a la pretendida aplicación de la circunstancia eximente al no suponer aquélla anulación de personalidad, traspaso de los umbrales de la demencia, característica del enfermo agudo; apreciación de la Sala de instancia que se corresponde con los plurales datos recogidos sobre el modo de actuación del inculpado, los que difícilmente se concilian con la presencia de un sujeto afecto de verdadera y completa incapacidad”. En la segunda el relato fáctico pormenoriza, como hecho indiscutible, reconoce que “el procesado padecía «una psicosis esquizofrénica en fase residual remitida pero injertada sobre un cuadro de debilidad mental de grado ligero» lo que, ya como juicio de valor técnicamente susceptible de revisión, «se traducía en sensible deterioro de su personalidad, con notable disminución de la capacidad de juicio y del alcance de sus actos, aunque sin llegar a estar anulada o abolida», es indudable entonces el acierto de la instancia al calificar la eximente incompleta”. Finalmente, en la tercera sentencia “la esquizofrenia del procesado, que estaba acusado y fue condenado por un delito de homicidio, es calificada de residual, lo que quiere decir tanto como larvada o latente, complementándose luego esta constatación con las observaciones, igualmente fácticas que aunque aparezcan en los razonamientos jurídicos de la sentencia impugnada, de que se trata de una personalidad psicótica bien integrada, cuya psicopatología, no activa, se encuentra posiblemente controlada por la medicación que tiene prescrita, de suerte que ni se aprecian en él alteraciones graves del pensamiento ni aparece ausente o totalmente deformada su reacción interpersonal. Todo ello abona la tesis, sostenida por el

Ministerio Fiscal y asumida por el Tribunal de instancia, de que cuando el procesado (...) concibió la idea de matar a su contrincante e inmediatamente la puso en práctica, entrando en su casa, armándose de un cuchillo de gran tamaño e infiriéndole con él la herida mortal, actuó con su imputabilidad disminuida pero no anulada, pues a dicha conclusión conducen razonablemente los datos que matizan el diagnóstico de su enfermedad”.

Ante la existencia de un leve trastorno de la voluntad, el Tribunal Supremo ha aplicado *la atenuante analógica* del artículo 21.6º en relación con los artículos 21.1º y 20.1º todos del CP, pues padeciendo el sujeto “una esquizofrenia residual, larvada o latente y que en los períodos de tiempo en que no existen brotes, tiene un comportamiento normal con plena conciencia del alcance de los hechos, con capacidad para planificar el futuro a medio y largo plazo, con un trastorno leve de la voluntad que hace que sea una persona más influenciable que otras”²⁵⁹. O como pone de manifiesto la STS de 8 de febrero de 1990 (RJ 1990\1301) “no podemos descartar una influencia, apreciable penalmente sobre el comportamiento del afectado que nos lleva a equiparar el deterioro permanente de su personalidad a la atenuante analógica prevista en el apartado 10 del art. 9 del Código Penal ya que, como hemos aseverado, el enfermo esquizofrénico nunca recupera totalmente el dominio de su personalidad”.

Llegando a considerar en algún caso, como en STS de 22 de mayo de 1997 (RJ 1997\4128) la *plena imputabilidad* del sujeto que padece esquizofrenia residual, basándose en que la enfermedad “discurre paralela a la conducta enjuiciada y que ni tiene relación con la misma, ni produce grave deterioro intelectual”. Estimamos que este pronunciamiento no fue acertado, dado que toda esquizofrenia, aunque no provoque deterioro grave sí que repercute en la personalidad del afectado y comporta una disminución (aunque leve) en la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión. Por tal razón consideramos que debía haberse aplicado la atenuante analógica del art. 21.6 en relación con el art. 20.1º del CP.

²⁵⁹ STS de 21 de abril de 1999 (RJ 1999\2929).

Una vez analizadas las diferentes modalidades de esquizofrenia que existen podemos concluir que la eximente que estamos analizando ha sido aplicada por el Tribunal Supremo sin ningún reparo en supuestos de esquizofrenia paranoide; con menor incidencia en el caso de la esquizofrenia desorganizada; y en ningún caso en los supuestos de la catatónica, indiferenciada y residual, aunque en los dos últimos supuestos (indiferenciada y residual) sí encontramos sentencias de Audiencias Provinciales (al igual que en el caso de la esquizofrenia desorganizada) que han declarado haber lugar a la eximente, siendo lo más común la aplicación de la eximente incompleta del art. 21.1 CP o la atenuante analógica del art. 21.6 del mismo texto ante la disminución de facultades que suele mostrar el sujeto que padece esta enfermedad.

2. TRASTORNO DELIRANTE (PARANOIA)

Los trastornos delirantes, conocidos tradicionalmente con la denominación de paranoia, estados paranoides, parafrenia, delirio sensitivo de autoreferencia²⁶⁰ y monomanías²⁶¹ constituyen graves enfermedades, (psicosis endógenas) nacidas y provenientes de causas íntimas relacionadas con la propia persona, caracterizadas por la aparición y desarrollo de una estructura delirante, comprensible psicopatológicamente, (delirio que puede ser único o girar en torno a un grupo de ideas relacionadas entre sí), que normalmente son muy persistentes y que, incluso, pueden durar hasta el fin de la vida del sujeto²⁶². Estos trastornos, de especial interés criminológico debido a la especial peligrosidad que presentan, pues los sujetos que los padecen han llegado a ser considerados delincuentes en potencia²⁶³, se encuentran sometidos a variadas hipótesis y criterios, en ocasiones contrapuestos, tanto desde el punto de vista médico como legal,

²⁶⁰ GANZENMÜLLER ROIG, C. y OTROS: *Eximentes, atenuantes y agravantes en el Código penal de 1995, personas criminalmente responsables: comentario de los artículos 19 a 31 del Código penal de 1995*, 1ª ed., 1ª imp. Bosch, Barcelona, 2000, p. 39.

²⁶¹ SSTS de 15 de octubre de 1984 (RJ 1984\4839) y 2 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8536).

²⁶² CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1182.

²⁶³ CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑIN, J.C.: *La Salud Mental en los Tribunales...*, cit., p. 182 y GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Psicosis endógenas (I)"..., cit., p. 1152. Incluso ESBEC RODRÍGUEZ, ha llegado a considerar a este cuadro clínico el más peligroso de la nosología, ya que "se caracteriza frecuentemente por una elevada inteligencia puesta al servicio del crimen, y existe consenso en considerarle un significativo factor de riesgo de violencia y criminalidad severa, especialmente en caso de delirio de celos, perjuicio y persecutorio" (ESBEC RODRÍGUEZ, E.: "Violencia...", cit., p. 71).

en relación a su imputabilidad, debido fundamentalmente a que presentan como característica esencial un comportamiento anormal en todo aquello que tiene que ver con el delirio y normal, con perfecta lucidez, en los demás aspectos de su vida²⁶⁴. En el delirante su capacidad de juicio y raciocinio, sus sentimientos, su obrar, permanecen intactos, ya que el trastorno sólo afecta a la parte del psiquismo que tiene que ver con el delirio²⁶⁵. Además, todas esas facultades que permanecen conservadas son puestas al servicio del trastorno, lo que permite que cometan delitos que preparan concienzuda y meticulosamente, y que conducen a pensar que no puede ser fruto de un enfermo mental. Estos sujetos conocen y quieren, saben y comprenden la injusticia de sus actos²⁶⁶, distinguen el bien del mal, y son capaces de conducir e inhibir su voluntad²⁶⁷ de ahí el problema de concederles la condición de inimputables, situación que ha provocado una insegura y titubeante jurisprudencia de nuestros tribunales en orden al reconocimiento y efectos jurídico-penales de estos trastornos.

El Tribunal Supremo, aunque en alguna ocasión ha negado el carácter de enfermedad endógena a los trastornos delirantes²⁶⁸, normalmente ha reconocido que lo son. Ha referido en muchas de sus sentencias que se trata de enfermos mentales que presentan una psicosis, calificada en algunos pronunciamientos de exógena como en la STS de 15 de Octubre de 1984 (RJ 1984\4839)²⁶⁹, aunque en mayor número de ellos

²⁶⁴ Así lo reconoce el propio Tribunal Supremo en *Sentencias de 2 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8536)* donde se reconoce que “esta psicosis definida también como de monomanía, que en el presente caso está centrada en delirios de celos no afecta a la normalidad del resto de la personalidad psíquica del ser humano” y *STS de 10 de noviembre del mismo año (RJ 1989\8601)* donde se estima que “las características de esta enfermedad mental, que deja intactas las condiciones de inteligencia del sujeto, memoria y lucidez de conciencia con excepción del tema del delirio”.

²⁶⁵ GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, A.: “Relevancia criminológica de algunos trastornos mentales” en DÍEZ RIPOLLÉS, J.L.; ROMEO CASABONA, C.M.; GRACIA MARTÍN, L. e HIGUERA GUIMERÁ, J-F. (editores): *La Ciencia del Derecho Penal ante el nuevo siglo. Libro Homenaje al Profesor Doctor Don José Cerezo Mir*, 1ª. ed. 2ª. imp., Tecnos, Madrid, 2002, pp. 1598 y 1599.

²⁶⁶ LÓPEZ GÓMEZ, L.: *Enajenación y trastorno mental transitorio, el delito de lesiones, paternidad y matrimonio, convivencia, supervivencia, incapacidad civil*, Colegio de Abogados, Valencia, 1947, p. 12.

²⁶⁷ VALENCIANO GAYÁ, L.: “Problemas médico-forenses de las psicosis delirantes”, en ALBERCA LLORENTE, R.; VALENCIANO GAYÁ, L.; SÁNCHEZ-PEDREÑO, J. y ROS DE OLIVER, B.: *Psiquiatría y Derecho Penal*, Tecnos, Madrid, 1965, p. 115.

²⁶⁸ Así lo ha hecho la STS de 20 de octubre de 1982 (RJ 1982\5663) en la que el Tribunal Supremo reconoce que “la moderna doctrina niega a la paranoia el carácter de enfermedad endógena y se inclina a la admisión de los llamados desarrollos paranoicos”.

²⁶⁹ “que, las paranoias, antes denominadas monomanías, son enfermedades mentales de carácter exógeno y que se incluyen dentro del grupo de la psicosis”.

parece haberse inclinado por su consideración como psicosis endógena²⁷⁰. A pesar de este reconocimiento como enfermedad mental, lo que supone la presencia ya del necesario elemento biológico exigido por la fórmula mixta, tantas veces solicitaba por este órgano, y esperando sólo que se demuestre la incidencia de dicha enfermedad sobre las capacidades psíquicas del sujeto para poder declarar la inimputabilidad de estos enfermos, el Alto Tribunal se ha encontrado con un importante problema relativo a si además es necesaria o no lo es una relación de causalidad entre los hechos cometidos y el delirio para declarar la exención de responsabilidad penal de estos sujetos. Las personas que padecen un trastorno delirante persistente presentan como fenómeno básico y principal del trastorno una idea delirante. Esta idea les lleva a una interpretación errónea de la realidad, a una alteración cognitiva que conduce a actuaciones adecuadas a esa percepción y valoración alterada de lo que le rodea²⁷¹. Tal visión deformada de la realidad o mejor, de algunos aspectos concretos de la misma, ante la cual se muestran con creencias y convencimientos firmes, les lleva a no tener otro camino que el de cometer el delito pues están cumpliendo un deber²⁷², ya que a pesar de conocer que la conducta que realizan es lesiva de bienes jurídicos ajenos, ilícita y penada por la ley están convencidos de que el error está en los demás, que ellos se encuentran en posesión de unas normas superiores a las establecidas legalmente. Los actos que realizan, nacidos como consecuencia de la idea delirante, serán muestra de la misma y por lo tanto tan patológicos como aquella²⁷³. Es entonces cuando la imputabilidad empieza a estar implicada, pudiéndose producir una disminución o grave afectación de la misma. Pero sabemos que una parte psíquica de estos sujetos permanece indemne al trastorno, por lo que es posible que ejecuten delitos que se hallan al margen de esta alteración y es ahí donde aparece el problema, es decir, la duda sobre

²⁷⁰ Véanse las SSTs de 22 de enero de 1986 (RJ 1986\166), 24 de abril de 1995 (RJ 1995\3534) y 12 de marzo de 1996 (RJ 1996\1945).

²⁷¹ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1183.

²⁷² Así aparece por ejemplo en SAP de Baleares de 4 de septiembre de 2000 (ARP 2000\3141) donde se reconoce que “el acusado pudo pensar que incendiar estaba mal hecho pero estaba convencido de que debía realizar su acción aun cuando tuviera dudas. El delirio de persecución y de injusticia forma en el acusado un todo coherente, compacto, e intenta dar una apariencia lógica y una explicación racional a sus ideas delirantes, totalmente descabelladas en las que, sin contestar sobre los hechos en que ha participado, no existe relación lógica entre éstos, los que explica y el sentido que el acusado le atribuye”.

²⁷³ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (I)”..., cit., p. 1153.

si, como ha afirmado en ocasiones el Tribunal Supremo, se debe aplicar esta eximente en tales casos en los que el delito no guarda relación de causalidad con el tema del delirio. Dicho problema parece no encontrarse resuelto en la doctrina, pues si bien algunos autores consideran la necesidad de esa relación²⁷⁴, es decir exigen para la declaración de inimputabilidad que la conducta delirante condicione claramente la actividad delictiva, otros advierten que el sujeto delirante merece la exención de responsabilidad penal en todos los casos, con independencia de que exista o no dicha relación²⁷⁵. El propio Tribunal Supremo se hizo eco de estas posiciones en Sentencia de 31 de enero de 1975 (RJ 1975\255) en la que declaraba que “si el hecho cometido se halla relacionado con el delirio de interpretación, la exención será total, si no lo está, el sujeto, según unas opiniones, también es inimputable, y, según otras, solamente experimenta una disminución, más o menos sensible, de su capacidad de conocer y de querer”, controversia que se ha traducido en la jurisprudencia la que no ha mantenido una línea constante, sino que se ha adscrito unas veces a una posición y otras a la contraria.

Como destacó la STS de 15 de octubre de 1984 (RJ 1984\4839), “la palabra «paranoia», proviene del griego «para», que significa «de través o de lado» y «noos» o «noien», pensar, lo que equivale a pensar de lado o torcidamente. Durante muchos años y hasta principios del Siglo XX, dichas enfermedades se confundían con la esquizofrenia, independizándose de ella, poco después, y constituyendo una entidad nosológica autónoma, si bien, modernamente, se las considera una manifestación de la citada esquizofrenia pero de menor gravedad que otras formas o variedades de la misma, caracterizándose por su ordinaria aparición en la cuarta década de la vida humana y por las ideas delirantes, pudiéndose añadir que en el caso de las esquizofrenias delirantes, se hallan, ambas insanias, muy próximas constituyendo un

²⁷⁴ CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La enfermedad mental...*, cit., pp. 152 y 153; CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1185; GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., p. 113 y PUENTE SEGURA, L.: *Circunstancias eximentes...*, cit., p. 74.

²⁷⁵ ESBEC RODRÍGUEZ, E.: “El trastorno delirante y el proceso penal”, en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, pp. 945 y 946 y GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (I)”..., cit., pp. 1153 y ss.

puente de unión entre una y otra. La palabra «delirio» procede de «de» y de «lire», lo que significa «fuera del surco», y con más precisión, «fuera del surco de la razón», siendo esta particular y morbosa forma de apreciar la realidad -típica del delirio- lo que sirve para diferenciarlo del error. El delirio es pues una formulación patológica y enfermiza de falsas creencias, las cuales son reputadas verdaderas por el sujeto que los padece, implicando una disposición anormal a pensar en una determinada dirección, de un modo sistemático, coherente y siempre idéntico con un curso crónico e inmutable, agregándose que, otros caracteres de las paranoias, son, el orgullo, la desconfianza, la interpretación errónea, la inadaptabilidad y la deformación catatímica, la que da por resultado la deformación o visión inexacta de sí mismo y del mundo exterior”.

La paranoia por tanto, “está doctrinal y analíticamente, enclavada en el área de la psicosis, y supone un delirio sistematizado, crónico e inmutable, de evolución lenta pero progresiva, provocado por causas endógenas y acompañado de perfecta lucidez para el resto de la parcelación o zonificación de su mente”²⁷⁶. Aparece siempre “como consecuencia de una predisposición constitucional del sujeto, siendo su desarrollo endógeno o puede desencadenarse por una causa externa de tipo afectivo (las «vivencias» que dicen los psiquiatras para designar los estímulos de fuerte carga afectiva)”²⁷⁷.

En lo que se refiere a la imputabilidad de los paranoicos, el Tribunal Supremo en la antes mencionada resolución de 15 de octubre de 1984, al igual que en algunas otras sentencias²⁷⁸, ha señalado que “en una primera época, se les reputaba totalmente inimputables aunque dieran la sensación de normalidad y hasta de aplomo y cinismo, pero, dicha inimputabilidad, sólo se estima concurrente cuando el hecho cometido se relacione con el tema del delirio. Más tarde, se sostiene que, el delirio, influye en toda la personalidad del delincuente, lo que significa que, en todos sus actos, estén o no inmersos en el tema delirante, su imputabilidad será negada o, al menos, disminuida, y ello aunque, el acto criminal, parezca perfectamente razonado, discurrido y hasta

²⁷⁶ STS de 2 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8536).

²⁷⁷ STS de 10 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8601).

²⁷⁸ SSTs de 22 de enero de 1986 (RJ 1986\166) y 20 y 22 de octubre de 1987 (RJ 1987\7508 y RJ 1987\7572).

premeditado. Pero, hoy día, al paranoico, se le considera totalmente inimputable pues es siempre un enajenado, tanto si el hecho punible se halle relacionado con el tema delirante como si no lo está”.

Pese a esta doctrina jurisprudencial el Tribunal Supremo, a la hora de ocuparse de la imputabilidad de estos sujetos, tanto con el anterior Código Penal como en el actual, ha seguido fiel a la aplicación del método mixto al corroborar la existencia del elemento biológico pero exigiendo como dato esencial la comprobación del grado de afectación de las facultades del sujeto y la relación de causalidad entre el trastorno y los hechos cometidos. Muestra importante de este proceder fue la STS de 20 de octubre de 1982 (RJ 1982\5663), que se inclinó por la relatividad en la valoración -exención completa o incompleta según los casos-, y atendió ante todo a la afectación de las facultades psíquicas del sujeto y a la intensidad de la enfermedad, reconociendo que los hechos constituían una derivación del trastorno delirante celotípico que padecía el sujeto, para concluir la completa inimputabilidad del acusado. Así por entender que “aparece con absoluta nitidez que el acto delictivo -muerte de la esposa- ha sido derivación de la construcción delirante del sujeto -delirio de celos-, que afectó a sus facultades psíquicas con intensidad suficiente para privarle de todo freno inhibitorio creando una situación de completa inimputabilidad”. Más recientemente, se han manifestado en el mismo sentido las SSTS de 18 de octubre de 2002 (RJ 2002\9128) y 11 de octubre de 2005 (RJ 2005\7511). En la primera, se afirma que “la conducta es un acto mental que va seguido de una acción externa que aquí tiene por objeto a una persona. Por tanto, lo que se trata de dilucidar es, en cada supuesto, la naturaleza de ese acto mental y si guardó o no relación de coherencia con él la manifestación en que, en cada ocasión, se tradujo. Pues bien está perfectamente acreditada desde el punto de vista médico tanto la naturaleza patológica del conjunto de actos mentales contemplados como la relación de coherencia con los mismos de cada una de las acciones realizadas. Por tanto, éstas sólo pueden ser tratadas, como síntoma de la aludida afección psiquiátrica. En consecuencia, no cabe sino concluir que se dio en el inculpado la anomalía o alteración psíquica que reclama el art. 20.1ª Código Penal para la concurrencia de la eximente; ya que aquél, víctima de un delirio, no se halló en situación de comprender que su conducta era realmente intolerable, puesto que estaba haciendo a otra persona objeto de acciones y presiones de

carácter netamente antijurídico”. En la de 11 de octubre de 2005 (RJ 2005\7511) se estima que “en el caso que ahora se juzga decía la sentencia mencionada, no existe ninguna duda sobre el estado patológico del procesado y tampoco ha tenido dudas el Tribunal a quo sobre la profundidad del mismo, pues -como se dijo- en los hechos probados ha establecido que «sus facultades volitivas estaban intensamente disminuidas» por un trastorno delirante. Recordemos, finalmente, que la fórmula legal de la capacidad de culpabilidad establecida en el art. 20.1 CP, contiene dos elementos. Uno, la alteración o anomalía psíquica, denominado en la doctrina elemento biológico o psiquiátrico, que depende totalmente de una comprobación médica. Otro, de naturaleza normativa, que se refiere a la incidencia de la alteración o anomalía en la capacidad cognoscitiva y volitiva del sujeto, sobre el cual no cabe una determinación puramente médica y que requiere una valoración jurídica razonada por parte del órgano juzgador (véase STS de 19 de septiembre de 2000 [RJ 2000\8003]), que es lo que ha hecho en el caso presente el Tribunal a quo ponderando de las pruebas periciales -y testificales- practicadas a su presencia”.

Por lo tanto, el Tribunal Supremo ha reconocido la aplicación de la eximente de anomalía o alteración psíquica cuando demostrada la existencia de un trastorno delirante y su relación con los hechos realizados se produce una notable incidencia en la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión, dejando la eximente incompleta del art. 21.1 CP para los supuestos en que la afectación no sea tan grave y la atenuante analógica para aquellos otros en que la misma sea leve. Por lo que ha sido la gravedad de la enfermedad, la mayor o menor intensidad del trastorno en las facultades psíquicas del sujeto, lo que determinado por el Alto Tribunal la aplicación de la eximente completa, incompleta de enajenación mental, actual anomalía o alteración psíquica o la atenuante analógica.

Es importante precisar en relación con el tema que nos ocupa que no debe confundirse la paranoia propiamente dicha con la simple personalidad paranoide²⁷⁹, que no es sino una forma clínica dentro de los trastornos de la personalidad. El Tribunal

²⁷⁹ Véase Trastornos de la personalidad en apartado décimo de este mismo Capítulo.

Supremo ha establecido esta diferencia en numerosas sentencias²⁸⁰. En tal sentido ha señalado que: “un trastorno paranoide de la personalidad equivale a lo que en la terminología anterior se denominaba psicopatía paranoide, que no debe confundirse con la paranoia propiamente dicha, o psicosis paranoica, que constituye una verdadera enajenación en el sujeto, apta para excluir la responsabilidad criminal cuando el hecho delictivo se encuentra dentro del ámbito al que esa paranoia se refiere”²⁸¹; “Paranoide no tiene la misma significación y trascendencia que paranoico. La personalidad paranoide no es una psicosis sino una simple alteración anormal del carácter o de la personalidad que supone posiblemente una cierta predisposición a lo paranoico, especialmente si aquélla va asociada a otras alteraciones internas o externas que en forma más o menos importante gravitan sobre la mente humana. Algo parecido a lo que se viene diciendo dentro del contexto de las psicopatías. Esa personalidad es, en conclusión, un síndrome mental de rasgos acentuados”²⁸²; “El paranoico actúa por lo común con una notable disminución de su voluntad y de su conocimiento como consecuencia de causas íntimas y, a la vez, como consecuencia de ese delirio externo y persistente que, no siempre único, mueve a su antojo la mente del enfermo porque le lleva siempre a una delirante interpretación de la realidad”²⁸³, lo que le permite ser estimado “como determinante de una total inimputabilidad, mientras que la personalidad paranoide es una forma de trastorno de la personalidad que indica una predisposición a la paranoia y que incide sobre las capacidades de percepción, conocimiento y voluntad que son limitadas y

²⁸⁰ SSTS de 20 de febrero de 1984 (RJ 1984\1150), 15 de octubre de 1984 (RJ 1984\4839), 25 de junio de 1985 (RJ 1985\3060), 22 de enero de 1986 (RJ 1986\166), 16 de diciembre de 1988 (RJ 1988\9521), 26 de octubre de 1989 (RJ 1989\7758), 2 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8536), 6 de junio de 1990 (RJ 1990\5147), 17 de mayo de 1991 (RJ 1991\3685), 6 de mayo de 1993 (RJ 1993\3851), 7 de diciembre de 1993 (RJ 1993\9938), 22 de marzo (RJ 1994\2388) y 22 de octubre de 1994 (RJ 1994\8160) 17 de febrero de 1995 (RJ 1995\1181), 24 de abril de 1995 (RJ 1995\1322), 26 de mayo de 1995 (RJ 1995\3953), 12 de marzo de 1996 (RJ 1996\1945), 1 de octubre de 1999 (RJ 1999\7594) y 19 de enero de 2000 (RJ 2000\196).

²⁸¹ STS de 4 de julio de 2001 (RJ 2001\7038).

²⁸² STS de 12 de marzo de 1996 (RJ 1996\1945), junto a ella ver también las SSTS de 22 de enero 1986 (RJ 1986\166), 16 de diciembre de 1988 (RJ 1988\9521), 26 de octubre de 1989 (RJ 1989\7758), 6 de junio de 1990 (RJ 1990\5147) y 26 de mayo de 1995 (RJ 1995\3953).

²⁸³ SSTS de 22 de enero de 1986 (RJ 1986\166), 26 de octubre de 1989 (RJ 1989\7758), 6 de junio de 1990 (RJ 1990\5147), 24 de abril de 1995 (RJ 1995\3534), 1 de octubre de 1999 (RJ 1999\7594), 4 de julio de 2001 (RJ 2001\7038) y 18 de marzo de 2003 (RJ 2003\3839).

conceptuadas y, por ende, no alcanza la plenitud de efectos que permitieran reputarla verdadera causa de exención de la responsabilidad penal”²⁸⁴.

Un buen diagnóstico resulta fundamental en estos casos, para diferenciar la auténtica psicosis de lo que constituye un trastorno de la personalidad, de menor trascendencia, pues como ha quedado demostrado en los párrafos anteriores, la incidencia de uno y otro trastorno en la imputabilidad de los sujetos es bien distinta, ya que no es lo mismo el padecimiento de un trastorno delirante, auténtica paranoia, que normalmente va a determinar la exención de responsabilidad criminal por inimputabilidad del afectado, que la presencia de un trastorno paranoide de la personalidad, que habitualmente solo va a propiciar una disminución considerable de la imputabilidad a través de la aplicación de la semieximente del art. 21.1 CP²⁸⁵, (cuando se encuentra en ocasiones sola²⁸⁶ o unida a otra patología, alcohol o drogas) o, incluso, una mera atenuante analógica del art. 21.6 CP por la leve incidencia en las facultades mentales del sujeto que provocan²⁸⁷ y siendo en determinadas ocasiones incluso no apreciable dada la nula modificación de las capacidades mentales del sujeto que produce²⁸⁸.

Pasando ya, al estudio de la casuística de nuestros tribunales sobre los trastornos delirantes, la repasaremos mencionando, en primer lugar, algunos supuestos en que se ha declarado la exención de responsabilidad por aplicación del art.20.1 CP; en segundo orden, aquellas resoluciones que han apreciado la semieximente del art. 21.1 CP en relación con el artículo anteriormente citado y por último haremos referencia a las sentencias que atendiendo a la leve incidencia de la paranoia en las facultades mentales del sujeto han aplicado la atenuante analógica del art. 21.6 CP:

²⁸⁴ STS de 6 de mayo de 1993 (RJ 1993\3851).

²⁸⁵ Sirva como ejemplo la STS de 22 de marzo de 1994 (RJ 1994\2388) en la que un trastorno de la personalidad paranoide se une a una celotipia y la STS de 20 de febrero de 1984 (RJ 1984\1150) donde aparecer unida a celotipia y alcohol.

²⁸⁶ Tal es el caso de las SSTS de 14 de junio de 1989 (RJ 1989\5114) y de 17 de mayo de 1991 (RJ 1991\3685).

²⁸⁷ SSTS de 15 de abril de 1998 (RJ 1998\8186) y 11 de noviembre de 1999 (RJ 1999\8098) y el Auto del TS de 8 de febrero de 1995 (RJ 1995\836).

²⁸⁸ Véanse por ejemplo las SSTS de 26 de mayo de 1995 (RJ 1995\3953) y 16 de octubre de 2000 (RJ 2000\8271).

1. Las sentencias que han aplicado la eximente de anomalía o alteración psíquica del art. 20.1 CP, han exigido la presencia en el sujeto enjuiciado de un trastorno delirante (paranoia) que produjera en el momento de los hechos, una incapacidad para comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión. Sirvan como ejemplo entre otras²⁸⁹, las SSTS de 12 de marzo de 1996 (RJ 1996\1945) y 16 de diciembre de 1988 (RJ 1988\9521). En la primera de ellas, el Tribunal Supremo consideró que “el sujeto sufría en el momento de los hechos un trastorno psicótico delirante o un trastorno con gran intensidad, por entender que su capacidad de comprender lo que hacía y de dirigir su voluntad conforme a dicha comprensión se hallaba gravemente afectada, de modo tal que anulaba su imputabilidad y, por consiguiente, no era responsable de sus actos”. En la segunda se reconocía que el acusado padecía una “verdadera psicosis paranoide”, que obligaba a “reputar totalmente inimputable al paranoico máxime cuando el hecho incriminado se halla en relación con el tema delirante que es el que le impulsa a disparar contra Julio G. A., cuando salía del bar, situado frente al domicilio del procesado con una mesa para jugar a las cartas, a fin de terminar con las desavenencias que existían entre ambas familias, derivadas de las relaciones de vecindad entre dos masías que aquéllas poseían en el mismo paraje de «La Font de Catí». Procede, por ello, la estimación del motivo casando y anulando la sentencia de instancia y dictándose a continuación la procedente, por estar afecto el procesado de un trastorno psiquiátrico grave, tipo delirante, que le hace totalmente inimputable de sus actos”.

También un importante número de sentencias de distintas Audiencias Provinciales y alguna de Tribunales Superiores de Justicia han aplicado esta eximente ante la profunda afectación de las facultades psíquicas de los sujetos que en el momento de los hechos presentaban un trastorno delirante persistente. Se trata de la *STSJ de Murcia de 9 de julio de 2001 (JUR 2006\46402)* en la que se advierte un error en la apreciación de la prueba al concurrir la eximente número 1 del artículo 20, que “vendría determinada en el caso enjuiciado porque todos los dictámenes médicos, tanto los de los Médicos

²⁸⁹ SSTS de 20 de octubre de 1982 (RJ 1982\5663), 8 de abril de 1999 (RJ 1999\2257), 18 de octubre de 2002 (RJ 2002\9128) y 11 de octubre de 2005 (RJ 2005\7511).

forenses, los especialistas en psiquiatría, coinciden en que Gustavo se encuentra afecto de un trastorno delirante, tipo persecutorio, un trastorno cognitivo no especificado de etiología mixta, con un coeficiente intelectual de 58 incluíble en el retraso mental leve, estando en el momento de los hechos afectado de forma muy extrema sus capacidades mentales volitivas y de forma importante las cognoscitivas. Al no haberlo apreciado así el Jurado, sin que exista ninguna otra prueba o razón para separarse de los dictámenes médicos, ha de colegirse que el Jurado ha actuado con arbitrariedad en la valoración de la prueba, lo que conduce a la estimación del motivo del recurso en este único punto declarando que Gustavo está incurso en la eximente del número 1 del artículo 20, declarándolo exento de responsabilidad criminal”. Junto a esta sentencia, las Audiencias Provinciales también han tenido ocasión de pronunciarse en numerosas ocasiones, ante supuestos similares. Así, la *SAP de Barcelona de 22 de diciembre de 2000 (JUR 2001\164616)* donde se estima que “la recta adecuación del delito cometido al delirio padecido debe llevarnos a apreciar su exención de responsabilidad penal, perjuicio -tal como ha expresado la perito médico-forense- que en relación a otras áreas de conocimiento conserven su lucidez”; la *SAP de Granada de 18 de septiembre de 2001 (ARP 2001\728)* en la que concurre y es de apreciar en el acusado la circunstancia eximente de responsabilidad criminal prevista en el núm. 1 del artículo 20 del Código Penal, en cuanto “al tiempo de los hechos padecía un trastorno psicótico de tipo paranoide, mejor sería decir paranoico, que afectaba a sus facultades intelectivas y anulaba por completo su voluntad”, al igual que en la *SAP de Ciudad Real de 9 de marzo de 2001 (JUR 2001\169993)* donde del relato de hechos probados “se constata la enfermedad mental que padece el sujeto, su gravedad, y la completa anulación de sus facultades en el momento de la comisión de los hechos”. También la *SAP de Castellón de 19 de septiembre de 2000 (ARP 2000\2359)* en la que se reconoce que en los informes obrantes y forenses “aparece acreditado de modo claro y concluyente que al cometer el delito el acusado padecía un trastorno delirante crónico que le originaba «una profunda alteración de aquellas funciones psíquicas de las que depende su capacidad cognoscitiva y volitiva produciendo la abolición de las mismas»” y la *SAP de León de 20 de marzo de 2006 (JUR 2006\167830)* en la que se estima que el acusado como consecuencia del pensamiento obsesivo de persecución y perjuicio que sufría, “se veía

víctima de un «complot» en el que participaban entidades municipales, notarios, bancos, «tramado para perjudicarle y arruinarle», le hace perder contacto con la realidad, la que interpreta de forma delirante, torcida y equivocada, no viendo otra «salida» a la situación que la de «poner fin» a la misma en la dramática forma en que lo hizo, concibiendo la idea de acabar con su vida y la de su esposa «para que no se quedara sola y arruinada, «dramática y absurda decisión sólo explicable dentro de su «delirio». Procede pues declararle inimputable y exento de responsabilidad criminal, sometiéndole a las medidas de seguridad que se indicarán”. Por su parte, la *SAP de La Coruña de 31 de mayo de 2002 (JUR 2002\200680)* estima acreditado “que el acusado padece una psicosis delirante crónica, o trastorno de ideas delirantes persistentes en su actual formulación técnica, que es una psicosis funcional que dementiza sólo determinados aspectos de la conciencia del enfermo, ciñéndose la afectación de su pensamiento a aquellos aspectos de la realidad que asocia con su ideación delirante, que es inmovible, irrefutable, persistente, estructurada y de tal intensidad que cede ante la misma cualquier otra consideración, poniendo a su servicio la capacidad de juicio y la personalidad entera del afectado, lo que compromete absolutamente su capacidad de comprender la criminalidad del acto y de dirigir sus acciones. El acusado convierte al perjudicado en una irreal causa de perjuicio por haberle prescrito un determinado fármaco que considera que le generó graves problemas cardíacos y tal delirio mueve su comportamiento y genera una necesidad del delito, de modo que el acto agresivo realizado es explicable como cumplimiento de un deber para hacer valer la verdad y justicia de sus pretensiones o como defensa ante la imaginaria fuente del perjuicio”. La *SAP de Baleares de 4 de septiembre de 2000 (ARP 2000\3141)* recoge que “los cinco especialistas coincidieron que el acusado mantiene un estado de delirio persecutorio y referencial, correspondiente a una clara e indudable alienación y estando sus actos sobredimensionados en relación con el delirio, no le son imputables porque no tiene posibilidad de elección, lo que por sí se traduce en apreciación de la circunstancia eximente del artículo 20-1º del Código Penal; ellos como resolución al tema central de la presente causa constituido por la imputabilidad, por falta de salud mental, puesto que sin tal elemental presupuesto no puede haber culpabilidad ni, consiguientemente, responsabilidad, por lo que se estima la pretensión del Ministerio Fiscal como principal

(la norma carece de fuerza motivadora para dejar de dañar y prender fuego, amén de que en el caso de autos el incendio ya entraba en el delirio del acusado)". Seguimos con la *SAP de León de 6 de octubre de 2006 (JUR 2006\286271)* en la que se considera que "Isidro padece un trastorno delirante que le hace plenamente inimputable respecto de tal conducta pues es su afán desmesurado de realización de justicia, que constituye el objeto de su delirio, por lo que tiene distorsionada la percepción de la realidad, lo que condiciona su pensamiento y conducta, siendo precisa la sumisión a un tratamiento psiquiátrico para su adecuado control". La *SAP de Madrid de 15 de septiembre de 1998 (ARP 1998\5566)* en la que "el acusado padecía un desarrollo delirante de contenido celotípico. Tratándose de un delirio crónico sistematizado e inmovible que se desarrolla con coherencia y, claridad a partir de elementos falsos e interpretaciones delirantes de la realidad".

Junto a ellas, la *SAP de Barcelona de 15 de julio de 2004 (JUR 2004\218111)*, *SAP de Sevilla de 8 de junio de 2005 (JUR 2005\2652859)* y *SAP de Girona de 1 de junio de 1999 (ARP 1999\3458)*. En la primera de ellas, se consideró que "en la ejecución del delito descrito concurrió la eximente de alteración psíquica del art. 20.1 del CP dado que el procesado tenía sus facultades cognitivas y volitivas anuladas a causa de un trastorno delirante persistente de evolución tardía y de más de diez años de evolución, del que no se había tratado psiquiátricamente, lo que a la postre le llevó a la creencia de que su esposa D^a Estíbaliz, de 75 años de edad, le era infiel y quería acabar con su vida envenenándole, habiendo sido interesada la apreciación de dicha eximente tanto por el Ministerio Fiscal como por la acusación particular, punto en el que también estuvo conforme la defensa, lo que dispensa de mayores razonamientos". En la segunda que concurría "la circunstancia eximente de trastorno psíquico, del núm. 1º del Art. 20 del Código Penal, ya que tal como resulta de modo inequívoco del informe coincidente de las dos médicas forenses y del médico psiquiatra penitenciario, el acusado, aunque tuviera capacidad para saber lo que estaba haciendo, carecía por completo de una percepción adecuada de la realidad que le hubiera permitido adecuar su conducta a la norma, lo que excluye su capacidad de culpabilidad" y finalmente la tercera recoge que "el sujeto era conciente de que estaba realizando una conducta ilícita, pero el trastorno

mental que padecía le privaba de la facultad de elegir realizar un comportamiento distinto adecuado a la norma”, entre otras²⁹⁰.

²⁹⁰ *SAP de Palencia de 4 de abril de 2006 (JUR 2006\147743)* donde se reconoce que los informes médicos estiman “que los hechos enjuiciados están determinados totalmente por su idea delirante que condiciona completamente su comportamiento en lo que refiere a la existencia del supuesto hijo y a sus actos en relación con esa idea, no cabe sino concluir que se dio en la acusada la anomalía o alteración psíquica que reclama el art. 20-1 CP para la concurrencia de la eximente completa, ya que aquélla, víctima de un delirio, no se halló en situación de comprender que su conducta era realmente intolerable al tratar de llevar a cabo una acción netamente antijurídica; *SAP de Madrid de 17 de noviembre de 2005 (JUR 2006\14007)* en la que se reconoce “concorre la circunstancia eximente del art. 20-1 del Código Penal, pues del informe psiquiátrico, se concluye que el acusado “padece un trastorno delirante tipo paranoide. Que el cuadro diagnosticado es de naturaleza psicótica y se basa en la existencia de ideas delirantes crónicas de tipo persecutorio. Parece ser de una antigüedad de por lo menos 5 años. Vive sus ideas delirantes con plena certidumbre y no tiene conciencia de enfermedad. Realizó los hechos para defenderse. La conducta desarrollada en estos hechos está condicionada por su patología psiquiátrica”. También, la *SAP de Cádiz de 22 de diciembre de 2004 (JUR 2005\147052)* en la que se prueba que “en la comisión de los hechos de autos y en la procesada se advierte la existencia de un estado morboso definido por ser un trastorno delirante con ideas de perjuicio, heteroagresividad e ideación homicida personificadas precisamente en Matías, que según dictamen pericial prestado por dos médicos forenses en el acto del Juicio Oral, abolía totalmente las facultades superiores de entender y de querer de la procesada, haciéndola inimputable de acuerdo con el artículo 20-1º del Código Penal”; *SAP de Sevilla de 9 de diciembre de 2004 (JUR 2005\67495)* en la que los informes médicos “constatan que en el momento de la agresión el procesado sufría un trastorno delirante, de origen no determinado, que anulaba totalmente su capacidad de entendimiento y voluntad. La irracionalidad de la conducta y falta de cualquier motivo que pudiera explicar, que no justificar, la agresión realizada por el procesado, junto a la medicación que el mismo tenía prescrita: risperdal 3 mgrs y tranxilium 10, adecuada para enfermos psicóticos, corroboran estas conclusiones médicas” y *SAP de Girona de 1 de junio de 1999 (ARP 1999\3458)* donde se demuestra que “en la comisión del mencionado delito concurre en la acusada la eximente de alteración mental del artículo 20.1 del CP, en tanto que de la prueba pericial practicada ha resultado probado que la acusada en el momento de la comisión de los hechos se hallaba bajo los efectos del trastorno delirante de contenido erotomaniaco y de perjuicio contra la familia F.-I. que padecía, impidiéndole dicho trastorno actuar conforme a la comprensión de la ilicitud de su conducta, de forma tal que aun teniendo conciencia la acusada de que estaba realizando una conducta ilícita, el trastorno mental que padecía le privaba de la facultad de elegir realizar un comportamiento distinto adecuado a la norma”. Junto a ellas, la *SAP de Córdoba de 5 de julio de 2003 (JUR 2003\223384)* en la que se reconoce que “Luis Pedro padece un trastorno delirante, tal y como se acredita a través de la documental médica aportada, y, la pericial practicada en Juicio Oral, en la que, el Médico Forense actuante pone claramente de manifiesto que en el individuo en cuestión existe ese tipo de alteración mental que en él se presenta bajo la forma de una obsesión con la idea fija puesta en que nadie le da trabajo, que todos le tienen miedo, que le van a atacar por la calle, y todo ello lo incardina en un concepto, como originario de que un día, en el año 1966, trató de hacerle una fotografía a un determinado político y que este le huyó; a consecuencia de ello, siente un incontenible deseo de marcharse de Córdoba a Tomelloso -su lugar de origen-, y para poder lograr, de huir de la persecución a la que se siente sometido, y, evitar el peligro que siente, se le representa el incendio de la casa como única solución a su problema, y ante el hecho realizado y sus consecuencias, carece de conciencia de mal real que representa, si bien, para las demás cuestiones de la vida se muestra normal, o lo que es lo mismo, a causa de esa anomalía psíquica, es incapaz de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a ello, razón por la cual, en el caso que nos ocupa, la realidad fáctica ha existido, así como el delito y su autor, el cual es culpable y sin embargo, no puede derivarse de ello una responsabilidad para él por encontrarse en la situación amparada por la eximente completa del art. 20.1º del Código Penal que determinan su inimputabilidad por esa falta de comprensión antes aludida y de reacción de conducta normal, que hacen deba absolvérsele de la acción en su contra ejercitada” y *SAP de*

Los supuestos en que no ha existido duda a la hora de aplicar la eximente han sido aquellos en los que el sujeto “sufría en el momento de los hechos un trastorno psicótico delirante, en fase de exacerbación, que anulaba por completo su capacidad de comprender y libre a determinarse”²⁹¹, como en *SAP de Asturias de 7 de junio de 2000 (JUR 2000\253521)* en la que se reconoce “concorre en el acusado la circunstancia eximente de la responsabilidad criminal 1ª del artículo 20 del Código Penal, pues que el mismo padece una psicosis o genuina enfermedad mental está probada, pruebas según las cuales en una fase aguda el enfermo puede tener disminuida e incluso anulada su capacidad de entender y de autocontrol, y que en el momento de cometer los hechos se encontraba en una fase aguda de su enfermedad y lo que hizo tiene relación directa con sus ideas delirantes de persecución”, la *SAP de Alicante de 10 de octubre de 2001 (JUR 2001\74096)* en la que se advierte que “en la ejecución del expresado delito concurrió la eximente de enajenación mental del art. 20-1 ° del código Penal en ambos acusados, pues así resulta e a prueba pericial practicada en el plenario, ratificando los informes obrantes a los folios 280 y 282 de autos, según los cuales Eugenio R. B. padece un trastorno delirante persecutivo-paranoico, que el día de autos se encontraba en fase aguda, que le hace inimputable y Eugenio Moisés R. M. padece un trastorno delirante paranoide y que no era consciente ni imputable de los hechos cometidos el día de autos” y la *SAP de Ciudad Real de 12 de mayo de 2003 (JUR 2003\188854)* donde se considera que “los hechos son manifestación de un brote, es decir, del estado agudo de la enfermedad, lo cual evidencia la total anulación de las facultades. Dicho brote, además, es un trastorno delirante. En suma, el relato de hechos probados constituye una manifestación de las acciones de carácter patológico del sujeto, que al no ser debidamente tratadas, se prolongaron en el tiempo. Se trata de la simple actuación de un enfermo mental y de un control tardío de la enfermedad. Concorre, pues, de manera

Tarragona de 8 de octubre de 2001 (JUR 2001\329760) en la que de los informes forenses emitidos y ratificados en el juicio consideraron que “hallándose en el momento de cometer los hechos en una fase aguda del trastorno que padece, el acusado era inimputable, concurriendo la eximente completa del Artículo 20.1° del Código Penal en cuanto la misma incluye no solo la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho sino también la imposibilidad de actuar conforme a dicha comprensión. Debe, por ello estimarse este motivo de recurso y, entendiéndose que concurre causa de exención de la responsabilidad criminal, absolver libremente al acusado del delito por el que se le acusaba”.

²⁹¹ *SAP de Granada de 23 de marzo de 2001 (ARP 2001\325)*.

evidente, una alteración psicológica, que impide de manera total al sujeto que la padece comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

No faltan aquí tampoco los supuestos en los que el consumo de sustancias agravan la patología del sujeto como se recoge en la *SAP de Las Palmas de 5 de diciembre de 2001 (JUR 2002\56400)* en la que el sujeto enjuiciado “presenta una psicosis endógena, unido a un consumo perjudicial de alcohol que determina el que sea inimputable, y corroborado dicho informe por el médico forense en el acto del juicio oral en el que explicó de forma detallada las particularidades de la patología sufrida por el acusado que se corresponde con lo que en otros tiempos se denominaba paranoia, consecuencia necesaria es la estimación de la concurrencia en el mismo de la circunstancia eximente de la responsabilidad criminal 1 del artículo 20 del Código penal, y consiguiente absolución de dicho acusado” y la *SAP de Cádiz de 18 de diciembre de 2000 (JUR 2001\79872)* en la que se estima que “el procesado padece una enfermedad consistente en trastorno delirante crónico, de contenido persecutorio, enfermedad agudizada por su consumo tiempo atrás de heroína y cannabis. Dicha enfermedad se concentra, en su caso, en la víctima, interpretando que el niño busca con cualquiera de sus actuaciones solo molestarle, sintiéndose el enfermo de este modo auténticamente perseguido; esa interpretación errónea de la realidad, para él la exacta, le supone un trastorno muy severo que se proyecta posteriormente en su conducta, precisamente porque la única manera que tiene de librarse de ese pretendido acoso es atacando a quien cree que se lo produce; su capacidad de controlar la reacción a ese sentimiento es siempre limitada realizándose antes o después de ejecutada su acción de respuesta”.

Del análisis de estas sentencias podemos concluir que, desde el punto de vista médico legal, los trastornos delirantes persistentes constituyen una enfermedad mental con entidad suficiente para abolir las capacidades cognoscitivas y volitivas del sujeto siempre que en el momento en que ocurren los hechos delictivos, los mismos están íntimamente vinculados con el trastorno y contenido delirante. Esto es, resulta fundamental para la declaración de inimputabilidad atender a los efectos que sobre la capacidad de comprensión del sujeto y sobre sus facultades volitivas proyecta la enfermedad en el momento de la ejecución del hecho delictivo, siendo además necesario que dicho delito guarde relación de sentido o causalidad con el tema del delirio.

Del estudio de aquellas sentencias que han estimado la apreciación de la eximente de anomalía o alteración psíquica del art. 20.1 CP, se deduce que los temas de los trastornos delirantes suelen ser de lo más variado. Si agrupamos dichas resoluciones atendiendo al tipo de trastorno delirante padecido podemos obtener las siguientes conclusiones:

- La construcción delirante celotípica suele ser un tipo frecuente que aparece, por ejemplo, en la STS de 20 de octubre de 1982 (RJ 1982\5663)²⁹² y en la SAP de Madrid de 15 de septiembre de 1998 (ARP 1998\5566)²⁹³.

- El trastorno delirante de contenido erotomaniaco no suele darse en muchas ocasiones, habiéndose encontrado únicamente la SAP de Girona de 1 de junio de 1999 (ARP 1999\3458) según la cual “la acusada en el momento de la comisión de los hechos se hallaba bajo los efectos del trastorno delirante de contenido erotomaniaco, impidiéndole dicho trastorno actuar conforme a la comprensión de la ilicitud de su conducta”.

- El trastorno delirante de persecución es el más usual, apareciendo solo en algunas ocasiones [STSJ de Murcia de 9 de julio de 2001 (JUR 2006\46402)²⁹⁴, SAP de Cádiz de 18 de diciembre de 2000 (JUR 2001\79872)²⁹⁵, SAP de Madrid de 17 de noviembre de 2005 (JUR 2006\14007)²⁹⁶ y la SAP de León de 20 de marzo de 2006 (JUR 2006\167830) donde el sujeto padece un trastorno delirante de persecución y de

²⁹² Donde “... aparece con absoluta nitidez que el acto delictivo -muerte de la esposa- ha sido derivación de la construcción delirante del sujeto -delirio de celos-, que afectó a sus facultades psíquicas con intensidad suficiente para privarle de todo freno inhibitorio creando una situación de completa inimputabilidad”.

²⁹³ En la que se reconoce que “concorre en el acusado respecto de los tres delitos la eximente primera del artículo 20 del Código Penal, conforme a la cual queda exento de responsabilidad criminal. (...) Circunstancia de exención que aparece acreditada porque que el acusado padecía un desarrollo delirante de contenido celotípico”.

²⁹⁴ En la que “los de los Médicos forenses, los especialistas en psiquiatría, coinciden en que Gustavo se encuentra afecto de un trastorno delirante, tipo persecutorio, un trastorno cognitivo no especificado de etiología mixta, con un coeficiente intelectual de 58 incluíble en el retraso mental leve”.

²⁹⁵ En esta sentencia se reconoce que “el procesado padece una enfermedad consistente en trastorno delirante crónico, de contenido persecutorio, enfermedad agudizada por su consumo tiempo atrás de heroína y cannabis”.

²⁹⁶ Resolución en la que queda acreditada “que el cuadro diagnosticado es de naturaleza psicótica y se basa en la existencia de ideas delirantes crónicas de tipo persecutorio”.

perjuicio²⁹⁷] o unido a otro tipo de trastorno [SAP de Alicante de 10 de octubre de 2000 (JUR 2001\74096) en la que se estima que “en la ejecución del expresado delito concurrió la eximente de enajenación mental del art. 20-1 ° del código Penal ya que el acusado padece un trastorno delirante persecutivo-paranoico, que el día de autos se encontraba en fase aguda, que le hace inimputable”; la SAP de Baleares de 4 de septiembre de 2000 (ARP 2000\3141) en la que “(...) los cinco especialistas coincidieron que el acusado mantiene un estado de delirio persecutorio y referencial, correspondiente a una clara e indudable alienación y estando sus actos sobredimensionados en relación con el delirio, no le son imputables porque no tiene posibilidad de elección, lo que por sí se traduce en apreciación de la circunstancia eximente del artículo 20-1° del Código Penal...”].

2. La semieximente del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 del mismo texto ha sido aplicada cuando la capacidad de culpabilidad del sujeto se encuentra notablemente limitada al presentar el mismo una importante disminución en su capacidad para comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión. Así lo han estimado sentencias tales como la STS de 27 de enero de 1978 (RJ 1978\106), STS de 2 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8536) 27 de mayo de 2003 (RJ 2003\4278)²⁹⁸. En la primera citada, el acusado presenta una reacción psicótico paranoica de carácter exógena y episódica unida a la ingesta de alcohol que propició una disminución de sus facultades intelectuales y volitivas y la aplicación de la semieximente del art. 9.1 CP. En la segunda, “la acusada se encuentra padeciendo una paranoia que sólo “puede ser calificada de leve, y esta levedad, no puede llevar nunca, a una exención total de la responsabilidad penal, a través de una inimputabilidad absoluta, ahora bien lo que no cabe lugar a dudas, es que la sentencia recurrida ha subsumido muy bien estos hechos o situación, al aplicar la semiexención del artículo 9-1 del Código Penal, en relación al artículo 8-1 de dicho cuerpo legal”. Por lo que se refiere a la tercera y última, la acusada

²⁹⁷ Estos tipos de trastorno delirante hacen al acusado verse como que le hacían verse como “víctima de un «complot» en el que participaban entidades municipales, notarios, bancos, «tramado para perjudicarlo y arruinarlo», le hace perder contacto con la realidad, la que interpreta de forma delirante, torcida y equivocada, no viendo otra «salida» a la situación que la de «poner fin» a la misma en la dramática forma en que lo hizo, concibiendo la idea de acabar con su vida y la de su esposa «para que no se quedara sola y arruinada, «dramática y absurda decisión sólo explicable dentro de su «delirio»”.

²⁹⁸ También las SSTS de 22 de enero de 1966 (RJ 1966\161) y 4 de noviembre de 1978 (RJ 1978\3374).

presenta un perfil patológico comórbido que muestra paranoia, esquizofrenia, hipomanía y desviación psicopática, a lo que se une una intensa toxicomanía que aliviar, mitigar o reducir los efectos psicóticos en la misma, pero “en ningún caso eliminaban las múltiples y graves anomalías psíquicas padecidas por aquella que, en todo caso, persistían en todo momento asociadas a la grave drogodependencia a la heroína y cocaína, situación esta que configura el sustrato fáctico para la apreciación de una circunstancia eximente incompleta, según reiterada doctrina de esta Sala en situaciones similares a la presente, ya que es evidente que la capacidad de imputabilidad de un simple drogodependiente no puede ser la misma que la de aquel que, además, tiene ya mermadas sus facultades intelectivas y volitivas por graves patologías psíquicas endógenas, de suerte que la conjunción de ambos factores aumenta el déficit mental del sujeto que fundamenta la aplicación de la circunstancia 1ª del art. 21 en relación con el art. 20.1 CP”.

Junto a ambas también muchos tribunales menores han apreciado la existencia de la semieximente. Así, la *SAP de Barcelona de 4 de julio de 2005 (JUR 2006\222917)* en la que la pericia médico forense reconoce la existencia de una paranoia “que compromete altamente (se habla de "importante disminución"), pero sin privar, la función mental de conocer la trascendencia de sus actos o la de querer. A la luz de esa probanza, complementada en lo menester por la documental médica incorporada a la causa, nada cabe concluir acerca de la ausencia de imputabilidad apta para configurar la eximente completa que se postula”. La *SAP de Madrid de 10 de enero de 2006 (JUR 2006\194846)* en la que se recoge “este tribunal entendió, en definitiva, que ante la naturaleza, entidad e intensidad del delirio relativo a una supuesta sustracción del dinero atribuible a su esposa, y vista la reacción que tuvo nada más suceder los hechos, el acusado actuó con sus facultades intelectivas y volitivas muy mermadas, pero no anuladas. Y a partir de esa premisa, y de los datos que hemos reseñado, se estimó que su capacidad de culpabilidad estaba muy notablemente limitada pero no excluida, convicción que nos llevó a subsumir las consecuencias de la limitación de culpabilidad en el art. 21.1º del CP (en relación con en relación con el 20.1º y 68 del CP). Se asumió así la tesis de la eximente incompleta y no de la completa de anomalía o alteración psíquica, a tenor de las circunstancias que concurrían en el caso, y aun reconociéndose

que se trata de un supuesto límite y de una materia en la que los niveles de certeza fáctica y los juicios jurídicos han de operar con unos márgenes de definición y determinación inferiores a los que se aplican en otras cuestiones de menor complejidad. Y también finalmente, la *SAP de Madrid de 26 de julio de 2004 (JUR 2005\240441)* en la que se estima que “en el curso de las manifestaciones prestadas por la víctima en la vista oral del juicio y también en la fase de instrucción, se traslució que el origen del trastorno delirante pudiera estar también vinculado con fijaciones o ideas obsesivas de carácter económico. Si tales circunstancias las ponemos en relación con el dato de que el acusado, después de 45 años de matrimonio, nunca había agredido a su esposa (aunque últimamente las relaciones personales no eran buenas) y que el día de los hechos no hubo ninguna discusión previa a la agresión, sino que el marido apareció de pronto en la portería y, provisto de una baldosa, comenzó a agredirla compulsivamente, ha de admitirse, aplicando criterios de razonabilidad y máximas de experiencia, que el acusado, debido a su trastorno de personalidad y, especialmente, al trastorno delirante (probablemente relacionado con sus obsesiones económicas), actuó con sus facultades cognitivas y volitivas muy mermadas. Por consiguiente, procede aplicar una eximente incompleta de anomalía psíquica, en aplicación de lo dispuesto en el art. 9.1ª en relación con el 20.1º y 68 del CP”.

Junto a estas sentencias encontramos otras en las que el trastorno delirante no se encuentra solo sino unido a otro u otros trastornos, por ejemplo del control de los impulsos. Así se recoge en la *SAP de Bizkaia de 19 de diciembre de 2003 (JUR 2004\51832)* en la que se demuestra que “la pericial practicada en el acto del juicio oral acredita que Franco padece una psicosis delirante además de un trastorno del control de los impulsos y ambas enfermedades mentales conllevan que a la fecha de los hechos el acusado tuviera mermadas de forma importante sus capacidades volitivas. La psicosis delirante se define por las ideas delirantes y las alucinaciones. En este caso Franco tiene ideas delirantes pero no alucinaciones. Informa el doctor en psiquiatría Sr. Matías, que le trató un tiempo, que una persona con la que ya antes hubiera tenido problemas siempre va entender que se le acerca de forma provocativa. Un paranoico interpreta todo como algo provocador. Y en efecto Franco declara que Benjamín le provocó porque le sonrió y ese gesto fue suficiente para su reacción agresiva, que una vez empieza ya no

puede detener por el trastorno del control de impulsos que, también, sufre y está basado en un daño cerebral. En atención a todo lo cual dicho perito concluye que las capacidades volitivas del acusado estarían parcialmente abolidas pero no anuladas del todo, de ahí que se estime la eximente incompleta del art. 21.1 en relación con el art. 20.1 del Código Penal como solicita el Ministerio Fiscal y la Defensa”. La *SAP de Las Palmas de 22 de agosto de 2005 (JUR 2005\210730)* recogió un caso en el que la paranoia (trastorno delirante de tipo celotípico) aparecía junto a un trastorno de ánimo ansioso trastorno de ánimo ansioso depresivo (“también ha quedado acreditado por el citado informe forense que el acusado tiene una afectación significativa de sus capacidades de querer y obrar, lo que lleva a la conclusión de que no solamente concurre el primer elemento de la eximente sino también el segundo aunque con una intensidad que sólo permite su apreciación como incompleta”). La *SAP de Alicante de 16 de diciembre de 2005 (JUR 2006\96847)* contempla un supuesto en el que el trastorno delirante se une a un alcoholismo crónico [“concorre la circunstancia modificativa de la responsabilidad penal de eximente incompleta de alteración psíquica (art. 21,1º, en relación con la eximente del art. 20.1 C. Penal), por el proceso de ideas delirantes que padece, que disminuye la percepción de los actos que comete y le incita a responder impulsivamente, descontroladamente, ante los comportamientos de terceros que le parecen ofensivos o perjudiciales, como pudo ser la mirada que le dirigió el peatón agredido y que influyen considerablemente en su capacidad de control por disminuir notablemente su capacidad volitiva e intelectual, lo que permite incardinar ese padecimiento en la fase de eximente incompleta, al tratarse de una afectación que se agrava o incrementa en situaciones de indignancia, malviviendo en la calle, y de alcoholismo crónico, como padecía el acusado cuando sucedieron los hechos”]. Finalmente, la *SAP de Madrid de 15 de julio de 2002 (JUR 2002\245135)* recoge un supuesto en el que concurre unido al padecimiento de un trastorno delirante celotípico, consumo de drogas [“los jurados si han estimado probado que el acusado, al ocurrir los hechos, estaba afectado por un trastorno delirante celotípico (de celos) agudizado por el consumo de cocaína, que si bien no le privaba de sus capacidades de entendimiento y voluntad, si afectaba a las mismas de forma grave e importante; lo que se traduce en la apreciación de la eximente incompleta núm. 1 del art. 21 en relación con el art. 20-1

ambos del CP, acogiendo, por tanto, la acusación definitiva del Ministerio Fiscal, y una de las alternativas planteadas por la defensa. Pues bien, la mencionada prueba pericial ha de calificarse de suficiente, aunque la motivación concreta, llevada a cabo por el Tribunal del Jurado, deba calificarse, a su vez, de sucinta y escueta. Lo importante es que se ha hecho mención expresa al diagnóstico clínico con el que prácticamente inicia su exposición el mencionado perito (Dr. Carrasco), tal y como se desprende del folio 3 de la sesión del juicio correspondiente al día 10 de julio, y que literalmente dice: «mi conclusión es que en el momento de los hechos tenía como mínimo un trastorno psicótico delirante, celotípico, en relación con el consumo de sustancias». A ello hay que añadir necesariamente las explicaciones que acompañaron a dicho diagnóstico, lo que permite concluir que el Tribunal del Jurado ha contado con suficiente sustento probatorio”].

3. La atenuante analógica del art. 21.6º, en relación con el núm. 1º del mismo precepto, y con el art. 20.1º del Código Penal ha sido apreciada en aquellos supuestos en los que la disminución de la conciencia de la ilicitud o de la capacidad de autodeterminación ha sido leve. Muestra de ello son las SSTS de 8 de marzo de 2001 (RJ 2001\1347), 3 de diciembre de 2002 (RJ 2003\174) y 21 de noviembre de 2005 (RJ 2006\181). La primera de ellas muestra un supuesto en el que el acusado, al tiempo de acaecer los mismos, padece un consumo alcohólico con patrón dependiente además de una psicosis paranoide de celotipia, aceptándose que “en la ocasión de autos no tenía afectadas de manera grave las determinaciones de obrar y de querer tal como estima el Tribunal de instancia en conclusión no ilógica basada en el citado informe pericial, hay que concluir que en su favor sólo concurre la atenuante analógica apreciada por la Sala de instancia”. En la segunda de ellas, el Tribunal de instancia reconoció “que «el procesado presentaba un trastorno delirante de perjuicio y un trastorno límite de la personalidad, patologías estas que, en el momento de ser cometidos aquéllos (los hechos descritos anteriormente), disminuía levemente su facultad de control de los impulsos». El efecto jurídico que aplica el Tribunal al estado descrito es el de una atenuante análoga a la semixerimente de anulación de las facultades mentales por anomalía psíquica. Es más, en el fundamento jurídico quinto razona al respecto que «a tenor de los resultados de la prueba pericial psiquiátrica desarrollada en el juicio ..., la patología

antes descrita afectaría sustancialmente a la imputabilidad si constara que el acusado tuviese la voluntad prácticamente anulada en caso de hallarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, dato este último que en ningún momento ha aparecido a lo largo de la instrucción ...», y precisamente por ello entiende que no cabe atribuir a la patología mencionada mayor alcance que la apreciación de la circunstancia atenuante analógica referida, tras descartar la eximente completa o incompleta de alteración psíquica”. Finalmente la tercera de ellas, reconoce que los informes clínicos refieren que el acusado padece trastornos delirantes de persecución, trastorno del control de impulsos y trastorno no especificado de la personalidad con el complemento de un consumo de abuso de drogas (aunque éste no esté acreditado como de grave adicción), que “permite a esta Sala considerar la existencia de una merma de las capacidades cognoscitivas y volitivas del sujeto que sustentan la apreciación de la atenuante analógica de anomalía psíquica por vía del art. 21.6º en relación con el 21.1 y 20.1 CP, pues que, aunque el acusado no desconociera la ilicitud de su conducta ni estuviera impedido para actuar conforme a ese conocimiento, entendemos que estas facultades se encontraban mermadas en cierta medida por las mentadas deficiencias psíquicas, lo que debe tener su reflejo en la imputabilidad y, por extensión, en la responsabilidad criminal”.

A las anteriores se unen, la *SAP de Bizkaia de 19 de diciembre de 2001 (JUR 2002\217432)* en la que el acusado padece un trastorno delirante tipo persecutorio, con síntomas depresivos y que este trastorno es de larga data, reconociéndose que “aun con la escasez de datos, tal diagnóstico con la referencia de su larga data, unido a las características del propio comportamiento de la denunciada, que es una manifestación propia del trastorno certificado en el informe médico, permite entender concurrente una circunstancia atenuante de la responsabilidad criminal del art.21,6ª en relación con el art.20,1º, considerando que el trastorno de la Sra. A. caracterizado por los delirios de persecución le afectan en su capacidad intelectual y volitiva y atenúan su responsabilidad en el hecho cometido”. También la *SAP de Madrid de 22 de mayo de 2000 (ARP 2000\2163)* donde se estima que “a la vista del resultado de la prueba pericial médica que se practicó en el juicio oral, hay que concluir afirmando que la incidencia en los hechos del cuadro psicopatológico que presentaba el procesado, y en concreto, la psicosis paranoide de celotipia, que, a criterio del perito, parece secundario

a su alcoholismo crónico, no afectó de manera grave a las determinaciones de obrar y de querer del encartado, por lo que únicamente cabe apreciar una atenuante analógica de alteración psíquica, del art. 21.6º, en relación al 21.1º y éste, a su vez, con el art. 20.1º del Código Penal” y por último, *la SAP de Baleares de 17 de abril de 2000 (ARP 2000\1737)* donde se recoge que “lo que tampoco descarta la Sala es que ciertamente dicho cuadro psicótico crónico que padece el procesado, unido al consumo de cocaína desde hace varios años, es obvio que ello ha determinado una merma, disminución o aminoración de sus facultades cognoscitivas y volitivas en relación al hecho delictivo, pero sin que ello limite de una forma más o menos grave su capacidad de determinación, por ello apreciamos la atenuante analógica de enajenación mental, sin que se pueda estimar la eximente incompleta aducida por la defensa”.

Por lo tanto, en líneas generales podemos concluir que los sujetos que presentan un trastorno delirante persistente y cometen delitos en el ámbito de su delirio serán inimputables, calificación sobre la que no parece existir duda, pues el sujeto en estos casos suele actuar en un estado de conciencia cualitativamente alterado que ha falseado la sensopercepción con un proceso intelectual equivocado²⁹⁹. Cuestión distinta será si los hechos se producen sin relación de causalidad, lo que creemos dará lugar a una declaración de imputabilidad del sujeto, debido a que en aquello que no tiene que ver con el delirio, el sujeto es normal, pues conserva todas las funciones psíquicas en su integridad y puede comprender la ilicitud de sus hechos y actuar conforme a dicha comprensión, por lo que si el sujeto en estas condiciones comete un delito, pensemos por ejemplo en el sujeto que padeciendo un trastorno delirante persistente de tipo celotípico comete una estafa, dicho trastorno seguramente para nada ha incidido en ese delito de ahí que sería injustificada una exención de responsabilidad criminal. Será por tanto, fundamental en estos casos, un análisis de los hechos, las circunstancias y el estudio personalizado del sujeto enfermo para conocer si los hechos pueden ser considerados fruto del trastorno delirante.

²⁹⁹ GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., p. 115.

VI. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Se trata de unos trastornos con una criminalidad no muy elevada³⁰⁰, cuya actividad delictiva está directamente supeditada al estado de ánimo en el que se encuentre el sujeto que los padece. Son las formas maníacas las que más conductas antijurídicas determinan dada su propensión a la violencia, siendo excepcionales sin embargo las trasgresiones en la forma depresiva. Si se producen en este último caso, suelen tener carácter omisivo y/o imprudente. Lo que sí adquiere una gran significación es la tendencia al suicidio y al homicidio altruista³⁰¹.

Así lo consideró la STS de 15 de marzo de 1990 (RJ 1990\2484) al estimar que las “timopatías como factor criminógeno son de escasa relevancia; en la forma depresiva son excepcionales las transgresiones legales, todo lo más las culposas, y es significativa la tendencia al suicidio; a la fase maníaca se refieren las contravenciones más frecuentes por la propensión del sujeto a la violencia; y en la forma larvada, no se han observado ni un aumento en las transgresiones, ni una particularidad de las mimas”. Posteriormente, también la STS de 20 de octubre de 1993 (RJ 1993\7809), reconocía que “en las fases depresivas profundas existe un déficit de la voluntad de tal orden que se produce una notoria dificultad o inhibición para realización de iniciativas o actos vitales, por lo que aparte los suicidios que es la tendencia más frecuente en tal estado, los delitos propios del mismo y con los que la enfermedad guarda evidente relación, serán los de omisión o comisión-por omisión [ver. SS. 14-12-1992 (RJ 1992\10197) y 31-3-1993 (RJ 1993\2598)] y no aquellos que exigen un planeamiento y actuación positiva, máxime si

³⁰⁰ Así lo refieren BORJA JIMÉNEZ, E.: *Las circunstancias...*, cit., p. 53; CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La Salud Mental en los Tribunales...*, cit., p. 168 y RUIZ-MAYA, M.: *Psiquiatría penal...*, cit., p. 420. También la STS de 15 de marzo de 1990 (RJ 1990\2484).

³⁰¹ Un estudio sobre las principales conductas delictivas de los trastornos del humor puede verse en: CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La enfermedad mental...*, cit., pp. 162 y 163 y los mismos autores en: *La Salud Mental en los Tribunales...*, cit., pp. 168 y 169; CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “La patología psicótica en psiquiatría forense”, en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, pp. 911 y ss; CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., pp. 1200 y ss; GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría criminal...*, cit., pp. 305 y ss; GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., pp. 108 y 109; GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, A.: “Relevancia criminológica...”, cit., pp. 1602 y 1603; GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (II)”..., cit., pp. 1161 y ss; HOMS SANZ DE LA GARZA, J.: *Trastorno mental transitorio...*, cit., pp. 224 y ss y MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., pp. 279 y ss.

ésta es compleja, como el tráfico de autos; mientras que en la fase de euforia o maniaca, el sujeto obra con hiperactividad impulsiva correspondiente a la elevación «hipertímica» de su ánimo, por lo que los delitos que cometen en esta fase son los violentos, arrebatados o en corto-circuito y sin posibilidad de planeamiento, dada la inmediatividad entre la idea y su ejecución propia de esa fase eufórica”³⁰². Para finalizar, la STS 27 de septiembre de 1996 (RJ 1996\6496) refiere que a los trastornos maniaco-depresivos “las tendencias más modernas de la psiquiatría (SS. de la Sala II de 27 febrero 1989 [RJ 1989\4757] y 7 diciembre 1991 [RJ 1991\9109]) ya no les asignan la importancia criminopenal que antes se les atribuyó, permitiendo afirmar a los investigadores que, de los datos de los que se dispone en la actualidad sólo raramente aparecen vinculaciones entre ciclotimia y delito, salvo en lo que se refiere a suicidas que incluyen en su plan la muerte de otras personas”³⁰³.

En relación a la incidencia que el *trastorno bipolar* presenta en la imputabilidad, el Tribunal Supremo ha utilizado una línea jurisprudencial constante en la materia³⁰⁴, en la que ha considerado que dicha incidencia dependerá de la clase e intensidad de los síntomas fundamentales que el sujeto que la padece presente³⁰⁵. Es opinión común en la doctrina³⁰⁶ y en la jurisprudencia³⁰⁷ que procede la exención de responsabilidad criminal

³⁰² También la STS de 27 de febrero de 1989 (RJ 1989\4757) estimó que “es en la fase maniaca cuando tiene lugar con mayor frecuencia la actividad antisocial y delictiva. Ahora bien, también la melancolía depresiva, aparte de dar lugar a tentativas de autodestrucción, puede propiciar la comisión de delitos violentos, si durante su proceso sobreviene un estado doloroso o de angustia que rompe la paralización psicomotora (raptus melancholicus)”.

³⁰³ (Sala de lo Militar).

³⁰⁴ SSTS de 15 de marzo de 1990 (RJ 1990\2484), 24 de mayo de 1991 (RJ 1991\3857), 19 de noviembre de 1992 (RJ 1992\9607), 20 de octubre de 1993 (RJ 1993\7809), 22 de enero de 1996 (RJ 1996\11), 27 de septiembre de 1996 (RJ 1996\6496), 28 de septiembre de 1998 (RJ 1998\7367) y 5 de diciembre de 2005 (RJ 2005\1927).

³⁰⁵ STS de 15 de marzo de 1990 (RJ 1990\2484).

³⁰⁶ Así lo consideran entre muchos otros, BORJA JIMÉNEZ, E.: *Las circunstancias...*, cit., p. 53; CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La enfermedad mental...*, cit., p. 163; CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “La patología psicótica...”, cit., p. 913; CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1201; GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (II)”..., cit., pp. 1162 y ss; HOMS SANZ DE LA GARZA, J.: *Trastorno mental transitorio...*, cit., p. 227; MARCO RIBÉ, J. y MARTÍ TUSQUETS, J. L.: *Psiquiatría forense*, 1ª ed., 1ª imp., Espaxs, Barcelona, 2002, p. 246; MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., p. 281; ORTEGA MONASTERIO, L.: “Semiología...”, cit., p. 24 y ORTIZ VALERO, T.: *Lecciones de psiquiatría forense*, Comares, Granada, 1998, pp. 403 y 404.

³⁰⁷ STS de 28 de septiembre de 1998 (RJ 1998\7367).

si el hecho que comporta la conducta delictiva ocurre durante la fase activa de un episodio depresivo mayor o maníaco, pues en ellos, el sujeto puede perder el contacto con la realidad y por lo tanto el juicio crítico³⁰⁸ o comprender fugazmente el valor real de sus actos pero no ser capaz de inhibirlos³⁰⁹, anulándose la capacidad para comprender la ilicitud del hecho o la de adecuar su conducta conforme a dicha comprensión.

Por el contrario, no parece quedar muy clara la repercusión en la imputabilidad en el caso de las *formas menores o atenuadas de los trastornos del estado de ánimo* (tales como cuadros de hipomanía o trastorno ciclotímico, distímias, crisis ocasionales leves y breves de depresión, ...) y en los *periodos intercríticos*, debiendo recurrirse al dictamen caso por caso en cada uno de los supuestos personales contemplados. Esto es, habrá que valorar los hechos, la fase cíclica que discurre y, de un modo especial, la yoidad y la conciencia³¹⁰.

Las *citadas formas menores* parecen el terreno idóneo para una imputabilidad disminuida en grado variable, dependiendo de la intensidad del trastorno y de la relación con un hecho determinado. Sobre las mismas han estimado CARRASCO GÓMEZ y MAZA MARTÍN que “el episodio hipomaníaco derivado de la menor intensidad del trastorno puede tener menor incidencia, al menos básicamente, si bien en la interacción con consumo de alcohol u otras sustancias (cocaína) puede llegar a perturbar más seriamente el funcionamiento psíquico. En otros tipos de trastornos depresivos, dependiendo de la intensidad de las manifestaciones clínicas, existirá una mayor, menor o nula incidencia sobre la imputabilidad, debido a que la influencia sobre los elementos cognitivos no es tanta como para perder la capacidad de conocer el alcance o ilicitud de un hecho; si bien, el estado de ánimo deprimido sí puede ser

³⁰⁸ CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La enfermedad mental...*, cit., p. 163.

³⁰⁹ STS de 5 de diciembre de 2005 (RJ 2005\1927). Así lo consideran GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (II)”..., cit., pp. 1162 y 1163 y LÓPEZ SAIZ, I. y CODÓN, J.M.: *Psiquiatría jurídica penal y civil*, 3ª ed., Aldecoa, Burgos, 1969, p. 331.

³¹⁰ STS de 24 de mayo de 1991 (RJ 1991\3857).

suficiente para que a pesar de ese conocimiento no existan los necesarios frenos para evitar conductas anormales”³¹¹.

Sobre *las fases intercríticas* sin embargo, no existe acuerdo, ya que algunos autores abogan por la aplicación de una atenuante analógica³¹² y otros por la total imputabilidad de los mismos³¹³, habiéndose pronunciado el Tribunal Supremo en ambos sentidos³¹⁴.

La psicosis maniaco-depresiva ha sido definida por el Tribunal Supremo como “una anomalía mental que se caracteriza -de ahí su nombre- por fases maniacas y otras depresivas en el mismo enfermo en distintos momentos de la vida, o sea, por profundas y cíclicas oscilaciones del estado de ánimo y de la afectividad, conociéndose también por los nombres de locura «bipolar» o «circular», o también por «ciclotimias» en la terminología preferible”³¹⁵. Suele responder “de forma más favorable que otras psicosis a los tratamientos que previenen la aparición de las fases o condicionan que éstas sean mucho más cortas y de menos intensidad. Se ha dicho que constituye asimismo un paradigma 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”³¹⁶.

Añadiendo la STS de 15 de marzo de 1990 (RJ 1990\2484) que “dicha entidad nosológica se caracteriza por un amplio grupo de síndromes cuyo factor común son las oscilaciones patológicas de la vitalidad; es el círculo timopático en el que se incluyen las alteraciones endógenas, no motivadas, de los sentimientos vitales de tristeza, alegría

³¹¹ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., pp. 1201 y ss.

³¹² BORJA JIMÉNEZ, E.: *Las circunstancias...*, cit., p. 54.

³¹³ CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *Psiquiatría y Derecho, dos ciencias obligadas a entenderse. Manual de Psiquiatría Forense*, Cauce, Madrid, 1997, p. 276; CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “La patología psicótica...”, cit., p. 915; CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1201, estos autores abogan por la plena imputabilidad de los periodos intercríticos salvo “en algunos casos de mala evolución o pronóstico” y PUENTE SEGURA, L.: *Circunstancias eximentes...*, cit., pp. 78 y 79.

³¹⁴ STS de 15 de marzo de 1990 (RJ 1990\2484) considera que los intervalos o fases intercríticas deben ser acreedoras de la atenuante analógica pues en estos casos el sujeto conoce en parte el valor y alcance de sus actos y está en condiciones de ejercer la acción de voluntad en medida suficiente, pero no deja de estar afectada en cierto grado la voluntad mientras que la STS de 13 de mayo de 1983 (JC 712) considera dichos periodos intercalares como estados de normalidad.

³¹⁵ STS de 27 de septiembre de 1996 (RJ 1996\6496).

³¹⁶ STS de 22 de enero de 1996 (RJ 1996\11).

y angustia. En la depresión endógena los síntomas son más frecuentes son la tristeza profunda, el sentimiento de desesperanza, preocupaciones hipocondríacas, ideas de autoacusación y autodesprecio que puedan ser delirantes. La ansiedad y el sentimiento de inferioridad. En la manía, que es el síndrome opuesto, se señalan el humor y la alegría, expansivos e inmotivados, la exaltación del ánimo el optimismo, y la hiperactividad física. Estos estados se presentan, corrientemente, en forma alternativa con fases o tiempos de remisión espontánea libre de síntomas, y sin deterioro de las funciones intelectuales”.

Con anterioridad, el Tribunal Supremo en Sentencia de 13 de mayo de 1983 (JC 712) ya había advertido “que la psicosis maníaco depresiva es doctrinalmente una psicosis endógena, hereditaria, caracterizada por la anormalidad del estado de ánimo, anormalidad que no es de curso progresivo, ni jamás conduce a la demencia, intercalándose entre sus fases, períodos de remisión más o menos prolongados. Los rasgos esenciales de esta psicosis: Primero.- Estados afectivos cambiantes y variadísimos en el mismo paciente. Segundo.- La benignidad del pronóstico, que sean como sean los accesos, ordinariamente no conducen a la demencia. Tercero.- Importancia de la herencia y de la constitución en la etiopatogenia, teniendo la máxima importancia la constitución pícnico ciclotímica. Cuarto.- Capacidad de modulación afectiva, adaptando su estado de ánimo al contenido de sus pensamientos, sintonizando incluso, en pleno apogeo de la psicosis, con el ambiente”.

En relación a su influencia en la capacidad de culpabilidad del sujeto que la sufre, el Tribunal Supremo afirmó en dos sentencias de 1970, que se trataba “de una psicosis que no acarrea forzosamente la final demencia sino que, superada la fase melancólica o depresiva, como la esténica o de exaltación, se puede conseguir la total recuperación del psiquismo y que, en definitiva, la llamada locura circular puede producir una alteración más o menos intensa de las bases de la inimputabilidad”³¹⁷. Añadiendo el mismo en sentencia de 13 de mayo de 1983 que la doctrina había llegado a “tres conclusiones fundamentales: Primera.- Cada caso debe valorarse individualmente. Segunda.- La capacidad de conocimiento y de voluntad, esto es, la imputabilidad, en razón directa del

³¹⁷ SSTs de 12 y 18 de diciembre de 1970 (RJ 1970\5263 y RJ 1970\5480).

grado de excitación, debe valorarse en el momento de la comisión del delito por el carácter discontinuo de la misma. Tercera.- Por regla general, las funciones intelectivas del maniaco depresivo no se afectan profundamente y en los periodos intercalares su estado es normal”.

Con mayor acierto, a partir de la STS de 15 de marzo de 1990³¹⁸ el Alto Tribunal parece haber concretado dichos términos, reconociendo que “la capacidad de culpabilidad de estos enfermos está supeditada a la clase e intensidad de los síntomas fundamentales: en los grados extremos, tanto de la manía como de la melancolía (maníacos furiosos y melancólicos delirantes), es criterio común negar la imputabilidad de manera absoluta, porque aunque puedan comprender fugazmente el valor real de sus actos son incapaces de inhibirlos; en las formas de menor intensidad, sobre todo en los accesos maníacos, puede admitirse una imputabilidad disminuida; finalmente, los casos más leves y en los intervalos o fases intercalares, aunque el enfermo se percate de la trascendencia de sus actos y esté en condiciones de ejercer la acción de su voluntad en medida suficiente, no deja de estar afectada en cierto grado la voluntad, y ello obliga a un examen cuidadoso de las circunstancias del caso. La fórmula legal de exención penal del artículo 8.1.ª del Código sería de aplicación incondicional en el primer caso, y la atenuación en los restantes, bien la privilegiada del artículo 9.1.ª o la ordinaria del artículo 9.10.ª valorando especialmente la relación o conexión de la enfermedad y el delito cometido, y la concurrencia o asociación de otros factores (debilidad mental, psicopatías, drogadicción, alcoholismo)”.

Declarando el Alto Tribunal en su Resolución de 19 noviembre 1992 (RJ 1992\9607), remitiéndose a la anterior Sentencia de 15 marzo 1990, que la capacidad de culpabilidad está supeditada a la clase e intensidad de los síntomas fundamentales: en los grados extremos, tanto de la manía como de 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 intercalares, no puede decirse lo mismo y ha de acudirse al dictamen caso por caso de cada uno de los supuestos personales contemplados. En tal sentido, la STS de 24 de mayo de 1991 (RJ 1991\3857) refiere que la “imputabilidad de

³¹⁸ (RJ 1990\2484) y 27 de septiembre de 1996 (RJ 1996\6496).

tales individuos ha de ser apreciada en el caso concreto, atendiendo a los hechos, fase cíclica que discurra, y de un modo especial, tras un atento análisis de la yoidad y de la conciencia”. Finalmente, la Sentencia de 20 de octubre de 1993 (RJ 1993\7809), añade que tal tipo de psicosis cursa con estados encontrados y alternos de depresión o euforia, de intensidad variable y, por ende, siendo frecuentes los períodos intercalares de normalidad, por lo que su valoración en orden a la imputabilidad del sujeto dependerá de la fase de la enfermedad en que el delito se cometió.

En definitiva podemos concluir que la imputabilidad de los trastornos bipolares dependerá de la fase en la que se encuentre la enfermedad³¹⁹, es decir, si el hecho ha ocurrido en la fase activa o interfásica³²⁰ y la relación que su situación psíquica tenga con el delito³²¹. Los casos extremos, tanto de manía o como de depresión o suponen la pérdida de contacto con la realidad o determinan la incapacidad para inhibirse de actuar (aun cuando permitan la parcial comprensión de la ilicitud del hecho) quedando la imputabilidad totalmente anulada, resultando aplicable la eximente del art. 20.1 CP. Cuando dicho acceso maníaco o melancólico es intenso pero no hasta el punto de que el sujeto no comprenda la ilicitud del hecho ni pueda adecuar su conducta a dicha comprensión, estando sus facultades tan solo mermadas, será de aplicación la semieximente del art. 21.1 CP. Tratándose de las fases intercríticas, la vía será la de la atenuante analógica del art. 21.6 CP ya que aunque la capacidad de discernimiento del sujeto sea normal, su estado de ánimo puede encontrarse aunque sólo sea mínimamente mermado, no pudiendo conducir su acción.

A pesar de estas conclusiones, no debemos olvidar que debido a la gran variabilidad que estos trastornos presentan, será fundamental el estudio detenido de cada caso para acercarnos al conocimiento de cuál podía ser el estado del sujeto en el momento de cometer los hechos.

Por lo que se refiere a la depresión, la STS de 2 de octubre de 2000 (RJ 2000\8718), señala que la misma “es un término poco preciso en psiquiatría. Comprende desde los

³¹⁹ SSTS de 27 de febrero de 1989 (RJ 1989\4757), 15 de marzo de 1990 (RJ 1990\2484), 24 de mayo de 1991 (RJ 1991\3857) y 19 de noviembre de 1992 (RJ 1992\9607).

³²⁰ STS de 22 de enero de 1996 (RJ 1996\11).

³²¹ STS de 20 de octubre de 1993 (RJ 1993\7809).

simples estados de tristeza y melancolía con tendencia a la inactividad, que serían irrelevantes en cuanto a su influencia en la imputabilidad penal, salvo en los delitos de omisión, hasta verdaderas psicosis que puede eximir de responsabilidad”. Recordando la STS de 28 de abril de 1997 (RJ 1997\3375) que una cosa es “la depresión como enfermedad mental que pueda afectar a la normalidad en la capacidad para conocer y querer y otra muy distinta la que se produce como reacción psicológica ante un acontecimiento desgraciado en el que la depresión es sólo un decaimiento del ánimo que produce únicamente desinterés por las cosas, pocas ganas de enfrentarse a los problemas que plantea la vida, etc, pero sin afectar para nada a la capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a esa comprensión”.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo, como regla general, ha venido siempre considerando desde la STS de 9 de mayo de 1986 (RJ 1986\2434), que “la mera existencia de una personalidad con matices depresivos no supone alteración para conocer o inhibir sus actos”³²². En este sentido, la STS de fecha 27 de febrero de 1989 (RJ 1989\4757) remitiendo a la STS 26 de octubre de 1988 (RJ 1988\8404) decía que “los simples estados depresivos que no tienen ninguna relevancia penal, a no ser que sean síntomas de una verdadera enfermedad” y más concretamente la STS de 31 de marzo de 1993 (RJ 1993\2598) advertía que la “doctrina de este Tribunal ha excluido, por lo general, los episodios depresivos como circunstancias atenuantes en forma analógica -SS. 30 abril y 17 mayo 1991 (RJ 1991\3009 y RJ 1991\3695), referidas, respectivamente, al síndrome depresivo y a los episodios de esta clase, estimándose

³²² Ya con anterioridad la STS de 11 de julio de 1983 (RJ 1983\4137) había dicho sobre la depresión: “Que, de conformidad con doctrina constante de este Tribunal, cuando la depresión que padece el sujeto activo es síntoma o manifestación de una enfermedad mental, puede suponer la anulación o, al menos, el menoscabo del entendimiento o raciocinio de dicho sujeto activo o de su voluntad -determinación autónoma del yo o potencia anímica que permite, tras un proceso mental, decidirse-, con la consecutiva aplicación de la eximente, completa o incompleta, de enajenación mental; pero si, la referida depresión -endógena o constitucional, o exógena o reaccional producida por factores externos al sujeto-, no es consecuencia de una enfermedad mental, se trata realmente no de una insania sino de una enfermedad del ánimo caracterizada por la melancolía, la tristeza, la apatía, el cansancio de la vida, la ansiedad, el sentimiento de incapacidad e inutilidad y el desinterés por todo lo ajeno al sujeto que la padece, cuyo sujeto, sin embargo, conserva intactas sus facultades cognoscitivas y volitivas, distingue perfectamente el bien del mal y es, plena y psicológicamente, responsable de sus actos, si bien cuando se trata de abstención o de pasividad engendradora de una infracción de naturaleza omisiva, podría, quizás, influir en la imputabilidad del agente mermándola o disminuyéndola”. Esta sentencia fue ampliamente criticada por MENGÜAL I LULL, J.B.: “Aspectos psiquiátricos”..., cit., pp. 274 y 275.

irrelevantes las depresiones en la S. 8-7-1983 (RJ 1983\4126) y la personalidad con tales matices en la 9-5-1986 (RJ 1986\2436)-. Incluso las depresiones motivadas por el repentino e inesperado fallecimiento de su hijo, ejemplo el más semejante que pudiera encontrarse en el acervo jurisprudencial como atenuante analógica, iba unido a un bajo nivel de inteligencia y nula escolarización, prácticamente analfabeta que arrastraba una carga hereditaria de patología psiquiátrica familiar y en situación climatérica por su edad -S. 29-1-1990 (RJ 1990\522)- lo que aquí no ocurre. Igualmente los episodios depresivos han sido excluidos de la atenuación, salvo en un supuesto en que constaba «insuficiencia vertebrovascular y de riego vascular afectante al cerebro, con episodios depresivos aminoradores de la capacidad» -S. 17-5-1991-”.

Por tanto, en cuanto a la valoración de las depresiones, el Tribunal Supremo en la doctrina de su Sala Segunda “unánimemente las viene considerando irrelevantes a efectos de atenuar la responsabilidad penal (Sentencias de 17 julio 1993, 9 mayo 1986 [RJ 1986\2436], 15 marzo 1988 [RJ 1988\2018], 19 julio 1990 [RJ 1990\6789] y 31 marzo 1993 [RJ 1993\2598]), con algunas excepciones en que se las ha admitido como base para apreciar una atenuante analógica a la de enajenación mental pero siempre que coexistan con una entidad nosológica de tipo psicótico (Sentencia de 30 abril 1991 [RJ 1991\3009]) y siendo absolutamente necesario para poder llegar a estimar la eximente completa o incompleta la afectación profunda de las estructuras cognoscitivas y volitivas del sujeto (Sentencias de 29 febrero 1988 [RJ 1988\1359] y 22 diciembre 1994 [RJ 1994\10252])”³²³.

Una vez estudiada la doctrina que nos permita comprender el tratamiento que han merecido los trastornos del estado de ánimo como circunstancia modificativa de la imputabilidad, pasamos ahora a analizar aquellas sentencias en las que los tribunales declararon haber lugar a la eximente en comentario, centrándonos en conocer los fundamentos que han llevado a los mismos a apreciar dicha exención.

La jurisprudencia, atendiendo a las características clínicas y evolutivas de estos trastornos, ha estimado desde antiguo la concurrencia de la *eximente del art. 8.1 CP*

³²³ STS de 18 de mayo de 1996 (RJ 1996\4549). En igual sentido el Auto del TS de 13 de julio de 2001 (RJ 2001\218722).

(actual art. 20.1 del mismo texto legal), en sentencias del Tribunal Supremo de 6 de abril de 1966 (RJ 1966\1794) y más recientemente, en sentencias tales como la de 13 de mayo de 1983 (JC 712), 22 de enero de 1996 (RJ 1996\11) y 16 de junio de 2001 (RJ 2001\6361). En todas ellas, los acusados se encontraban sufriendo brotes psicóticos de carácter afectivo, maníaco en los tres últimos casos y depresivo en el primero, que les hacían incapaces de adecuar su conducta al contenido de la norma penal, bien por carecer de la correspondiente conciencia y voluntad de sus actos o bien porque aun comprendiendo fugazmente el valor real de sus actos eran incapaces de inhibirlos.

La eximente completa de anomalía o alteración psíquica del art. 20.1 CP también ha sido aplicada por diversos tribunales menores cuando el trastorno bipolar se encontraba en fase aguda maníaca o depresiva³²⁴, cuando el mismo se presentaba con un componente delirante³²⁵, bajo los efectos de un brote psicótico tipo psicoafectivo en fase hipomaníaca³²⁶ y en aquellas ocasiones en las que junto a la misma se apreciaba cierta alteración provocada por la ingesta de bebidas alcohólicas³²⁷. Aplicándose también a este trastorno la eximente completa de trastorno mental transitorio en una reacción en cortocircuito que provocaba dicha enfermedad junto a una ira incontenible que provocó “la anulación transitoria de la capacidad de juicio y racionalidad”³²⁸. También ha sido aplicada la eximente en aquellos supuestos en los que la depresión (que se encontraba en su máxima actividad) se une a la ingesta de sustancias en el momento de cometer los hechos con objeto de quitarse la vida³²⁹, o la misma viene acompañada de brotes

³²⁴ SAP de Valencia de 17 de diciembre de 1997 (ARP 1997\2078), SAP de Córdoba de 2 de marzo de 1998 (ARP 1998\1345), SAP de Sevilla de 16 de febrero de 2000 (ARP 2000\1309), SAP de Madrid de 9 de mayo de 2000 (ARP 2000\2554), SAP de Almería de 24 de noviembre de 2000 (JUR 2001\52415), SAP de La Rioja de 23 de marzo de 2001 (JUR 2001\166628), SAP de Bizkaia de 5 de febrero de 2002 (JUR 2002\218721), SAP de Madrid de 4 de abril de 2002 (JUR 2002\205908), SAP de Girona de 19 de julio de 2005 (JUR 2006\213926), SAP de Barcelona de 13 de marzo de 2006 (JUR 2006\221307), y SJP de Zaragoza, Zaragoza, de 8 de septiembre de 2000 (JUR 2001\141689) y SJP de Jaén, Jaén, de 13 de febrero de 2002 (JUR 2002\61950).

³²⁵ SAP de Valencia de 31 de octubre de 2002 (JUR 2003\71082).

³²⁶ SAP de La Coruña de 22 de enero de 1998 (ARP 1998\804).

³²⁷ SAP de Madrid de 31 de enero de 2002 (JUR 2002\75219).

³²⁸ SAP de Madrid de 26 de octubre de 2001 (ARP 2001\854).

³²⁹ SAP de Madrid de 23 de octubre de 1999 (ARP 1999\5053).

psicóticos “que alteraban de forma total su percepción sobre los hechos y sobre la licitud de los mismos”³³⁰.

La *semieximente del art. 9.1 CP* anterior en relación con *la enajenación mental del art. 8.1 CP* derogado ha sido aplicada en SSTS de 12 y 18 de diciembre de 1970 (RJ 1970\5263 y RJ 1970\5480) por encontrarse el sujeto padeciendo una psicosis maniaco-depresiva parcialmente perturbadora de sus facultades mentales y en supuestos de depresión endógena (STS de 27 de febrero de 1989 [RJ 1989\4757] en la que dicha enfermedad provocó una situación violenta típica que produjo “un alto grado de disminución de la capacidad inhibitoria con una respuesta desmedida” y STS de 28 de junio de 1990 [RJ 1990\6553] en la que se reconoce el sujeto padecía “una depresión endógeno-psicótica unipolar que le predispuso al desarrollo de una toxicomanía por heroína” que afectó a su equilibrio afectivo y a los estados de ánimo incidiendo particularmente en las facultades de inhibición al disminuir la capacidad de sobreponerse a la situación de melancolía, tristeza y abatimiento).

Finalmente también en la STS de 27 de septiembre de 1996 (RJ 1996\6496) en la que el Tribunal sentenciador consideró “que si bien no llega a darse una carencia total y absoluta de inteligencia y voluntad, que se mantuviere a lo largo del tiempo, y sobre todo en las fechas concretas en que se comete el delito, sí concurre y es de apreciar la circunstancia atenuante muy cualificada de eximente incompleta de enfermedad mental, de los artículos 9.1.º en relación al 8.1.º del Código Penal. Ante una tan clara y tajante expresión, no se puede afirmar, como hace el recurrente, que el condenado tuviese anuladas o abolidas totalmente sus capacidades intelectivas y volitivas o que obrase en una nítida e intensa fase activada de su psicosis maniaco-depresiva, y por ello no puede prosperar el Motivo, llevando a la desestimación del recurso”.

De igual modo, el Tribunal Supremo ha aplicado *la semieximente pero de trastorno mental transitorio del art. 9.1 CP* en relación con el art. 8.1 del mismo texto legal en STS de 30 de marzo de 1982 (RJ 1982\2042) en la que se advierte en el sujeto una depresión grave que no anula sus facultades mentales pues dado que “la acción penada, precisa para su ejecución una cantidad no desdeñable de raciocinio, cálculo y malicia,

³³⁰ SAP de Tarragona de 25 de junio de 2001 (JUR 2001\286281).

aparece correcta la apreciación del trastorno mental transitorio en su intensidad menor de eximente incompleta”.

Con el nuevo Código Penal *la semieximente del art. 21.1 CP* ha sido aplicada por el Tribunal Supremo cuando se producía como consecuencia de los trastornos del estado de ánimo una importante limitación de la capacidad cognoscitiva y volitiva del sujeto que, no anulaba total y absolutamente su capacidad de culpabilidad por el padecimiento de un trastorno bipolar³³¹, ya por trastorno depresivo³³² o en caso de hipomanía³³³.

También los tribunales menores han apreciado la semieximente del art. 21.1 CP cuando el sujeto, a consecuencia del trastorno del humor que padecía que no constaba en el momento de los hechos estuviese en un período activo, disminuía notable su capacidad de querer y entender sin anularla³³⁴.

El Tribunal Supremo ha considerado de aplicación la *atenuante analógica* del art. 9.10 del anterior CP actual art. 21.6 CP, cuando existía en el sujeto enjuiciado una ligera disminución de las facultades volitivas y cognoscitivas como consecuencia de una psicosis maniaco depresiva³³⁵, precisándose en algunas sentencias que el acusado no obró al planear y ejecutar el delito por el que se le acusaba, en una clara e intensa fase

³³¹ STS de 16 de julio de 2004 (RJ 2004\4131).

³³² SSTS de 3 de diciembre de 2001 (Id Cendoj: 28079120002001100492) y 2 de abril de 2002 (RJ 2002\4753).

³³³ STS de 14 de mayo de 2001 (RJ 2001\10313).

³³⁴ Entre otras, la SAP de Barcelona de 2 de abril de 2001 (JUR 2001\230402), SAP de Santa Cruz de Tenerife de 8 de marzo de 2002 (JUR 2002\138451), SAP de Soria de 21 de marzo de 2002 (JUR 2002\129938), SAP de Barcelona de 12 de abril de 2002 (JUR 2002\176691), SAP de Madrid de 12 de mayo de 2003 (JUR 2003\224766), SAP de Cádiz, Ceuta, de 14 de octubre de 2003 (JUR 2003\271119), SAP de Valencia de 28 de enero de 2004 (JUR 2004\164068) y SAP de Ourense de 25 de abril de 2006 (JUR 2006\216711). También en supuesto de psicosis maniaco-depresiva más consumo de opiáceos en SAP de Sevilla de 26 de octubre de 2000 (JUR 2001\59569), unida a una antigua adicción a la heroína en SAP de Barcelona de 12 de abril de 2002 (JUR 2002\176691) y a un posible retraso mental en SAP de Bizkaia de 2 de octubre de 2000 (JUR 2001\41749).

³³⁵ SSTS de 29 de septiembre de 1993 (RJ 1993\7015) y 6 de febrero de 1996 (RJ 1996\802). También las siguientes sentencias de distintas Audiencias Provinciales: SAP de Girona de 29 de junio de 1998 (ARP 1998\2802), SAP de Zamora de 15 de marzo de 2001 (ARP 2001\430), SAP de Madrid de 10 de septiembre de 2002 (JUR 2002\275701), SAP de Girona de 15 de junio de 2004 (JUR 2004\212485) y SAP de Asturias de 24 de abril de 2006 (JUR 2006\169312).

de su psicosis maniaco-depresiva, sino en un período intercalar o en una interfase de la misma³³⁶ o en supuestos de depresión³³⁷.

VII. TRASTORNOS NEURÓTICOS

Son unos trastornos muy frecuentes en la sociedad actual³³⁸ con importante trascendencia médico-legal pues como ya consideró NAVARRETE URIETA, constituyen un campo abonado para la pequeña delincuencia, principalmente, y según el sentir de la mayoría de los criminólogos, para la delincuencia de «omisión»³³⁹.

La jurisprudencia no ha establecido sobre los mismos una conceptualización y clasificación unánimes, aun habiendo ofrecido variadas definiciones, debido quizás a las muy diversas posibilidades que ofrece dicha enfermedad mental³⁴⁰.

En lo que se refiere a su tratamiento jurídico-penal, han sufrido una importante evolución, oscilando desde ser considerados irrelevantes penalmente, a su incardinación en los términos “anomalía o alteración psíquica” del art. 20.1 CP y por tanto posible causa de exoneración de la responsabilidad criminal.

En un primer momento fueron considerados irrelevantes penalmente, es decir, las personas que sufrían trastornos neuróticos (denominados “neurosis” por la jurisprudencia) eran estimadas como sujetos plenamente imputables, pues se advertía que la neurosis, por sí sola, no alcanzaba a modificar la imputabilidad del que la padecía, dado que, al menos en principio, permanecían sus capacidades mentales sin alterar. Así pues, resultaba imposible su reconocimiento como integrantes del concepto

³³⁶ SSTS de 19 de noviembre de 1992 (RJ 1992\9607) en la que se confirma la atenuante analógica de trastorno mental transitorio propuesta por el Tribunal de instancia y 20 de octubre de 1993 (RJ 1993\7809).

³³⁷ STS de 31 de marzo de 1993 (RJ 1993\2598) y 31 de mayo de 2002 (RJ 2002\6411). También la SAP de Madrid de 8 de marzo de 2001 (JUR 2001\160840) en la que el acusado padecía “depresión reactiva, es decir provocada por agentes y circunstancias externas, junto con un trastorno de la personalidad de tipo impulsivo”, SAP de Madrid de 15 de abril de 2002 (ARP 2002\502) y SAP de Lugo de 27 de diciembre de 2004 (JUR 2005\38447).

³³⁸ Así lo reconoce la STS de 15 de diciembre de 1987 (RJ 1987\9776) y lo consideran CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La enfermedad mental...*, cit., p. 112.

³³⁹ NAVARRETE URIETA, J.M.: “El problema penal ...”, cit., p. 472.

³⁴⁰ Así lo consideró la STS de 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10252) de “no existe una doctrina uniforme en la Sala Segunda cuando se trata de definir penalmente la neurosis (los efectos penales de la neurosis, sería preferible), explicando que, seguramente, ello obedece a las muy diversas posibilidades que esa enfermedad mental ofrece”.

“enajenación mental”, pues no constituían enfermedades mentales propiamente dichas y, además, no producían modificación alguna de las facultades mentales de quien los padecía. Esta fue la regla general establecida por el Alto Tribunal en relación a este tipo de patología, pero la misma no impidió admitir la exención de responsabilidad en los casos de neurosis incoercibles que generaban impulsos irresistibles o irrefrenables e, incluso, una atenuación cualificada por el vehículo de la exención incompleta en supuestos de reacciones patológicas psicógenas, consecuentes a enfermedades orgánicas del sistema nervioso o graves alteraciones psíquicas.

A partir de 1988, la jurisprudencia comienza a recoger los criterios diagnósticos de la Clasificación de la OMS en su novena edición, y pasa a considerar estos trastornos como verdaderas enfermedades mentales, aunque dejando muy claro que su intensidad clínica y consecuencias jurídicas son muy variables y que para modificar la imputabilidad del sujeto, o al menos hacerlo sensiblemente, debían incidir en las estructuras mentales y volitivas del mismo. Siendo la aplicación de la atenuante analógica y en algunos casos la eximente incompleta de los arts. 9.10 y 9.1 del anterior CP respectivamente, la regla general.

Con la entrada en vigor del actual Código Penal, los trastornos neuróticos conforman el elemento biológico exigido por el art. 20.1 CP, que solicita la presencia de una anomalía o alteración psíquica, por lo que en caso de producirse la incapacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión, legalmente pueden determinar la exención completa de responsabilidad criminal.

Las neurosis fueron definidas por el Tribunal Supremo en sentencia de 15 de octubre de 1974 (RJ 1974\3911), siguiendo la doctrina médica más autorizada, como “elaboraciones vivenciales anormales debidas, por lo general, a una peculiar estructura psíquica del sujeto, afectado por problemas conscientes o inconscientes de adaptación social que es incapaz de resolver adecuadamente y a consecuencia de lo cual realiza una conducta especial compensatoria gravemente disonante y distorsionada frente a las prescripciones de la Sociedad”. Definición ésta, que fue acuñada posteriormente por la STS de 2 de febrero de 1979 (RJ 1979\321) al referir que “si bien la denominación de

«neurosis» ha dejado de ser en la clínica psiquiátrica el término genérico que servía para cobijar la totalidad de las enfermedades mentales, conserva aún una gran fluidez en su significado, de modo que separada la neurosis de la verdadera alineación o psicosis, la misma engloba todo trastorno mental, y aun corporal, producido por causas y motivos puramente psíquicos que dan lugar a variadísimas disfunciones, sin lesión actualmente demostrable, a modo de reacción psicógena anormal ante una vivencia determinada, por lo que -ya se comprende- sus manifestaciones son innumerables, difíciles de encuadrar en una verdadera taxonomía clínica, siendo dos los grupos que de las neurosis se pueden hacer con carácter más general: las neurosis de deseo o de protección que comprenden, a su vez, un abundante repertorio como la neurosis traumática, sinistrósica o de renta, tan ligada a los accidentes de tráfico o laborales, la neurosis de guerra, de paro, de prisión, de situación o de objeto, la neurosis histérica o histerismo, como la vulgar y conocida neurastenia; y las neurosis incoercibles, entre las que cabe apuntar la neurosis obsesiva, fobias, impulsiones y compulsiones y, como una variante propia las neurosis de ansiedad o de angustia”³⁴¹.

Junto a la anterior también el Tribunal Supremo en sentencia de 21 de febrero de 1978 (RJ 1978\483) declaró que: “las neurosis, dentro de las vacilaciones y diferencias de criterio y de enfoque que caracterizan a la fase evolutiva y de progresión constante en que se encuentra la Ciencia Psiquiátrica actual, se consideran, por el Diccionario, como enfermedades de índole puramente nerviosa, mientras que la psiquiatría se refiere a ellas como reacciones psicogenéticas comprensivas de una amplia gama de reacciones anormales del sujeto, de fuerte contenido emocional o afectivo, cuyo sujeto, ante un problema o conflicto de la vida, o ante una situación particular o general, no se conduce como lo haría la generalidad de las personas, clasificando los autores, a dichas neurosis, de forma variadísima y no siempre coincidente, bastando, por lo tanto, con recordar la distinción entre neurosis actuales o verdaderas y las psiconeurosis, así como entre

³⁴¹ La STS de 14 de marzo de 1978 (RJ 1978\936) estimó también que la neurosis o reacciones psicogenéticas “está integrada por una serie de vivencias anormales producidas por circunstancias emocionales que se dejan sentir en las personas predispuestas a ellas por su peculiar estructura psíquica”. Reconociendo la posterior STS de 16 de junio de 1978 (RJ 1978\2638) que “no constituyen enfermedades cerebrales propiamente dichas, sino modos anómalos de vivenciar acontecimientos externos del mundo circundante que no alcanzan a anular totalmente las facultades intelectuales y volitivas del sujeto”.

neurosis de deseo, incoercibles, de situación, colectivas, obsesivas, de órgano y otros muchos matices diferenciales que es ocioso reproducir dado el carácter versátil y nada sedimentado de tales clasificaciones”³⁴².

En la jurisprudencia más antigua las mismas fueron consideradas irrelevantes en el campo de la imputabilidad, rechazándose cualquier consecuencia jurídica al respecto, salvo en neurosis graves o acompañadas de otra alteración mental, en las que se llegó a aplicar una eximente incompleta. Así lo consideraron, entre otras, la STS de 2 de febrero de 1979 (RJ 1979\321) que reconocía que la neurosis “por sí sola, no alcanza a modificar la imputabilidad del que la padece, puesto que, en principio, queda al neurótico la capacidad de apreciar el valor moral y antijurídico del acto que realiza, no menos que su capacidad de auto-dominio sin que ello quiera decir que en casos extremos de obsesiones e impulsos irresistibles se haya llegado a conceder la exención total -SS. de 16 abril 1902, 3 abril 1945 (RJ 1945\543), de 23 enero 1946 (RJ 1946\162), 10 marzo 1947 (RJ 1947\379)- o que en casos de reacciones patológicas psicógenas, consecuentes o enfermedades orgánicas del sistema nervioso o a graves alteraciones psíquicas se haya otorgado la exención incompleta -SS. de 18 abril 1940 (RJ 1940\381), 22 octubre 1941 (RJ 1941\2284), 29 octubre 1959 (RJ 1959\3889), por lo que, en conclusión, y a modo de resumen de la situación actual del tema, una reciente resolución de esta Sala ha establecido que los neuróticos ocupan el último lugar en la escala descendente de la perturbación mental y sólo las formas más acusadas y graves de tal anomalía podrían aspirar a la completa exención de responsabilidad penal, por lo

³⁴² También el Tribunal Supremo en sentencia de 26 de junio de 1981 (RJ 1981\2799) se ha ocupado de definir las neurosis obsesivo-compulsivas diciendo sobre las mismas que “la denominada neurosis obsesivo-compulsiva, que se dice padecida por el procesado hoy recurrente, supone o comporta una ruptura del sentido o de la continuidad racional del pensamiento lógico, que debe presidir el desarrollo de la vida anímica normal, motivada por la aparición de una ocurrencia o idea automática e involuntaria que surge y arraiga en el campo de la conciencia del sujeto afectado, que éste siente como morbosa y extraña a su personalidad y que no se deja derivar o ahuyentar, imponiéndose y llegando a predominar sobre las demás por su intenso contenido afectivo, aumentando su importancia desmesuradamente y convirtiéndose en una auténtica bola de nieve que al ir creciendo perturba el funcionamiento cerebral del individuo en que asienta, dificultando y obstaculizando el curso normal de los demás pensamientos y representaciones vivenciales engendrando ansiedad y angustia en la psiquis del obseso que para verse libre de tal tortura y lucha entre las diversas instancias de su personalidad (ello y super-yo según Freud, o impulso automático y conciencia moral según otros autores), se siente constreñido irresistiblemente a realizar los actos representados en tal idea, como único medio de obtener alivio a su tensión, recobrando su normal actividad mental”.

que las demás reacciones silicogéneas sólo pueden pretender, cuando más, un podería atenuante -S. de 13 octubre 1971 (RJ 1971\3800)-, o no ejercer influencia alguna sobre la imputabilidad jurídico-penal -S. de 14 marzo 1978 (RJ 1978\936)**³⁴³.

Junto a la citada sentencia, también la STS de 21 de febrero de 1978 (RJ 1978\483) advertía que respecto al “problema de la influencia de, esas enfermedades, en la imputabilidad del sujeto activo del delito, es indudable que, en este punto, la doctrina científica es más coincidente, inclinándose, en general por la imputabilidad plena del neurótico, adoptando tal solución con fundamento en que el sujeto afectado de neurosis conserva un conjunto de salud mental que le permite apreciar el valor moral de los actos que ejecuta, conservando las facultades de deliberación y de resolución, y poseyendo total dominio sobre las determinaciones de su voluntad, añadiéndose que, estas enfermedades, afectan a las emociones pero dejan inmunes e intactas las potencias discursivas; conclusión aceptada por la jurisprudencia de esta Sala, v.g., en la Sentencia de 24 de junio de 1970 (RJ 1970\2900) la que niega a la neurosis de situación o de espanto, o a las reacciones neuróticas situacionales, toda trascendencia en orden a la imputabilidad”.

Por su parte, la STS de 12 de junio de 1982 (RJ 1982\2500) estimaba que “en principio, como han hecho las SS. de esta Sala de 24 junio 1970 (RJ 1970\2900), 21 febrero y 14 marzo 1978 (RJ 1978\483 y RJ 1978\936), 2 junio 1980 (RJ 1980\2500) y 26 junio 1981 (RJ 1981\2799), que dichas reacciones vivenciales, las cuales no han logrado en la ciencia psiquiátrica una conceptualización y clasificación unánimes, no modifican la imputabilidad por cuanto las condiciones de conciencia y voluntad que son su soporte, permanecen normalmente sin alteración”. Pues “las neurosis están situadas en último lugar de gravedad entre las anomalías mentales y en la jurisprudencia se observa una marcada tendencia a no valorarlas como efecto disminuidor de la responsabilidad criminal, sobre todo si no afectan profundamente las estructuras mentales y volitivas del sujeto (Sentencias de 15 de octubre y 22 de diciembre de 1994 [RJ 1994\7920 y RJ 1994\10252])**³⁴⁴.

³⁴³ STS de 2 de febrero de 1979 (RJ 1979\321).

³⁴⁴ STS de 24 de mayo de 1999 (RJ 1999\5246).

Esta visión de los trastornos neuróticos determinó que la doctrina jurisprudencial los considerara no como estados de enajenación mental, pues, a pesar de originar graves problemas para el sujeto que los padecía, el condicionamiento psicopatológico sobre conductas con relevancia penal no tenía suficiente intensidad para incluirlas en ese concepto.

Así, lo recogía la jurisprudencia del Tribunal Supremo en la sentencia de 15 de octubre de 1974 (RJ 1974\3911) al advertir “que no se trata de enfermedad mental grave o psicosis, (...) sino un modo particular de reaccionar anormalmente, ante determinadas situaciones vitales, en los que sin embargo, no pierde sus mecanismos de represión y defensa completamente, ni el sentido de la realidad, permaneciendo estructurada y organizada su personalidad, sobre todo en lo que se refiere a la parte de ésta que los psicoanalistas denominan «yo» o «ego», (...) por lo que y en función de tales características la neurosis no puede ser concebida o calificada como una enajenación mental completa, sino como una entidad nosológica de efectos distintos; si bien en algunos casos, como en el presente, por producir una disminución de la capacidad volitiva del sujeto, enjuiciado, y a consecuencia de ello, probablemente una degradación de la capacidad intelectual que opera en función de aquélla, debe serle aplicada si no la eximente expresada, sí la atenuante del núm. 1.º del art. 9.º del C. P, porque la capacidad de querer del sujeto que integra la imputabilidad (capacidad de entender y querer), se halla disminuida cualitativamente y por tanto, no puede funcionar normal y adecuadamente por la existencia de tales defectos o taras, lo que impide inhibir eficazmente sus impulsos delictivos de apoderamiento”³⁴⁵.

Esta sentencia matizaba la consideración de total imputabilidad de los neuróticos, pues aunque consideraba que no podían ser estimados enajenados mentales, sí que aceptaba que su patología podía producir cierta influencia en las capacidades psíquicas de los sujetos que las padecían.

En parecido sentido, la STS de fecha 17 de diciembre de 1980 (RJ 1980\4944) refería que las “denominadas neurosis por la ciencia médica, no constituye

³⁴⁵ Doctrina seguida por la STS de 17 de octubre de 1978 (RJ 1978\3229) y que ya habían utilizado las SSTS de 29 de octubre de 1959 (RJ 1959\3889) y 27 de septiembre de 1968 (RJ 1968\3691).

enfermedades cerebrales propiamente dichas, sino un modo particular de reaccionar anormalmente el sujeto ante determinadas situaciones vitales en las que, sin embargo, no pierde su mecanismo de represión y defensa completamente, ni el sentido de la realidad, permaneciendo estructurada y organizada su personalidad, por lo que no puede ser concebida o calificada la neurosis como una enajenación mental completa, sino como una entidad nosológica de efectos distintos, y si bien en algunos casos puede producir una disminución de la capacidad volitiva del sujeto, y a consecuencia de ello, probablemente una degradación de la capacidad intelectual que opera en función de aquélla, no debe serle aplicada la eximente completa, sino la atenuante del núm. 1.º del art. 9.º del C. P.”.

De manera más contundente todavía, la STS de fecha 26 de junio de 1981 (RJ 1981\2799), referida a un supuesto de neurosis obsesivo-compulsiva, señalaba que “salvo situaciones de excepción, la eximente de enajenación mental, establecida en el párr. 1.º del art. 8.º del C. P. que exige en el beneficiado una completa y profunda perturbación de sus facultades mentales, no puede ser aplicada a un neurópata”. Pues “la intelección, cognación o capacidad de entender en las neurosis se halla intacta o bien conservada, (...), al igual que ocurre con la voluntariedad o capacidad de querer que el neurótico ejercita y exhibe en su lucha con la idea obsesiva o con el impulso criminal empleando sus mecanismos inhibitorios, con los que las más de las veces consigue evitar la exteriorización o paso al acto de la idea criminógena; lo que revela que su inimputabilidad sólo puede considerarse parcial y no debe ser considerado inimputable”.

Y así lo reitera la STS de fecha 19 de diciembre de 1983 (RJ 1983\6591) al señalar que en la denominada neurosis obsesiva compulsiva, “la conciencia de los actos está perfectamente conservada y lúcida, pero se produce en estos sujetos una lucha violenta y dramática entre la voluntad y la idea obsesiva, en que no siempre salen victoriosos los frenos inhibitorios de aquélla, pues es característico de este enfrentamiento un cierto estado de ansiedad anímica que produce una situación de tensión de la que puede pasarse a la acción en un momento de claudicación o ante un agente o factor provocativo, y en estos casos puede hablarse de un déficit de voluntad o de una débil

respuesta inhibitoria a la situación obsesiva que justifica la atenuación privilegiada prevista en el art. 9.1 en relación con el 8.º.1 del C. P”.

Como se indicó con anterioridad a partir de que en 1988 se incluyeran los trastornos neuróticos en las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales, la jurisprudencia del Tribunal Supremo evolucionó, en el sentido de considerarlas verdaderas enfermedades mentales, aunque dejando claro que para que produjeran alguna modificación en la imputabilidad debían incidir en las facultades mentales del sujeto. Así lo reconoció el Alto Tribunal en la sentencia de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988\1359) al estimar que “esta conceptualización de la neurosis como una verdadera enfermedad mental, por supuesto de intensidad y consecuencia 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 es, 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 convertirse, a la hora de medir la imputabilidad del acusado, en presupuesto de la circunstancia eximente de la enajenación ni de la correspondiente atenuante privilegiada, pues será necesario, para que tal efecto se cumpliera, que el trastorno hubiese incidido profundamente, o, al menos, sensiblemente en las estructuras mentales y volitivas del sujeto, anulando o aminorando de modo considerable su capacidad de elección y autodeterminación”.

Con esta sentencia se pasaba a considerar a los trastornos neuróticos como algo más que una entidad de significación análoga a la enfermedad mental, pero se mantiene cierta reserva ante estos cuadros clínicos y, correctamente, se exige el efecto psicológico pertinente para su valoración. Como en el resto de trastornos, se añade la necesidad de poner en relación la enfermedad o alteración psíquica padecida con el delito concretamente cometido, siendo precisa la presencia de una vinculación causal de una y otra para que puedan operar circunstancias reductoras, en mayor o menor medida, de la responsabilidad penal.

Postura que, al igual que sucede con las restantes patologías, nos parece correcta, pues una vez más hay que decir que poco importa una etiqueta diagnóstica si la misma no incide realmente en el psiquismo del sujeto sobre todo en estos casos en la que la revisión conceptual es incesante.

Este criterio continuó aplicándose en numerosas sentencias entre las que podemos destacar, la STS de 18 de mayo de 1993 (RJ 1993\4171) que reconocía que: “aunque los trastornos neuróticos de personalidad están comprendidos en la CIE-9 OMS, esta Sala ha declarado que ello no es suficiente para convertir a cualquier neurosis en una causa de exención de la responsabilidad, ni aun en una circunstancia de atenuación privilegiada, pues ello dependerá de la forma en que el trastorno haya incidido, con mayor o menor profundidad, en las estructuras mentales y volitivas del sujeto, anulando o aminorando de modo considerable su capacidad de elección y autodeterminación”³⁴⁶.

Más modernamente, la STS de fecha 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10252) llegó a considerar que “no hay desde luego una doctrina uniforme por parte de la Sala Segunda cuando se trata de definir penalmente la neurosis, quizás por las muy diversas posibilidades que esa enfermedad mental ofrece, trastorno mental que como «trastorno neurótico de la personalidad» aparece ya incluido en la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud. Ello no significa que toda neurosis haya de convertirse, a la hora de medir la imputabilidad del acusado, en circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal porque habrá de examinarse cada caso de acuerdo con los condicionantes antes expuestos. Las Sentencias de 24 mayo 1989 (RJ 1989\4251), 29 febrero 1988 (RJ 1988\1359), 23 noviembre y 12 junio 1982 (RJ 1982\7183 y RJ 1982\3522), y 26 junio 1981 (RJ 1981\2799) acogen, entre otras, la eximente incompleta ciertamente que en supuestos extremos, complejos y límites. La disminución ostensible de la voluntad y de la conciencia del sujeto se produce en las neurosis incoercibles, no sujetas a dominio de la voluntad, porque constituyen reacciones impensables e inesperadas. También en las neurosis explosivas o en las gravemente obsesivas o depresivas, generalmente si van

³⁴⁶ Véanse SSTS de 4 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8557), 10 de mayo de 1990 (RJ 1990\3897), 5 de octubre de 1992 (RJ 1992\7736) y 15 de octubre de 1994 (RJ 1994\7920).

asociadas a otros trastornos de la salud, psíquicos e incluso a veces físicos. Con todo ello quiere decirse la prudencia con que la neurosis ha de ser tenida en cuenta en la órbita del Derecho Penal. La atenuante analógica o la eximente incompleta pueden estar inmersas en el juicio penal sobre la conducta humana. Pero lo que nunca ha sido admitida es la eximente completa que aquí se postula”.

Doctrina que también recoge la STS de 14 de febrero de 1997 (RJ 1997\1214)³⁴⁷, al referir en relación a la situación mental del recurrente que “el trastorno neurótico de personalidad que padecía es de los comprendidos en la Clasificación de enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud. Aun admitiendo que el trastorno de angustia que sufría el procesado constituía una neurosis o trastorno neurótico de personalidad, ello no supone necesariamente su inimputabilidad, porque no toda situación morbosa y psíquica que padezca el agente constituye causa de eximente por enajenación o trastorno mental, puesto que, como señala la Sentencia de la Sala Segunda de 18 mayo 1993 (RJ 1993\4171), que atinadamente cita el Ministerio Fiscal, aunque los trastornos neuróticos de la personalidad estén comprendidos en la Clasificación de Enfermedades Mentales de la OMS, ello no es suficiente para convertir cualquier neurosis en una causa de exención de la responsabilidad, ni en una circunstancia atenuante privilegiada, pues ello dependerá de la forma en que el trastorno haya incidido con mayor o menor profundidad en las estructuras mentales y volitivas del sujeto, atenuando o aminorando de modo notable su capacidad de elección y autodeterminación”.

Siendo la STS de 10 de junio de 1999 (RJ 1999\3885) la que mejor resume el tratamiento dado a la neurosis (al igual que a la psicopatías), al reconocer que “las neurosis y los trastornos de la personalidad nunca han sido considerados por la doctrina de esta Sala base fáctica suficiente para apreciar la concurrencia de la eximente completa de enajenación mental -ahora denominada con los términos, más amplios y comprensivos, de «cualquier anomalía o alteración psíquica»- y, sólo excepcionalmente, se ha aceptado que den lugar a la correspondiente eximente incompleta. Por regla general, la caracterización que se ha dado a dichas anomalías, en el plano de la

³⁴⁷ (Sala de lo Militar).

imputabilidad, ha sido la de una atenuante de análoga significación a la eximente incompleta de enajenación mental. Esta ha sido la opción acogida por la Sentencia recurrida que ha aplicado a los hechos probados la normativa del CP/1973 vigente cuando aquéllos ocurrieron y estimada más favorable al reo. Lo que el aplicador del derecho debe preguntarse ante anomalías como la que presenta el procesado, a la hora de medir la influencia de la misma en la imputabilidad, es cuál es la capacidad del agente para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a esa comprensión”.

En la actualidad, y dada la nueva redacción de las causas que el Código Penal recoge como modificadoras de la responsabilidad, no existe problema alguno para que las neurosis si llegan a producir la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión, se beneficien de la eximente completa del art. 20.1 CP. Aunque creemos que resulta muy difícil demostrar que la neurosis impide conocer la ilicitud de una acción, pues la inteligencia no está afectada³⁴⁸, siendo el segundo elemento requerido por el art. 20.1 CP, en relación a poder comportarse conforme a esa comprensión, lo que podría estar alterado y provocar cierta discusión. Por eso se dice que la valoración de las neurosis es altamente compleja, ya que el sujeto aun cuando conozca la antijuricidad de la norma, tiene mermados, no anulados en general, la capacidad de adecuar su conducta al conocimiento de la norma.

Estamos por tanto de acuerdo con la doctrina acerca de la trascendencia jurídico-penal de estos trastornos, en el sentido de admitir que puede haber casos que, por su naturaleza o intensidad, incidan y modifiquen de forma notable la imputabilidad, llegando incluso en supuestos extremos a la exención de responsabilidad. Pero sólo en las formas más acusadas³⁴⁹ o cuando los mismos se asocian con otros procesos (como

³⁴⁸ Así lo reconoce el Tribunal Supremo en STS de 18 de mayo de 1993 (RJ 1993\4171) al advertir “Las personalidades neuróticas son personas que conservan sus facultades intelectuales de deliberación, conciencia de la realidad circundante y conocimiento de la trascendencia de sus actos y gozan, en general, de dominio sobre su obrar y de capacidad para dirigir sus acciones, aunque en ciertas formas su voluntad puede estar perturbada, ya por ciertos miedos o repulsiones instintivas e indomables (fobias), ya por ciertas impulsiones que les llevan a realizar determinado tipo de actos (manías). Todo lo que no les impide observar una correcta vida de relación, perturbada sólo en los momentos en que la fobia o la manía se presenta”.

³⁴⁹ Así aparece contemplado en la STS de 18 de octubre de 1999 (RJ 1999\8129) que estimó “tal cuadro general no se completa si no se comprenden no sólo las nuevas manifestaciones de las alteraciones

trastornos de la personalidad o la adicción a drogas), pues fuera de estos casos, estos trastornos o no tienen repercusión penal o tienen sólo cierta incidencia, por leve merma de las facultades intelectuales y volitivas del sujeto, resultando entonces de aplicación la atenuante analógica del art. 21.6 CP.

El Tribunal Supremo aplicó ya la *eximente completa*, según recogen NAVARRETE URIETA³⁵⁰ y LÓPEZ SÁIZ y CODÓN³⁵¹ en STS de 16 de abril de 1902, en un supuesto de impulsiones, reconociendo la misma que “el procesado era un degenerado que padecía un estado de locura parcial en orden a los actos de la índole de los ejecutados, que contra su voluntad venía impulsado a realizarlos, es indudable su exención de responsabilidad criminal conforme a este artículo”.

Posteriormente a esta sentencia y ya bajo la vigencia del Código Penal de 1944, son dos las pronunciamientos en los que el Tribunal Supremo declaró haber lugar a la exención de responsabilidad criminal por concurrencia del art. 8.1 CP. Se trataba de la STS de 23 de enero de 1946 (RJ 1946\65) y STS de 10 de marzo de 1947 (RJ 1947\379). En la primera de ellas, se estimó que “la personalidad del delincuente, labriego de muy limitada inteligencia, escasa instrucción, débil voluntad y espíritu influido por la superstición, así como la perturbación que en tal mentalidad ha de determinar la sospecha de infidelidad de la esposa del reo con el hijo de éste, confirmada por la carta amorosa que llegó a su poder dirigida por el segundo a la primera, así como por los otros datos de hecho que establece el primer Resultando de la sentencia recurrida, que afirma que siguió atormentado en su fuero interno hasta el punto de constituir una verdadera obsesión, todo lo cual justifica la casación de la sentencia por el primer motivo del recurso del condenado al no estimar la concurrencia en el hecho de autos del trastorno mental transitorio definido por el número 1.º del artículo 8.º del Código Penal”.

mentales, caso del complejo mundo del SIDA, sino también las neurosis como enfermedades psicológicas originadas por causas psíquicas, perturbaciones éstas de menor trascendencia, porque sólo las más acusadas pueden llegar a tener repercusión penal. Son las neurosis de deseo o de protección (traumática, de guerra, de situación, histérica o neurastenia), neurosis incoercibles (obsesivas y de ansiedad) y finalmente las psicopatías”.

³⁵⁰ NAVARRETE URIETA, J.M.: “El problema penal ...”, cit., p. 473.

³⁵¹ LÓPEZ SAIZ, I. y CODÓN, J.M.: *Psiquiatría jurídica...*, cit., p. 555.

En la segunda, por su parte, se consideró “que este monstruosos acto, ejecutado bajo el influjo de un desequilibrio mental tan profundo y vigoroso como el que se refleja en las referidas expresiones, no debe reputarse imputable criminalmente al sujeto que lo realiza, porque el trastorno de la inteligencia que priva de toda reflexión e incapacita para percibir cualquier motivo racional de la conducta, incluso el de la propia conservación y la de los seres más queridos, implica el oscurecimiento completo de la potencia cognoscitiva, y los impulsos obsesivos determinantes de la acción no pueden ser producto de la libre voluntad sino tan sólo movimientos inconscientes de verdadero automatismo, en los que para nada juegan los frenos inhibitorios del sujeto normal o sólo en parte disminuido en el ejercicio de ambas facultades psíquicas”.

En relación con el actual Código Penal puede citarse la STS 13 de octubre de 2001 (RJ 2001\9467) donde se reconoce que es “evidente que el acusado no tiene una personalidad con problemas episódicos y relativamente aislados, sino de un síndrome obsesivo permanente y grave, de cuya evolución dan cuenta los numerosos informes médicos, algunos anteriores al hecho, que obran en la causa (ver folios 17/18; 20/23 y 24/25; 27/28; 30/31) y que documentan inclusive intervenciones quirúrgicas cerebrales que no han tenido éxito para la modificación de su conducta.

En consecuencia, la Audiencia ha infringido el art. 20.1ª CP, pues se ha apoyado para evaluar las consecuencias normativas de la alteración mental del recurrente, evaluación requerida por la fórmula legal del art. 20.1ª CP, en la opinión de peritos médicos que no tuvieron en cuenta al opinar los límites de sus conocimientos científicos. De esta manera, se ha considerado que una alteración psíquica grave y permanente no era la causa de una conducta específica, cuando, en realidad, no se trataba de un problema causal, sino de la valoración jurídica de si el autor pudo comprender la antijuridicidad de su acción y comportarse de acuerdo con dicha comprensión”.

Posteriormente, la STS de 13 de septiembre de 2002 (RJ 2002\8942) estimó que el acusado “Sí conocía la ilicitud de lo que hacía y el riesgo para su persona de que se descubriera su identidad, en cambio, su grave neurosis obsesivo compulsiva y los

componentes paranoicos que le afectaban le impidieron totalmente inhibirse de la realización del delito”.

Junto a las citadas sentencias también diferentes Audiencias Provinciales han aplicado esta eximente, bien ante un *trastorno obsesivo-compulsivo* bien ante un cuadro *histerioforme*. Respecto del primero, la *SAP de Asturias de 16 de enero 2002 (JUR 2002\123734)* reconoció que “cuando el acusado desarrolló las conductas por las que ha sido procesado se padecía una alteración psíquica, consistente en un trastorno obsesivo-compulsivo, una alteración entre la psicosis y la neurosis, con pensamientos parásitos, respondiendo su conducta a la motivación patológica descrita, con la consiguiente anulación de sus capacidades de autocomprensión y autodeterminación. En consecuencia esta Sala considera que procede absolver al acusado”. En cuanto al segundo, la *SAP de Albacete de 24 de octubre de 1998 (ARP 1998\4257)* estimó que los acusados podían padecer “un cuadro histerioforme posterior a la ingesta alcohólica que les produjo un trastorno de personalidad (...) lo que llevó al tribunal ha considerar plenamente aplicable las circunstancias eximentes de los núms. 1 y 2 del artículo 20 del Código Penal”.

La *eximente incompleta* ha sido contemplada por el Tribunal Supremo en supuestos calificados como neurosis³⁵², síndrome neurótico³⁵³, neurosis epileptoide³⁵⁴, síndrome neurótico-neurasteriforme sobre una disposición explosiva asociado a un déficit intelectual lindante casi con la anormalidad³⁵⁵, neurosis de tipo sexual con crisis crepusculares³⁵⁶, neurosis con fuerte disminución caracterial³⁵⁷, neurosis obsesiva-compulsiva³⁵⁸, neurosis obsesiva de tipo sexual³⁵⁹, brote reactivo de neurosis depresiva de etiología vasculopática³⁶⁰, neurosis depresiva³⁶¹, neurosis depresiva en la que incide

³⁵² STS 15 de octubre de 1974 (RJ 1974\3911).

³⁵³ STS de 13 de octubre de 1971 (RJ 1971\3800).

³⁵⁴ STS de 18 de abril de 1940 (RJ 1940\381).

³⁵⁵ STS de 29 de octubre de 1959 (RJ 1959\3889).

³⁵⁶ STS de 27 de septiembre de 1968 (RJ 1968\3691).

³⁵⁷ STS de 11 de mayo de 1979 (RJ 1979\2004).

³⁵⁸ STS de 26 de junio de 1981 (RJ 1981\2799), 19 de diciembre de 1983 (RJ 1983\6591) y 24 de mayo de 1989 (RJ 1989\4251).

³⁵⁹ STS de 12 de junio de 1982 (RJ 1982\3522).

³⁶⁰ SSTS de 6 de junio de 1981 (RJ 1981\2581) y 29 de febrero de 1988 (RJ 1988\1359).

negativamente el alcoholismo que padece³⁶², neurosis de angustia³⁶³, neurosis implantada en una persona que abusaba de las bebidas alcohólicas³⁶⁴, reacciones desproporcionadas con base en una neurosis sexual³⁶⁵, personalidad psicopática con neurosis obsesiva compulsiva y homosexualidad secundaria que cursa con un problema de angustia³⁶⁶, neurosis grave limítrofe -«state borderline»- con una psicosis caracterizada por algún rasgo esquizoide³⁶⁷, sintomatología neurótica, parafilia de fetichismo y trastorno obsesivo-compulsivo³⁶⁸, crisis de histerismo³⁶⁹, neurosis histérica con reacción de conversión y disociación³⁷⁰, trastorno de angustia³⁷¹, situación ansioso-depresiva³⁷² y graves trastornos depresivos y crisis de angustia³⁷³.

Los tribunales menores la han apreciado en supuestos de neurosis obsesivas graves³⁷⁴, neurosis obsesiva compulsiva, con presencia de un trastorno paranoide, unido a ingesta de alcohol³⁷⁵, trastorno mixto esquizoide (DSM-IV-TR: 301.20) y por evitación (DSM-IV-TR: 301.82) así como trastorno y angustia con agorafobia (DSM-IV-TR: 300.21)³⁷⁶, trastorno ansioso-depresivo crónico con clínica agorafóbica y episodios de angustia³⁷⁷, episodio de angustia y obsesión³⁷⁸, trastorno adaptativo y depresivo con enfermedad epiléptica³⁷⁹, histeria disociativa³⁸⁰, rasgos obsesivos e

³⁶¹ STS de 5 de octubre de 1992 (RJ 1992\7736) en la que se aplica la semieximente de trastorno mental transitorio por reacción en cortocircuito y STS de 8 de febrero de 1995 (RJ 1995\808) en la que se aprecia la eximente incompleta de enajenación mental.

³⁶² STS de 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10252).

³⁶³ STS de 7 de mayo de 1993 (RJ 1993\3860).

³⁶⁴ STS de 10 de mayo de 1990 (RJ 1990\3897).

³⁶⁵ STS de 3 de julio de 1987 (RJ 1987\5152).

³⁶⁶ STS de 19 de diciembre de 1986 (RJ 1986\7968).

³⁶⁷ STS de 23 de noviembre de 1982 (RJ 1982\7183).

³⁶⁸ STS de 30 de abril de 1999 (RJ 1999\3854).

³⁶⁹ STS de 2 de abril de 1947 (RJ 1947\522).

³⁷⁰ STS de 3 de octubre de 1994 (RJ 1994\7904).

³⁷¹ STS (Sala 5ª) de 14 de febrero de 1997 (RJ 1997\1214).

³⁷² STS (Sala 5ª) de 11 de mayo de 1999 (RJ 1999\8042) y STS de 2 de febrero de 2007 (Id Cendoj: 28079120012007100081).

³⁷³ STS de 25 de marzo de 2004 (RJ 2004\3693).

³⁷⁴ SAP de Valladolid de 27 de octubre de 2003 (JUR 2004\75826).

³⁷⁵ SAP de La Coruña de 27 de marzo de 2002 (JUR 2002\163288).

³⁷⁶ SAP de Guadalajara de 3 de febrero de 2003 (JUR 2003\84205).

³⁷⁷ SAP de Córdoba de 29 de julio de 2002 (JUR 2002\247510).

³⁷⁸ SAP de Valladolid de 4 de febrero de 2002 (ARP 2002\306).

³⁷⁹ SAP de Almería de 28 octubre de 1999 (ARP 1999\4030).

³⁸⁰ SAP de Córdoba de 16 de mayo de 2005 (JUR 2005\163123).

inteligencia límite, gran impulsividad e inestabilidad con deterioro de la personalidad³⁸¹, trastorno adaptativo de tipo mixto con sintomatología predominantemente de estirpe afectiva³⁸² y personalidad neurótica con crisis confuso-ansiosas³⁸³.

La *atenuante analógica* fue aplicada por considerar el Tribunal Supremo cuando tan solo se demostró una merma leve de las capacidades cognoscitivas y volitivas del neurótico. Así ocurrió, entre otras, en SSTs de 4 noviembre 1989 (RJ 1989\8557), 10 de mayo de 1990 (RJ 1990\3897), 16 de julio de 1990 (RJ 1990\6714), 30 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7399), 15 de octubre de 1994 (RJ 1994\7920), 24 de mayo de 1996 (RJ 1996\4558), 10 de junio de 1999 (RJ 1999\3885), 24 de mayo de 1999 (RJ 1999\5246)³⁸⁴.

La *inoperancia penal* de las neurosis también ha sido declarada en algunas sentencias, como en la de 14 de marzo de 1978 (RJ 1978\936), 21 de febrero de 1978 (RJ 1978\483), 17 de diciembre de 1980 (RJ 1980\4944), 15 de marzo de 1988 (RJ 1988\2018), 19 de julio de 1990 (RJ 1990\6789) y el Auto de 6 de marzo de 2002 (JUR 2002\91665) por considerarse no existía disminución de la inteligencia ni de las facultades volitivas, capacidades que permanecían intactas, y por lo tanto, no estaba afectada la imputabilidad ni la culpabilidad de los mismos.

Por tanto, podemos concluir afirmando que el Tribunal Supremo ha dado pasos dubitativos en cuanto a la consideración de los trastornos neuróticos, pues comenzó declarando que no constituían enfermedades mentales “sino modos anómalos de vivenciar acontecimientos externos”³⁸⁵ pasando a afirmar con posterioridad que sí lo eran³⁸⁶. Con la entrada en vigor del actual Código Penal comienza a dar un tratamiento jurisprudencial uniforme atendiendo a la incidencia de esta enfermedad en las facultades

³⁸¹ SAP de Sevilla de 11 de marzo de 2005 (JUR 2005\138979).

³⁸² SAP de Murcia de 13 de septiembre de 2006 (JUR 2006\258153).

³⁸³ SAP de Granada de 2 de diciembre de 1996 (ARP 1996\1380).

³⁸⁴ También algunas Audiencias Provinciales creyeron conveniente en ciertos supuestos aplicar esta atenuante como la de Madrid mediante sentencia de 19 de mayo de 2006 (JUR 2006\289417) en la que se presenta una neurosis con rasgos depresivos y la SAP de Barcelona de 17 de octubre de 2000 (JUR 2001\23948) en la que aparece una personalidad de base con acusados rasgos de neuroticismo, habiéndolos realizado en una situación personal de grave crisis emocional.

³⁸⁵ STS de 16 de junio de 1978 (RJ 1978\1268).

³⁸⁶ STS de 5 de octubre de 1992 (RJ 1992\7736).

mentales del sujeto en cada caso concreto, no olvidando la relación de causalidad necesaria entre la patología y los hechos perpetrados. En nuestra opinión, sería un buen momento para adecuar la doctrina jurisprudencial actual a los criterios diagnósticos que respecto de estos trastornos aparecen en las actuales clasificaciones internacionales³⁸⁷, así como la nomenclatura utilizada, pues el Alto Tribunal sigue aludiendo en sus sentencias el término neurosis³⁸⁸ (ya abandonado por la Ciencia psiquiátrica moderna)³⁸⁹ y refiriendo categorías diagnósticas que hoy en día ya no se emplean³⁹⁰.

VIII. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL: PARAFILIAS

De los trastornos sexuales descritos por la CIE 10 y el DSM-IV-TR son los trastornos de inclinación sexual o las parafilias los que presentan mayor relevancia médico-legal y criminológica³⁹¹. De entre ellos, en este trabajo sólo nos referiremos a aquellos que se encuentran recogidos jurisprudencialmente por poder producir modificaciones en la imputabilidad de los sujetos que los padecen, esto es, el exhibicionismo, la pedofilia³⁹² y el sadomasoquismo.

En relación con la relevancia jurídico-penal de estos trastornos para modificar la imputabilidad penal de quien los sufre, el Tribunal Supremo ha mantenido desde su reconocimiento como enfermedad mental por las clasificaciones internacionales ya mencionadas, una doctrina reiterada que rechaza sistemáticamente la aplicación de la eximente completa de anomalía o alteración psíquica del art. 20.1 CP, por considerar que, en general, estos sujetos “son libres de actuar al tener una capacidad de querer, de entender y obrar plenas”³⁹³, apreciando una eximente incompleta del art. 21.1 CP

³⁸⁷ Así también lo consideran CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., pp. 1233 y 1234.

³⁸⁸ SSTs de 13 de abril de 2006 (RJ 2006\1952) y 11 de mayo de 2006 (RJ 2006\2433).

³⁸⁹ Crítica que también refiere LEAL MEDINA en su artículo “La doctrina legal del trastorno obsesivo compulsivo...”, cit., p. 4.

³⁹⁰ Como es el caso de las “neurosis de deseo” o “incoercibles”.

³⁹¹ GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, A.: “Relevancia criminológica...”, cit., p. 1607.

³⁹² Este trastorno podrá ser encontrado a lo largo de este trabajo con la denominación de pedofilia o paidofilia ya que así son recogidas en las dos Clasificaciones Internacionales, DSM-IV-TR y CIE 10 respectivamente, además de ser recogidas ambas denominaciones en las sentencias de nuestros tribunales.

³⁹³ STS de 16 de julio de 1991 (RJ 1991\5947).

únicamente en los supuestos en los que el trastorno de la sexualidad “concurra con otros factores que acentúen la misma y erosionen de forma significativa la voluntad del sujeto”³⁹⁴, dejando la aplicación de la atenuante analógica para aquellos casos en los que se mostraba una afectación sensible de la capacidad intelectual y volitiva del sujeto e, incluso en ocasiones, la inaplicación de circunstancia atenuante por considerar que el simple diagnóstico de trastorno de la inclinación sexual no supone ya una limitación de la capacidad para comprender la ilicitud del hecho y controlar su conducta conforme a ese conocimiento. Consideramos con URRUELA MORA que, esta manera de pensar del Alto Tribunal negando reiteradamente la exigente completa del art. 20.1 CP, se debe a un “indudable criterio defensivo, motivado por la alarma social que, sin duda, generan los delitos de naturaleza sexual en los que se ven implicados los sujetos afectos de trastornos de la inclinación sexual”³⁹⁵.

Las parafilias han sido definidas por el Alto Tribunal como el “trastorno que existe cuando hay conductas repetidas o fantasías sexuales que engloban como objeto de deseo libidinoso a objetos no humanos o se llevan a cabo con niños u otras personas que no consienten, cuando tales anomalías provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”³⁹⁶. Dicho órgano las ha considerado perversiones sexuales, por ejemplo en STS de 16 de julio de 1991 (RJ 1991\5947), la que al ocuparse de la pedofilia que define como “búsqueda del placer sexual con los niños”, estimaba que era considerada por la Psiquiatría como un “trastorno o perversión sexual, como pueden serlo el exhibicionismo, el fetichismo, el sadismo y otros”. Y las perversiones sexuales, han sido estudiadas por el Alto Tribunal como “trastorno de la personalidad, de naturaleza caracterial, que se manifiesta en específicas desviaciones de la conducta sexual, tanto en la elección del objeto con que se satisface el instinto, como en los actos a través de los cuales se busca dicha satisfacción. Es por ello por lo que la mera existencia de una perversión sexual, aunque la misma obligue a considerar personalidad psicopática a quien la presenta, no debe llevar a la apreciación de una circunstancia atenuante como la que se impugna en este

³⁹⁴ Así lo refiere la SAP de Cáceres de 4 de octubre de 2006 (JUR 2006\286407).

³⁹⁵ URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., p. 323.

³⁹⁶ STS de 8 de mayo de 2001 (RJ 2001\2699).

último motivo del Ministerio Fiscal. Determinados atentados contra la libertad sexual descritos en la ley penal -concretamente, aquéllos de los que el procesado ha sido declarado autor- apenas son concebibles en sujetos que no sean sexualmente perversos; y no tendría sentido que se hubiesen tipificado como delitos, es decir, como hechos máximamente reprobables, conductas en las que necesariamente hubiere de apreciarse una disminución mayor o menor de la culpabilidad³⁹⁷.

Que el sujeto presente este tipo de trastorno no significa ya de por sí que exista una modificación en la imputabilidad, pues parece existir acuerdo sobre la capacidad de estos sujetos para entender, comprender y querer los actos que realizan, y también para conocer las normas sociales y legales prohibidas³⁹⁸. De ahí la dificultad para reconocer la incidencia de los mismos en la imputabilidad penal de quien los sufre, pues en principio estos enfermos son definidos jurídicamente como imputables. Pero dado que los mismos pueden presentar impulsos irrefrenables, necesidad imperiosa e, incluso, cuadros de ansiedad con impulsos intermitentes y difíciles de controlar que les lleva a buscar con deseo la satisfacción de sus pulsiones³⁹⁹, podemos decir que presentan una alteración de la voluntad, que aunque difícilmente justificará una declaración de inimputabilidad (pues el sujeto sabe perfectamente lo que hace y sus repercusiones) sí que al existir una ruptura del equilibrio entre realización del acto y la prohibición de no hacerlo a favor del primero, permite reconocer una disminución de la misma⁴⁰⁰. Sólo en estas ocasiones puede hablarse de afectación del nivel de conciencia en el momento de la realización de los hechos delictivos⁴⁰¹, que irá desde la aplicación de la eximente completa pasando por la eximente incompleta hasta la atenuante analógica dependiendo de la alteración que se produzca en las capacidades volitivas del sujeto⁴⁰². Así lo ha reconocido el Alto Tribunal en STS de 2 de febrero de 1998 (RJ 1998\412) donde

³⁹⁷ STS de 2 de febrero de 1998 (RJ 1998\412).

³⁹⁸ Así lo ha reconocido el propio Tribunal Supremo en SSTS y la SAP de Málaga de 5 de abril de 2005 (RJ 2005\88089) donde se estimaba que “El sadismo y el masoquismo como cualquier otro trastorno o perversión sexual no priva a los sujetos afectados de la libertad de actuar al tener una capacidad de querer, de entender y obrar plenas”.

³⁹⁹ CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., pp. 1299 y 1300.

⁴⁰⁰ GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., p. 160.

⁴⁰¹ CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La enfermedad mental...*, cit., p. 240.

⁴⁰² STS de 24 de octubre de 1997 (RJ 1997\7610).

expresamente advierte que las “perversiones sexuales, como cualesquiera otras psicopatías, sólo deben merecer una atenuación de la responsabilidad criminal cuando afecten sensiblemente a la capacidad intelectual y volitiva del sujeto -S. 8 marzo 1995 (RJ 1995\1823)- y, por consiguiente, a su capacidad de autodeterminación -SS. 24 enero 1991 (RJ 1991\283) y 22 abril 1993 (RJ 1993\3174)- o cuando se asocien con enfermedades mentales o intoxicaciones alcohólicas o de otras sustancias, o cuando concurren con circunstancias excepcionales -S. 6 noviembre 1992 (RJ 1992\9130)- que potencien el desequilibrio afectivo que es característico de las psicopatías”, reconociéndose también al ocuparse del exhibicionismo que “pueda constituir manifestación patológica de insania mental, con la consiguiente incidencia en la imputabilidad del sujeto agente, la cual será completa si, su entendimiento y sus facultades de inhibición, de autodomínio o autocontrol, han permanecido intactos durante el trato comisivo”⁴⁰³.

El Tribunal Supremo, también en estos supuestos, ha utilizado el método mixto para conocer la incidencia de estos trastornos en la imputabilidad de los sujetos que los padecen pues, además de exigir un origen o presupuesto biológico o psíquico consistente en un trastorno de la inclinación sexual, ha considerado imprescindible una concreta consecuencia consistente en una determinada afectación de la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión.

No ha reconocido en ninguna ocasión que un trastorno de la inclinación sexual produzca los efectos cifrados en el art. 20.1 CP, por lo que no ha considerado la exención de responsabilidad criminal en ninguno de estos sujetos, pero sí se ha ocupado de referir que podría producirse cuando el mismo “sea sintomático de una psicosis o en las situaciones de pasión desbordada”⁴⁰⁴.

El Tribunal Supremo, sin embargo, sí ha tenido ocasión de aplicar la *semieximente del art. 21.1 CP* en aquellos supuestos en los que el acusado, además de presentar un trastorno de inclinación sexual, padecía otros trastornos psíquicos relevantes⁴⁰⁵ u otros

⁴⁰³ STS de 6 de mayo de 1988 (1988\3492).

⁴⁰⁴ STS de 16 de julio de 1991 (RJ 1991\5947).

⁴⁰⁵ STS de 24 de octubre de 1997 (RJ 1997\7610).

factores que acentuaban la misma y erosionaban de forma significativa la voluntad del individuo, lo que provocaba una disminución importante de las capacidades del sujeto que no anulación de las mismas. Muestra de ello son la *STS de 12 de mayo de 1960 (RJ 1960\1599)* en la que el sujeto presenta un caso de comorbilidad, por marcada y persistente desviación homosexual de tipo sadista y pedofilia (al tener inclinación especial para realizar actos degenerados hacia niños de poca edad) y oligofrenia, *STS de 12 de mayo de 1975 (RJ 1975\2080)*, en la que el acusado presenta una psicopatía sexual que le lleva a realizar actos exhibicionistas, *STS de 20 de enero de 1976 (RJ 1976\157)* en la que el inculpado era un psicópata paranoide celotípico, en el que además se injertaban tendencias agresivas y sádicas. También la *STS de 8 de febrero de 1995 (RJ 1995\712)* en la que el sujeto presentaba, psicopatía bien caracterizada, parafilia con varias manifestaciones, distimia o neurosis depresiva, adicción a la cocaína y abuso del alcohol y *STS de 30 de abril de 1999 (RJ 1999\3854)* en la que el acusado era diagnosticado de sintomatología neurótica, parafilia de fetichismo y trastorno obsesivo-compulsivo. Finalmente, la *STS de 29 de junio de 1999 (RJ 1999\6116)* en la que se estima como afectación del delincuente un bajo nivel intelectual que está en el límite, en la línea de separación (bordeline) con la oligofrenia, pero sin llegar a ésta, una peculiaridad de preferencia sexual por los niños o paidofilia, y una grave dificultad de adaptación social caracterizado por sensaciones de angustia y depresión y *STS de 22 de septiembre de 2000 (RJ 2000\8070)* donde aparece una parafilia o trastorno, psicosexual conocido como fetichismo a la que se asocia un trastorno de personalidad.

La primera de estas sentencias reconoce que el procesado “se encuentra en ese estado intermedio entre la alineación y la completa normalidad de la mente que si bien no puede alcanzarle la absoluta irresponsabilidad, está comprendido entre los casos de responsabilidad disminuida, puesto que su proceso patológico, sino llega a abolir su inteligencia y su voluntad, restringe en lucidez mental y por tanto no puede discernir como el que se halla en su cabal juicio, la gravedad y trascendencia de los actos que realiza”.

En la segunda, se estima una psicopatía grave por su intensidad y alcance, que produjo una rebaja de la voluntad, y que llevó al Tribunal Supremo ha considerar la

“semi-enfermedad mental, por la deformación intensa de la realidad sufrida y la distorsión caracterológica padecida”.

La tercera advierte que el sujeto no tiene “totalmente anuladas, sino meramente disminuidas, las facultades de inteligencia y voluntad, o lo que es igual, es el inculpado una personalidad psicopática al parecer grave, que actúa dentro de la relación causal de su distorsión o desviación instintiva, pero que posee parcialmente el control de las facultades rectoras de su conducta por conocerla en sus resultados y en sus desviaciones y poderla reprimir si lo desea”.

La cuarta basa su veredicto en reconocer que la “jurisprudencia de esta Sala ha valorado siempre, para determinar la capacidad de culpabilidad del sujeto, el conjunto de los datos que facilita el «factum» sobre su estado psicofísico por la interacción que existe entre todos ellos; el Tribunal sentenciador, en el hecho segundo y en el fundamento cuadragésimo-quinto, pospone el cuadro constitucional y nosológico del sujeto y sus hábitos alcohólicos y pone énfasis en la adicción a la cocaína como fuente y origen de sus anomalías admitiendo -dentro de la normalidad mental- una discreta disminución de su capacidad de autocontrol que conduce a la atenuación analógica amparada en el artículo 9.10 con efectos penológicos ordinarios. Esta Sala estima en definitiva, y con cita como antecedente más próximo de la Sentencia de 15 febrero 1994 (distimia e ingesta alcohólica) y otras muchas en que concurren y se suman a la psicopatía la concurrencia de otras enfermedades mentales y factores exógenos, que el tratamiento penal adecuado ha de darse con conducto de la eximente incompleta del artículo 9.1.ª en relación con el 8.1.º del Código Penal”.

La quinta de ellas por su parte, advierte no haber lugar a la eximente completa solicitada por haberse descartado “que la agresión sexual cometida por el acusado hubiera estado generada por un impulso compulsivo irrefrenable al que no pudiera oponerse ningún freno inhibitorio de una voluntad plena y absolutamente vencida, la pretensión del recurrente no puede tener acogida, puesto que, por lo demás, ni la neurosis obsesiva, ni la parafilia de fetichismo que padece el acusado son trastornos susceptibles de fundamentar la exención de la responsabilidad que se pretende”.

La sexta de ellas, consideró que el “efecto de estas anomalías merma, pero no excluye totalmente, su capacidad de comprender que su conducta con los menores es merecedora de reproche social grave y determinante de una sanción penal, pues prevenía el recurrente a los menores, como tiene reconocido, de que no lo contaran. Aun así podría haberse estudiado el aspecto de su incapacidad para controlar sus pulsiones mediante los apropiados frenos o estímulos inhibitorios, pero no se ha planteado este aspecto de la eximente, que como tal debiera haber sido objeto de plena prueba por quien la alegaba”.

Y finalmente, la última estableció que los hechos estaban “directamente relacionados con los trastornos parafílicos y de personalidad. Existía una afectación del control volitivo de los impulsos”.

También esta circunstancia eximente incompleta ha sido apreciada en la *SAP de Valencia de 20 de noviembre de 2002 (JUR 2003\72380)* en un supuesto en el que concurría junto a la paidofilia, un trastorno de la personalidad y *SAP de Málaga de 7 de mayo de 2004 (JUR 2004\199831)* donde el acusado en el momento de los hechos el acusado padecía pedofilia, trastorno psico-patológico que influía en su capacidad volitiva.

La *atenuante analógica* ha sido la circunstancia más ampliamente reconocida por los tribunales⁴⁰⁶, por estimarse que los sujetos que padecen una parafilia no presentan afectación de su capacidad cognoscitiva, de su capacidad de comprender, pero sí cierta influencia en su capacidad para controlar sus pulsiones mediante los apropiados frenos o estímulos inhibitorios, que salvo se demuestre es grave por encontrarse unida a otro trastorno o alcohol o drogas, lo que conllevará la consideración de una semieximente, será normalmente leve, encontrándose tan sólo una incidencia moderada en su capacidad de comprensión del hecho y en el adecuamiento de dicha conducta a esa comprensión. Esta circunstancia atenuante ha sido apreciada por el Tribunal Supremo en sus sentencias descartándose en ellas la existencia de otros trastornos que pudieran

⁴⁰⁶ MORILLAS FERNÁNDEZ, D.L.: *Análisis dogmático y criminológico de los delitos de pornografía infantil. Especial consideración de las modalidades comisivas relacionadas con Internet*, Dykinson, Madrid, 2005, p. 363.

llevar a aplicar una semieximente y reconociendo únicamente una leve alteración en la voluntad de los mismos. Así ocurrió en *STS de 9 de junio de 1999 (RJ 1999\5426)* en la que el sujeto presentaba una “desviación sexual -la pedofilia- de leve a moderada intensidad que se conjuga con un trastorno de tipo antisocial de la personalidad” estableciendo el Alto Tribunal no deducirse “en absoluto una intensa, profunda o severa perturbación de esas facultades sino tan solo una incidencia moderada “en su capacidad de comprensión (ética) del hecho y en el adecuamiento de dicha conducta a esa comprensión”. Junto a ella, la *STS de 9 de noviembre de 2000 (RJ 2000\9537)* donde se considera que “la decisión de la Sala de instancia de aceptar sólo una atenuante analógica de conformidad con el art. 21.6º en relación con el artículo 20.1º - Fundamento Jurídico noveno- al reconocerse la existencia de una inclinación sexual hacia los niños sin que se traduzca en un déficit importante en su facultad de saber y querer, como se reconoce en el «factum», aparece como conclusión totalmente razonable a la vista de los informes médicos y por tanto ayuna de toda arbitrariedad”. En igual sentido la *STS de 30 de junio de 1997 (RJ 1997\5167)* que estima la aplicación de la citada atenuante por padecer el recurrente “«psicopatía con desviación del instinto sexual y frialdad afectiva» (ver folios 24 y 25 del sumario), cuya incidencia en la capacidad de autoconducción no sería suficiente para estimar la atenuación en la forma prevista en el artículo 9.1.ª ni como muy cualificada en el sentido del artículo 9.10.ª CP”. También la *STS de 28 de enero de 1997 (RJ 1997\323)*, en la que se advierte que el acusado padece “un trastorno de la personalidad de tipo paidofílico” que al no coexistir con enfermedad o concurrir circunstancias excepcionales provoca la aplicación de la atenuante analógica⁴⁰⁷. Por su parte, la *STS de 21 de enero de 1997 (RJ 1997\461)* afirma que el acusado padece trastorno sexual del tipo de la parafilia sádica que tan solo provoca una disminución no intensa de sus frenos inhibitorios. Finalmente, la *STS de 16 de julio de 2001*⁴⁰⁸ en la que el acusado padece un trastorno antisocial de la personalidad y una parafilia de tipo gerontofilia que no afectan a la capacidad del acusado de

⁴⁰⁷ Estos argumentos fueron igualmente utilizados en el Auto del TS de 11 de marzo de 2004 (JUR 2004\114145) al advertir que no se observa en el acusado “factores asociados de entidad suficiente añadidos a su trastorno peidófilo, descartando alteraciones formales del pensamiento, de la percepción y del juicio, lo que obliga a concluir que la calificación de toda esta sintomatología como una atenuante analógica encaja perfectamente en las previsiones del legislador”.

⁴⁰⁸ Consultada en Base de Datos de Jurisprudencia del TS (Id. Cendoj: 28079120002001101522).

comprender la ilicitud de los hechos e inciden, tan sólo de forma leve, sobre el control de sus impulsos, junto a algunas otras⁴⁰⁹.

También diferentes Audiencias Provinciales se han hecho eco de esta doctrina establecida por el Tribunal Supremo aplicando dicha atenuante analógica del art. 21.6 CP en relación con el art. 21.1 CP y 20.1 del mismo texto legal, por considerar que las “capacidades volitivas de estos sujetos se encontraban disminuidas para el delito que se le imputó, sin llegar a estar anuladas puesto que si bien la pérdida de control absoluto es realmente difícil, salvo en los casos de psicóticos con grave trastorno mental, sí existía un mal control del impulso y de ahí que tuviera disminuida su capacidad volitiva hasta el punto de justificar la atenuación de la pena respecto de la que procedería imponer a quien hubiera actuado en plenitud de su salud psíquica”⁴¹⁰. Así ha ocurrido en *SAP de Cáceres de 4 de octubre de 2006 (JUR 2006\286407)* en la que el acusado presenta diagnóstico de alteración en su inclinación sexual (respecto de los parámetros normalizados) o parafilia en su modalidad de pedofilia, de tipo heterosexual reconociendo la Audiencia que la semieximente sólo ha sido aplicada en supuestos en los que aparece la parafilia unida a otra enfermedad o diversos factores advirtiendo que “en el caso que nos ocupa no se observan en el recurrente factores asociados de entidad suficiente: No aparecen abusos de tóxicos ni de alcohol; del estudio realizado no han resultado problemas disociales en su adolescencia, y se ha descartado la existencia de una enfermedad psiquiátrica añadida a su trastorno pedófilo así como también la existencia de alteraciones formales del pensamiento, de la percepción y del juicio”⁴¹¹. Con idéntica argumentación la *SAP de Ourense de 29 de diciembre de 2003 (JUR 2004\52165)*, considera que en el acusado, que padece una parafilia tipo pedofilia, “no concurren otro tipo de trastornos psíquicos, ni consta condición en el mismo de toxicómano, ni de alcohólico ni de otras circunstancias que pudieran mermar todavía más su voluntad. No obstante, siendo cierta la minoración de su capacidad de

⁴⁰⁹ SSTS de 19 de mayo de 1992 (RJ 1992\4182), 14 de febrero de 1994 (RJ 1994\736) y 23 de noviembre de 1995 (RJ 1995\8781).

⁴¹⁰ Véase *SAP de Cáceres de 4 de octubre de 2006 (JUR 2006\286407)*.

⁴¹¹ Esta sentencia cita otros pronunciamientos de tribunales menores donde también se ha aplicado la atenuante analógica del art. 21.6º en relación con el 21.1º y 20.1º del Código Penal, se refiere a la “(S.A.P. Valencia, Secc 3ª, de 22 de mayo de 2.002; A.P. Madrid, secc 15ª, de 17 de junio de 2.002; A.P. Bilbao, secc 6ª, de 27 de enero de 2.003; A.P. Orense, Secc 2ª, de 29 de diciembre de 2.003)”.

autocontrolarse, procede la aplicación de la atenuante analógica del art. 21.6, en relación con los artículos 20.1 y 21.1, del CP” y también la *SAP de Valencia de 22 de mayo de 2002 (JUR 2002\240042)* en la que se advierte que en “el procesado no se observan factores asociados de entidad suficiente y en este sentido se desprende de los informes médicos aportados que no consume tóxicos ni alcohol, ni tuvo problemas disociales en su adolescencia, no se observó en las entrevistas enfermedad psiquiátrica añadida a su trastorno peidófilo y se descartan alteraciones formales del pensamiento, de la percepción y del juicio. De todo ello deducimos que no cabe la apreciación de la eximente incompleta solicitada, si bien y reconocida como es la enfermedad psiquiátrica reseñada y que los doctores califican en el acto del juicio oral como grave que afecta seriamente a su voluntad cabrá considerar la atenuante analógica del art. 21 del Código Penal”.

Asimismo, la *SAP de Gipuzkoa de 23 de octubre 1998 (ARP 1998\4259)* en la que el procesado padece una esquizofrenia paranoide (que permanece estable) y parafilia, enfermedades que la sentencia reconoce constituyen independientes y únicamente en las fases agudas o descompensaciones de la enfermedad psicótica, la parafilia se ve facilitada por una reducción de la capacidad de juicio y/o control de impulsos, por lo que conoce perfectamente el alcance de sus relaciones con menores que, al parecer, se vienen produciendo desde sus dieciséis años. A este respecto, la Sala quiere señalar que de acuerdo con las Sentencias de la Sala Segunda del Tribunal Supremo de 16 julio 1991 (RJ 1991\5947), 17 enero 1994 (RJ 1994\20) y 28 enero 1997 (RJ 1997\323), en la situación mental del procesado no concurren los requisitos suficientes para apreciar la concurrencia de una circunstancia eximente completa o incompleta de enajenación mental, pero sí una circunstancia atenuante analógica del artículo 21.6 en relación con el artículo 21.1 y el 20.1 del Código Penal, en cuanto que los actos realizados por el procesado están en una relación causal psíquica con la afectación psiquiátrica que presenta, lo que supone una disminución leve de su imputabilidad”. Junto a ella, la *SAP de Bizkaia de 27 de enero de 2003 (JUR 2003\134595)* y *SAP de Madrid de 17 de junio de 2002 (JUR 2002\241305)* en las que, quedando acreditada una parafilia sexual (exhibicionismo), se reconoce que la misma conlleva que las capacidades volitivas del acusado se encuentran disminuidas para el delito que se le imputa, sin llegar a estar

anuladas, es decir una afectación modo leve a su capacidad de determinación. Efectos estos que también aparecen en *SAP de Barcelona de 5 de junio de 1995 (ARP 1995\697)*, *SAP de Baleares de 30 de marzo de 2001 (JUR 2001\179391)*, *SAP de Almería de 5 de julio de 2001 (JUR 2001\250668)* y *SAP de Segovia de 10 de febrero de 2003 (JUR 2003\93646)*, lo que como bien explica esta última conlleva “la concurrencia de la circunstancia atenuante analógica 6ª del art. 21 del CP en relación con la atenuante primera del mismo art. 21, y ello, porque, aunque comprende la ilicitud de su comportamiento, parece tener una cierta dificultad superior a la normal para refrenar sus impulsos sexuales, por lo que debemos entender, de conformidad, también, con lo establecido en la precitada sentencia del TS de 10 de junio de 1999, que se produce en el sujeto activo una débil disminución de su imputabilidad que se traduce a términos jurídicos mediante la estimación de dicha atenuante”.

En relación a las parafilias, los tribunales también han reconocido en ocasiones su *irrelevancia penal*⁴¹² es decir, la imputabilidad plena del sujeto al tiempo de la comisión de los hechos que se enjuician, por considerar que las mismas no suponían limitación alguna, ni aún siquiera leve, en la capacidad de comprensión o en la libertad de actuar del mismo, requisitos estos exigidos para la aplicación de la eximente de anomalía o alteración psíquica (art. 20.1º CP) o sus correlativas eximente incompleta o atenuante analógica (art. 21.1ª y 6ª CP). Se considera por tanto, que los sujetos afectados de parafilias pueden tener suficiente capacidad de entender y querer, pues han conocido y han querido los actos llevados a cabo, de ahí que se considere su inoperancia penal.

Por lo tanto podemos concluir que las parafilias constituyen enfermedades mentales que no siempre afectan las facultades psíquicas del sujeto y si lo hacen, será la intensidad de la afectación, la que determine la disminución en la imputabilidad de la persona que los padece. En ellas la voluntad puede estar alterada, no así la comprensión de la ilicitud del hecho, salvo que las mismas se presenten junto a oligofrenia o demencia, debiendo también valorarse la situación del conocimiento bajo la influencia

⁴¹² SSTs de 16 de julio de 1991 (RJ 1991\5947), 24 de octubre de 1994 (RJ 1994\8165), 2 de febrero de 1998 (RJ 1998\412) y 25 de septiembre de 2000 (RJ 2000\8474).

de sustancias tóxicas, preferentemente el alcohol⁴¹³. Dependiendo del nivel de alteración en la capacidad de actuar que el parafílico presente puede aplicarse:

- Una eximente completa cuando el sujeto no puede comprender, debido a la patología sexual, la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión. Lo que difícilmente parece que pueda suceder y de ocurrir se produciría seguramente cuando el trastorno parafílico fuera muy grave y estuviera en unión con otra patología o con alcohol o drogas.

- Una eximente incompleta cuando la afectación de las facultades del sujeto sea importante, lo que se ha apreciado por los tribunales cuando existía un trastorno de inclinación sexual en el sujeto, generalmente grave, (pero no de tanta intensidad como para impedir al sujeto comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión) asociado a otros trastornos psíquicos relevantes.

- Y la atenuante analógica del art. 21.6 cuando el trastorno de la inclinación sexual provoca en el sujeto una disminución leve de sus facultades psíquicas.

Fuera de estos casos, el debilitamiento de los frenos inhibitorios que puede provocar una parafilia no debe reflejarse en circunstancia atenuante alguna, porque el mismo no es mayor que el que precede, a la inmensa mayoría de las pulsiones instintivas que presentan los seres humanos.

IX. TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS

Los trastornos del control de los impulsos tienen escasa trascendencia médico-legal ya que pese a estar presente en un número elevado de personas, no conllevan con frecuencia la ejecución de conductas delictivas⁴¹⁴. Se caracterizan por presentar una limitación o merma en la capacidad para reprimir o controlar impulsos, ciertas motivaciones o tentaciones de llevar a cabo un acto perjudicial para él o para terceras personas, pudiendo llevar incluso en ocasiones a realizar conductas en contra de su

⁴¹³ GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría criminal...*, cit., p. 124.

⁴¹⁴ GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Neurosis"..., cit., p. 1181.

propia voluntad. Los afectados sufren una tensión o activación interior irresistible que les lleva a realizar determinados actos, lo que produce una importante merma en su voluntad a pesar de tener conocimiento de lo que hacen⁴¹⁵. De ahí que pueda afirmarse que dichos trastornos inciden en la imputabilidad, dada la severa limitación en la capacidad de inhibición que provocan en los sujetos que los padecen, pudiendo llevar a la apreciación de la eximente completa, incompleta o a la atenuante analógica. La aplicación de una u otra atenuación dependerá en cada caso de la comprobación de la existencia del trastorno, la intensidad del mismo en las facultades del enfermo y su relación con los hechos perpetrados.

Las dos clasificaciones internacionales, CIE 10 y DSM-IV-TR, catalogan como “Trastornos del control de los impulsos” la ludopatía, piromanía, cleptomanía, tricotilomanía, y el trastorno explosivo intermitente. De ellos, unos siempre llevan al sujeto a cometer actos criminales (cleptomanía y piromanía), otros algunas veces (ludopatía y trastorno explosivo intermitente) y la tricotilomanía nunca. Aún así, no sobre ellos existe jurisprudencia y sobre todo no hay del Tribunal Supremo porque se trata de infracciones que por su pena no llegan a casación (como los pequeños hurtos realizados por los cleptómanos o daños poco graves para el caso de la piromanía). La ludopatía, cleptomanía y piromanía son los que con mayor frecuencia han sido tratados por nuestros tribunales, pues los demás trastornos del control de los impulsos presentan en ocasiones una nula incidencia en la imputabilidad (la tricotilomanía) o no existen sobre ellos resoluciones que los aborden profundamente (el trastorno explosivo intermitente, que la CIE 10 incluye en los denominados “Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos”⁴¹⁶). De ahí que en este trabajo sólo nos ocupemos de estudiar la ludopatía, la cleptomanía y la piromanía.

⁴¹⁵ HOMS SANZ DE LA GARZA, J.: *Avances en medicina legal: ...*, cit., p. 53.

⁴¹⁶ Trastorno poco conocido y muy confuso clínicamente ya que suele aparecer en otros trastornos mentales, véase HOMS SANZ DE LA GARZA, J.: *Avances en medicina legal: ...*, cit., p. 54.

1. JUEGO PATOLÓGICO (LUDOPATÍA)

Por lo que concierne al juego patológico⁴¹⁷ y su incidencia en la imputabilidad, parece tratarse de un trastorno ampliamente debatido por la doctrina, ya que no existe acuerdo sobre la modificación que produce en las facultades mentales del sujeto que lo padece. Algunos autores abogan por una exención total de responsabilidad criminal de estos sujetos⁴¹⁸, otros niegan dicha modificación intensa en las facultades mentales de los mismos⁴¹⁹ pero reconocen cierta disminución en la imputabilidad⁴²⁰, que podría llegar a hasta la aplicación de la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 del mismo texto legal, finalmente los últimos, consideran la total imputabilidad de los ludópatas⁴²¹. Junto a estos autores, encontramos otros⁴²², entre los que nos incluimos, que reconocen que esta patología podría, al menos teóricamente, ser apreciada como eximente completa del art. 20.1 CP, puesto que se cumple el requisito biológico, al existir una anomalía o alteración psíquica y aunque el elemento intelectual,

⁴¹⁷ Debemos recordar que lo que se castiga no es el juego sino las conductas delictivas provocadas por el mismo.

⁴¹⁸ CUSTER citado por GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Neurosis”..., cit., p. 1182, quien defiende la exculpación de los jugadores patológicos por considerar que “su conducta compulsiva bordea lo psicótico, y aunque no son dementes, sí son «insensatos»” y HOMS SANZ DE LA GARZA reconoce que “al amparo del art. 20.1 CP sería muy acertada la exención total de la responsabilidad y la sumisión a un tratamiento ambulatorio, que duraría hasta la curación absoluta” (HOMS SANZ DE LA GARZA, J.: *Trastorno mental transitorio...*, cit., pp. 282 y 283).

⁴¹⁹ CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal...*, cit., p. 63.

⁴²⁰ CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑIN, J.C.: *La Salud Mental en los Tribunales...*, cit., p. 195; CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1329; DELGADO BUENO, S. y RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A.: “Los trastornos...”, cit., pp. 836 y ss; GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Neurosis”..., cit., p. 1182 y ORTEGA MONASTERIO, L.: “La imputabilidad...”, cit., pp. 186 y 187.

⁴²¹ DEL TORO MARZAL, ha defendido desde antiguo que el delito cometido por el ludópata, salvo supuestos excepcionales (que aparecen cuando la persona se encuentra en un síndrome de abstinencia lúdica especialmente grave), no puede beneficiarse de excusas psicopatológicas (DEL TORO MARZAL, A.: “Aspectos jurisprudenciales de la ludopatía”, en *Revista española de psiquiatría forense, psicología forense y criminología*, 1996, Nº. 0, p. 46 y el mismo, “La imputabilidad del ludópata”, en *Jornadas sobre psiquiatría forense*, Colección Centro de Estudios Jurídicos vol. 3, Ministerio de Justicia, Madrid, 1994, pp. 188 y 189).

⁴²² BAUTISTA TORRES, E.: “Juego patológico. Aspectos penales: tipología delictiva, tipo de delincuente, tratamiento jurídico penal y medidas de seguridad”, en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, p. 349; URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., pp. 326 y 327 y VÁZQUEZ GONZÁLEZ, C.: “Ludopatía: Manifestaciones psicopatológicas y su incidencia en la responsabilidad criminal”, en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, pp. 591 y ss.

parece en opinión mayoritaria no encontrarse afectado, sí que lo está el volitivo. En efecto, el sujeto puede claudicar ante la fuerza de los impulsos, actuando ante un impulso irresistible e incontrolable, con un grave déficit en la capacidad de autocontrol en el instante de jugar. Ahora bien, dado que estos sujetos cometen conductas delictivas, no en los momentos de juego sino en los posteriores, generalmente como medio para conseguir recursos económicos para seguir jugando, su imputabilidad suele estar tan solo mermada, pues ya no existe un impulso irresistible, anulador de la voluntad, sino uno racional y dominable, permaneciendo la conciencia casi plena y una capacidad volitiva disminuida por la necesidad de conseguir los medios para seguir jugando. Por lo tanto, consideramos que la posibilidad de la aplicación de la eximente completa es posible pero improbable dado que no suele existir coincidencia cronológica entre la conducta delictiva y el impulso del sujeto, pues ésta normalmente se lleva a cabo antes o después de haber sufrido el mismo.

Los tribunales, atendiendo fundamentalmente a los pronunciamientos del Tribunal Supremo, han desarrollado una importante evolución en su tratamiento, pasando de no ser estimado como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal, dada su no consideración como enfermedad mental, a producir cierta incidencia en la imputabilidad de los sujetos que los sufren tras su reconocimiento como tal.

Siguiendo a GARCÍA QUESADA⁴²³, la evolución de la jurisprudencia está compuesta por tres fases, coincidentes cada una de ellas con una sentencia que las representa, que han supuesto un desarrollo en el tratamiento jurídico-penal de este trastorno⁴²⁴. Dichas fases o etapas son:

1. La primera fase está representada por la STS de 3 de enero de 1990 (RJ 1990\263), en la que tras reconocerse la brillantez del examen psiquiátrico realizado al acusado que considera que el mismo presenta una ludopatía que afectó a la capacidad

⁴²³ GARCÍA QUESADA, M^a.T.: “El juego patológico: una aproximación al concepto”, *Cuadernos de Derecho Judicial. Medicina legal*, núm. V, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, pp. 519 y ss.

⁴²⁴ Esta evolución es también reproducida por SAP de Ciudad Real de 10 de enero de 1995 (ARP 1995\52) y por un trabajo posterior de CALLE RODRÍGUEZ, (casi idéntico) donde no se menciona dicha resolución (CALLE RODRÍGUEZ, M^a.V.: “El juego patológico, ¿se puede considerar una anomalía psíquica?”, *La Ley* (2002-3º), D-82, pp. 1672 y 1673).

volitiva del ahora recurrente y por ello existió un déficit ligero de la imputabilidad, se establece en su fundamento tercero la pretensión de aplicar la eximente incompleta del n.º 1.º del artículo 9.º en relación con la 1.ª del artículo 8.º del Código Penal, lo que se rechaza por estimarse que “el juego patológico descrito en el referido informe médico no es una enfermedad, como muy bien dice el propio informe, y, por tanto, no cabe en el concepto de enajenado que acoge el n.º 1.º del artículo 8.º y menos aún, en el de trastorno mental transitorio. Así pues, ese trastorno del control de los impulsos, en que consiste el juego patológico, no puede encuadrarse ni en la enfermedad mental incompleta, ni, menos aún, en el trastorno mental transitorio incompleto, que es lo que, en definitiva, pretende el recurrente a través del presente motivo de casación, que por todo lo expuesto debe ser también rechazado”. Este pronunciamiento parecía cerrar toda posibilidad de atenuación de la responsabilidad criminal del sujeto que lo padecía, al no considerar al juego patológico como enfermedad mental, aunque coincidimos con BORJA JIMÉNEZ⁴²⁵ en que lo destacable de esta resolución es que, a pesar de no reconocer el Alto Tribunal a esta patología el carácter de enfermedad, sí que, por primera vez se plantea la posibilidad de que afecte a las facultades mentales del sujeto que lo sufre.

2. Un segunda fase viene constituida por la sentencia de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional, de fecha 16 de noviembre de 1990⁴²⁶, en la que se definió al juego patológico como enfermedad y se le otorgó la entidad suficiente como para abrir la puerta a la atenuante analógica del art. 9.10º, en relación con el nº 1 del art. 8 y 66, todos ellos del anterior Código Penal. En ella se establecía que “el acusado, por su desmesurada afición al juego, padece la enfermedad conocida como ludopatía, que implica una dependencia biopsicológica y conductual, constituida por impulsos irresistibles hacia algo, para cuya consecución se supedita todo, como sentimientos, normas éticas, sociales y familiares, y sobre todo, disponibilidades económicas, al tratarse de una adicción creciente, que encierra al individuo que la padece, en espacios

⁴²⁵ BORJA JIMÉNEZ, E.: “Algunas consideraciones jurídico-penales y criminológicas sobre el juego patológico”, *Revista de Actualidad Penal*, Tomo I, 1998, p. 7.

⁴²⁶ Consultada en el Anexo I de DELGADO BUENO, S. y RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A.: “Los trastornos...”, cit., pp. 867 y ss.

psicológicos alterados, con repercusiones sensibles en su conducta y voluntad”. Esta enfermedad, afirma la sentencia que se comenta en relación a la imputabilidad concreta del recurrente, “si bien no le priva plenamente de actividad intelectual e imputabilidad, sí las atenúa notablemente, ya que el afectado se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir la tentación de jugar, con incidencia grave en los objetivos personales-familiares vocacionales y tal dependencia le lleva a la realización de hechos delictivos, ante los cuales no está en condiciones de oponer una decidida voluntad para su no ejecución”. Varias notas podemos destacar de esta sentencia:

a) En primer lugar, la consideración por primera vez de la ludopatía como enfermedad.

b) En segundo orden, la referencia a la dependencia biopsicológica y conductual como nota característica de la enfermedad, que la conecta con el concepto de adicción, y que no será recogida en ninguna otra ocasión por la jurisprudencia posterior.

c) En último lugar, la Audiencia Nacional atendiendo al cuadro declarado probado y sobre todo a las condiciones psicopatológicas reales en las que se encontraba el acusado en el momento de los hechos, consideró de apreciación la atenuante analógica como muy cualificada aplicando por primera vez el régimen del anterior art. 61.5º, similar al propio de las eximentes incompletas en la medida en que se puede imponer la pena inferior en uno o dos grados a la inicialmente prevista por la ley para el tipo de delito que se esté tratando.

Todas estas características llevaron a esta sentencia a tener una gran trascendencia e influir notablemente en la STS de 29 de abril de 1991 (RJ 1991\2986) que representa la tercera etapa en la evolución del tratamiento del juego patológico y que marcará los criterios de actuación seguidos por los tribunales hasta la fecha.

3. La tercera etapa viene representada por la mencionada resolución del Tribunal Supremo, considerada como pionera en el tratamiento jurídico-penal de la adicción patológica al juego⁴²⁷, por ser la primera ocasión en que el Alto Tribunal reconoce virtualidad atenuatoria a una ludopatía al aplicar una atenuante analógica, dada la

⁴²⁷ Así lo considera BORJA JIMÉNEZ, E.: “Algunas consideraciones...”, cit., p. 7.

afectación de las facultades psíquicas del sujeto por el juego patológico y demostrada la relación del mismo con los hechos cometidos. En ella se parte de los hechos probados en la sentencia de instancia que señaló que “el procesado posee una personalidad inmadura cognitiva y emocionalmente, con una visión fantasiosa y poco práctica de la vida y un nivel de aspiraciones desproporcionado a sus propias capacidades y recursos operativos, que favoreció en él, el juego patológico caracterizado por el fracaso crónico y progresivo de la capacidad para resistir los impulsos a jugar, que se acentúan en períodos de stress y vienen precedidos por una inquietud y ansiedad generalizadas que cesan en el juego y se renuevan tras él”. Y que llevó al tribunal de instancia a declarar que el mismo no producía en el sujeto afectación intelectual ni de raciocinio, siendo los hechos merecedores de una atenuante analógica del art. 9.10º en relación con los art. 9.1º y 8.1º CP. El Tribunal Supremo en la resolución del recurso de casación interpuesto y ante la petición por la defensa de la aplicación de la eximente incompleta del art. 9.1º CP en relación con el art. 8.1º CP, se ocupó de definir la ludopatía y establecer los efectos que dicha patología podía producir en la imputabilidad del sujeto que la padecía. Así, tras reconocer la confusión en relación a esta categoría tanto en su denominación como en su clasificación y concepto, señaló que el juego patológico “envuelve una dependencia psicológica y conductual constituida por un impulso irresistible hacia algo a cuya consecución se supedita todo, sin que ningún perjuicio o razonamiento contrario le haga renunciar a ello, con pérdida de la capacidad de control de tal impulso.

La característica fundamental del jugador patológico la constituye su pérdida de control o de habilidades para dejar de jugar. Así pues, el juego que deja de ser un entretenimiento, pasa a convertirse en una necesidad, que le lleva a sufrir pérdidas repetidas y excesivas, en constante búsqueda de un cambio de fortuna”. A continuación, fundamentó y apoyó esta definición con los criterios diagnósticos establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría a través de su DSM-III-R⁴²⁸, detallando los que

⁴²⁸ “La Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D. S. M. III-R en adelante) en 1980, objetiviza la descripción del juego patológico, y lo incluye dentro de los trastornos de control de los impulsos no clasificados en otros apartados, con los siguientes criterios diagnósticos: 1.º) El individuo se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos de jugar. 2.º) El juego pone en serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales. 3.º) El juego no es debido a un trastorno antisocial de la personalidad. Sin embargo,

concurrían en el caso y finalizando con el reconocimiento de que este trastorno “se acercaría tanto a las conductas de tipo adictivo, como adicción no tóxica, como a las clasificadas descontrol de los impulsos”.

Seguidamente el Tribunal Supremo entra de lleno en el asunto de la incidencia de esta patología para la imputabilidad del jugador patológico, estimando que “lo relevante es si efectivamente la conducta del procesado puede enmarcarse en el término juego patológico o ludopatía, y las repercusiones que ello entrañaría en su capacidad de raciocinio y volición, a efectos de aplicación de la circunstancia de exención incompleta que propugna el recurrente, o por el contrario no alcanza suficiente entidad para que pueda estimarse la concurrencia de aquélla, o sólo una circunstancia de atenuación por la vía analógica del número 10 del art. 9 del Código Penal”. Dando finalmente la razón a la Audiencia de instancia que aplicó la atenuante analógica, al considerar que el “procesado, no padece afectación intelectual ni de raciocinio, y por tanto, falta la base fáctica para poder estimar que tanto su psique como su voluntad estuvieron anuladas, o al menos disminuidas gravemente, sino que por su acusada inmadurez, su personalidad fantasiosa, y su tolerancia a la frustración en muy pequeña cuantía, ha gozado de menos recursos que la generalidad de las personas, para controlar sus impulsos. Evidentemente ello redujo su capacidad para resistir la compulsión al juego, pero no puede encuadrarse en la enfermedad mental incompleta ni en el trastorno mental transitorio, sino y tal como efectúa la Sentencia de instancia en la atenuante de análoga significación a la de

cuando sus fuentes de obtención de dinero son escasas, es frecuente la aparición de una conducta antisocial para obtenerlo, si bien éstas no son típicamente violentas, pues existe un propósito consciente de devolver el dinero.

En su última revisión -D. S. M. III-R- se ha realizado una ampliación de los criterios diagnósticos precisando la sintomatología de este trastorno, debiendo de cumplirse cuatro de los síntomas que allí se concretan, hasta el número de nueve, los que son: 1.º) preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar; 2.º) con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado; 3.º) existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada; 4.º) intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar; 5.º) pérdidas repetidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperar; 6.º) esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego; 7.º) con frecuencia, el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales; 8.º) sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar; y 9.º) se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes, o a pesar de otros problemas significativos, sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se exacerban con el juego. Es evidente que aquí concurren las 1, 2, 5 y 9. Sin embargo, también concurren los requisitos de las que el propio D. S. M. III-R clasifica como dependencia. Así, pues, este trastorno se acercaría tanto a las conductas de tipo adictivo, como adicción no tóxica, como a las clasificadas descontrol de los impulsos”.

enfermedad mental del número 10 del art. 9 en relación con el número 1.º del art. 8 todos del Código Penal, lo que concuerda además, con lo que normalmente suele tomarse en consideración en los supuestos de adicción, casi siempre drogadicción, sin resultar afectada gravemente la conciencia y voluntad”⁴²⁹. Y aplicando las consecuencias jurídicas previstas para los supuestos de enajenación mental completa e incompleta, las medidas sustitutorias de internamiento y tratamiento adecuado, al estimar “no cabe duda que es válido el que puedan adoptarse medidas terapéuticas o de internamiento, en los supuestos en que concurre la circunstancia atenuante prevista en el número 1.º del art. 9 del Código Penal, y sin embargo no sea dable cuando se aplique la atenuante analógica 10.ª del propio art. 9, sea ésta o no muy cualificada. Avalan estas consideraciones argumentos de carácter científico y técnico-jurídico, como ya se expusieron en la Sentencia de esta Sala de 13 de junio de 1990 (RJ 1990\6527), pudiendo destacarse, con la mayoría de la doctrina científica, que la equiparación por su análoga significación no quiere decir solamente que tenga un sustrato fáctico semejante, sino que la respuesta punitiva debe estar orientada en un mismo sentido, para que su finalidad y objetivos sean análogos en entidad y significado a los establecidos para su homóloga circunstancia de exención o atenuación. De esta forma, si lo estiman procedente los Juzgado y Tribunales del orden jurisdiccional penal, apliquen, las medidas sustitutorias de internamiento y tratamiento adecuado, prevista para los supuestos de enajenación mental completa o incompleta”.

Junto a estas sentencias cabe destacar la STS de 18 de mayo de 1993 (RJ 1993\4171) por estimar que lo trascendental en estos casos es “determinar la forma en que se manifiesta en cada supuesto concreto y las repercusiones que tiene en la capacidad de raciocinio y volición del agente, esa tendencia patológica a jugar. En este sentido es de constatar que la compulsión ludópata actúa en el momento en que la oportunidad del juego se presenta y domina la voluntad en torno al acto concreto de jugar y, en último extremo, a las acciones temporal e inmediatamente dirigidas a satisfacer tal compulsión en el ámbito lúdico (sustracción de fichas del Casino, expedición de talón sin fondos para obtenerlas, falsificación de documentos para

⁴²⁹ Doctrina que ya había establecido la STS de 3 de enero de 1990 (RJ 1990\263) anteriormente citada.

acceder a Salas de Juego, etc), mientras en otros actos más lejanos obra sólo como un impulso organizado para lograr el futuro placer del juego, impulso que es en esos momentos racional y dominable”.

El Tribunal Supremo, a partir de estas cuatro sentencias, comenzó a aplicar la atenuante analógica del art. 9.10º en relación con los arts. 9.1 y 8.1 del anterior Código Penal, bien en su versión cualificada ex art. 61.5^{o430}, bien en su versión genérica y común del antiguo art. 61.1º (preceptos todos ellos del derogado Código Penal)⁴³¹ y así lo sigue haciendo hoy en día, aplicando la atenuante analógica del art. 21.6º CP, en relación con los arts. 21.1 y 20.1 del mismo texto legal⁴³², pues la llegada del nuevo Código Penal en 1995, si bien comportó la superación del debate sobre su consideración o no como enfermedad, al introducirse con la nueva redacción los términos “anomalía o alteración psíquica”, no supuso ningún cambio significativo en la manera de pensar del Tribunal Supremo sobre la patología comentada. Doctrina ésta, que también ha sido ampliamente utilizada por tribunales menores que pronto se hicieron eco de la aplicación de esta atenuante de análoga significación⁴³³.

⁴³⁰ Así por ejemplo la STS de 21 de septiembre de 1993 (RJ 1993\6816).

⁴³¹ SSTS de 18 de mayo de 1993 (RJ 1993\4171), 21 de junio de 1993 (RJ 1993\5276), 14 de diciembre de 1993 (RJ 1993\9444), 18 de febrero de 1994 (RJ 1994\936), ATS de 2 de noviembre de 1994 (RJ 1994\8391) y STS de 5 de noviembre de 1997 (RJ 1997\8115).

⁴³² SSTS de 27 de julio de 1998 (RJ 1998\6988), 15 de noviembre de 1999 (RJ 1999\8939), 12 y 19 de noviembre de 2002 (RJ 2002\10081 y RJ 2002\10582), 9 de mayo de 2003 (RJ 2003\7144) y 3 de mayo de 2006 (RJ 2006\3030).

⁴³³ SAP de Ciudad Real de 10 de enero de 1995 (ARP 1995\52), SAP de Albacete de 20 de junio de 1995 (ARP 1995\810), SAP de Santa Cruz de Tenerife de 14 de febrero de 1998 (ARP 1998\1275), SAP de Navarra de 19 de febrero de 1998 (ARP 1998\983), SAP de Burgos de 8 de marzo de 1999 (ARP 1999\976), SAP de Zaragoza de 6 octubre de 1999 (ARP 1999\4182), SAP de Madrid de 7 de octubre de 1999 (ARP 1999\4441), SAP de Cádiz de 26 de mayo de 2000 (JUR 2000\214228), SAP de Las Palmas de 22 de septiembre de 2000 (JUR 2000\301181), SAP de Madrid de 21 de diciembre de 2000 (JUR 2001\95515), SAP de Barcelona de 12 de febrero de 2001 (JUR 2001\147428), SAP de Bizkaia de 2 de marzo de 2001 (JUR 2001\139516), SAP de Santa Cruz de Tenerife de 29 de marzo de 2001 (ARP 2001\440), SAP de Cádiz de 12 de julio de 2001 (JUR 2001\288305), SAP de Zamora de 15 de octubre de 2001 (JUR 2002\250092), SAP de Badajoz de 10 de noviembre de 2001 (JUR 2001\324315), SAP de Zaragoza de 26 de febrero de 2002 (JUR 2002\103736), SAP de Las Palmas de 3 de mayo de 2002 (JUR 2002\177566), SAP de Cádiz de 8 de noviembre de 2002 (JUR 2003\71586), SAP de Valencia de 1 de julio de 2003 (JUR 2003\212365), SAP de Málaga de 25 de julio de 2003 (JUR 2003\263377) y SAP de Teruel de 28 febrero de 2004 (ARP 2004\192) y las sentencias de los Juzgados de lo Penal de Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, de 11 de marzo de 2002 (JUR 2002\120602), de Extremadura, Badajoz, de 15 de febrero de 2006 (ARP 2006\193) y de Badajoz, Badajoz, de 15 de febrero de 2006 (ARP 2006\46).

El Tribunal Supremo, por lo tanto, en un primer momento, no aceptó la relevancia jurídico-penal de la ludopatía al considerar que no se trataba de una enfermedad. Posteriormente y a partir de una pionera sentencia en la materia (STS de 29 de abril de 1991), tras reconocer que sí podía ser tratada como tal, empezó a aplicar la atenuante analógica, al demostrarse cierta afectación en las facultades psíquicas del sujeto en el momento de llevar a cabo la acción penal. Atenuante de análoga significación que calificó de muy cualificada aplicando junto a la misma las medidas de seguridad previstas para los supuestos de eximente incompleta. A partir de dicha sentencia el Alto Tribunal ha seguido apreciando dicha atenuante, ya sea simple ya cualificada, siendo muy reacio a aplicar la eximente completa del art. 20.1 CP y la semieximente del art. 21.1 CP, pues no hemos encontrado ningún caso en que haya aplicado la primera de ellas y sólo en algún supuesto muy excepcional la segunda. Así ocurrió en STS de 24 de enero de 1994 (RJ 1994\97) en la que el sujeto presentaba junto a la ludopatía una ingesta de alcohol, estimando el Alto Tribunal lo correcto de la sentencia recurrida que aplicó la eximente incompleta de los artículos 8.1.ª y 9.1.ª del Código Penal en base a tres grandes líneas que unidas le llevaron a tal pronunciamiento: “a) La ludopatía. b) La ingestión de bebidas alcohólicas. c) La irritabilidad y desasosiego que le produjeron sus reiteradas pérdidas en el juego; concluyendo el referido F. 3.º (de tan perfecta factura técnica) afirmando textualmente -lo que se comparte- que «tal proceder que objetivamente representa una reacción anormal y desmesurada es de por sí indicativo de la real existencia de una momentánea y profunda perturbación de las facultades psíquicas del acusado potenciada, como antes se dijo, por los efectos del alcohol y por su adicción patológica al juego»”.

A pesar de ello y aunque el Tribunal Supremo no lo haya hecho, sí que, sin embargo, distintas Audiencias Provinciales han creído conveniente aplicar una *eximente completa* en determinados supuestos. Se trata de la SAP de Cádiz de 17 de junio de 2003 (JUR 2003\223331), SAP de Alicante de 2 de febrero de 1998 (ARP 1998\1133) y SAP de Navarra de 2 de junio de 2005 (JUR 2005\201916). En la primera de ellas se hace notar que “el acusado efectivamente fue diagnosticado de un trastorno adictivo de “juego patológico” que deja abolidas sus facultades volitivas impidiendo el control de sus impulsos en relación con pequeños hurtos de dinero. Así consta en informe médico

forense presentado y ampliado por el Médico Don Juan Luís el 25 de Septiembre de 2.000 ante el Juzgado de Instrucción Número Siete de Cádiz, apareciendo igualmente documentado en informe expedido el 18 de Abril de 2.002 por el Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, a instancias del Juzgado de Instrucción Ocho de esta ciudad”. La segunda contempla un supuesto en el que el sujeto padece junto a la ludopatía una cleptomanía, reconociéndose en la misma el error del juzgador de instancia, al no apreciar, en la enjuiciada conducta, la concurrencia de la eximente completa del núm. 1 del artículo 20 del mismo Código Penal, toda vez que, “tanto los informes periciales emitidos, por psicóloga y educadora -que han venido tratando a dicha acusada- como la propia actuación de la misma -al tiempo y después del robo de autos- acreditaron, suficientemente, no sólo la «minoración» -como sostuvo el Juez «a quo»- sino la «anulación» de la capacidad volitiva de dicha acusada, en la ejecución de dicho delito, como consecuencia, lógica y típica, de la cleptomanía y de la ludopatía que padece y por las que, en la misma época de autos, estaba ya sometida a tratamiento especial e individualizado, precisamente enderezado a que lograra dominar su irrefrenable a conseguir dinero -sin necesitarlo, realmente”. Finalmente, la tercera sentencia considera que “quedó acreditado en autos que el imputado, en la época de los hechos, presentaba una reacción depresiva prolongada, así como un trastorno de ludopatía intensa. Y en relación con tal padecimiento, el jurado, tras haber percibido de manera directa e inmediata en el acto del juicio las manifestaciones del acusado así como los informes médicos elaborados por el Psiquiatra Doctor Humberto y por los Médicos Forenses Doctores Raúl Carlos José, llegó a la conclusión, en su veredicto, de que dicho padecimiento que presentaba el acusado determinaba una anulación de su voluntad, de tal modo que el mismo, no obstante comprender la ilicitud de los hechos que había cometido, carecía de voluntad que le permitiese actuar conforme a esa comprensión. Tal conclusión la obtuvo el Jurado al valorar, como decimos, los referidos informes médicos, en el sentido de concluir de ellos la realidad de esa anulación de la voluntad del imputado, habiendo motivado el Jurado de forma suficiente tal valoración, haciendo referencia a los citados informes médicos, obteniendo, con fundamento en ellos, la conclusión de que el acusado, en la época de los hechos, tenía totalmente

anulada su voluntad, especialmente como consecuencia de la ludopatía intensa que padecía.

Sentado lo anterior, dado el referido contenido del veredicto del jurado, y hallándose suficientemente motivada la conclusión obtenida, determinante de la apreciación de esa anulación de la voluntad, que debe ser necesariamente identificada con la concurrencia de la eximente 1ª del art. 20 del Código Penal invocada por la defensa, procede disponer, sin mayores consideraciones, la absolución del acusado en relación con los delitos que se le imputan, atendida su exención de responsabilidad criminal derivada de la apreciación de la citada eximente”.

La *semieximente del art. 21.1 CP*, como ya apuntábamos antes ha sido aplicada por el Alto Tribunal en contadísimas ocasiones, pudiendo sumarse a ellas algunos pronunciamientos de Audiencias Provinciales en las que la ludopatía aparecía sola⁴³⁴ o acompañada de otras patologías, como un cuadro depresivo⁴³⁵ o trastorno de la

⁴³⁴ Como la *SAP de Murcia de 16 de octubre de 1998 (JUR 1999\4375)* en la que quedó “acreditado el hecho de que el acusado cuando perpetró los delitos era consciente de lo que hacía dada su mecánica comisiva (los llevaba a cabo siguiendo un inter criminis preconcebido; se procuraba la huida obligando a sus víctimas a desvestirse usaba un arma de modo que las perjudicadas se sentían fuertemente intimidadas máxime si se tiene en cuenta que el arma la colocaba en el cuello o en el abdomen). Es más, ese impulso a jugar en modo alguno le compelió a gastarse el dinero obtenido por su trabajo, con lo cual ya está manifestando un control importante de sus propios actos. En suma, esa tendencia de juego patológico apreciada en el acusado no cabe sino incardinarla en la atenuante 1ª del artículo 21 en relación con el artículo 20.1º del Código Penal, al existir una alteración psicológica que le afectaba levemente su voluntad, en cuanto que esa afición al juego se había manifestado mayoritariamente (cinco o seis meses atrás) sin producirse afectación alguna de sus facultades intelectivas” y *SAP de Valladolid de 6 de noviembre de 1998 (ARP 1998\4711)* donde se reconoció que en la “conducta de la acusada concurre la eximente incompleta 1.ª del art. 21, en relación con la 1.ª del art. 20 del Código Penal, interesada tanto por el Ministerio Fiscal como por la defensa. De la prueba pericial practicada, se evidencia que la ludopatía de la acusada al tiempo de los hechos era muy intensa, lo que suponía una reducción del control de la facultad volitiva. Por otra parte consta acreditado que la acusada con bastante anterioridad a la celebración del juicio, concretamente el 4 de diciembre de 1997, procedió a reparar íntegramente el daño causado al «Banco de Santander», abonándole el importe total de 510.000 pesetas, por lo que es de aplicación el art. 21.5.º del Código Penal”.

⁴³⁵ *SAP de Gipuzkoa de 24 de mayo de 1999 (ARP 1999\1196)* en la que se estima que “en el caso concreto ya se ha referido que la totalidad de los testigos se refieren a la enfermedad, al cuadro depresivo, y a la ludopatía del acusado de manera unívoca y sin contradicciones. Esto unido a las circunstancias concretas del hecho, las sustracciones de diversas cantidades y que el acusado hiciera constar en los endosos su nombre, deberá de concluir que tenía limitadas de manera notable sus facultades volitivas e intelectivas, lo que determinará la aplicación de la eximente incompleta del art. 21.1º en relación con el art. 20.1º del CP”.

personalidad de rasgos esquizotípicos, una atrofia cerebral, corticofrontal de base sifilítica y cáncer vesical⁴³⁶.

Finalmente, no podemos cerrar este apartado sin reconocer que el Alto Tribunal, en algunas de sus sentencias, ha considerado al juego patológico como una neurosis y en otras como un trastorno de tipo adictivo, postura esta última de las que también se ha hecho eco la doctrina⁴³⁷, a la que nos sumamos, pues parece que existen más analogías que diferencias entre ambas⁴³⁸. Para el primero de los casos cabe citar las SSTS de 18 de mayo de 1993 (RJ 1993\4171) y 21 de septiembre de 1993 (RJ 1993\6816). En ambas se establece una relación entre neurosis y ludopatía al estimar que “las personalidades neuróticas son personas que conservan sus facultades intelectivas de deliberación, conciencia de la realidad circundante y conocimiento de la trascendencia de sus actos y gozan, en general, de dominio sobre su obrar y de capacidad para dirigir sus acciones, aunque en ciertas formas su voluntad puede estar perturbada, ya por ciertos miedos o repulsiones instintivas e indomables (fobias), ya por ciertas impulsiones que les llevan a realizar determinado tipo de actos (manías). Todo lo que no les impide observar una

⁴³⁶ SAP de Zaragoza de 7 de noviembre de 2002 (JUR 2004\14127) en la que se consideró concurría “la circunstancia eximente incompleta del artículo 21, en relación con la 1ª del artículo 20, todos del Código Penal, de alteración psíquica, al tener el acusado Jose Miguel severamente restringidas sus facultades intelectivas y volitivas, tal como determinó el Jurado, aceptando la alternativa primera del apartado D) del objeto del veredicto y de acuerdo con los informes emitidos en el juicio oral por los médicos-forenses y el psiquiatra Dtor. Jose Ramón. En efecto, como se recoge en el "factum" el citado acusado padecía cuando cometió los hechos un trastorno de la personalidad de rasgos esquizotípicos, una atrofia cerebral, corticofrontal de base sifilítica, ludopatía y cáncer vesical, configurando todo ello, un cuadro de trastorno psíquico de base orgánica que conlleva, como dejamos dicho, una severa restricción de su capacidad e intelectual; sin anular totalmente su imputabilidad”.

⁴³⁷ Parte de la doctrina considera el juego patológico como un trastorno de tipo adictivo, dado el paralelismo que dicen guarda con ciertas conductas adictivas. Entre ellos cabe citar a CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑIN, J.C.: *La Salud Mental en los Tribunales...*, cit., p. 195; DELGADO BUENO, S. y RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A.: “Los trastornos...”, cit., pp. 825 y ss; DEL TORO MARZAL, A.: “Aspectos jurisprudenciales...”, cit., pp. 46 y ss. También CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal...*, cit., p. 1330, estiman que “por su similitud con las conductas de dependencia, hay que pensar que presentan fenómenos similares de tolerancia y abstinencia”. Por su parte, HOMS SANZ DE LA GARZA, J.: *Avances en medicina legal: ...*, cit., pp. 63 y 64, quien estima que el juego patológico reúne al igual que el alcohol o la heroína, “las características de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia”. Junto a ellos, CALLE RODRÍGUEZ y GARCÍA QUESADA reconocen que la ludopatía tiene ciertos rasgos comunes con la drogadicción pero también rasgos diferenciales (CALLE RODRÍGUEZ, Mª.V.: “El juego patológico,...”, cit., pp. 1673 y ss) y GARCÍA QUESADA, Mª.T.: “El juego patológico:...”, cit., pp. 522 y ss.

⁴³⁸ Véase la brillante exposición de similitudes que DELGADO BUENO y RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, siguiendo un trabajo de este último, reproducen en DELGADO BUENO, S. y RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A.: “Los trastornos...”, cit., pp. 831 y ss.

correcta vida de relación, perturbada sólo en los momentos en que la fobia o la manía se presentan. Por ello, y aunque los trastornos neuróticos de personalidad están comprendidos en el CIE-9 OMS, esta Sala ha declarado que ello no es suficiente para convertir a cualquier neurosis en una causa de exención de la responsabilidad, ni aun en una circunstancia de atenuación privilegiada, pues ello dependerá de la forma en que el trastorno haya incidido, con mayor o menor profundidad, en las estructuras mentales y volitivas del sujeto, anulando o aminorando de modo considerable su capacidad de elección y autodeterminación [SS. 2-2-1979 (RJ 1979\321), 15-12-1987 (RJ 1987\9776), 29-2-1988 (RJ 1988\1341) y 10-5-1990 (RJ 1980\3897)].

Ya en el terreno concreto de la manifestación neurótica de los ludópatas o jugadores patológicos, su característica nosológica radica en su compulsión al juego, en el que participan de forma ansiosa, sin poder cortar con el hábito que ha creado en ellos una dependencia psicológica”. En el mismo sentido se manifiesta la segunda sentencia al reconocer que el “ludópata es, como queda dicho, un neurótico o neurópata, esto es, no es alguien que sufra una enfermedad cerebral propiamente dicha, sino un modo particular de reaccionar, de manera anormal, es decir, patológicamente, ante determinadas situaciones vitales. Se trata, pues, no de una enajenación mental completa, sino de una entidad nosológica de efectos desiguales, según incida en el intelecto o en la voluntad (generalmente lo segundo), por lo que el sujeto que la sufre, normalmente puede discernir con mayor o menor claridad, a veces con toda claridad, el alcance y la trascendencia de los actos que realiza, y en otras no, lo que, desde la perspectiva del no experto, conduce, sin duda, en ocasiones, a grandes y comprensibles confusiones”.

Por lo que se refiere a la consideración del juego patológico como adicción, cabe mencionar el Auto del Tribunal Supremo de 18 de septiembre de 2003 (JUR 2003\226609) en el que se estimó que la “ludopatía o adicción al juego, puede considerarse una dependencia psíquica que, cuando es grave y determina de modo directo e inmediato la comisión de hechos delictivos funcionalmente dirigidos a la obtención de fondos para satisfacer la compulsión al juego, permite ordinariamente la apreciación de una atenuante analógica del art. 21.6º en relación con el 21.2º, por tener análoga significación que otras adicciones graves prevenidas como atenuantes en el citado párrafo segundo del art. 21.

Cuando es leve, y en consecuencia fácilmente controlable, no debe producir efecto alguno sobre la responsabilidad penal, pues el Legislador ha establecido claramente en el art. 21.2º que las adicciones o dependencias que no sean graves no constituyen causa de atenuación. Si esto es así incluso en casos de adicciones que crean dependencia física, como sucede con las sustancias estupefacientes, en mayor medida ha de aplicarse en supuestos de mera dependencia síquica como ocurre con la adicción al juego.

Solo en supuestos de excepcional gravedad puede llegar a plantearse la eventual apreciación de una eximente, completa o incompleta, cuando pericialmente se acredite fuera de toda duda una anulación absoluta o casi absoluta de la capacidad de raciocinio o voluntad del acusado. Pero solamente respecto de acciones temporalmente inmediatas al momento en que la oportunidad del juego se presenta y domina la voluntad del agente en torno al acto concreto de jugar, y no respecto de otros actos más lejanos, que requieren cuidadosa planificación, como los realizados en el caso actual, en los que la adicción obra sólo como impulso organizado (racional y dominable) para lograr el futuro placer del juego”.

El reconocimiento de esta relación entre *adicción y ludopatía* es a todas luces importante ya que si asimilamos ambas conductas cabría deducir que debe entrar en juego el art. 20.2º CP referente a la eximente de intoxicación plena y síndrome de abstinencia por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, el art. 21.1º CP en relación con el anterior citado y el art. 21.6º en relación con el art. 21.1 y 20.2 CP. Ahora bien, a pesar de ser considerada una conducta adictiva, debe señalarse que los episodios ludopáticos no son efecto de una ingesta tóxica, no están ligados al uso de sustancias, es decir, falta la ingesta de algún producto que ocasione cambios biológicos en el organismo, tanto a corto como a largo plazo, por lo que no cabe dar entrada a tales preceptos pues se refieren expresamente a la intoxicación o síndrome de abstinencia por consumo de alcohol, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos.

Ahora bien, con independencia de cómo se considere el juego patológico, ya sea como trastorno del control de los impulsos como una forma de neurosis o como

conducta adictiva, como bien apunta la de 19 de noviembre de 2002 (RJ 2002\10582) remitiéndose a otras⁴³⁹, “lo trascendente en estos caso es -como señaló la sentencia de 24 de enero de 1991 (RJ 1991, 283)- determinar la forma en que esa tendencia patológica a jugar se manifiesta en cada caso concreto y las repercusiones que tiene en la capacidad de raciocinio o volición del agente. Dado que la compulsión del ludópata actúa en el momento en que la oportunidad del juego se presenta y domina la voluntad en torno al acto concreto de jugar, su relevancia afectará a la valoración de las acciones temporal e inmediatamente dirigidas a satisfacer tal compulsión en el ámbito lúdico, mientras que en otros actos más lejanos obrará sólo como impulso organizado para lograr el futuro placer del juego, impulso que es en esos momentos racional y dominable; y será por completo intrascendente respecto a acciones no determinadas por el impulso patológico de la ludopatía y ejecutadas por motivos o fines distintos del juego ansiado”⁴⁴⁰.

Por tanto, el hecho de estar diagnosticado como jugador patológico no debe conducir, por ese solo hecho, hacia una disminución de la imputabilidad, sino que, a tenor de las exigencias actuales del art. 20.1 CP, estará en función de los efectos y de la intensidad que alcancen en un momento determinado, en las facultades psíquicas del individuos. En el ludópata el elemento intelectual, es decir, su capacidad para comprender la ilicitud del hecho, no está afectada, pues en todo momento sabe que la acción que va a ejecutar supone una infracción del ordenamiento. Sin embargo, no podemos decir lo mismo del elemento volitivo, esto es, de su capacidad para actuar conforme a la comprensión del hecho, pues esa capacidad sí que suele estar afectada, ya que el sujeto es incapaz de controlar sus frenos inhibitorios⁴⁴¹, es incapaz de adecuar su conducta a las exigencias de la ley⁴⁴². Es por ello que dada la distorsión o pérdida en la capacidad de voluntad del sujeto que suele producirse, puede afirmarse cierta incidencia de la ludopatía en la imputabilidad, siendo necesario además que pueda establecerse una

⁴³⁹ SSTS de 27 de julio de 1998 (RJ 1998\6988), 15 de noviembre de 1999 (RJ 1999\8939) y de 11 de marzo de 2002 (RJ 2002\3399).

⁴⁴⁰ En el mismo sentido SSTS de 23 de febrero de 2001 (RJ 2001\2315) y 29 de octubre de 2001 (RJ 2001\9759).

⁴⁴¹ DEL TORO MARZAL, A.: “Aspectos jurisprudenciales...”, cit., p. 48.

⁴⁴² DELGADO BUENO, S. y RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A.: “Los trastornos...”, cit., p. 837.

relación entre el impulso o la tendencia motivada por el trastorno y el acto ilegal llevado a cabo.

Junto a estos elementos, a la hora de valorar la modificación en la responsabilidad penal que puede conllevar el padecimiento de una ludopatía, asimismo es preciso tener en cuenta, la coexistencia de otros trastornos o anomalías psíquicas, como los trastornos afectivos, siendo los cuadros depresivos uno de los más destacados, además del consumo de sustancias, en especial del alcohol, que son las que dan lugar a resultados más patológicos.

Como conclusión podemos apuntar que el tratamiento otorgado por el Tribunal Supremo a la ludopatía ha sufrido una evolución que consideramos acertada⁴⁴³, pues a partir de su sentencia de 29 de abril de 1991 y la anterior de la Audiencia Nacional de 16 de noviembre de 1990, ha desarrollado su concepto y catalogación a partir de clasificaciones internacionales, más concretamente el DSM-III-R, y ha atendido para declarar su incidencia en la imputabilidad a los efectos que la misma provoca en el sujeto que los sufre. Sin embargo, y como hemos podido apreciar, el Alto Tribunal no ha llegado a aplicar la eximente por absoluta o total inimputabilidad, y ha limitado la semieximente a supuestos muy excepcionales, aplicando frecuentemente una atenuante de análoga significación de forma casi automática⁴⁴⁴, lo que no nos parece conveniente ya que en algunas ocasiones y si de verdad el sujeto tuviese ampliamente disminuidas sus facultades mentales debería ser objeto de aplicación la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 CP⁴⁴⁵. De esta manera se resolvería también el

⁴⁴³ En el mismo sentido BORJA JIMÉNEZ, E.: “Algunas consideraciones...”, cit., pp. 15 y ss; del mismo autor: *Las circunstancias atenuantes...*, cit., pp. 65 y ss.

⁴⁴⁴ Opinión que también comparten: BAUTISTA TORRES, E.: “Juego...”, cit., p. 349; DEL TORO MARZAL, A.: “Aspectos jurisprudenciales...”, cit., p. 54; URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., pp. 326 y 327; VÁZQUEZ GONZÁLEZ, C.: “Ludopatía...”, cit., pp. 594 y 599 y ss, (quien además reconoce, no encontrarse de acuerdo con la aplicación de la atenuante analógica cualificada en supuestos de ludopatía ya que se abriría una cuádruple regulación de las anomalías o alteraciones psíquicas, lo que considera a “todas luces excesivo y superfluo”) y BORJA JIMÉNEZ, quien por su parte, estima que en determinados supuestos en los que “el sujeto ostenta una gran capacidad de planeamiento, estructuración y frialdad en un amplio espacio temporal”, dado que es difícil que exista una “dificultad del control de los impulsos” no debería aplicarse la atenuante analógica cualificada sino la simple (BORJA JIMÉNEZ, E.: “Algunas consideraciones...”, cit., p. 16).

⁴⁴⁵ BAUTISTA TORRES, E.: “Juego...”, cit., pp. 349 y 350; BORJA JIMÉNEZ, E.: “Algunas consideraciones...”, cit., p. 16 y VÁZQUEZ GONZÁLEZ, C.: “Ludopatía...”, cit., p. 593.

problema de la necesidad de acudir a la aplicación de las medidas contempladas para la semieximente cuando sólo se ha apreciado una atenuante por analogía⁴⁴⁶.

2. CLEPTOMANÍA

La SAP de Sevilla de 23 de diciembre de 2003 (JUR 2004\68260) describe y define este trastorno, reconociendo que dicho término fue acuñado “hace más de dos siglos para describir el impulso de robar objetos innecesarios o de pequeño valor, fue el clásico alienista francés Matías el primero en describir científicamente el trastorno y clasificarlo entre las que llamó monomanías en su tratado *Des maladies mentales* de 1838, considerado por muchos como el primer libro en exponer una visión objetiva y racional de los trastornos mentales. Merece por ello incluir una cita de este tratado, aunque hayamos de confesar que es de segunda o tercera mano. Matías habría escrito que en la cleptomanía el control volitivo está profundamente comprometido: el paciente se ve constreñido a ejecutar actos que no son dictados ni por su razón ni por sus emociones, actos que su conciencia desaprueba; pero no muestra una intención deliberada. Y ello porque, según el mismo autor, aunque el sujeto frecuentemente se esfuerza en evitar el comportamiento prohibido, por su propia naturaleza el impulso de realizarlo es irresistible. Más modernamente, las nosologías canónicas, DSM-IV y CIE-X, incluyen la cleptomanía entre los trastornos del control de los impulsos, describiéndola, en términos que no se alejan mucho de los de Matías, como una patología caracterizada por la imposibilidad repetida de resistir a los impulsos de sustraer objetos, que no son hurtados o robados por su utilidad inmediata o por su valor monetario. El sujeto sufre un estado de tensión creciente antes del acto, que llega a ser insoportable y que sólo se alivia al ceder al impulso, dejando paso a un sentimiento de relajación y satisfacción durante e inmediatamente después de la realización del hurto o robo, luego sucedido por el sentimiento de culpa. El impulso llega de manera inesperada, sin planearlo previamente, y resulta irrefrenable para el enfermo. Éste es

⁴⁴⁶ Solución ésta, que ha sido reconocida por las Sentencias de 3 de enero de 1990 (RJ 1990\263), 29 de abril de 1991 (RJ 1991\2986), 21 de septiembre de 1993 (RJ 1993\6816), 18 de febrero de 1994 (RJ 1994\936) y 26 de febrero de 1997 (RJ 1998\133) al estimarse que “en el enjuiciamiento penal de esas conductas, el ordenamiento jurídico penal ofrece medidas correctoras de la pena que van desde la atenuante analógica simple o cualificada del número 6º del artículo 21 a la semieximente del número 1º del mismo precepto del Código Penal”.

consciente en todo momento de la antijuridicidad de su conducta, por lo que la euforia del paso a la acción desaparece rápidamente, dando lugar a sentimientos de culpa, ansiedad y estados depresivos. El cleptómano actúa en solitario, se arriesga, no le sirve la experiencia anterior ni la culpa para que desaparezca la conducta patológica. Como criterio de diagnóstico negativo se señala que en la cleptomanía la sustracción no es cometida para expresar rabia o venganza, y tampoco es una respuesta a un delirio o a una alucinación. Así acotada nosológicamente, la cleptomanía, con frecuencia asociada a otros trastornos, es un desorden del control de los impulsos raro de encontrar, calculándose que sólo del uno al ocho por ciento de los hurtos o robos en establecimientos comerciales son cometidos por cleptómanos. Por cleptómanas, habría acaso que decir, pues se trata de una patología que afecta sobre todo a mujeres, especialmente en la treintena, tendiendo a decrecer con la edad”.

Según reconoce la resolución antes citada de la Audiencia Provincial de Sevilla, no existe una doctrina consolidada por el Tribunal Supremo sobre la incidencia de la cleptomanía en la imputabilidad, debido quizás al escaso número de supuestos que en la Sala 2ª de este tribunal se han visto, dado es difícil que existan recursos de casación en estos casos habida cuenta de que el valor lucrativo de lo sustraído es ínfimo⁴⁴⁷. Sin embargo, cabe afirmar que puesto que puede ser considerada una patología psíquica incardinable en los términos “anomalía o alteración psíquica” y que los hechos delictivos que estos sujetos suelen realizar se producen en el mismo momento en el que sufren el impulso, es susceptible de producir la aplicación de una eximente completa,

⁴⁴⁷ Así lo reconoce la SAP de Sevilla de 23 de diciembre de 2003 (JUR 2004\68260) al afirmar que el recurso “tiene la rara virtud de plantear una problemática, como es la de la cleptomanía, que pese a su tradición clínica, literaria y, sobre todo, cinematográfica, se presenta muy raramente ante los órganos judiciales; lo que explica que no hayamos encontrado en las bases de datos una sola sentencia del Tribunal Supremo que la mencione más que de pasada -lo que es aún menos de extrañar si se tiene en cuenta que las infracciones penales asociadas a esta patología no acceden normalmente a la casación-, y apenas un puñado de sentencias de Audiencias Provinciales que aborden el trastorno que nos ocupa, generalmente para negar la prueba suficiente de su concurrencia o para aceptar acriticamente la eximente incompleta apreciada en primera instancia, con la sola excepción de la sentencia 57/1998, de 2 de febrero, de la Sección Tercera de la Audiencia Provincial de Alicante, que, estimando el recurso de la defensa, apreció la eximente completa, en un supuesto en que la cleptomanía concurría con ludopatía, y también con una muy escueta argumentación. Parece por ello conveniente comenzar por una exposición, siquiera sea sumaria, de en qué consiste esta patología psíquica, más popular que frecuente y conocida”.

eximente incompleta o atenuante analógica, dependiendo de la incidencia que la misma tenga sobre la capacidad de actuar de los mismos⁴⁴⁸.

Estos sujetos suelen mantener casi intacta la capacidad de conocer y comprender la ilicitud de sus hechos, pero, sin embargo, su capacidad volitiva se encuentra normalmente perturbada, al concurrir una disminución, en mayor o menor medida, del control sobre sus impulsos. Por lo tanto, cuando un cleptómano realiza una conducta delictiva dominado por un impulso irresistible o irrefrenable de cometer la acción antijurídica para aliviar la tensión insoportable que padece, podría ser de aplicación el art. 20.1 CP. Cuando dicha alteración volitiva es importante pero sin llegar a anular la voluntad, consideramos que debería apreciarse la semieximente del art. 21.1 CP y cuando el sujeto sólo presente una leve disminución en su capacidad para actuar conforme a la comprensión de los hechos realizados, la atenuante analógica del art. 21.6 CP.

No hemos encontrado ninguna sentencia del Alto Tribunal que aborde esta patología pero sí algunas sentencias de diversas Audiencias Provinciales que avalan la posibilidad de aplicar, ante este trastorno, tanto la eximente completa del art. 20.1 CP, como la semieximente del art. 21.1 CP en relación al anterior, y el art. 21.6 CP en consonancia con los dos mencionados.

Para *el primero de los casos* podemos citar dos sentencias: la SAP de Alicante de 2 febrero de 1998 (ARP 1998\1133) y SAP de Sevilla de 23 de diciembre de 2003 (JUR 2004\68260). En la primera de ellas, nos encontramos ante un supuesto en el que la acusada padece no solo cleptomanía sino también ludopatía. Basándose en los informes periciales emitidos y en la propia actuación de la acusada, el tribunal consideró que los mismos “acreditaron, suficientemente, no sólo la «minoración» -como sostuvo el Juez «a quo»- sino la «anulación» de la capacidad volitiva de dicha acusada, en la ejecución de dicho delito, como consecuencia, lógica y típica, de la cleptomanía y de la ludopatía que padece y por las que, en la misma época de autos, estaba ya sometida a tratamiento especial e individualizado, precisamente enderezado a que lograra dominar su

⁴⁴⁸ De la misma opinión, URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal...*, cit., p. 329.

irrefrenable a conseguir dinero -sin necesitarlo, realmente, porque percibe una pensión de noventa mil pesetas mensuales- y a gastarlo incontroladamente”. La segunda, por su parte, reconoce que aceptada la cleptomanía como trastorno del control de los impulsos, “forzosamente habrá de convenirse entonces en que el cleptómano no es penalmente imputable por los pequeños hurtos o robos que cometa bajo el impulso de su trastorno; puesto que en ese momento no es accesible a la motivación por la norma penal, dominado como está por un impulso que todos los autores describen como irresistible o irrefrenable de cometer la acción antijurídica para aliviar la tensión insoportable que padece. El hurto del cleptómano es un supuesto paradigmático de aplicación del artículo 20.1 del Código Penal: el sujeto activo, a causa de su anomalía psíquica, es capaz de comprender la ilicitud del hecho, pero no de actuar conforme a esa comprensión, pues no puede refrenar el impulso criminal que le domina a su pesar”.

La *eximente incompleta* de anomalía o alteración psíquica ha sido apreciada por *SAP de Madrid de 7 de marzo de 2003 (JUR 2003\200794)* en la que, solicitada la eximente completa del art. 20.1 CP, el tribunal estimó que “no puede prosperar, ya que por la juzgadora a quo en la fundamentación de la sentencia se refiere a que es difícil considerar que la cleptomanía anule la facultad volitiva de forma total, sino más bien que la disminuye de forma considerable, tal y como consta en los informes médicos, y le lleva a rebajar la pena en dos grados, sustituyendo la pena resultante por tratamiento ambulatorio, que ya lleva en la actualidad. Tal criterio a la vista de las actuaciones se debe mantener, no resultando arbitraria tal interpretación, sino acorde con las reglas de la sana crítica. Lo mismo hay que señalar respecto a los elementos del tipo penal del delito de hurto, ya que quedan perfectamente acreditados por la prueba testifical, llevada a cabo en el acto del juicio oral”. Y en *SAP de Barcelona de 30 de abril de 2001 (JUR 2001\223713)* en la que la acusada padece “una compleja y polimorfa patología que integra diversas modalidades patológicas (co-morbilidad), y que pueden resumirse como trastorno mixto de la personalidad (histriónico-narcisista-disocial) trastornos depresivos recurrentes, politoxicofilia (medicamentos y etílica) y trastorno del control de los impulsos en forma de cleptomanía y compras compulsivas” que la condujeron a una limitación de sus capacidades volitivas, que aunque no era total, sí que quedaban anuladas parcialmente.

Finalmente, en la *SAP de Pontevedra de 22 de abril de 2002 (JUR 2002\167249)* se considera no haber lugar al recurso interpuesto por la defensa que solicita la libre absolución del acusado por aplicación del art. 20.1 CP, al estimar que al “margen de que uno de los hechos difícilmente puede justificarse o exculparse a la luz de la cleptomanía, pues se trata de un robo en casa habitada a la que accede tras violentar la puerta de entrada con una pala, es lo cierto que quien propone la eximente ha omitido la producción de la prueba en debida forma, pues, simplemente obra en autos un informe suscrito por el médico psiquiatra D. Javier R. N., designado por la defensa como perito, que habla de un trastorno del control de impulsos que genera un impulso irrefrenable comparable al que se presenta en las toxicomanías y en otras adicciones comportamentales; al margen de la valoración que tal informe pudiera suscitar en cuanto a su virtualidad justificadora de una eximente, es lo cierto que no se ha producido la prueba en legal forma, esto es, mediante comparecencia de dicho facultativo en el acto del juicio oral. Mal se puede hablar, pues, de una prueba pericial si no ha habido comparecencia del perito ante el tribunal, y, por ende, no ha sido contrastada en la inmediación y contradicción del juicio oral”.

La *SAP de Huesca de 16 de mayo de 2001 (JUR 2001\190699)* por su parte, reconoce en la acusada “una situación de ansiedad descontrolada con rasgos compulsivos manifestados en forma de Cleptomanía”, que provocaron una disminución en sus facultades mentales y la concurrencia en ambos delitos de la circunstancia *atenuante 6ª del artículo 21*, en relación con la 1ª y con el 20.1 (alteración psíquica por analogía).

3. PIROMANÍA

La piromanía constituye un trastorno que se encuentra íntimamente relacionado con los delitos de incendio (arts. 351 y ss del CP) pues los sujetos que la padecen presentan un impulso irrefrenable por prender fuego junto con una insistencia constante sobre temas relacionados con el fuego y la combustión. Este trastorno del control de los impulsos puede determinar una perturbación severa de la voluntad cuando el sujeto no es capaz de controlar su patología compulsiva de provocar un incendio, lo que propiciaría la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP; una disminución

intensa de su capacidad volitiva, lo que llevaría a la apreciación de la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el artículo anteriormente citado; o una leve afectación de dicha capacidad, lo que permitiría la concurrencia de la atenuante analógica del art. 21.6 CP.

Son escasos los pronunciamientos que encontramos en la jurisprudencia sobre este trastorno, destacando de las sentencias encontradas que esta patología frecuentemente, se encuentra asociada a otros trastornos del control de los impulsos u otras anomalías. Su incidencia en la imputabilidad suele comportar la aplicación de la semieximente del art. 21.1 CP por la disminución grave de sus facultades mentales, o la apreciación de la atenuante analógica del art. 21.6 CP, por la leve afectación de las mismas, siendo poco habitual que provoque una eximente del art. 20.1 CP.

El Tribunal Supremo sólo parece haberse referido a la piromanía en la *STS de 3 de enero de 1990 (RJ 1990\263)* donde se afirma que constituye un trastorno del control de los impulsos junto al juego patológico, cleptomanía, el denominado trastorno explosivo intermitente y el trastorno explosivo aislado y en la *STS de 7 de mayo de 2001 (RJ 2001\2695)* en la que junto al retraso mental del acusado puede reconocerse cierta tendencia pirómana que le permite discernir entre el bien y el mal en conceptos básicos, pero le produce una cierta limitación de su voluntad, no valorando las consecuencias de sus actos a largo plazo. Circunstancias que llevaron al Tribunal Supremo a aplicar la atenuante analógica del art. 21.6° CP.

Sin embargo, sí lo han hecho en más ocasiones los tribunales menores que han enjuiciado tanto supuestos en los que ha sido de aplicación la eximente completa, como otros en los que han apreciado la eximente incompleta y, finalmente, también casos donde la aplicación de la atenuante por analogía ha sido la solución. Veamos estos pronunciamientos:

La *eximente completa del art. 20.1 CP* ha sido apreciada por la SAP de La Rioja de 26 de junio de 2003 (JUR 2003\212144) en la que se recoge que “el acusado padece un trastorno del control de los impulsos, clasificado según el DSM-IV como piromanía (312.33), con riesgo de reincidencia, y cuyo tratamiento deberá basarse en la

farmacoterapia y en psicoterapia cognoscitivo-conductual, y cuya intensidad abolía sus capacidades inhibitorias”.

La *semieximente del art. 21.1 CP* en relación con el apartado 1º del art. 20 del mismo texto, ha sido aplicada en la *SAP de Teruel de 16 de enero de 2003 (JUR 2003\36053)* en la que probado el diagnóstico en el sujeto enjuiciado de “piromanía junto con una personalidad anómala con marcados rasgos de inferioridad, inseguridad, inhibición en inmadurez psicoafectiva” se pretende la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP, a lo que responde la Audiencia Provincial no haber lugar, dado que de los informes emitidos, se puede concluir que el acusado, cuando cometió los hechos enjuiciados, no se encontraba en una situación de “carencia absoluta de las facultades intelectivas y volitivas, pues de los informes se deduce que existe una afectación parcial de la capacidad volitiva por alteración del control de los impulsos”. También la *SAP de Ciudad Real de 30 de marzo de 2006 (JUR 2006\167559)* en la que la procesada presentaba a la fecha de los hechos un cuadro de distimia, trastorno mixto de la personalidad, retraso mental leve, con cociente intelectual de 67 y piromanía que determinó una afectación parcial de su capacidad volitiva, lo que permitió aplicar la citada eximente incompleta. Por último, la *SAP de Ávila de 27 de abril de 2006 (JUR 2006\188397)* reconoce que concurre la eximente incompleta de responsabilidad criminal de alteración mental, en virtud de lo dispuesto en los artículos 21.1 y 20.1 del Código Penal, por padecer “el acusado un trastorno del control de los impulsos- piromanía- y retraso mental leve, oligofrenia, que merma parcialmente sus capacidades cognitivas y volitivas”.

La *atenuante analógica* también ha sido apreciada por los tribunales en supuestos de piromanía. En este sentido cabe mencionar, la *SAP de La Coruña de 17 de diciembre de 2004 (2004\6655)* en la que se reconoce concurre la circunstancia atenuante analógica 6ª del art. 21 en relación con el art. 21.1º del Código Penal, por presentar el acusado diagnóstico de “debilidad mental no especificada, con episodios de agresividad y piromanía”, que le produjeron en el momento de la comisión de los hechos una merma de sus funciones psíquicas superiores.

X. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (PSICOPATÍAS)

Los trastornos de la personalidad constituyen una de las categorías diagnósticas más debatidas en el ámbito científico, lo que no ha dejado de tener reflejo en el ámbito jurídico⁴⁴⁹ y sobre todo en su jurisprudencia, que ha sido calificada de vacilante y en ocasiones contradictoria⁴⁵⁰. El propio Tribunal Supremo ha reconocido la dificultad de establecer una teoría general sobre la imputabilidad de los psicópatas, “al constituir una enfermedad de muy variada sintomatología, hasta el punto de que algunos científicos han llegado a clasificar hasta once modalidades de personalidades psicopáticas, existiendo, además, dentro de cada tipo, toda clase de combinaciones y situaciones intermedias”⁴⁵¹, no respondiendo la doctrina jurisprudencial relativa a la relevancia de los trastornos de la personalidad en la imputabilidad a una regla general⁴⁵², habiendo sido su tratamiento muy diverso, lo que “nada tiene de extraño y mucho menos de criticable, dado el polimorfismo clínico que las caracteriza, y la variable intensidad con que las mismas pueden condicionar al comportamiento humano”⁴⁵³. Aunque como ahora veremos, sí que ha establecido ciertas normas básicas sobre la misma, considerando que estos sujetos presentan normalmente una responsabilidad penal plena, atenuada en ocasiones y excluida en contadísimos momentos. Y no olvidando que “ha de reconocerse que, bajo la común designación de «personalidad psicopática», la realidad empírica ofrece múltiples variedades de semejantes trastornos de la personalidad, que no siempre comportan potenciales conductas delictivas, y, aun conllevándolas en algunos supuestos, generalmente en determinada dirección dentro del campo de lo ilícito, siempre habrá que atender a las concretas y comprobadas circunstancias

⁴⁴⁹ DÍAZ PALOS ha afirmado sobre las mismas que constituyen los trastornos que “provocan la mayor dificultad en su valoración y tratamiento jurídico-penal” (DÍAZ PALOS, F.: *La jurisprudencia penal ante la dogmática jurídica y la política criminal*, Colex, Madrid, 1991, p. 92).

⁴⁵⁰ JIMÉNEZ DÍAZ, M.J. y FONSECA MORALES, G.M: *Trastornos de la personalidad (psicopatías)*..., cit., p. 63. El contenido del presente apartado está basado en esta publicación, lo que se advierte para evitar reiteradas remisiones al mismo.

⁴⁵¹ STS de 5 de octubre de 1991 (RJ 1991\7005). Así lo reconoció también la profesora ALONSO ÁLAMO al establecer que detrás de la disparidad de respuestas doctrinales y jurisprudenciales, se hallaba, la variedad de personalidades psicopatías que impedían una respuesta jurídica unitaria (ALONSO ÁLAMO, M.: “Observaciones...”, cit., p. 448).

⁴⁵² STS de 22 de octubre de 2003 (RJ 2003\7630).

⁴⁵³ STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988\1341).

individualizadoras que acompañen y secunden al agente delictivo, no debiendo elaborarse fórmulas generales en base a una etiqueta genérica de psicopatía”⁴⁵⁴.

En general, la jurisprudencia del Tribunal Supremo tradicionalmente y hasta fechas recientes ha sido muy reacia a establecer efectos atenuatorios a las conductas realizadas por psicópatas, lo que parece quedar superado con la entrada en vigor del actual Código Penal de 1995, cuya nueva definición legal, que comporta la supresión del término “enajenado” del art. 8.1 del Texto del Código Penal derogado, por la expresión “cualquier anomalía o alteración psíquica” en el art. 20.1, configura un marco legal mucho más amplio y comprensivo, al permitir incluir en el mismo a los trastornos de la personalidad, ya que dichos trastornos implican por sí mismos una anomalía o alteración psíquica⁴⁵⁵. Pero además de su constatación, las mismas deberán ser causa de la falta de comprensión de la ilicitud del hecho o del actuar conforme a esa comprensión. Así lo reconoció la STS de 1 de octubre de 1999 (RJ 1999\7594) al decir “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. La insuficiente alusión al «enajenado» del art. 8.1º del viejo Texto 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

⁴⁵⁴ STS de 19 de septiembre de 1988 (RJ 1988\6797).

⁴⁵⁵ La STS de 18 de abril de 2006 (RJ 2006\2289) reconoce que “para algunos un trastorno de personalidad no es propiamente una enfermedad mental, aunque en cualquier caso sí es una anomalía psíquica. Como señala la doctrina psiquiátrica la manifestación esencial de un trastorno de personalidad es un patrón duradero de conductas y experiencias internas que se desvía marcadamente de lo que cultural o socialmente se espera de la persona, es decir, de lo que constituye el patrón cultural de conducta, y que se manifiesta en el área de la cognición, en el de la afectividad, en el del funcionamiento interpersonal o en el del control de los impulsos (al menos en dos de dichas áreas). Se trata de un patrón de conducta generalmente inflexible y desadaptativo en un amplio rango de situaciones personales y sociales, que conduce a una perturbación clínicamente significativa o a un deterioro social, ocupacional o de otras áreas del comportamiento. El patrón es estable y de larga duración y su comienzo puede ser rastreado, por lo menos, desde la adolescencia o la adultez temprana. No puede ser interpretado como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental y no se debe al efecto psicológico directo de una sustancia (por ejemplo drogas de abuso, medicación o exposición a tóxicos), ni a una situación médica general (por ejemplo, trastorno craneal). Ordinariamente existen criterios específicos de diagnóstico para cada trastorno de personalidad”.

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”.

En el anterior Código Penal las cosas, como hemos advertido, fueron muy distintas, ya que se negó sistemáticamente la posibilidad de la atenuación de responsabilidad penal a los sujetos que padecían esta patología fundamentalmente por tres motivos:

1. La interpretación que los tribunales hicieron de la eximente de enajenación mental.
2. La aplicación por parte de la jurisprudencia de una fórmula mixta para la apreciación de la eximente, por lo que era necesario que, además de la existencia de la enfermedad, se derivase de ella un determinado efecto psicológico.
3. Por último, la existencia de consideraciones preventivas, debido a que los psicópatas realizan delitos muy graves que generan una gran alarma social⁴⁵⁶.

Analícemos cada uno de los motivos mencionados⁴⁵⁷:

⁴⁵⁶ La profesora ALONSO ÁLAMO consideró que “el problema de la relevancia penal de las psicopatías es fundamentalmente un problema de culpabilidad, pero en este campo se suscita también la cuestión de la peligrosidad del autor” (ALONSO ÁLAMO, M.: “Observaciones...”, p. 447).

1. Los tribunales acostumbraron a solicitar para la apreciación de esta exigente una *base morbosa patológica*, es decir, la existencia de una enfermedad mental, característica que se le había negado de forma constante a las psicopatías. Así lo hicieron entre muchas otras⁴⁵⁸, la Sentencia de 19 de diciembre de 1985 (RJ 1985\6348), que reconocía la ausencia de base morbosa en las mismas al establecer: “los denominados psicópatas que son personas con anomalías de carácter muy acentuadas, que les impiden su adaptación a las normas penales y sociales vigentes, no pueden ser incluidos propiamente en el concepto de enajenados o semienajenados, exigido para la aplicación de dichos preceptos, porque la causa de sus desviaciones no es morbosa o patológica sino simplemente psicológica o caracterológica, conservando intactas sus facultades mentales que son base y sostén de su imputabilidad, a no ser que padezcan enfermedades o lesiones cerebrales, ya que entonces su responsabilidad también habrá de considerarse disminuida, pero en función de estas últimas causas y no de su psicopatía, porque entonces sus actos no dejan de ser expresiones de sus variedades o atipias caracterológicas, sino exteriorización de un estado psicopatológico morboso;

⁴⁵⁷ Para ello seguiremos a JIMÉNEZ DÍAZ, M.J. y FONSECA MORALES, G.M: *Trastornos de la personalidad (psicopatías)*..., cit., pp. 65 y ss.

⁴⁵⁸ SSTS de 15 de marzo y 12 de noviembre de 1979 (RJ 1979\1145 y RJ 1979\4097); 25 de enero (RJ 1980\140), 8 de abril (RJ 1980\1258), 25 de junio (RJ 1980\2991), todas ellas de 1980; 4 de mayo (RJ 1981\2092), 13 de mayo (RJ 1981\2220), 9 de junio (RJ 1981\2634), 24 noviembre (RJ 1981\4437), las cuatro de 1981; de 4 de octubre de 1982 (RJ 1982\5593), 30 de mayo de 1983 (RJ 1983\2803), 2 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5443), 10 de octubre de 1984 (RJ 1984\4825) y 13 de junio de 1985 (RJ 1985\3005). Caben mencionar entre ellas, la STS de 2 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5443), que niega a la psicopatía al entidad de enfermedad mental y la compara con la psicosis. La misma establece que “en referencia al segundo motivo del recurso, interpuesto por infracción de ley y en el que se denuncia la inaplicación del núm. 1 del art. 9.º en relación con el art. 8.º todos del C. P., para su mejor resolución, se hace necesario tener en cuenta que la entidad nosológica conocida bajo la denominación de psicopatía, no constituye propiamente, una verdadera enfermedad mental o psicosis (palabra derivada de psiquis = alma y osis = enfermedad), sino una grave atipia caracterológica, o sea, una especial manera de ser, identificable por la existencia en el individuo de una serie de rasgos negativos de carácter, desviados en mayor o menor grado de la normalidad social estadística, tales como: un desmesurado egocentrismo; impulsividad y agresividad exageradas e incontroladas,... todo lo que hace muy difícil la adaptabilidad del afectado a la convivencia con el resto de las personas normales, que acaban marginándolos socialmente, por lo que en los Tratados de Ciencia psiquiátrica suele decirse, que el psicótico está enfermo, mientras que el psicópata es una personalidad desviada; sin que por ello pueda considerársele como un enajenado como lo es el psicótico, que en razón a la grave desorganización que sufre en su personalidad, está fuera de sí y poseído por su locura pudiendo decirse que no tiene el dominio de sí mismo, es otro, por haber perdido cualitativamente el contacto con la realidad; el psicópata, es el mismo, el que fue siempre, conserva el sentido de la realidad y su pensamiento no se halla disgregado sino desviado por sus indomables tendencias, en sentido solamente cuantitativo; lo que unido a sus demás caracteres ya reseñados le convierten en una persona asocial o antisocial muy peligrosa”.

pudiendo decirse que... el psicópata mantiene intactos sus controles intelectivos e inhibitorios o volitivos pero no quiere, ni se preocupa de utilizarlos”. Fueron consideradas tan sólo trastornos del carácter, desequilibrios caracterológicos o anomalías de la personalidad⁴⁵⁹, no enfermedades mentales, lo que suponía la imposibilidad, por incumplimiento de lo establecido en el art. 8.1 CP, que exigía el necesario padecimiento de una enajenación, para aplicar la citada eximente.

2. A ello se unía la circunstancia de que los tribunales desde la antigüedad seguían una *fórmula mixta* a la hora de declarar la inimputabilidad de los enfermos mentales, por lo que exigían junto a la enajenación, que el sujeto presentara unos determinados efectos en la capacidad de conocer y querer, cifrados en la privación absoluta de conciencia y voluntad, lo que difícilmente podía darse en el caso de las psicopatías.

Los psicópatas no suelen presentar ningún tipo de modificación en sus facultades mentales, de ahí que fueran considerados normalmente como plenamente imputables. Así lo recoge la STS de 25 de noviembre de 1978 (RJ 1978\4116) al considerar que “constituye opinión generalizada en la doctrina científica y en la jurisprudencia patrias que las psicopatías no comprometen la capacidad volitiva, ni la intelectual del acusado y, por tanto, no alcanzan a disminuir su imputabilidad a no ser que la caracteropatía por él padecida venga ocasionada o sea consecuencia de una enfermedad o lesión cerebral comprobable clínicamente, que incida sobre la capacidad de entender y querer anulándola, ofuscándola o disminuyéndola de manera estable, constituyendo la entidad nosológica denominada en lenguaje psiquiátrico una pseudo-psicopatía,

⁴⁵⁹ Así por ejemplo en SSTS de 9 noviembre 1935 (RJ 1935\2093), 18 de marzo de 1949 (RJ 1949\536), 1 de junio de 1962 (RJ 1962\2502), 21 de enero de 1965 (RJ 1965\66), 25 de mayo y 30 de junio de 1970 (RJ 1970\2202 y RJ 1970\3176), 9 de noviembre de 1974 (RJ 1974\4282) y 16 de junio de 1975 (RJ 1975\2882), 16 de junio de 1978 (RJ 1978\2639), 15 de marzo de 1979 (RJ 1979\1145), 25 de enero de 1980 (RJ 1980\140), 19 de diciembre de 1981 (RJ 1981\5092), 4 de octubre de 1982 (RJ 1982\5593), 30 de mayo de 1983 (RJ 1983\2803), 2 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5443), 10 de octubre de 1984 (RJ 1984\4825) y 13 de junio de 1985 (RJ 1985\3005). Junto a ellas, la STS de 20 de enero de 1976 (RJ 1976\157) recogió que “la personalidad psicopática se asienta sobre el ser humano, desde su nacimiento, manifestando psiquismo normal, sin padecer alteración somática que le sirva de trasfondo, pero con defecto de las facultades anímicas, cualitativo y deformativo, que se revela acusadamente, a través de distorsiones caracterológicas, tanto de la vida afectiva, como de la sentimental, instintiva y volitiva, con vario desequilibrio intrapsíquico, y reacciones desproporcionadas a los estímulos o incentivos externos captados, e intolerancia psicofísica notable, producto de su inestable desequilibrio, hallándose comprendidas tales personalidades anómalas entre las personalidades normales y las psicóticas”.

correspondiendo en tal supuesto al inculpado probar la existencia de tal enfermedad o lesión a través de los correspondientes medios clínicos de exploración y diagnóstico”.

Estos motivos (la no consideración de la psicopatía como enfermedad mental y la no modificación por la misma de las capacidades psíquicas de quien la sufre) llevaron a que los tribunales negaran la inclusión de esta patología en la eximente de enajenación mental, aunque sí se permitió cuando la misma fuera grave y tuviese relación con los hechos cometidos su inclusión en la atenuante analógica del art. 21.6⁴⁶⁰.

3. También *motivos de prevención* fueron utilizados por el Tribunal Supremo para su no inclusión en la eximente de enajenación mental, pues estos sujetos suelen cometer los delitos más horrendos y graves que se conocen. Así lo advertía ya la STS de 20 de enero de 1976 (RJ 1976\157) al referir “que al manifestar los psicópatas una peligrosidad evidente, que altera profundamente, con su especial conducta, las relaciones de convivencia, no se les toma en estima, tanto por la ciencia psiquiátrica, como por la penal, y por la doctrina de esta Sala, otorgándoseles, por lo general, la condición de plenamente imputables criminalmente, en los supuestos más comunes, de anómala distorsión caracterológica y actividad rara y extravagante, soportable e incluso controlable, en provecho de la indispensable defensa social y para eludir irresponsabilidades, que por falta de prevención especial, hagan aumentar su potencialidad criminológica”.

Fue en 1988, cuando las psicopatías fueron consideradas por los tribunales como enfermedades mentales, debido a su inclusión entre los trastornos mentales en la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales realizada por la Organización Mundial de la Salud, lo que propició un giro jurisprudencial importante en la materia, (aunque en ocasiones los tribunales y hasta fechas recientes, en algunas de sus sentencia siguen aludiendo a que no constituyen enfermedades mentales)⁴⁶¹. Aparecieron consideradas como tales, en la STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988\1341) y posteriormente en la de 22 de julio de 1988 (RJ 1988\6648), pero dicho reconocimiento, no significó sin más que fueran incluidas en la eximente de

⁴⁶⁰ Véase la STS de 12 de mayo de 1980 (RJ 1980\1910).

⁴⁶¹ STS de 28 de junio de 2001 (RJ 2001\7022).

enajenación mental del viejo Código Penal pues ya se encargó el Tribunal Supremo de advertir que aunque lo fueran no eran de las que hacían que el sujeto afectado quedara “enajenado”, razón por la que continuó aplicando a las mismas, únicamente la atenuante analógica, reservando la apreciación de la eximente incompleta para cuando la psicopatía fuese de una especial y profunda gravedad o estuviera acompañada de otras anomalías orgánicas o psíquicas o se tratase de una psicopatía explosiva. La última de las sentencias citadas decía, tras reconocer que la psicopatía era una enfermedad mental, así; “Esa doctrina, verdaderamente novedosa desde el punto de vista estadístico-judicial, ha de ser acogida, sin embargo, con las debidas reservas, como hace la propia sentencia anunciada, o, lo que es lo mismo, se habrá de atender siempre al caso concreto y a los informes médicos emitidos en el correspondiente trámite procesal para medir lo muy relevante, lo poco relevante, o incluso, lo indiferente, que la psicopatía pueda suponer a efectos de la imputabilidad del sujeto activo de la acción punible”.

Por lo tanto, podemos advertir una importante evolución en el tratamiento jurídico-penal de los trastornos de la personalidad que han pasado de no ser considerados enfermedad mental y por tanto ser rechazada su posible inclusión en el término enajenación mental, a serlo desde 1988, cuando se reconocen en las clasificaciones internacionales, lo que supuso, aunque no la posibilidad de aplicarle una eximente (pues se consideró que era de aquellas enfermedades que no enajenaban) sí la aplicación de una atenuante analógica o una eximente incompleta. El Tribunal Supremo ha pasado de una plena imputabilidad a aplicar en ocasiones una atenuante analógica y en casos graves o de asociación con otras enfermedades una eximente incompleta.

Con el actual Código Penal se ha ampliado el espectro de posibilidades en relación a la repercusión de estos trastornos en la imputabilidad, que puede oscilar desde la irrelevancia penal hasta la eximente completa del art. 20.1 CP, pasando por la eximente incompleta del art. 21.1 CP y la atenuante analógica del art. 21.6 CP, dependiendo de la incidencia que la misma tenga en las facultades mentales del sujeto y la conexión de dicho trastorno con los hechos perpetrados.

Veamos ahora cuando el Tribunal Supremo ha aplicado una u otra de las posibilidades mencionadas:

1. En contadísimas ocasiones los tribunales han aplicado la *eximente de enajenación mental* del art. 8.1 del anterior Código Penal, actual eximente de anomalía o alteración psíquica del art. 20.1 CP. Tan sólo el Tribunal Supremo lo ha hecho en SSTS de 27 de febrero de 1936 (RJ 1936\501) y 22 de abril de 1982 (RJ 1982\2110)⁴⁶², a las que se suman algunas otras dictadas por distintas Audiencias Provinciales. En estas últimas, la plena exención de responsabilidad criminal está provocada en algunos casos por la sola existencia de una psicopatía (aunque muy grave) y en otras por la combinación con otras patologías, alcohol o drogas, como ahora veremos.

El Alto Tribunal en la primera de las sentencias citadas estudió un caso de psicopatía con episodios epilépticos, no siendo capaces de determinar a ciencia cierta si la misma era un supuesto puro psicopatía o más bien de un caso de comorbilidad, en el que la misma aparecería vinculada a otro trastorno⁴⁶³. Dicha resolución consideró que era “de apreciar, dentro de la misma eximente, la enajenación, pues si bien el término enajenado ha de reservarse por lo corriente a los casos en que pueda declararse una psicosis determinada, tampoco puede excluirse totalmente de esta eximente las personalidades psicopáticas, cuando entre otras anormalidades muy acusadas - desarmonía en las facultades mentales, anomalías en las modalidades de reacción con tendencia a un estado afectivo deprimido y deficiencia psíquica- no ofrecen los episodios epilépticos de uno de los cuales parecen exponente los hechos enjuiciados por su ferocidad, futilidad de los motivos, conducta del procesado anterior y posterior a la acción enjuiciada, por lo cual siendo indudable a la condición patológica del mismo

⁴⁶² Junto a ellas hemos encontrado otra sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 1992 (RJ 1992\3129) que en el apartado Voces considera: Enajenación mental; Enfermedades; Psicopatía; Debe estimarse y que aplica la eximente completa del art. 8.1.º, párrafo primero, aunque el texto de la misma en ningún momento hace referencia a las psicopatías sino al padecimiento de una psicosis. La misma dice así: “En el presente caso, el Tribunal a quo no ha expresado en el fundamento jurídico tercero de la sentencia recurrida ninguna razón que justifique apartarse de las conclusiones de tres médicos, que han afirmado el carácter de enajenado y de psicótico del procesado. Por otra parte, tampoco ha considerado la Audiencia la conducta anterior del procesado, que es reveladora de un comportamiento regido por el alcohol, ni el hecho de que la acción que genera este proceso tuvo lugar en un bar. De todo ello es posible deducir que en el momento de los hechos el recurrente se encontraba, muy probablemente, en el cuadro psicótico que en él genera el alcohol según el informe médico obrante al folio 34 del rollo de la Audiencia. Consecuentemente, la Audiencia debió admitir que el procesado es un enajenado y que no se debía aplicarle una pena, sino una medida de seguridad según lo establecido en el art. 8.1.º CP”.

⁴⁶³ De la misma opinión, MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico...*, cit., p. 343.

procede adoptar la resolución, más eficaz para la defensa social y para, la curación del reo, sometiendo a este al tratamiento adecuado”.

La segunda de las sentencias presenta un cuadro de psicopatía unida a una base neurótica de tipo obsesivo en materia sexual y a un alcoholismo crónico. En ella el Tribunal Supremo consideró que la unión de la psicopatía con las otras patologías provocaba una exacerbación de la primera que llevaba al sujeto a sufrir un impulso que le producía una perturbación de sus frenos inhibitorios, hasta el punto de que el mismo pierde la capacidad volitiva que el Código Penal exige para aplicar la eximente. La sentencia reconocía que el acusado a consecuencia de las anomalías que sufría era “«dominado -en determinadas condiciones- por un reflejo inconsciente seguido de amnesia», y en esta situación descrita en la sentencia y que el examen del dictamen pericial practicado en autos confirma y denomina «psicosis urogenital», está fuera de duda que el acto de exhibición súbita de los órganos genitales en un autobús del servicio público fue determinado por un impulso obsesivo e incoercible, constitutivo de un movimiento reflejo con claudicación de los frenos inhibitorios de que está provisto el sujeto normal; en consecuencia, debe el recurso estimarse aplicando la exención de responsabilidad criminal que prescribe el núm. 1.º del art. 8.º del C. P. con toda su eficacia, es decir, apartándole de toda sanción penal y sometiénolo al adecuado internamiento que con fines terapéuticos y de seguridad está previsto en el segundo párrafo de dicho artículo”.

Las sentencias de las distintas Audiencias Provinciales que han aplicado la eximente completa presentaban supuestos en los que la psicopatía aparecía sola⁴⁶⁴ o una mezcla de dicha patología, de trastorno de la personalidad etiquetado como límite, antisocial y explosivo⁴⁶⁵, y en otras, una combinación con problema de drogadicción⁴⁶⁶, unida a debilidad mental⁴⁶⁷ o un trastorno emocional⁴⁶⁸.

⁴⁶⁴ SAP de Barcelona de 22 octubre de 2001 (JUR 2002\16605).

⁴⁶⁵ SAP de Zaragoza de 21 de febrero de 2003 (JUR 2003\76769).

⁴⁶⁶ SAP de La Rioja de 14 diciembre 2000 (JUR 2001\111560).

⁴⁶⁷ SAP de Barcelona de 24 de enero de 1997 (ARP 1997\45).

⁴⁶⁸ SAP de Barcelona de 18 de octubre de de 2001 (JUR 2002\88).

2. La *semieximente del art. 21.1 CP* anterior art. 9.1 CP en relación con el art. 20.1 CP anterior 8.1 CP, ha sido aplicada por los tribunales cuando se ha probado una psicopatía especial y profundamente grave o cuando la misma aparecía unida a complementarias o aditivas anomalías orgánicas o psíquicas coexistentes, por producirse una importante alteración del psiquismo. Se habla por tanto de eximente incompleta cuando, existe un:

1. *Grave trastorno de la personalidad*, que provoque en el sujeto una seria alteración de sus facultades intelectuales y volitivas por afectar la anormalidad en grado importante al núcleo de la personalidad, siendo necesario además que la misma actúe en adecuada relación causal con el delito cometido⁴⁶⁹. Así lo reconocía la STS de 22 de abril de 1977 (RJ 1977\1731) al afirmar que para que estas psicopatías “puedan ser constitutivas de atenuantes comprendidas en el art. 9.1. ° en relación con el art. 8.1.° ambos del C.P., es preciso que reúnan dos requisitos principales: 1.° Que sean graves o como alguna sentencia dice, que lo sean en alto grado. 2.° Que tengan relación causal con el delito cometido”⁴⁷⁰ y 3.° Que se compruebe que dentro del campo de la conciencia del sujeto, disminuya ostensiblemente la inteligencia o rebaje profundamente la voluntad, por el alcance amplio de las valencias psicopatitas de su personalidad, desviaciones instinto-vitales, e influencia del mundo circundante y manifestadas en definitiva, por la presencia de pequeña libertad frente a sí mismo, atendiendo a su constitución”⁴⁷¹.

Aunque no son muy numerosas ya que normalmente la psicopatía se encuentra agrupada con más patologías, entre las sentencias que han aplicado esta semieximente apreciándose sólo un trastorno de la personalidad encontramos una división entre:

⁴⁶⁹ STS de 15 de marzo de 1979 (RJ 1979\1145).

⁴⁷⁰ Doctrina que ya había sido puesta de relieve por SSTS de 9 de noviembre de 1935 (RJ 1935\2096), 18 de marzo de 1948 (RJ 1948\536), 1 de junio de 1962 (RJ 1962\2502), 21 de enero de 1965 (RJ 1965\66), 25 de mayo y 30 de junio de 1970 (RJ 1970\2202 y RJ 1970\3176), 22 de mayo de 1972 (RJ 1972\2644), 22 de octubre y 9 de noviembre de 1974 (RJ 1974\3936 y RJ 1974\4282), 16 de noviembre de 1974 (RJ 1974\4607) y 8 de marzo y 12 de mayo de 1975 (RJ 1975\923 y RJ 1975\2080).

⁴⁷¹ Requisito este último añadido por la STS de 20 de enero de 1976 (RJ 1976\157).

a) Las que han aplicado esta semieximente al declarar la existencia de una *psicopatía profunda*⁴⁷². En todas ellas⁴⁷³, se reconoce la existencia de una psicopatía o trastorno de la personalidad grave que afectaba a su conciencia y dentro de ella a su voluntad de manera profunda, produciendo una disminución de su capacidad de imputabilidad penal, que al no ser total, plena o absoluta no puede incardinarse en la exención total de imputabilidad por padecimiento de esta patología sino en la eximente incompleta del anterior art. 9.1 CP, actual art. 21.1 CP.

b) Aquellos supuestos en los que se reconoce una *psicopatía paranoide*⁴⁷⁴. En estas resoluciones⁴⁷⁵ el procesado presenta el diagnóstico de psicopatía paranoide, trastorno de la personalidad que consideran no constituye una verdadera paranoia sino una predisposición a la misma que puede provocar hasta una disminución de la capacidad cognoscitiva del injusto y la de orientar su voluntad en el sentido de la norma, limitación que encaja en la exención incompleta⁴⁷⁶.

c) Y finalmente los casos en los que aparece una *psicopatía grave cuyo origen fue una lesión cerebral*⁴⁷⁷. Entre las distintas sentencias cabe citar la STS de 28 de marzo de 1989 (RJ 1989\2751), en la que se muestra “cómo el recurrente a causa de un

⁴⁷² De carácter esquizoide en algunas resoluciones, como las SSTS de 26 de mayo de 1982 (RJ 1982\2720), 28 de febrero de 1985 (RJ 1985\1555), y 5 de diciembre de 1986 (RJ 1986\7788) y 12 de julio de 1989 (RJ 1989\6182).

⁴⁷³ STSS de 1 de junio de 1962 (RJ 1962\2502), 25 de mayo de 1970 (RJ 1970\2202), 8 de marzo de 1975 (RJ 1975\923), 15 de marzo de 1979 (RJ 1979\1145), 16 de octubre de 1979 (RJ 1979\3734), 2 de junio de 1984 (RJ 1984\3767), de 22 de julio de 1988 (RJ 1988\6648), de 18 de noviembre de 1988 (RJ 1988\10339), de 20 de marzo de 1993 (RJ 1993\2423), de 9 de junio de 1998 (RJ 1998\5159), de 16 de febrero de 1999 (RJ 1999\1281), de 14 de mayo de 2001 (RJ 2001\10313) y el Auto de 14 de mayo de 1996 (RJ 1996\3936).

⁴⁷⁴ La STS de 21 de octubre de 1978 (RJ 1978\3251) reconoce que “dentro de las personalidades psicopáticas o anormales está el grupo bien definido de las categorías paranoides, con dos tipos característicos: el paranoico combativo y recalcitrante que con frecuencia colisiona con la Justicia y a veces termina en la verdadera paranoia; y el paranoico sensitivo o depresivo de opuestos perfiles”. La misma sentencia reconoce también que el primero de ellos “se caracteriza por la desproporción entre el atropello o injusticia de que cree ser víctima y el tesón e intensidad empleados para obtener, a toda costa, una reparación; de tal modo que pese a la apariencia lógica de sus razonamientos, la persistencia y desmesura en la defensa de suposición delatan la personalidad paranoica, con imputabilidad más o menos disminuida, que si se agudiza en su reacción delirante puede terminar en una verdadera psicosis o paranoia con la consecuencia de total inimputabilidad”.

⁴⁷⁵ SSTS de 14 de junio de 1989 (RJ 1989\5114), de 17 de mayo de 1991 (RJ 1991\3685), de 1 de octubre de 1999 (RJ 1999\7594), la STS de 4 de julio de 2001 (RJ 2001\7038) y de 18 de marzo de 2003 (RJ 2003\3839).

⁴⁷⁶ STS de 6 de mayo de 1993 (RJ 1993\3851).

⁴⁷⁷ SSTS de 31 de marzo y 4 de noviembre de 1982 (RJ 1982\2049 y RJ 1982\7064), 2 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5444), 2 de julio de 1984 (RJ 1984\3767) y de 28 de marzo de 1989 (RJ 1989\2751).

traumatismo craneal anterior, sufre un trastorno caracteriológico de conducta psicopática, ...una psicopatía lábil profunda en relación causal con los hechos cometidos que produce una efectiva merma de las facultades volitivas que justifican la aplicación de la atenuante 1.^a del art. 9.º en relación con la 1.^a del art. 8.º del Código Penal, por lo que procede estimar el motivo segundo del recurso, lo que obliga a dictar segunda sentencia más ajustada y conforme a derecho”.

Asimismo los tribunales menores han aplicado esta semieximente por el padecimiento de psicopatía grave⁴⁷⁸ y en supuestos de psicopatía de tipo paranoide⁴⁷⁹.

2. También cuando el trastorno de la personalidad *se asocia* a:

A) *Otra anomalía o alteración psíquica*:

a) *Oligofrenia* en sus primeros grados⁴⁸⁰. En estas sentencias, el sujeto junto a la psicopatía o trastorno de la personalidad padecía un retraso mental en sus primeros grados, enfermedades que consideradas de forma independiente no producirían la apreciación de tan amplia atenuación, pero que combinadas restringían su lucidez mental, pues el sujeto no puede discernir la intensidad del mal que realiza, la trascendencia de sus actos y la ilicitud de los mismos, como el que se halla en su cabal juicio, aminorando la oligofrenia o debilidad mental la exactitud de las representaciones y alterando la psicopatía las funciones normales volitivas. Se trata de supuestos por tanto, en los que la unión de ambas patologías provoca lo que se ha dado en llamar “una psicopatía profunda con repercusiones en la consciencia y frenos de inhibición del

⁴⁷⁸ Véanse SAP de Palencia de 27 de julio de 2000 (ARP 2000\2046), SAP de Barcelona de 13 de septiembre de 2000 (JUR 2001\16750), SAP de Palencia de 24 de abril de 2001 (ARP 2001\192), SAP de Alicante de 28 de mayo de 2001 (ARP 2001\355), SAP de Sevilla de 24 de junio de 2003 (JUR 2003\172993), SAP de Las Palmas de 31 de marzo de 2004 (JUR 2004\154439) y SAP de Madrid de 27 de enero de 2005 (JUR 2005\250012).

⁴⁷⁹ SAP de Barcelona de 2 de octubre de 2000 (JUR 2001\19975), SAP de Granada de 9 de diciembre de 2000 (JUR 2001\78871), SAP de Sevilla de 24 de junio de 2003 (JUR 2003\172993), SAP de Pontevedra de 30 de junio de 2003 (JUR 2004\2954) y SAP de Huesca de 3 de mayo de 2005 (JUR 2005\187301).

⁴⁸⁰ Así ha ocurrido en SSTS de 12 de mayo de 1960 (RJ 1960\1599), 21 de enero de 1981 (RJ 1981\168), de 4 de noviembre de 1982 (RJ 1982\7064), de 2 de junio de 1984 (RJ 1984\3767), de 14 de noviembre de 1984 (RJ 1984\5483), de 26 de febrero de 1992 (RJ 1992\1347), de 4 de octubre de 1994 (RJ 1994\7610), STS de 7 de mayo de 1996 (RJ 1996\3843) y STS de 5 de junio de 1998 (RJ 1998\5489).

procesado, que justifican la apreciación a su favor de la eximente incompleta del núm. 1.º del art. 8.º del C. P. en relación con el art. 66 del mismo Texto punitivo”⁴⁸¹.

b) Unido a *neurosis*, en Sentencias del Tribunal Supremo de 19 de diciembre de 1986 (RJ 1986\7968) y 6 de junio de 1981 (RJ 1981\2581), presentándose en la primera una psicopatía junto a personalidad neurótico-obsesivo-fóbica y en la segunda, una psicopatía asociada a neurosis obsesivo-compulsiva. En ambas sentencias reconoció el Alto Tribunal la necesidad de aplicación de la eximente incompleta de enajenación mental por considerar que se cumplían los parámetros establecidos en doctrina constante, ya aplicada en muchas otras sentencias, que reconocía tal virtuosidad cuando la psicopatía “va acompañada de otras manifestaciones patológicas (v. gr., son frecuentes las combinaciones entre personalidades psicopáticas y neuróticas), o de lesiones orgánicas, oligofrenia, etc” como es el caso. Junto a ambas resoluciones también podemos mencionar la STS de 21 de octubre de 1978 (RJ 1978\3251) en la que se advierte que el acusado padece una *psicopatía neurótica de tipo paranoide* que “disminuyó sensiblemente sus facultades volitivas aunque sin anularlas por completo”.

c) Junto a *histeria*, en resolución del TS de 9 de mayo de 1986 (RJ 1986\2442), en la que el Tribunal Supremo, ratificando la sentencia de instancia, aplicó la eximente incompleta de enajenación mental al considerar que la enfermedad padecida por la acusada consistente en psicopatía grave, acentuada con histeria, privaba parcialmente del conocimiento y de la conciencia de los actos que realizaba, lo que definió como “tara psíquica que le hace responsable parcial de sus actos”.

d) Trastorno *delirante*, sobre todo de tipo *celotípico*. Los trastornos de la personalidad también pueden aparecer combinados con una paranoia o trastorno delirante siendo el subtipo celotípico dentro de la misma el que con mayor asiduidad suele presentarse. En cuanto al tipo de trastorno de la personalidad que se combina con la paranoia, celotípica, aunque puede variar, suele ser frecuente encontrarnos la psicopatía paranoide y la de tipo esquizoide.

⁴⁸¹ Véase STS de 4 de noviembre de 1982 (RJ 1982\7064).

Así y en relación al primero de los casos (psicopatía paranoide unida a celotipia) encontramos varios pronunciamientos del Tribunal Supremo en los que se ha aplicado la semieximente del art. 9.1 CP (actual art. 21.1 CP). De ellas, las SSTS de 30 de marzo de 1964 (RJ 1964\1679) y 23 de noviembre de 1971 (RJ 1971\5224) han considerado su aplicación por estimar que el sujeto presentaba tan sólo una disminución de sus facultades mentales y no una total anulación de las mismas, declarándose en la segunda de ellas que el acusado “padece enajenación, más sin el concurso de todos los elementos o requisitos necesarios para eximir de responsabilidad”. Las SSTS de 22 de marzo de 1994 (RJ 1994\2388) y 4 de abril de 1995 (RJ 1995\2812) también en supuestos con estas características han aplicado dicha eximente advirtiendo que el Tribunal Supremo tiene declarado que “no hay motivos, en estas personalidades paranoides, para afirmar una completa claudicación de las facultades psíquicas, como ha reconocido el propio recurrente en el acto de la vista al abandonar la eximente de responsabilidad, pero sí debe admitirse en estas psicopatías adjetivadas una sensible disminución de las condiciones básicas de la imputabilidad, con aplicación por la jurisprudencia de esta Sala -en casos pariguales- de la eximente incompleta 1.a del art. 9 del Código, en relación con el art. 8.1”⁴⁸².

En relación a los casos de trastorno esquizoide unido a paranoia, encontramos la STS de 26 de mayo de 1982 (RJ 1982\2720) en la que, reconocido por el Tribunal Supremo que el sujeto presenta una “doble alteración de la personalidad en cuanto psicópata esquizoide y paranoico combatido”, consideró no haber lugar al recurso, debido a que tales patologías sólo le producían una disminución de sus facultades de entendimiento y voluntad, no anulación de las mismas, procediendo a aplicar la eximente incompleta del art. 21.1 CP.

e) Unido a *depresión*. Las psicopatías también en ocasiones se han presentado combinadas con una depresión, como en STS de 16 de junio de 1961 (RJ 1961\2196), STS de 12 de marzo de 1970 (RJ 1970\1375), STS de 4 de febrero de 2000 (RJ 2000\420) y STS de 30 de junio de 2000 (RJ 2000\5654). En la primera de ellas el

⁴⁸² Véanse las SSTS de 20 de febrero de 1984 (RJ 1984\1150), 22 de enero de 1986 (RJ 1986\166), 22 de octubre de 1987 (RJ 1987\7572) y 8 de octubre de 1993 (RJ 1993\7298).

acusado presenta psicopatía unida a psicosis depresiva despersonalizada e inhibida con matiz paranoico. La segunda, una personalidad psicopática de tipo explosivo, con vivencias anómalas y psicosis depresiva. En la tercera, el sujeto enjuiciado presenta la combinación de un trastorno obsesivo compulsivo sobre la base de una personalidad obsesivo-anancástica unido a una depresión mayor, estando en la última el sujeto padeciendo un trastorno de personalidad con patología depresiva. En todas ellas se aplicó la semieximente en los dos primeros casos del art. 9.1 del anterior CP y en los restantes del art. 21.1 del actual Texto punitivo, por considerarse que dichas patologías obstaculizaban o disminuían la lucidez mental del sujeto enjuiciado aunque no impedían la adecuación de su conducta a las exigencias de la norma vulnerada. Pues cuando realizaban los hechos por los que se les enjuiciaban por la tara mental que sufrían no podían “discernir y valorar la trascendencia de sus actos como el hombre normal”⁴⁸³, estando colocados en la zona intermedia entre la completa alineación y la normalidad.

f) O a *personalidad epiléptica*. Como en STS de 22 de diciembre de 1964 (RJ 1964\5620) y STS de 2 de marzo de 1988 (RJ 1988\1516) entre otras⁴⁸⁴. En la primera de las citadas resoluciones, el sujeto presentaba una personalidad psicopática explosiva o epileptoide que provocó una disminución importante de las facultades psíquicas y que permitió la aplicación de la eximente incompleta del art. 9.1 CP en relación con el art. 8.1 del mismo texto. En la segunda por su parte, se estimó que “el acusado era portador de una personalidad epiléptica de carácter congénito, sin que conste la frecuencia de los ataques ni la intensidad del deterioro mental, debe mantenerse el criterio del Tribunal sentenciador, pues es obvio que su estado no era de demencia epiléptica, ni en el momento de los hechos se hallaba en la fase previa (aura) ni en la obnubilación propia de los momentos crepusculares, y aunque pudieron operar sobre el psiquismo agentes externos como la adicción a las drogas, no hay más base fiable para un juicio valorativo que la aludida personalidad o psicopatía epiléptica con la inestabilidad, impulsabilidad e irritabilidad que constituyen las frecuentes anomalías caracteriológicas de estos sujetos, de los que puede predicarse, a lo sumo, en estas situaciones, un estrechamiento de las facultades intelectuales o una parcial inhibición de la voluntad que tiene ajustada

⁴⁸³ STS de 16 de junio de 1961 (RJ 1961\2196).

⁴⁸⁴ STS de 1 de abril de 1975 (RJ 1975\1505).

respuesta en la eximente incompleta del número 1.º del artículo 9.º en relación con el artículo 8, 1.º, aplicada por la sentencia de instancia”.

También diferentes Audiencias Provinciales han aplicado esta eximente incompleta por la combinación de la psicopatía con alguna enfermedad: como trastorno delirante⁴⁸⁵, trastorno límite de personalidad con ideación delirante y obsesiva⁴⁸⁶, celotipia⁴⁸⁷, oligofrenia⁴⁸⁸, síndrome depresivo⁴⁸⁹, trastorno por estrés agudo⁴⁹⁰ y trastorno adaptativo de tipo mixto⁴⁹¹.

B) *Supuestos de psicopatía y alcohol*, ya sea un *alcoholismo crónico* o una *fuerte ingestión de alcohol*. Constituye una de las combinaciones más frecuentes⁴⁹², que ha llevado al Tribunal Supremo a reconocer en muchas de sus resoluciones, siendo su máximo exponente la STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988\1341), que como regla general, la actuación más correcta es la de aplicar una eximente incompleta a todos aquellos supuestos en los que aparecen unidos el padecimiento de una psicopatía y la ingesta de alcohol, siempre que derivada de dicha combinación se produzca una alteración importante de la capacidad de entender y querer.

La citada sentencia decía “La procedencia de que sea la eximente incompleta de enajenación mental el cauce más apropiado para otorgar a las psicopatías la influencia que deban tener, en los casos en que deban tener alguna, en la medición de la imputabilidad, se impone con una especial claridad, en supuestos en los que, sobre caracterizarse como fuerte la alteración permanente de base, consta que el sujeto, inmediatamente antes de lanzarse a la agresión homicida por la que se le condenó,

⁴⁸⁵ SAP de Madrid de 26 de julio de 2004 (JUR 2005\240441).

⁴⁸⁶ SAP de Barcelona de 22 de octubre de 2001 (JUR 2002\16605).

⁴⁸⁷ SAP de Santa Cruz de Tenerife de 19 de marzo de 2003 (JUR 2003\187910).

⁴⁸⁸ SAP de Asturias de 31 de enero de 2001 (JUR 2001\122742), SAP de Sevilla de 19 de julio de 2002 (JUR 2002\257011) y SAP de Cádiz de 29 de abril de 2003 (JUR 2003\254316).

⁴⁸⁹ SAP de Madrid de 16 de enero de 2003 (JUR 2003\108968).

⁴⁹⁰ SAP de Alicante de 13 de julio de 2005 (ARP 2006\206).

⁴⁹¹ SAP de Murcia de 13 de septiembre de 2006 (JUR 2006\258153).

⁴⁹² Esta asociación aparece, entre otras, en SSTS de 31 de mayo de 1974 (RJ 1974\2463), 25 de octubre de 1984 (RJ 1984\5041), 16 de abril de 1986 (RJ 1986\1977), 27 de mayo de 1987 (RJ 1987\3142), 29 de febrero de 1988 (RJ 1988\1341), 22 de julio de 1988 (RJ 1988\6648), 5 de octubre de 1989 (RJ 1989\8447), 17 de enero de 1991 (RJ 1991\141), 30 de mayo de 1991 (RJ 1991\3992), 18 de junio de 1991 (RJ 1991\4740), 10 de julio de 1991 (RJ 1991\5717), 3 de diciembre de 1991 (RJ 1991\8958), 17 de febrero de 1995 (RJ 1995\1181) y 11 de mayo de 1995 (RJ 1995\3625).

efectuó abundantes consumiciones de bebidas alcohólicas y experimentó la suplementaria excitación propia de los celos.

La sentencia impugnada tiene por probado que, en tal situación, el procesado sufrió una limitación de su conciencia y capacidad crítica y una disminución de sus frenos inhibitorios. Este Tribunal comparte plenamente la apreciación de la Sala de instancia, pero entiende que tales efectos debieron traducirse en una más sensible aminoración de la imputabilidad y, consiguientemente, de la responsabilidad del procesado”.

Muestra también, de esta manera de actuar del Tribunal Supremo aplicando la semieximente del art. 9.1 del derogado CP en relación con el art. 8.1 del mismo (actual art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1), en supuestos donde aparecía acreditado una asociación entre un trastorno de la personalidad e ingesta de alcohol es la STS de 17 de febrero de 1995 (RJ 1995\1181), en la que “se produce una conjunción de circunstancias afectantes al equilibrio mental (la vieja drogadicción, la embriaguez y las personalidades paranoide y psicopática), es obvio que está bien aplicada la eximente incompleta que utilizó el Tribunal “a quo”, porque, en tal estado el raciocinio y libertad de decisión del sujeto no permanecen intactos, sino que en su conjunto, aunque no puede hacerse una cuantificación exacta, determinan una seria inimputabilidad, aunque no total..., cuando es evidente la relación que existe entre la personalidad del sujeto activo y la acción penal por la que fue condenado”.

Con el derogado Código Penal, en determinadas ocasiones, la unión de estos factores, provocó una situación de trastorno mental transitorio que llevó al Alto Tribunal a aplicar una eximente incompleta en relación al mismo del art. 9.1 CP⁴⁹³. Todo ello debido a que se consideró que dicha asociación provocaba una enfermedad pasajera con “los caracteres de fortuita y de intensidad tal que privó al procesado de darse cuenta del alcance y trascendencia de los hechos que ejecutaba, a causa de la disminución notable de su normalidad mental al tiempo de ejecutar el hecho imputado”⁴⁹⁴. Así por ejemplo en la STS de 10 de julio de 1991 (RJ 1991\5717) se

⁴⁹³ SSTs de 16 de octubre de 1985 (RJ 1985\4996), 18 de junio de 1991 (RJ 1991\4740), 10 de julio de 1991 (RJ 1991\5717), 3 de diciembre de 1991 (RJ 1991\8958) y 11 de mayo de 1995 (RJ 1995\3625).

⁴⁹⁴ STS de 3 de diciembre de 1991 (RJ 1991\8958).

reconoce que: “Cuando a esta psicopatía, de las características de las que sufría el procesado, se une, como ya se puso de manifiesto, la ingestión de bebidas alcohólicas, en grado elevado, sin duda, por la descripción que se hace en el relato histórico de los establecimientos visitados en distintas localidades y por el número de veces en que ingirió alcohol, la consecuencia correcta y coherente puede ser perfectamente la de declarar, como hizo la sentencia de instancia, la existencia de una circunstancia eximente incompleta de trastorno mental transitorio”.

También las Audiencias Provinciales han aplicado ante esta combinación la semieximente marcada, presentándose la psicopatía unida a alcoholismo crónico⁴⁹⁵ o a una ingesta de bebida alcohólica⁴⁹⁶.

C) *Trastorno de la personalidad asociado a drogas*. Es bastante frecuente encontrar esta combinación entre las resoluciones del Tribunal Supremo, sobre la que el mismo ha advertido, que lo “más usual en la praxis judicial que se acuda en aquella conexión de psicopatía y droga, bien a la exención incompleta, bien a la analogía atenuante”⁴⁹⁷.

Es la primera solución la que en mayor medida ha sido apreciada por el Tribunal Supremo⁴⁹⁸, como por ejemplo en STS de 12 de julio de 1999 (RJ 1999\6648) y STS de 30 de abril de 1999 (RJ 1999\3340). En la primera de ellas se afirma que “los informes médicos invocados son coincidentes al diagnosticar tanto la adicción del acusado a la heroína y a la cocaína desde los quince años, como su afectación a un grave trastorno de su personalidad con alteraciones de la memoria y conducta antisocial. La jurisprudencia de esta Sala viene en efecto admitiendo la disminución de la imputabilidad en los términos de una eximente incompleta subsumible en el artículo 9.1º del Código Penal de 1973... y artículo 21.1º del vigente Código Penal de 1995... en los casos en que la

⁴⁹⁵ SAP de Barcelona de 14 de diciembre de 1995 (ARP 1995\1348), SAP de Segovia de 15 de mayo de 1996 (ARP 1996\338), SAP de Zaragoza de 11 de septiembre de 1997 (ARP 1997\1379), SAP de Madrid de 9 de mayo de 2000 (JUR 2000\281677), SAP de Ciudad Real de 18 de septiembre de 2001 (JUR 2001\315908) y SAP de Madrid de 14 de enero de 2005 (JUR 2005\267713).

⁴⁹⁶ SAP de Málaga de 12 de marzo de 1996 (ARP 1996\237), SAP de Valencia de 1 de diciembre de 2003 (JUR 2004\165473), SAP de Madrid de 18 de mayo de 2004 (JUR 2004\233382) y SAP de Madrid de 16 de mayo de 2006 (JUR 2006\289525).

⁴⁹⁷ STS de 20 de mayo de 1987 (RJ 1987\3099).

⁴⁹⁸ SSTS de 15 de enero de 1987 (RJ 1987\384), 16 de mayo de 1989 (RJ 1989\4206), 27 de noviembre de 1995 (RJ 1995\8324), 19 de diciembre de 1995 (RJ 1995\9202), 16 de noviembre de 1999 (RJ 1999\8940) y 4 de noviembre de 2002 (RJ 2002\10854).

drogodependencia se asocia a situaciones o enfermedades deficitarias del agente, como pueden ser ciertas oligofrenias leves, psicopatías y otras anomalías de la personalidad... La adicción a la heroína afecta frecuentemente al cerebro originando polimorfos cuadros neurológicos y psíquicos que pueden llegar a una psicosis por drogadicción e, incluso, a un estado de demencial irreversible. Por su parte el trastorno disocial de la personalidad se caracteriza por una marcada actitud de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales, muy baja tolerancia a las frustraciones con bajo umbral para descargas agresivas, incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo, etc... Sobre esta base... la doctrina de esta Sala viene considerando justificada la aplicación de la eximente incompleta de enajenación mental de los artículos 9.1 y 8.1 del Código Penal de 1973, y 21.1º y 20.1º del Código Penal de 1995, en los casos de drogadictos por adicción a la heroína afectos de una psicopatía”.

En la segunda por su parte, se consideró que de “...la conjunción de la psicopatía con la drogadicción, el recurrente tiene una severa disminución de sus frenos inhibitorios -de su voluntad- en todos aquellos actos referidos o que tiendan a la posesión de drogas para su consumo, es decir, este cuadro patológico es relevante en los supuestos de delincuencia funcional entendiéndose por ello, la motivada necesidad de satisfacer la adicción al consumo de drogas, encajando en este concepto, la condición de “correo de droga” que asumió el recurrente a cambio de remuneración y de droga, a tal respecto debe recordarse que el juicio oral manifestó que “...le prometieron una cantidad de dinero por hacer el viaje y sobre todo droga para su consumo...”. En definitiva este cuadro debe estimarse como constitutivo de una eximente incompleta prevista en el art. 21.1º en relación con la eximente de anomalía o alteración psíquica”.

Como en el caso del alcohol, también las drogas han constituido en su asociación con la psicopatía una combinación incardinable, en determinados casos, en la eximente incompleta de trastorno mental transitorio del art. 9.1 CP. Así lo consideró el Tribunal Supremo en SSTS de 26 de mayo de 1980 (RJ 1980\21269), 29 de marzo de 1985 (RJ 1985\2) y 18 de noviembre de 1986 (RJ 1986\6974) aplicando la “atenuante privilegiada -artículos 9.1.ª en relación con los artículos 8.1.º y 66 del Código- al fondo psicopático del sujeto en conjunción con la adicción a la heroína, por cuanto estas

situaciones se caracterizan -afirma la sentencia de 27 de octubre de 1984 (RJ 1984\5100)- por una disminución, más o menos intensa, de la voluntad, aunque sin deterioro significativo de las facultades intelectuales”⁴⁹⁹.

Los tribunales menores también han apreciado en esta combinación la necesidad de aplicar la eximente incompleta⁵⁰⁰. Así en supuestos en los que aparecía toxifrenia y trastorno de la personalidad⁵⁰¹, trastorno de la personalidad antisocial grave asociado al consumo de sustancias tóxicas⁵⁰², un periodo de abstinencia a drogas y en un programa de metadona y con un trastorno límite de la personalidad⁵⁰³, psicopatía indiferenciada y poliabuso de drogas⁵⁰⁴, trastorno de la personalidad no especificado, que unido a su grave dependencia a opiáceos y cocaína⁵⁰⁵, trastorno de la personalidad con conductas agresivas y delictivas asociado al consumo de tóxicos⁵⁰⁶ y trastorno de la personalidad la toxicofilia que padece el procesado⁵⁰⁷.

D) *Supuestos de comorbilidad*. La psicopatía en multitud de ocasiones aparece combinada con varios factores. Estas patologías si fueran tomadas de forma individual no conllevaría la aplicación de la semieximente del art. 9.1 CP en relación con el art. 8.1 CP o la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 del mismo texto legal, pero su unión, sí permite que se cumplan los dos requisitos tantas veces exigidos por la jurisprudencia y contemplados hoy en nuestro Código Penal, para su aplicación: elemento biológico, formado por dicha asociación de factores entre los que se encuentra la psicopatía y un elemento psicológico, constituido, por una merma importante de las capacidad para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión.

⁴⁹⁹ STS de 29 de marzo de 1985 (RJ 1985\2).

⁵⁰⁰ SAP de Sevilla de 23 de enero de 2002 (JUR 2002\111194).

⁵⁰¹ SAP de Málaga, Melilla, de 22 de diciembre de 2000 (JUR 2001\95667).

⁵⁰² SAP de Sevilla de 11 de noviembre de 2002 (JUR 2003\91353).

⁵⁰³ SAP de Burgos de 12 de junio de 2002 (JUR 2002\224867).

⁵⁰⁴ SAP de Palencia de 30 de mayo de 2002 (JUR 2002\180332).

⁵⁰⁵ SAP de Madrid de 10 de mayo de 2002 (JUR 2002\177946).

⁵⁰⁶ SAP de Granada de 10 de marzo de 2006 (JUR 2006\207682).

⁵⁰⁷ SAP de Barcelona de 4 de mayo de 2001 (JUR 2001\239951).

El Tribunal Supremo ha aplicado esta eximente incompleta cuando la psicopatía aparece aliada a una psicosis esquizofrénica y drogas⁵⁰⁸, con la ingesta de alcohol o drogas y un coeficiente intelectual límite con la debilidad mental⁵⁰⁹, síndrome orgánico de trastorno de la personalidad, trastorno límite de la personalidad y adicción a las drogas⁵¹⁰, alcoholismo crónico con episodios de delirium tremens, unido a trastorno de la personalidad por celopatía⁵¹¹, algunos en que la misma aparecía unida a celotipia y alcohol⁵¹², otros se presentaba junto a drogas y alcohol⁵¹³ y, finalmente, asociada a ingestión de alcohol y fármacos⁵¹⁴.

A todas estas sentencias podemos sumar, las distintas combinaciones apreciadas por diversos tribunales menores, entre las que podemos destacar: trastorno límite de la personalidad y de control de impulsos con fases depresivas, unido a la condición de toxicómano⁵¹⁵; trastorno límite de la personalidad y abuso de alcohol, así como un desarrollo intelectual limitado⁵¹⁶; trastorno de la personalidad de tipo límite, rasgos obsesivos y una inteligencia límite⁵¹⁷; trastorno inespecífico de personalidad con rasgos límite, ansioso-evitativos y paranoides, con una historia anterior de esquizofrenia paranoide⁵¹⁸; personalidad esquizoide y rasgos paranoides y depresivos de la personalidad en acusado que se presentaba intoxicación etílica⁵¹⁹; trastorno de la personalidad de rasgos esquizotípicos, con una atrofia cerebral, corticofrontal de base sifilítica, ludopatía y cáncer vesical⁵²⁰; trastorno de la personalidad con rasgos antisociales y rasgos límites de la personalidad a lo que se une una drogodependencia de

⁵⁰⁸ STS de 23 de octubre de 1996 (RJ 1996\7420).

⁵⁰⁹ SSTs de 26 de febrero de 1992 (RJ 1992\1347), 9 de febrero, 13 de marzo y 28 de junio de 2001 (RJ 2001\1235, RJ 2001\1938 y RJ 2001\7022) y 4 de noviembre de 2002 (RJ 2002\10854).

⁵¹⁰ STS de 27 de diciembre de 2005 (RJ 2006\1326).

⁵¹¹ STS de 10 de julio de 2006 (RJ 2006\6035).

⁵¹² STS de 20 de febrero de 1984 (RJ 1984\1150).

⁵¹³ SSTs de 27 de mayo de 1987 (RJ 1987\3142), 8 de julio de 1989 (RJ 1989\6142) y 7 de noviembre de 2003 (RJ 2003\9577).

⁵¹⁴ STS de 2 de abril de 2002 (RJ 2002\4753).

⁵¹⁵ SAP de Ciudad Real de 25 de junio de 2002 (JUR 2002\278304).

⁵¹⁶ SAP de Cantabria de 21 de mayo de 2001 (JUR 2001\258517).

⁵¹⁷ SAP de Sevilla de 11 de marzo de 2005 (JUR 2005\138979).

⁵¹⁸ SAP de Madrid de 18 de diciembre de 2001 (JUR 2002\68071).

⁵¹⁹ SAP de Gipuzkoa de 23 de marzo de 2002 (JUR 2002\220672).

⁵²⁰ SAP de Zaragoza de 7 de noviembre de 2002 (JUR 2004\14127).

largo tiempo de evolución a alcohol, derivados del cannabis hachís⁵²¹; trastorno de la personalidad de tipo evitación y dependencia, así como otras entidades nosológicas que se entienden derivadas de ellos como distimia, fobia específica y trastornos del control de los impulsos⁵²²; trastorno mixto esquizoide y por evitación así como trastorno y angustia con agorafobia unidos a la ingesta de alcohol y drogas⁵²³; trastorno de la personalidad mixto, con rasgos paranoides, depresión mayor y alcoholismo crónico⁵²⁴; trastorno de la personalidad, trastorno esquizoafectivo y trastorno psicótico no especificado⁵²⁵; retraso mental, trastorno de personalidad y adicción a las drogas⁵²⁶; trastorno de la personalidad de quien tiene inteligencia rayana con el llamado «borderline» y presenta adicción al alcohol y a la heroína⁵²⁷; déficit intelectual y presenta problemas psicóticos de tipo tóxico y trastornos de la personalidad agravados por el consumo desmedido de cocaína y heroína desde los 12 años y alcohol⁵²⁸; trastorno de la personalidad agravado por abuso de sustancias psicóticas y alcohol⁵²⁹; una dependencia al alcohol, trastorno de la personalidad no especificado y un trastorno por ansiedad⁵³⁰; dependencia al alcohol y a las benzodiazepinas, trastorno de la personalidad con alteraciones antisociales y psicopáticas⁵³¹; un débil mental, con un trastorno antisocial de la personalidad permanente además de alcohólico crónico y consumidor de drogas⁵³²; trastorno de la personalidad con rasgos paranoides y psicopáticos, asociado al consumo de bebidas alcohólicas y a sustancias cannabinoides⁵³³ y un trastorno de la personalidad, una depresión neurótica e intoxicación alcohólica idiosincrásica⁵³⁴.

3. Como regla general, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha resuelto penalmente la mayoría de los casos en los que aparece probado un trastorno de la

⁵²¹ SAP de Barcelona de 22 de junio de 2004 (JUR 2004\220428).

⁵²² SAP de Teruel de 10 de febrero de 2003 (JUR 2003\5813).

⁵²³ SAP de Guadalajara de 3 de febrero de 2003 (JUR 2003\84205).

⁵²⁴ SAP de Barcelona de 22 de enero de 2004 (ARP 2004\76).

⁵²⁵ SAP de Asturias de 5 de julio de 2005 (JUR 2005\178377).

⁵²⁶ SAP de Sevilla de 19 de diciembre de 2003 (JUR 2003\147629).

⁵²⁷ SAP de Girona de 24 de mayo de 2002 (JUR 2002\190748).

⁵²⁸ SAP de Sevilla de 23 de enero de 2002 (JUR 2002\111194).

⁵²⁹ SAP de Cáceres de 23 de enero de 2004 (JUR 2004\124545).

⁵³⁰ SAP de Sevilla de 2 de septiembre de 2004 (JUR 2004\288225).

⁵³¹ SAP de Madrid de 22 de diciembre de 2003 (JUR 2004\252055).

⁵³² SAP de Asturias de 30 de diciembre de 2002 (ARP 2003\174).

⁵³³ SAP de Santa Cruz de Tenerife de 20 de febrero de 2006 (JUR 2006\127724).

⁵³⁴ SAP de Alicante de 19 de enero de 2005 (JUR 2005\1670749).

personalidad, aplicando la *atenuante analógica* del art. 9.10 en relación con el apartado primero del mismo artículo y en relación al art. 8.1 o del actual 21.6 CP en relación con los arts. 21.1 y 20.1 del mismo texto legal⁵³⁵. Dicha apreciación se debe, a que los mismos, tan solo provocaban una pequeña disminución en su capacidad de comprender la ilicitud de hecho y de actuar conforme a esa comprensión, bien porque aparecen solos y eran muy leves o bien porque incluso asociados a otro factor, tal unión no logra modificar gravemente las capacidades del sujeto.

En relación al primero de los casos, aquellos en los que la sola presencia de un trastorno de la personalidad o psicopatía propicia la aplicación de una atenuante analógica, podemos citar como ejemplo la STS de 6 de marzo de 2006 (RJ 2006\4742) en la que se estimó que “la constatación realizada por el Tribunal de instancia de que el sujeto tenía simplemente disminuidas sus facultades volitivas sin mayores aditamentos, pero no de forma significativa, excluye cualquier posibilidad de apreciar una eximente

⁵³⁵ Entre otras, SSTS de 23 de abril de 1964 (RJ 1964\2090), 17 de diciembre de 1970 (RJ 1970\5457), 30 de abril de 1971 (RJ 1971\1996), 16 de junio de 1975 (RJ 1975\2882), 19 de abril de 1978 (RJ 1978\1469), 25 de noviembre de 1978 (RJ 1978\4116), 6 de marzo de 1980 (RJ 1980\2491), 31 de marzo de 1982 (RJ 1982\2049), 13 de mayo de 1983 (RJ 1983\2703), 10 de octubre de 1984 (RJ 1984\4825), 22 de enero de 1986 (RJ 1986\166), 23 de marzo de 1987 (RJ 1987\2196), 19 de junio de 1987 (1987\4971), 9 de diciembre de 1988 (RJ 1988\9376), 10 de febrero de 1989 (RJ 1989\1537), 22 de febrero de 1989 (RJ 1989\4756), 17 de marzo de 1989 (RJ 1989\2672), 16 de julio de 1990 (RJ 1990\6716), 20 de octubre de 1992 (RJ 1992\8408), 23 de febrero de 1993 (RJ 1993\1399), 7 de abril de 1993 (RJ 1993\3045), 22 de abril de 1993 (RJ 1993\3174), 20 de septiembre de 1993 (RJ 1993\6801), 28 de septiembre de 1993 (RJ 1993\7006), 4 de octubre de 1993 (RJ 1993\7273), 14 de octubre de 1993 (RJ 1993\7714), 29 de octubre de 1993 (RJ 1993\7988), 22 de noviembre de 1993 (RJ 1993\8653), 25 de noviembre de 1993 (RJ 9015\1993), 16 de febrero de 1994 (RJ 1994\928), 25 de octubre de 1994 (RJ 1994\10573), 8 de febrero de 1995 (RJ 1995\836), 7 de abril de 1995 (RJ 1995\2833), 5 de mayo de 1995 (RJ 1995\3618), 29 de mayo de 1995 (RJ 1995\3950), 8 de junio de 1995 (RJ 1995\4551), 11 de abril de 1996 (RJ 1996\3217), 23 de noviembre de 1996 (RJ 1996\8683), 5 de diciembre de 1996 (RJ 1996\9486), 18 de febrero de 1997 (RJ 1997\1182), 22 de febrero de 1997 (RJ 1997\1369), 21 de marzo de 1997 (RJ 1997\2118), 18 de abril de 1997 (RJ 1997\3024), 13 de mayo de 1997 (RJ 1997\3813), 23 de marzo de 1998 (RJ 1998\2814), 6 de abril de 1998 (RJ 1998\6228), 23 de abril de 1998 (RJ 1998\3812), 4 de diciembre de 1998 (RJ 1998\10325), 5 de noviembre de 1999 (RJ 1999\8098), 11 de septiembre de 2000 (RJ 2000\7752), 21 de septiembre de 2000 (RJ 2000\8065), 8 de marzo de 2001 (RJ 2001\1347), 7 de mayo de 2001 (RJ 2001\753), 18 de julio de 2001 (RJ 5429\2001), 14 de octubre de 2002 (RJ 2002\8960), 7 de febrero de 2003 (RJ 2003\122163), 22 de septiembre de 2003 (RJ 2003\7439), 9 de febrero de 2004 (RJ 2004\1403), 16 de febrero de 2004 (RJ 2004\1418), 27 de febrero de 2004 (RJ 2004\1035), 4 de mayo de 2004 (RJ 2004\3709), 11 de octubre de 2004 (RJ 2004\7319), 23 de mayo de 2005 (RJ 2005\6023), 6 de marzo de 2006 (RJ 2006\4742) 21 de marzo de 2006 (RJ 2006\5252), 3 de mayo de 2006 (RJ 2006\3030), 20 de diciembre de 2006 (RJ 2006\1368) y los Autos de 25 de junio de 1997 (RJ 1997\4975) y 7 de septiembre de 2001 (RJ 2001\7369).

incompleta y sí, en todo caso, una atenuante analógica del art. 20.1 en relación con el art. 21.1º y 21.6º, todos ellos del CP⁵³⁶.

La atenuante analógica del art. 21.6 CP (anterior 9.10 CP), también se ha apreciado cuando el trastorno de la personalidad se ha asociado a un retraso mental⁵³⁷ o a alcohol o drogas⁵³⁸.

Los tribunales menores también han aplicado esta atenuante cuando el trastorno de la personalidad producía una merma leve de las capacidades mentales del sujeto⁵³⁹ y cuando el mismo aparecía asociado a debilidad mental leve⁵⁴⁰, depresión reactiva⁵⁴¹, trastorno distímico y dependencia del alcohol⁵⁴², consumo de drogas⁵⁴³, consumo compulsivo y abusivo de alcohol⁵⁴⁴, y debilidad mental leve y consumo de algunas bebidas alcohólicas⁵⁴⁵.

4. No faltan otras resoluciones en las que los trastornos de personalidad han sido considerados *irrelevantes* penalmente en relación a la imputabilidad de los acusados⁵⁴⁶.

⁵³⁶ Véanse también las SSTS de 20 de septiembre, 25 de noviembre de 1993 (RJ 1993\6801 y RJ 1993\9015), 23 de mayo de 2005 (RJ 2005\6023) y 20 de diciembre de 2005 (RJ 2006\1368).

⁵³⁷ STS de 6 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7379) y 22 de abril de 1993 (RJ 1993\3174).

⁵³⁸ SSTS de 3 mayo y 12 septiembre 1991 (RJ 1991\3538 y RJ 1991\6149), 23 de febrero de 1993 (RJ 1993\1399) y 21 de marzo de 2006 (RJ 2006\5252).

⁵³⁹ SAP de Tarragona de 28 de marzo de 1994 (ARP 1994\390), SAP de Girona de 17 de junio de 1994 (ARP 1994\333), SAP de Tarragona de 21 de marzo de 1995 (ARP 1995\377), SAP de Albacete de 20 de junio de 1995 (ARP 1995\810), SAP de Baleares de 12 de julio de 1995 (ARP 1995\1036), SAP Barcelona de 13 de marzo de 1996 (ARP 1996\199), SAP de Barcelona de 21 de marzo de 1996 (ARP 1996\209), SAP de Girona de 27 de enero de 1997 (ARP 1997\56), SAP de Zaragoza de 19 de septiembre de 2000 (ARP 2000\1829), SAP de Cádiz de 23 de febrero de 2005 (JUR 2005\158646) y SAP de Madrid de 31 de mayo de 2005 (JUR 2005\254240).

⁵⁴⁰ SAP de Cantabria de 24 de septiembre de 2002 (JUR 2002\3943) y SAP de Santa Cruz de Tenerife de 29 de noviembre de 2002 (JUR 2002\55454).

⁵⁴¹ SAP de Madrid de 8 de marzo de 2001 (JUR 2001\160840).

⁵⁴² STSJ de Andalucía, Granada de 4 de julio de 2003 (ARP 2003\682).

⁵⁴³ SAP de Badajoz de 18 de mayo de 1995 (ARP 1995\561).

⁵⁴⁴ SAP de Barcelona de 10 de enero de 1996 (ARP 1996\7) y SAP de Valladolid de 5 de octubre de 2006 (JUR 2006\278553).

⁵⁴⁵ SAP de Cáceres de 17 de septiembre de 1995 (ARP 1995\1111).

⁵⁴⁶ SSTS de 25 de mayo y 30 de junio de 1970 (RJ 1970\2202 y RJ 1970\3176), 30 de abril de 1971 (RJ 1971\1997), 26 de diciembre de 1973 (RJ 1973\5094) y 22 de octubre de 1974 (RJ 1974\3936), 25 de enero de 1977 (RJ 1977\99), 16 de junio de 1978 (RJ 1978\2639), 5 de febrero de 1979 (RJ 1979\323), 4 de abril de 1984 (RJ 1984\2312) y 13 de junio de 1985 (RJ 1985\3005), 18 de enero de 1986 (RJ 1986\150) y 11 de noviembre de 1987 (RJ 1987\8496), 24 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6563), 16 de octubre de 2000 (RJ 2000\8271), 19 de diciembre de 2002 (RJ 2002\322), 25 de abril de 2005 (RJ 2005\4361), 6 de marzo de 2007 y de 9 de marzo de 2007 (Id Cendoj: 28079120012007100119 y Id Cendoj: 28079120012007100162) y los Autos del TS de 18 de enero y 1 de febrero de 2007 (RJ 2007\59344 y RJ 2007\66327).

Como ejemplo la *STS de 21 de julio de 2003 (RJ 2003\6942)* en la que nadie discute que el sujeto padece “un trastorno de la personalidad que afectaba a su sexualidad pero que no incide sobre su capacidad de entender y querer, ni le impedía el control de sus actos. Para mayor clarificación de lo acertado de esta valoración, se señala, en el fundamento de derecho tercero, que ninguna parte ha formulado ni alegado la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, a pesar de lo cual y de manera espontánea, la Sala valora datos médicos y llega a la conclusión de que no ha existido afectación de la imputabilidad del acusado. Y la *STS de 23 de junio de 2000 (RJ 2000\6324)* en la que pretendía el recurrente que su trastorno disocial de la personalidad tuviera efectos atenuantes, a lo que el Alto Tribunal contesta que “teniendo en cuenta la actual formulación de la circunstancia eximente de anomalía psíquica y de la atenuante de ella derivada, se observa que la razón que prima para su apreciación es que, sea cual fuere el trastorno psíquico padecido, determine una imposibilidad o una limitación de la comprensión de la ilicitud del hecho o de la capacidad de obrar en conformidad con esa comprensión. Cabalmente tales capacidades no aparecen afectadas en lo más mínimo en el caso del recurrente, por lo que no hay base para hacerle acreedor a que atenuante alguna de esa clase le sea apreciada”.

XI. TRASTORNOS MENTALES EN GENERAL DEBIDO A UNA CONDICIÓN MÉDICA: LA EPILEPSIA

El Tribunal Supremo ha venido considerando a la epilepsia como enfermedad mental⁵⁴⁷, lo que supone prescindir de la catalogación que se ha venido haciendo de la misma como trastorno neurológico por las más solventes clasificaciones internacionales de enfermedades mentales (CIE 10 y DSM-IV-TR).

Según manifiesta el Tribunal Supremo en la sentencia de 27 de marzo de 1989 (RJ 1989\2742) la epilepsia se caracteriza por el padecimiento de “crisis convulsivas con pérdida de conocimiento, alucinaciones sensoriales o perturbaciones psíquicas que corresponden a la descarga funcional de un grupo de células nerviosas del cerebro y

⁵⁴⁷ La ha concebido como psicosis endógena en SSTS de 11 de marzo de 1974 (RJ 1974\1287), 7 de abril de 1975 (RJ 1975\1559), 22 de junio y 6 de julio de 1983 (RJ 1983\3567 y RJ 1983\4100) y 27 de marzo de 1989 (RJ 1989\2742).

bajo cuyo nombre único se cobijan una variada serie de psicosis de muy distinta morfología y entidad”. Más detalladamente, estima que pueden distinguirse las siguientes categorías:

- “*Epilepsia genuina*, denominada, en tiempos pretéritos, «mal sagrado», y, modernamente, «gran mal», la cual se caracteriza por las crisis convulsivas o paroxísticas durante las cuales se producen, la caída, las convulsiones, las mordeduras en la lengua, el hongo de espuma en la boca, la palidez extrema seguida de cianosis facial, la midriasis, unas veces, y, otras la miosis, la expulsión involuntaria de orina y, a veces, de heces fecales, y, finalmente, la pérdida de conocimiento con el olvido posterior de todo lo sucedido durante el ataque comicial, es decir con amnesia total”.

- “*Las auras epilépticas*, anteriores a la crisis convulsiva, y *los estados crepusculares* de la epilepsia, denominación del período inmediatamente posterior a las crisis mencionadas”.

- “*Los equivalentes de la epilepsia genuina*, entre los cuales figuran:”

1. “*La ausencia*, en la que, durante breve espacio de tiempo, el enfermo ensimismado y con mirada introspectiva, interrumpe lo que está diciendo o haciendo, perdiendo la noción de tiempo y espacio, con olvido e inconsciencia de lo sucedido durante la ausencia, siendo acompañada, la referida, en ocasiones, por muecas o contracciones faciales o por movimientos, rítmicos y acompasados, de uno o más miembros, superiores o inferiores”.

2. “*El vértigo*, mareo breve con pérdida de memoria en cuanto a lo ocurrido”.

3. “*El furor epiléptico*, y *las crisis deambulatorias de la epilepsia*, cuya denominación describe, sintéticamente, sus síntomas exteriores, y que suponen igualmente, olvido o amnesia de lo acontecido durante el decurso temporal del equivalente de que se trate”.

- “*La epilepsia sintomática o residual*, la cual constituye síntoma de otra enfermedad, cesando o curándose cuando se sana de dicha enfermedad principal y desencadenante”.

- Y, finalmente, “la *epilepsia larvada*, la que por su estado latente o subyacente, sólo es detectable y perceptible mediante métodos psiquiátricos y no presenta indicio alguno exterior de su existencia embrionaria o incipiente”⁵⁴⁸.

Partiendo de esta variedad, nuestro Tribunal Supremo ya señalaba que la misma había de tener diferente repercusión en la imputabilidad del acusado: “según sea mayor o menor el deterioro de la personalidad y la progresión de la enfermedad, de suerte que así como el simple carácter epiléptico admite una inferioridad psíquica más o menos acentuada, pero no irresponsabilidad, en el otro extremo de la escala se coloca la demencia epiléptica, debida a la intensidad y frecuencia de las crisis que es índice claro de inimputabilidad; ello sin contar con toda la gama de situaciones más o menos intermedias según que el acto delictivo se cometa durante las crisis o estados de excepción o en fase interparoxística; por lo que, en definitiva, será preciso relacionar en cada caso la forma clínica de la enfermedad con las bases intelectual y volitiva de la imputabilidad y atender a la mayor o menor perturbación de la misma”⁵⁴⁹.

En relación con la imputabilidad de las epilepsias, el Tribunal Supremo ha seguido dos tendencias en la materia. En la primera, reconduce al ámbito de la imputabilidad, en cambio en la segunda a la falta de acción en los supuestos de crisis epiléptica llevando

⁵⁴⁸ Junto a esta resolución, y por lo descriptivo de sus fundamentos consideramos necesario referirnos también a la STS de 30 de abril de 1975 (RJ 1975\1787) que reconoce no existir “un concepto unitario de la epilepsia sino que bajo tal nomen único se acogen, en realidad, muy diversas morfología clínicas cuyo núcleo esencial está constituido por la epilepsia genuina o esencial, con fondo hereditario muy acusado y, por ende, típicamente endógena, con crisis convulsivas generalizadas: existiendo luego epilepsias provocadas en las que si bien existe una predisposición anterior (hereditaria o constitucional) son desencadenadas por motivos externos, de modo que sólo cuando actúan tales motivos se produce el acceso; como finalmente existe un tercer grupo de epilepsia sintomática producida enteramente por causas exógenas, entre las que destacan la alcohólica y la traumática, de suerte que la crisis convulsiva es un mero síntoma que acompaña a la enfermedad, intoxicación o lesión que la produce”.

⁵⁴⁹ STS de 11 de mayo de 1981 (RJ 1981\2165). También la STS de 17 de mayo de 1973 (RJ 1973\2158) refiere que “la repercusión de este concepto y su realidad en el campo jurídico es inevitable, pues los delitos cometidos durante la crisis comitivas, conocidas por auras, no pueden por menos de afectar seriamente a la conciencia y a la libertad del agente, bien anulándolas totalmente, bien debilitándolas en tal manera que sin anulación total, están hondamente disminuidas. Y de otra parte, hay ciertos campos vedados por el derecho penal, tales como la vida, la honestidad, el honor, etc., donde aquellas explosiones tienen juego e impacto más frecuente; menos adecuados para realizar en los estados crepusculares de fuga epiléptica, en otros estados de paroxismo característicos de estas enfermedades. Más cuando la agresión contra el patrimonio ajeno es por medio de la estafa, que requiere una serena y fría elaboración de un engaño, una constancia y permanencia en su desarrollo, una reflexión, iniciación e impulso gradual, artero y malicioso de la maniobra engañosa, apenas es concebible que tal plan artero y cuidadosamente elaborado, sea compatible con los excesos y crisis propios de tal enfermedad”.

los demás supuestos al terreno de la imputabilidad. A su vez, de cada una de ellas se distinguen una línea amplia y otra restrictiva que pasamos a exponer a continuación.

1. Resolución de cualquier caso de epilepsia en el ámbito de la imputabilidad:

a) *Tesis amplia*. Se caracteriza por aplicar la exención de responsabilidad criminal del art. 20.1 CP, tanto en los estados críticos como postcríticos de la epilepsia, dejando la aplicación de la semieximente y la atenuante analógica de los arts. 21.1 y 21.6 CP (en relación con el anteriormente citado) para los estados intercríticos.

b) *Tesis restrictiva*. Según la cual:

1. 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 facultades para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión, por lo que debe ser de aplicación la eximente del art. 20.1 CP.

2. Durante las auras epilépticas o estados crepusculares el sujeto tiene profundamente perturbadas dichas facultades pero no abolidas, por lo que sólo resulta parcialmente imputable, y en tales supuestos lo correcto es la aplicación de la eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica. Criterio este más restrictivo que el establecido años antes que apuntaba la inimputabilidad en dichos supuestos.

3. En la denominada epilepsia sistomática o residual, en tanto en cuanto genere ataques comiciales o equivalentes se debe aplicar lo mismo que en el caso anterior.

4. El periodo intercrítico, 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 mucha frecuencia, pues en dichos supuestos el deterioro cerebral y la demenciación de quien los padece resulta patente debiendo aplicarse en este concreto supuesto la semieximente de anomalía o alteración psíquica.

5. Por último, la denominada epilepsia larvada no reviste, de ordinario, interés para el Derecho penal.

2. Resolución de los casos de crisis epiléptica como supuestos de falta de acción penal, llevando todos los demás casos al ámbito de la imputabilidad.

a) *Tesis amplia*:

1. Las crisis o ataques epilépticos y los momentos que inmediatamente los preceden y los siguen, la conducta del enfermo, al constituir un hecho meramente mecánico que no puede conceptuarse como comportamiento propiamente humano, debe encuadrarse en la falta de acción u omisión a que se refiere el párrafo 1.º del artículo 1 de dicho Código”.

2. Y los momentos interparoxísticos como pertenecientes al ámbito de la imputabilidad, debiendo diferenciarse dentro de los mismos:

- Si ha existido una repetición de crisis con deterioro del cerebro que ha llegado a una verdadera demencia, nos encontramos ante un supuesto de exclusión total de la responsabilidad criminal por aplicación del n.º 1.º del artículo 8.º.

- Si no hemos llegado a tal situación extrema, pero la lesión cerebral ha adquirido cierta importancia por la repetición o por la intensidad de los ataques, puede ser considerado como un verdadero enfermo mental, y aplicarse también dicha exención completa de responsabilidad criminal o como incompleta al amparo del n.º 1.º del artículo 9.º.

- O que en los momentos interparoxísticos no exista afectación de las facultades del sujeto, siendo equivalente a una persona normal, en cuyo caso habría de entenderse que la epilepsia no tuvo ninguna repercusión en el comportamiento del infractor, o, a lo sumo, si pudiera observarse alguna incidencia de menor importancia, sería aplicable la circunstancia, atenuante por analogía del n.º 10 del artículo 9 del Código Penal.

b) *Tesis restrictiva*, en la que se considera:

1. Que durante las crisis convulsivas, en las que existe movimiento corporal no guiado por la voluntad del sujeto y sin conciencia del acto, no cabe hablar de inimputabilidad sino de falta de acción penal.

2. En las crisis parciales complejas y las crisis generalizadas no convulsivas es de aplicación la eximente del art. 20.1 CP.

3. Cuando el hecho delictivo ha sido cometido durante las auras epilépticas o estados crepusculares, el sujeto suele tener mermadas notablemente sus capacidades psíquicas, lo que implica que dependiendo de dicha intensidad podrá aplicarle la eximente completa del art. 20.1 CP o la semieximente del art. 21.1 CP.

4. En los momentos intercríticos, cuando se reiteran las fases críticas, debido al deterioro que se suele producir en el cerebro, pudiendo llegar incluso a aparecer una verdadera demencia, será de aplicación la exclusión total de la responsabilidad criminal por aplicación del nº. 1.º del artículo 20 CP o la eximente incompleta del art. 21.1 CP dependiendo de la intensidad de la demencia alcanzada. En otras ocasiones, en los momentos interparoxísticos si no se constata una afectación de la esfera psíquica del sujeto, por no existir alteración de la personalidad del sujeto, y dado que el mismo actúa como una persona normal, los tribunales deberán averiguar si se produjo o no alguna manifestación externa del actuar típico del temperamento propio del epiléptico, pues si la hubo y el sujeto presenta un mínimo deterioro, la aplicación de la atenuante analógica será la regla básica. Sino la hubo, y el sujeto tras la crisis recobró su capacidad normal de discernimiento y de actuación en la vida gozará de plena imputabilidad.

Estas corrientes jurisprudenciales vienen avaladas por diversas sentencias entre las que podemos citar, para *la primera de ellas (tesis que lleva todos los casos de epilepsia al terreno de la imputabilidad) en su versión más amplia*, la STS de 21 de octubre de 1996 (RJ 1996\7577)⁵⁵⁰, en la que se señaló: “tiene declarado la jurisprudencia que cuando el acto se realiza en estado «crítico» o «postcrítico» conlleva una limitación total de la libertad de acción que genera, en pura lógica, la existencia de una eximente completa, mientras que si la acción transcurre en un estado «intercrítico» puede ocurrir que el trastorno psíquico que produce la enfermedad en sí misma considerada disminuya en mayor o menor medida la capacidad intelectual y volitiva del sujeto, dependiendo de esa medida la posibilidad de aplicar una eximente incompleta de trastorno mental o simplemente una atenuante. Finalmente, puede darse también el supuesto, según pretende la parte recurrente, que la enfermedad no guarde la menor

⁵⁵⁰ También SSTS de 25 de noviembre de 1967 (RJ 1967\5165), 12 de junio de 1972 (RJ 1972\3090), 17 de mayo de 1973 (RJ 1973\2158), 11 de marzo de 1974 (RJ 1974\1287), 25 de febrero de 1991 (RJ 1991\1414) y 20 de enero de 1993 (RJ 1993\138).

relación causal con el delito de que se trate, en cuyo caso no cabe hablar de ningún tipo de exoneración criminal. Además de lo dicho, hay que tener en cuenta dos cosas: que el enfermo epiléptico suele ser persona muy sensible a los estímulos exógenos de cualquier clase, y que esa sensibilidad se potencia de manera muy grave cuando se ha ingerido alcohol u otros productos semejantes, produciendo un cambio de carácter muy agudo en las personas que sufren ese padecimiento, aunque esté larvado, que los hace mucho más agresivos de lo normal y que, por consiguiente, les disminuye su capacidad volitiva y de raciocinio”⁵⁵¹. Dentro de la primera tendencia, *su versión más restrictiva* se muestra en STS de 28 de abril de 1997 (RJ 1997\4536) en la que el Tribunal Supremo afirma que “Jurisprudencia de esta Sala representada entre otras por las sentencias del TS, viene declarando, a la vista del estado actual de la Psiquiatría 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 a la denominada epilepsia sistomática o residual, en tanto en cuanto genere ataques comiciales o equivalentes. En cuanto al tiempo comprendido entre crisis paroxísticas o convulsivas, con independencia de las auras y de los estados crepusculares, resulta de absoluta imputabilidad o de irrelevancia de la dolencia, salvo

⁵⁵¹ También el Tribunal Supremo ha utilizado la terminología “gran mal” y pequeño mal” para referirse a la imputabilidad de las epilepsias, como muestra la STS de 6 de julio de 1983 (RJ 1983\4100) que estimó en relación con la imputabilidad de las epilepsias: “un primer momento estimó en STS de 31 de enero de 1985 (RJ 1985\384), después de reconocer la enorme variedad de supuestos que pueden cobijarse bajo la denominación de epilepsia, que “cuando se habla o se sufre el «gran mal» o ataque comicial propio, con deterioro absoluto de la personalidad, el juzgador se encuentra, de lleno, ante una eximente completa, y cuando el sujeto sólo padece el «pequeño mal», como ataques incompletos, distimias, epilepsias larvadas, sin ataque comicial, existe una imputabilidad disminuida que desemboca en una atenuante o en una eximente incompleta, según el grado de afección de las facultades psíquicas del sujeto”⁵⁵¹, admitiendo también como causa de inimputabilidad, los delitos cometidos, “antes, durante, o inmediatamente después de los ataques del gran mal o paroxismo convulsivo, o estados equivalentes como estado crepuscular, o en fuga epiléptica, o cuando la enfermedad, por la repetición de ataques degenera hacia un estado demencial”, declarando “la irresponsabilidad del agente cuando su conducta se produce en el aura epiléptica que suele preceder al gran mal como estado preparoxístico, y es inmediatamente anterior al estado convulsivo que se produce sin discontinuidad”.

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”⁵⁵².

La *segunda corriente* jurisprudencial (que reconduce al terreno de la falta de acción, los supuestos en los que se presenta crisis epilépticas, llevando todos los demás casos al ámbito de la imputabilidad) en *su versión más amplia*, aparece contemplada en STS de 26 de junio de 1989 (RJ 1989\5226)⁵⁵³ que al ocuparse del tratamiento penal de la epilepsia estima que la “referida enfermedad mental se caracteriza porque con intervalos más o menos largos ocasiona en el sujeto unos episodios (crisis o ataques epilépticos) en los cuales se produce una total pérdida del conocimiento, de tal modo que en esos momentos, así como en los que inmediatamente los preceden y los siguen, la conducta del enfermo es un hecho meramente mecánico que no puede conceptuarse como comportamiento propiamente humano y que en su valoración jurídica va más allá de la aplicación de la eximente de enajenación del n.º del artículo 8.º del Código Penal para encuadrarse en la falta de acción u omisión a que se refiere el párrafo 1.º del artículo 1 de dicho Código”. Considerando sin embargo los momentos interparoxísticos como pertenecientes al ámbito de la imputabilidad, al decir que la “problemática más difícil de resolver en relación a estos enfermos no es la que se produce como consecuencia de su conducta en el momento de la crisis o en los instantes que la preceden o siguen, sino la que se refiere a la valoración de su comportamiento cuando existe una verdadera acción u omisión penada por la Ley precisamente fuera del ataque epiléptico, en los llamados momentos interparoxísticos, pues la repetición de estas crisis va deteriorando el cerebro y puede llegar incluso a producir una verdadera demencia con exclusión total de la responsabilidad criminal por aplicación del n.º 1.º del artículo 8.º. Pero, sin llegar a

⁵⁵² Doctrina también seguida en SSTS de 28 de mayo de 1975 (RJ 1975\2568), 11 de mayo de 1981 (RJ 1981\2165), 20 de enero y 24 de septiembre de 1982 (RJ 1982\115 y RJ 1982\4962), 31 de enero y 13 de mayo de 1985 (RJ 1985\384 y RJ 1985\2477), 2 de marzo y 16 de diciembre de 1988 (RJ 1988\1516 y RJ 1988\9519), 27 de febrero, 27 de marzo, 21 de abril y 26 de junio de 1989 (RJ 1989\1671, RJ 1989\2742, RJ 1989\3480 y RJ 1989\5226), 22 de junio y 16 de noviembre de 1990 (RJ 1990\5619 y RJ 1990\8924), 22 y 25 de febrero de 1991 (RJ 1991\1340 y RJ 1991\1414), 24 de marzo de 1992 (RJ 1992\2427), 28 de septiembre (RJ 1996\6934) y 21 de octubre de 1996 (RJ 1996\7577).

⁵⁵³ Esta doctrina jurisprudencial ha sido mantenida también por las SSTS de 26 de junio y 16 de noviembre de 1990 (RJ 1990\5226 y RJ 1990\8924).

tal situación extrema, el epiléptico, cuando la lesión cerebral ha adquirido cierta importancia por la repetición o por la intensidad de los ataques, puede ser considerado como un verdadero enfermo mental, por haberse producido en su personalidad una especial irritabilidad de modo que pudiera llegar a reaccionar ante estímulos menores con singular violencia dando lugar en ocasiones a crímenes especialmente escandalosos por su brutalidad, o, en menor grado, a acciones explosivas impropias de un hombre normal. En estos casos, con mayor o menor intensidad, no existe en el enfermo una posibilidad de motivación normal en su conducta, de modo que no puede comportarse ante el mandato que le impone la norma jurídico-penal como lo podría haber hecho un ciudadano ordinario en sus mismas circunstancias, y por ello ha de hablarse en tales supuestos de un verdadero enajenado, en mayor o menor grado, con posibilidad de aplicación del n.º 1.º del artículo 8.º, bien como eximente completa o como incompleta al amparo del n.º 1.º del artículo 9.º. Pero también puede ocurrir que existan enfermos que hayan sufrido ataques epilépticos, acreditados mediante los correspondientes informes médicos, en los cuales no se haya producido esa alteración en su personalidad, de tal modo que su comportamiento en los referidos momentos interparoxísticos sea equivalente al de una persona normal, lo que se revela por los detalles concretos de su conducta delictiva, bien sea porque la enfermedad se encuentra controlada por la medicación que se le está suministrando, bien porque la lesión cerebral producida sea mínima o por otra razón que un buen informe psiquiátrico pudiera poner de manifiesto. En estos casos los Tribunales han de examinar con minuciosidad los detalles del suceso, las declaraciones de todos los participantes y testigos y, sobre todo, los dictámenes periciales existentes, a fin de averiguar si se produjo o no alguna manifestación externa del actuar típico del temperamento propio del epiléptico. Pues pudiera ocurrir que del estudio de esos elementos de prueba se dedujera que en el caso concreto el sujeto actuó con una capacidad de motivación igual o similar a la de una persona normal, en cuyo caso habría de entenderse que la epilepsia no tuvo ninguna repercusión en el comportamiento del infractor, o, a lo sumo, si pudiera observarse alguna incidencia de menor importancia, sería aplicable la circunstancia, atenuante por analogía del n.º 10 del artículo 9 del Código Penal”.

Junto a ella y en relación con la versión *más restrictiva* de la segunda tendencia, cabe mencionar la STS de 24 de febrero de 1995 (RJ 1995\1322) en la que se estimó de aplicación la eximente completa del art. 20.1 CP “solamente en los períodos críticos, entendiendo por tales las crisis parciales complejas y las crisis generalizadas no convulsivas ya que en las convulsivas se desvanece el concepto de acción, puede plantear el tema de la exención penal”, y además reconoce que “es el período intercrítico el que presenta los más arduos problemas medicolegales, que han de resolverse a través de una evaluación de los trastornos psiquiátricos, es decir, buscando y valorando la disfunción cerebral subyacente”.

Por lo tanto, el Tribunal Supremo dependiendo de la corriente que utilice declarará la inimputabilidad en los llamados estados críticos o postcríticos, o únicamente en los casos de ataques epilépticos o equivalentes (primera tesis). Llevando los casos de crisis epilépticas y los momentos inmediatamente anteriores y posteriores, si aplica la segunda de sus corrientes, a los supuestos de falta de acción, respuesta que puede ser matizada si aplicamos la línea más restrictiva de esta corriente, solo a los casos de crisis con convulsiones, dejando las crisis parciales complejas y las crisis generalizadas no convulsivas para la aplicación de la eximente del art. 20.1 CP. También la eximente completa, siguiendo con esta segunda corriente, puede aplicarse en los estados de demencia que puede producir la epilepsia o cuando la repetición de crisis provoque una situación de verdadera enfermedad mental.

La semiimputabilidad a los llamados momentos intercríticos o interparoxísticos cuando la afectación psíquica en las facultades del sujeto es de notoria merma y alteración, o a los casos de auras epilépticas o estados crepusculares y epilepsia sistomática o residual, en tanto en cuanto genere ataques comiciales o equivalentes.

Finalmente la atenuante analógica, a los llamados momentos intercríticos o interparoxísticos cuando exista una leve afectación psíquica del sujeto pues si no existe la misma son declarados de absoluta imputabilidad al igual que la epilepsia larvada salvo que dichas crisis se repitan con frecuencia dando lugar a una situación de autentica demenciación lo que supone aplicar la eximente incompleta del art. 21.1 CP e, incluso, la completa del art. 20.1 CP.

Podríamos pensar que las reglas dictadas por el Tribunal Supremo han sido seguidas fielmente por su órgano creador, sin embargo, sólo han servido de marco en el que únicamente el análisis del caso concreto ha determinado su solución⁵⁵⁴.

En nuestra opinión, las crisis convulsivas deben ser calificadas como supuestos de ausencia de acción. Esto es, la carencia de consciencia en el sujeto, provoca la falta de voluntariedad y, por tanto, una ausencia de los requisitos exigidos para que podemos concluir la existencia de acción penal. Para que se pueda calificar como acción penal es necesario que el comportamiento del sujeto sea libre y consciente⁵⁵⁵, es decir, guiado por su voluntad, pero en el caso de las crisis epilépticas convulsivas dado el estado de inconsciencia que las mismas generan en el sujeto, aun existiendo movimiento corporal humano se halla ausente todo género de manifestación voluntaria⁵⁵⁶, de ahí que nos inclinemos por la segunda de las líneas jurisprudenciales. Ahora bien, debe destacarse que existen una gran variedad de crisis⁵⁵⁷ y que en algunas de ellas no se produce pérdida de conciencia (o no llega a ser total), por lo que las mismas entrarían de lleno en el ámbito de la imputabilidad⁵⁵⁸, debiendo determinarse entonces la afectación de la actividad psíquica del sujeto que si es muy importante generará la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP. En el caso de las auras y estados crepusculares la afectación psíquica del sujeto, la perturbación de su conciencia suele ser grave, por lo que dependerá de su intensidad la aplicación de la eximente del art. 20.1 CP o de la semieximente del art. 21.1 del mismo texto legal, aunque es evidente que en las primeras la voluntad esta cuantitativa y cualitativamente condicionada, lo que debe

⁵⁵⁴ Véanse las SSTS de 7 de marzo de 1951 (RJ 1951\509), 18 de noviembre de 1955 (RJ 1955\3015), 7 de abril de 1975 (RJ 1975\1559), 24 de octubre de 1984 (RJ 1984\5063), 31 de enero de 1985 (RJ 1985\384), 2 de marzo (RJ 1988\1516) y 16 de diciembre de 1988 (RJ 1988\9519), 27 de febrero (RJ 1989\1671), 27 de marzo (RJ 1989\2742), 21 de abril (RJ 1989\3480) y 26 de junio de 1989 (RJ 1989\5226) y 16 de noviembre de 1990 (RJ 1990\8924).

⁵⁵⁵ JIMÉNEZ DÍAZ, M.J.: “Los trastornos del sueño...”, cit., p. 1609.

⁵⁵⁶ COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal...*, cit., p. 449.

⁵⁵⁷ Sobre las que son escasos los pronunciamientos debido a las contadas ocasiones en las que los sujetos que sufren las mismas cometen conductas delictivas. Así lo reconoce la STS de 27 de febrero de 1989 (RJ 1989\1671) donde se afirma que durante los ataques epilépticos es muy difícil comprender la comisión de cualquier acción delictiva, a no ser (y también es raro) su comisión por omisión”.

⁵⁵⁸ GARCÍA BLÁZQUEZ exige que las acciones punibles producidas en plena crisis epiléptica para afectar a los factores que configuran la imputabilidad y como consecuencia motivar la aplicación de la eximente del art. 20.1 CP o más excepcionalmente una atenuante deben cumplir las siguientes características: El acto debe estar viciado en el origen, en el incentivo y debe existir una gran inmediatez temporoespacial (GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal...*, cit., pp. 128 y 129).

repercutir en la valoración de la imputabilidad, si bien es prácticamente imposible dictaminar cual es dicha repercusión, ya que es muy difícil probar la verdadera situación del enfermo en ese breve periodo de tiempo, siendo sólo posible a partir de la morfología del acto criminal, tipo de epilepsia, testimonios de observadores y/o víctima, reconstrucción de la situación psicopatológica y análisis del modo en que se han podido ver implicados los distintos factores de la imputabilidad⁵⁵⁹.

En el supuesto de los estados crepusculares el sujeto suele estar también cognitiva y volitivamente condicionado por la patología, por lo que dependerá de la disminución en mayor o menor medida de la capacidad intelectual y volitiva del mismo, la aplicación de una eximente completa de anomalía o alteración psíquica o la semieximente del art. 21.1 CP. GARCÍA BLÁZQUEZ⁵⁶⁰ también exige en estos estados una serie de características para predicar respecto de ellos la inimputabilidad del sujeto epiléptico: debe delimitarse ya sea por testimonios, reconstrucción de hechos, investigaciones científicas, ... en el espacio de tiempo que media entre la recuperación de la conciencia y la recuperación total o vuelta a la normalidad, el sujeto no debe tener recuerdos nítidos de lo sucedido, el acto ilícito no deberá responder al patrón de acto inteligente elaborado, debe apreciarse un viciamiento bien en el origen, los medios o en el incentivo del mismo, pudiendo estar alterado en todo su contenido y debiendo la morfología del acto punible ser coherente con las características de la esfera psíquica en estos estados.

Un sector minoritario representado por CABRERA FORNEIRO y FUENTES ROCAÑÍN estiman que en los estados crepusculares debía aplicarse la eximente de trastorno mental transitorio y por tanto declararse la inimputabilidad del sujeto que se encontrara en esta situación basándose en que la misma, con medicación, puede resultar asintomática durante años⁵⁶¹, lo que no consideramos acertado pues no podemos olvidar que estamos ante una enfermedad permanente y por tanto, ante un supuesto de anomalía o alteración psíquica.

⁵⁵⁹ *Ibidem*, cit., pp. 127 y 128.

⁵⁶⁰ *Ibidem*, cit., pp. 129 y 130.

⁵⁶¹ CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La enfermedad mental...*, cit., p. 189.

En el caso de los estados interparoxísticos habrá que conocer si existe como consecuencia de la repetición de crisis una demencia en el sujeto, circunstancia que posibilitará incluso la aplicación de una eximente completa o cuando no se constata una afectación de la esfera psíquica del sujeto, si existe alguna manifestación externa del carácter epiléptico, podrá aplicarse la atenuante analógica.

En último lugar, entendemos siguiendo a GARCÍA GARCÍA-CERVIGÓN⁵⁶² que debemos añadir un punto más a la doctrina jurisprudencial referente a los cuadros de epilépticos, los llamados estados psicóticos epilépticos en los que existe un trastorno psicótico temporal y agudo de carácter tóxico o exógeno motivado habitualmente por alcohol o drogas, ya que en estos enfermos existe una extraordinaria influencia de dichos tóxicos. El Tribunal Supremo no ha mantenido una línea uniforme a la hora de ocuparse de estos supuestos ya que en unas ocasiones ha considerado de aplicación la eximente incompleta ante supuestos en los que los sujetos epilépticos presentaban un trastorno psicótico provocado por el alcohol⁵⁶³, por las drogas⁵⁶⁴ o incluso por ambos⁵⁶⁵ y en otras, tan sólo la atenuante analógica⁵⁶⁶, suponemos debido a que la unión de ambas cosas en ocasiones producía una modificación mayor de las capacidades del sujeto que en otras.

Si nos centramos en el análisis de los supuestos en que el Alto Tribunal ha tenido que pronunciarse sobre la epilepsia podemos apreciar que no se ha aferrado a reglas estrictas sino que ha estudiado caso por caso, al ser consciente de la gran variedad de epilepsias y sus peculiaridades, intentando averiguar si se cumplían los dos requisitos que exige la legislación penal en su art. 20.1 CP para aplicar esa eximente. Es decir, no sólo ha comprobado la existencia de epilepsia en el sujeto enjuiciado, sino también la incidencia que la misma producía en su conducta para comprender la ilicitud de su hecho o para actuar conforme a dicha comprensión, pues dependiendo de cómo fuera,

⁵⁶² GARCÍA GARCÍA-CERVIGÓN, J.: “La epilepsia y su incidencia en el ámbito penal”, en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, p. 410.

⁵⁶³ SSTS de 6 de julio y 22 de diciembre de 1983 (RJ 1983\4100 y RJ 1983\6723), 21 de octubre de 1996 (RJ 1996\7577) y SAP de Murcia de 11 de octubre de 2005 (JUR 2006\93729).

⁵⁶⁴ STS de 13 de mayo de 1985 (RJ 1985\2477).

⁵⁶⁵ SSTS de 21 de abril de 1989 (RJ 1989\3480) y 3 de mayo de 1994 (RJ 1994\3649).

⁵⁶⁶ STS de 27 de enero de 1992 (RJ 1992\463) y 14 de junio de 1999 (RJ 1999\5680).

ha aplicado la eximente, la semieximente o la atenuante analógica. Las sentencias analizadas muestran que el Tribunal Supremo:

1. Ha aplicado la *eximente completa* en los casos en los que el sujeto presentaba una crisis que provocaba en el sujeto una importante afectación de sus facultades psíquicas, o en supuestos en los que el mismo se encontraba dentro del aura epiléptica con idénticos efectos. Muestra de esta doctrina es la STS de 11 de marzo de 1974 (RJ 1974\1287) en la que el acusado ante importantes ataques a su honor conyugal reaccionó con la personalidad anómala, patología y morbosa de quien era epiléptico, “superando los ya importantes estímulos psíquicos, y obrando éstos, con su enorme poder, dentro de la grave psicosis del agente, para generar pasionalmente, la reacción extraordinaria surgida, que incluso puede ya estimarse existente dentro del aura epiléptica, o acceso de pródromos, que aunque no reflejada expresamente en el relato fáctico, ha de creerse existente, por la sucesiva reactividad del agente ofendido, que fue subiendo paulatinamente de tono, al persistir una y otra vez la agresión verbal desconsiderada e injusta, y especialmente, por la caída inmediatamente, luego de la agresión, en el ataque paroxístico de gran mal, muy intenso, todo lo que hace entender, que si actuó el sujeto activo originariamente en situación de trastorno mental transitorio, con causa morbosa, subsiguió con límites ya imbricados o coincidentes, la enajenación mental epiléptica, al anticiparse el aura al ataque final, durante la que pudo actuar dando la cuchillada, todo lo que de consuno produjo la anulación absoluta de la libertad, inteligencia y voluntad del marido injuriado, que anuló dichas facultades superiores y su libre albedriote manera total; razones que determinan el no poder aceptar el estado menor de simple ofuscación propio del arrebato u obcecación, apreciado por la sentencia recurrida, que fue claramente superado, y acoger el primer motivo del recurso que patrocina justamente la aplicación del núm. 1.º del art. 8.º del C.P., por la que denomina el recurso «enajenación mental transitoria»⁵⁶⁷.

⁵⁶⁷ Junto a esta sentencia, BARBERO SANTOS y PRIETO AGUIRRE describen otra de fecha 31 de mayo de 1898, véase BARBERO SANTOS, M. y PRIETO AGUIRRE, F.: “Disritmia cerebral y delincuencia”, *Los delincuentes mentalmente anormales* (Conferencias y Comunicaciones), XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología, celebrado en la Facultad de Derecho de Madrid (23 de febrero a 20 de marzo de 1962), Art. Gráf. Helénica, Madrid, 1962, p. 135.

Junto a ella, también algunas Audiencias Provinciales han creído conveniente la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP en supuestos en los que se estimaba:

a) Una *crisis epiléptica* como en la *SAP de La Coruña de 25 de noviembre de 1998 (ARP 1998\4297)* en la que se consideró que “el acusado cuando agredió a su esposa el día 20 de julio de 1996 no era conciente de sus actos, teniendo sus facultades cognoscitivas y volitivas totalmente anuladas como consecuencia de una crisis epiléptica, por lo que concurre en el caso la causa de exención de responsabilidad criminal prevista en el num. 1 del artículo 20 del Código Penal”. La *SAP de Bizkaia de 21 de octubre de 2002 (JUR 2003\90366)* en la que se reconoció que “tal descripción encaja con lo que se conoce como un ataque de epilepsia o, al menos, con episodio de ausencia momentánea de control de la voluntad y de la comprensión del alcance del comportamiento”.

b) Un *estado crepuscular* como en *SAP de La Rioja de 16 de febrero de 2001 (JUR 2001\125464)* donde se estima que “el acusado actuó en estado crepuscular, en un estado patológico catastrófico, lo que nos determina, en suma, a la estimación de la circunstancia eximente completa de la responsabilidad pena” y en *SAP de Valladolid de 30 de octubre de 2002 (JUR 2002\285693)*, en la que no se llega a conocer con exactitud la situación en la que se encuentra el sujeto en el momento de los hechos ya que la propia sentencia recoge que “si los hechos se producen en la situación de crisis o inmediatamente antes o después de la misma, durante los estadios crepusculares en que dura la confusión mental, las bases psicobiológicas de la imputabilidad llegan a estar anuladas y, por lo tanto, el sujeto no puede conocer la ilicitud de los hechos. En el caso concreto los médicos forenses creen que Cristian Becares se hallaba en dichos estados de inimputabilidad durante la comisión de los hechos atendiendo no sólo al dato de que había abandonado la medicación pautada unos seis meses antes, sino también ante las circunstancias mencionadas en declaraciones de las afectadas, según se expresaron en la instrucción, precisando en el acto del juicio, en apoyo de su conclusión, que esas crisis son compatibles con los hechos enjuiciados por cuanto el sujeto puede realizar actos complejos bajo las mismas o sus estados crepusculares sin que tenga por qué notársele mucho exteriormente ya que su epilepsia no es convulsionante”.

2. La *eximente incompleta* en los supuestos en los que se acredita una merma considerable en la capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión⁵⁶⁸ debido a que el sujeto se encuentra:

a) En *fase intercrítica* existiendo “afectación de estructuras profundas del sistema límbico con el trastorno de conducta y emocional que puede justificar y justifica la eximente incompleta aplicada en la instancia”⁵⁶⁹. Es decir, en los llamados *estados interparoxísticos* donde aún existiendo repetición de crisis de gran mal en el supuesto de hecho se reconoce no existir todavía una verdadera demencia sino una epilepsia unida a psicopatía, con depresiones y ansiedad que no elimina por completo la imputabilidad del sujeto⁵⁷⁰.

c) En los casos en los que la *epilepsia se encuentra asociada a otros trastornos psicopatológicos* como: un estado depresivo y obsesivo y delirio “de perjuicio”⁵⁷¹ y neurosis de conversión con crisis histéricas⁵⁷².

d) Cuando estaba unida a alcohol o drogas como en la STS de 3 de mayo de 1994 (RJ 1994\3649) y STS de 1 de noviembre de 1980 (RJ 1980\4392) en la que la acusada presenta síntomas de epilepsia leve unida a adicción al consumo de drogas.

e) Y cuando el sujeto padece un simple carácter epileptoide⁵⁷³ o una personalidad epileptoide residual a un traumatismo cerebral con trastornos de carácter y de conducta⁵⁷⁴.

⁵⁶⁸ Como en SSTS de 7 de marzo de 1951 (RJ 1951\509), 18 de noviembre de 1955 (RJ 1955\3015), 7 de abril de 1975 (RJ 1975\1559), 22 de junio de 1983 (RJ 1983\3567), 31 de enero de 1985 (RJ 1985\384), 16 de octubre de 1985 (RJ 1985\4993), 5 de enero de 1988 (RJ 1988\236), 2 de marzo de 1988 (RJ 1988\1516), 27 de marzo de 1989 (RJ 1989\2736) y 24 de marzo de 1992 (RJ 1992\2427). Incluso se ha aplicado la semieximente de trastorno mental transitorio en STS de 30 de abril de 1975 (RJ 1975\1787). También los tribunales menores en SAP de Zaragoza de 4 de marzo de 1997 (ARP 1997\310) y SAP de Asturias de 5 de febrero de 2004 (JUR 2004\81925).

⁵⁶⁹ STS de 24 de febrero de 1995 (RJ 1995\1322).

⁵⁷⁰ STS de 16 de noviembre de 1990 (RJ 1990\8924).

⁵⁷¹ STS de 27 de marzo de 1989 (RJ 1989\2736).

⁵⁷² STS de 20 de diciembre de 1975 (RJ 1975\4924).

⁵⁷³ STS de 28 de mayo de 1975 (RJ 1975\2568).

⁵⁷⁴ STS de 14 de abril de 1989 (RJ 1989\3192).

f) Junto a ellas, la Audiencia Provincial de Murcia en sentencia de 20 febrero de 2006⁵⁷⁵ en la que se apreció esta circunstancia (eximente incompleta) por aplicación del principio “in dubio pro reo”.

3. La *atenuante analógica* en los supuestos en que la epilepsia solo producía una mínima o leve afectación de su capacidad para comprender la ilicitud de los hechos y para actuar conforme a dicha comprensión⁵⁷⁶.

4. El Tribunal Supremo también ha considerado en diversos supuestos que la epilepsia *no supone ninguna modificación* de las facultades psíquicas del sujeto, fundamentalmente cuando no existir relación entre el acto criminal y la patología padecida por el sujeto, lo que le ha llevado a declarar la imputabilidad penal del acusado⁵⁷⁷.

Del estudio de toda la jurisprudencia analizada podemos concluir que la epilepsia debido a su variedad, peculiaridades y frecuentes asociaciones no permite “establecer conclusiones genéricas o abstractas respecto a su imputabilidad o inimputabilidad”⁵⁷⁸ requiere un estudio personalizado para cada tipo y sujeto, pues la imputabilidad podrá variar considerablemente en función de la forma clínica o tipología, de la fase, crítica o intercrítica, y del estado evolutivo, así como de la concurrencia de otros trastornos psicopatológicos o factores exógenos como la toxicomanía o el alcohol.

No queremos cerrar este apartado sin hacer mención a lo criticable de la nomenclatura utilizada por los tribunales en sus sentencias, que a pesar de haber sufrido muchísimos cambios ninguno ha sido adecuados al progreso científico, ya que no recogen las denominaciones de las clasificaciones de epilepsias reconocidas

⁵⁷⁵ SAP de Murcia de 20 febrero de 2006 (JUR 2006\203544).

⁵⁷⁶ STS de 11 de mayo de 1981 (RJ 1981\2165), 22 de junio de 1983 (RJ 1983\3567), 24 de octubre de 1984 (RJ 1984\5063), 26 de junio de 1989 (RJ 1989\5226), 20 de febrero de 1992 (RJ 1992\1216) y 10 de noviembre de 1993 (RJ 1993\9128). Junto a ellas, la SAP de Málaga de 13 de diciembre de 2001 (JUR 2001\94367) y SAP de Barcelona de 22 de febrero de 2002 (JUR 2002\149300).

⁵⁷⁷ SSTS de 17 de mayo de 1973 (1973\2158), 31 de enero de 1975 (RJ 1975\255), 27 de octubre de 1976 (RJ 1976\4333) y 20 de enero de 1993 (RJ 1993\138).

⁵⁷⁸ STS de 24 de septiembre de 1982 (RJ 1982\4962).

internacionalmente como la realizada por la Organización Mundial de la Salud o la Clasificación Internacional de Crisis Epilépticas⁵⁷⁹.

⁵⁷⁹ Se utilizan los términos “gran mal” y “pequeño mal”, en otras ocasiones los conceptos “ataques epilépticos y estados interparoxísticos”, en otros “estados críticos e intercríticos”,...

CONSIDERACIONES FINALES

El presente trabajo de investigación ha sido realizado con el objetivo de profundizar en el conocimiento de la eximente que valora la repercusión penal que debe otorgarse al padecimiento de anomalías o alteraciones psíquicas en el sujeto que ejecuta un hecho criminal y, en la medida de lo posible, suministrar una herramienta científica con la que contribuir a una mejor resolución de los diversos y complejos problemas que plantea en su aplicación práctica.

Para ello se han desarrollado los siguientes bloques temáticos:

En primer lugar, se ha situado el objeto de estudio (eximente del art. 20.1 del CP) en el marco general que lo engloba (imputabilidad y culpabilidad) con la finalidad de asentar las premisas de las que debe partirse para realizar una correcta interpretación de la misma (capítulo primero). En segundo extremo, se ha dado una visión genérica de nuestra trayectoria codificadora a la hora de dar forma legal a la eximente y de la regulación que se otorga a esta materia en Derecho comparado, pero no de una forma independiente y deslabazada, sino empleando un hilo conductor común consistente en el desarrollo de la descripción de las diversas fórmulas legislativas que pueden ser utilizadas para regular esta exención de la responsabilidad criminal (capítulo segundo). Ambas partes configuran el que podría calificarse como “marco previo” de imprescindible conocimiento para abordar con posterioridad el riguroso análisis de la regulación legal actual de la eximente y de su concreta aplicación jurisprudencial.

Partiendo de las coordenadas suministradas por el bloque anterior, nos encontrábamos ya en condiciones óptimas para afrontar el estudio del tratamiento que nuestro vigente Código Penal ha otorgado a la eximente de anomalía o alteración psíquica a través de su artículo 20.1 (capítulo tercero), examen que no se ha limitado a repasar la configuración legal de la misma en sus distintos niveles (eximente completa, incompleta y atenuación analógica), y consecuencias jurídicas (con especial atención a las medidas de seguridad) sino que ha pretendido ser un filtro crítico mediante el que

también se han ido advirtiendo las quebras que dicha regulación presenta. El examen de los principales trastornos mentales que pueden ser subsumidos en la expresión legal “cualquier anomalía o alteración psíquica” (capítulo cuarto) constituye un complemento imprescindible del análisis realizado sobre la eximente y sin el que, indudablemente, habría quedado incompleto.

El tercer gran apartado queda constituido por el repaso exhaustivo de la jurisprudencia dictada en esta materia por el Tribunal Supremo desde 1870¹ hasta las más recientes, así como, selectivamente, algunas resoluciones provenientes de otros órganos judiciales menores. Mediante su análisis se ha dado cuenta de la forma en la que ha sido interpretada y aplicada la eximente (tanto referida a sus formulaciones precedentes como a la vigente), poniendo de relieve tanto sus luces como sus sombras, sus aciertos y sus errores. Como ya se advirtió al inicio de este trabajo, consideramos que este bloque constituye nuestra principal aportación investigadora, puesto que en España no existe al día de cierre de esta Tesis Doctoral ninguna obra publicada que realice un examen tan minucioso del tratamiento jurisprudencial recibido por la eximente de anomalía o alteración psíquica.

Con la finalidad de proporcionar una visión general de la investigación, destacando los aspectos que consideramos constituyen las piezas esenciales de la misma, presentamos a continuación una síntesis de cada uno de los bloques enumerados con anterioridad, que se cerrará con una valoración final en la que se incidirá en los aspectos críticos dignos de mención.

I. MARCO PREVIO

1. El padecimiento de una anomalía o alteración psíquica en el sujeto activo del delito puede determinar la aplicación de una causa de exención o atenuación de la responsabilidad criminal por considerarse que el mismo es una persona inimputable o con imputabilidad disminuida. Una comprensión razonada de esta premisa exige precisar qué se entiende por *imputabilidad*.

¹ Fecha a la que se remonta la colección de Jurisprudencia Criminal.

Pese al importante papel que desempeña en la Teoría Jurídica del Delito, constituye un concepto problemático y muy controvertido², lo que se debe fundamentalmente a que puede ser contemplado desde una multiplicidad de posicionamientos dogmáticos, prácticos, médicos-psiquiátricos y psicológicos y, sobre todo, a su relación con el concepto de culpabilidad del que forma parte, y cuyo fundamento no parece haber encontrado consenso en la doctrina. La culpabilidad constituye una categoría dogmática que ha sido tradicionalmente y aún lo es en la actualidad, de las más complejas y plagadas de dificultades en su elaboración jurídico penal³. Su constante proceso de revisión ha abierto una importante polémica doctrinal sobre su fundamento que se ha proyectado y proyecta todavía hoy sobre la institución de la imputabilidad, repercutiendo de forma negativa en su delimitación conceptual y provocando, inevitablemente, un debate acerca de su propio fundamento, ya que la concepción que se adopte sobre la culpabilidad incidirá directamente en la forma de concebir la imputabilidad.

En torno a la imputabilidad existen aspectos prácticamente indiscutibles, ya que hoy casi nadie cuestiona que se concibe como capacidad de culpabilidad⁴, pero sí existen sin embargo otros aspectos, sobre los que la doctrina no parece haber hallado acuerdo. Nos referimos a su consideración como elemento o presupuesto de la culpabilidad, su propio concepto y sobre todo a su fundamento, que constituye el tema más problemático al que se enfrenta esta institución.

La imputabilidad no aparece definida de forma expresa en nuestro *Código Penal*, sino que su concepción puede obtenerse *ad sensu* contrario de la regulación de alguna de las causas que declaran su exclusión. Más concretamente, de los arts. 20.1 y 20.2 CP que permiten describirla como la capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión.

Tanto la doctrina penal española como alemana así como la propia jurisprudencia parecen estar de acuerdo en la *naturaleza jurídica* de la imputabilidad, concibiéndola

² MORILLAS CUEVA, L.: "Prólogo" al libro de CASTELLÓ NICÁS, N.: *La imputabilidad penal del drogodependiente*, Comares, Granada, 1997, p. XVI.

³ GÓMEZ RIVERO, M^a.C.: "Nuevas tendencias doctrinales...", cit., p. 300.

⁴ MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad...*, cit., pp. 82 y ss.

como capacidad de culpabilidad, pues cuando un sujeto infringe el ordenamiento jurídico, sólo puede atribuírsele el hecho por él perpetrado, si cuenta con una serie de facultades o condiciones psíquicas que permitan reprochárselo jurídicamente. En lo que la doctrina sigue estando dividida es en su calificación como *elemento o presupuesto* de la culpabilidad. Quienes la consideran un presupuesto, parten del entendimiento de dicha categoría como un capacidad general, un término abstracto previo al delito, que se proclama de toda persona mayor de edad por el hecho de serlo. Es decir, un status personal independiente de la realización de un hecho antijurídico. Quienes abogamos por estimarla un elemento de la culpabilidad partimos de que la imputabilidad forma parte de dicha categoría dogmática, concebida para determinar si el sujeto que comete un hecho considerado delictivo es culpable en relación al mismo, por lo que también debe estar referida a ese hecho.

El *fundamento* de la imputabilidad ha de venir obligatoriamente de la mano del fundamento que se otorgue a la categoría más amplia de la culpabilidad. Quienes estiman que la imputabilidad se fundamenta en la capacidad de motivación por las normas penales, por entender que el libre albedrío es indemostrable, pasan por alto que tan indemostrable es que el autor pudo actuar de otro modo a como lo hizo, como que no pudiera hacerlo y que para motivarse por la norma el sujeto debe ser libre, pues sólo de esa forma puede elegir entre motivarse o no hacerlo, lo que pone de relieve que todas las concepciones parten de una idea común (la posibilidad al fin y al cabo de la elección) que conduce inevitablemente a la libertad entre actuar de un modo u otro, entre motivarse o no. Estas posiciones han intentado buscar otro fundamento a la culpabilidad, rechazando el principio de “poder obrar de otro modo”, y han terminado utilizando un criterio sustituto del “poder”, pero ahora referido al “poder para motivarse”. En suma, aunque lo nieguen, han acabado por fundamentar la culpabilidad en la idea de libertad de la voluntad⁵. Por ello estimamos, siguiendo a MORILLAS CUEVA⁶, que la cuestión debe ser trasladada al plano normativo, esto es, dado que el Derecho penal es una ciencia normativa, el fundamento de la imputabilidad debe ser

⁵ CARBONELL MATEU, J.C.: *Derecho penal*: ..., cit., p. 220.

⁶ MORILLAS CUEVA, L.: “La culpabilidad...”, cit., p. 89.

buscado en un ámbito de racionalidad axiológica y práctica⁷ y que, desde luego, debe quedar vinculado a la libertad humana. Nuestra Constitución proclama la “libertad” como valor superior del Ordenamiento jurídico del Estado Social y Democrático de Derecho, además del principio de la “dignidad humana”, que se basa en la idea de que el hombre es un ser capaz de elección. El Derecho penal no puede vivir de espaldas a esta exigencia constitucional y debe asumir una concepción de la persona como ser capaz de autodeterminarse conforme a criterios normativos, según se infiere de los artículos 1.1 y 10.1 CE. Sólo un hombre libre puede regirse por normas que le permitan distinguir una conducta lícita de otra ilícita y actuar conforme a dichas normas, lo que hace posible declarar imputable al autor de un hecho antijurídico cuando a pesar de existir la posibilidad de respetar la ley en el momento de cometer la infracción penal, el sujeto se sitúa voluntariamente contra la norma jurídica. En definitiva, sólo una concepción normativa basada en la libertad de voluntad, (libertad relativa y no absoluta) en la autodeterminación como hecho real y propio del funcionamiento humano, basada en la construcción de nuestro Ordenamiento constitucional sobre el presupuesto indeclinable que constituye la libertad, puede cimentar el fundamento de la culpabilidad y de la imputabilidad.

2. Las *fórmulas legislativas* que tradicionalmente se han venido empleando para declarar la inimputabilidad de un sujeto por el padecimiento de un trastorno mental son la biológica, la psicológica y la mixta.

La *primera* ha sido utilizada por todos nuestros Códigos Penales, con excepción del Código de 1928 y del vigente, que se han decantado por la fórmula mixta. En ella se exige únicamente el padecimiento de un trastorno mental para excluir la responsabilidad criminal. Los *inconvenientes* que presenta la misma pueden concretarse en los siguientes: a) Puede presentar un ámbito de aplicación muy reducido, lo que ocurrirá (y, de hecho, ha ocurrido) si se parte de identificar el elemento biológico (vgr. enajenación mental) con un concepto restringido de enfermedad mental, que considere como tal únicamente las psicosis (sólo los psicóticos serían declarados inimputables). b) Conduce a declarar al enfermo mental como inimputable y, por tanto, como irresponsable

⁷ GARCÍA GARCÍA, J.: *Drogodependencias...*, cit., p. 162.

criminal, casi de forma automática, por el mero hecho de padecer la enfermedad, con independencia de que la misma esté o no conectada con la ejecución del acto delictivo. Tal proceder puede tener ventajas, como la consecución de una mayor seguridad jurídica, al precisarse exacta y taxativamente los casos en que la inimputabilidad debe ser declarada, pero también inconvenientes, pues las calificaciones mecánicas deben ser tomadas con cautela, ya que en Derecho y sobre todo en Derecho penal, resultan sumamente peligrosas. La presencia en un sujeto de una enfermedad mental no significa que sea irresponsable en todo caso, lo que dependerá de diversos factores que vincularán o no el hecho criminal a su padecimiento. c) Aun cuando corresponde al juez la decisión sobre la imputabilidad o inimputabilidad del autor del hecho, al venir avalada de forma automática por el diagnóstico psiquiátrico efectuado por el perito, al final parece que sería éste quien asumiría tan importante decisión. d) La crítica más importante que debe hacerse a la fórmula biológica es que la única referencia al padecimiento psíquico del autor de un hecho delictivo resulta insuficiente para declarar su inimputabilidad, puesto que lo verdaderamente relevante es que del mismo se deriven ciertos efectos que presidan su actuación. Por eso, en muchos países en los que legalmente se ha adoptado la misma, la doctrina y la jurisprudencia se han visto obligadas a exigir o completar lo que la legislación no ha manifestado expresamente, a través de la solicitud de una serie de referencias psicológicas. Este es el caso de España, donde la jurisprudencia ha seguido siempre una línea interpretativa de aplicación de una fórmula mixta, al exigir un efecto psicológico como consecuencia de la enfermedad, cumpliendo con ella los deseos de la doctrina mayoritaria.

La *fórmula psicológica* funda la declaración de inimputabilidad en los efectos que dicho trastorno debe producir en el momento del hecho. Como *crítica* puede alegarse que peca de excesiva amplitud, ya que permite una excesiva discrecionalidad judicial, lo que dificulta que la jurisprudencia sea uniforme y, en consecuencia, genera una gran incertidumbre, imprecisión e inseguridad jurídica. Se trata, por tanto, de un criterio demasiado elástico, por lo que es muy difícil encontrarla en algún sistema penal positivo.

Por último, la *fórmula mixta* (de tradicional aplicación jurisprudencial en nuestro país, aun cuando legalmente se recogía la biológica), supone una mezcla de las dos

anteriores, al requerir para declarar la exención de responsabilidad penal tanto el padecimiento de un trastorno mental (elemento psicopatológico) como que el mismo produzca en el sujeto unos efectos consistentes en la afectación de sus facultades mentales (elemento normativo). Tras repasar la legislación comparada que la utiliza y como valoración personal debemos afirmar que la misma presenta frente a las anteriores la gran ventaja de corregir la amplitud de la fórmula psicológica, pues no permite una declaración de inimputabilidad basada únicamente en criterios del juez, y la restricción de la biológica, demasiado encorsetada si se reduce la exención a los enfermos mentales en sentido estricto, por lo que consideramos que es la opción legislativa óptima para regular la inimputabilidad por trastornos psíquicos, lo que queda avalado por ser la más extendida y utilizada mayoritariamente por los distintos ordenamientos y por la jurisprudencia del mundo occidental, anglosajón y latinoamericano.

II. LA REGULACIÓN DE LA EXIMENTE DE ANOMALÍA O ALTERACIÓN PSÍQUICA EN EL CÓDIGO PENAL

1. La exención de responsabilidad criminal por el padecimiento de un trastorno mental contemplada actualmente en el art. 20.1 CP, presenta desde la entrada en vigor del Código Penal vigente una nueva regulación que rompe totalmente con la anterior, al introducir el legislador con este artículo un sistema legal cuyas características más significativas son las siguientes:

- Se trata de una definición que utiliza una fórmula amplia y razonablemente moderna, elogiada por la doctrina (“anomalía o alteración psíquica”), en la que se refunden los términos enajenación mental y trastorno mental transitorio que el anterior art. 8.1 CP contemplaba de forma separada. Lo que permite la aplicación de medidas de seguridad al trastorno mental transitorio, que no era posible con el anterior Texto punitivo.

- En ella no se contemplan los supuestos de intoxicación plena por drogas y el síndrome de abstinencia, que con anterioridad se consideraban supuestos incardinables en la eximente del art. 8.1 CP, por presentar una regulación específica a través de la eximente del art. 20.2 CP.

- Finalmente, siendo este extremo el más importante, se describen de forma expresa los efectos que debe producir la anomalía o alteración psíquica en el sujeto que la sufre (incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión), lo que supone tornar la fórmula descriptora de la inimputabilidad en *mixta*. Con la introducción de estos efectos, el artículo 20.1 CP ofrece indirectamente, por primera vez en la legislación española, una definición legal de la imputabilidad.

Para la aplicación de esta eximente se requiere el cumplimiento de cuatro requisitos que se cifran en los siguientes:

a) *Elemento biológico o psicopatológico*. La imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión ha de venir producida por el padecimiento de una “anomalía o alteración psíquica”. Con dichos términos anomalía o alteración psíquica (cuyo significado es equivalente) el legislador no cierra el paso para la aplicación de dicha exención a ninguna alteración mental, pues en ambas locuciones puede incluirse cualquiera de los trastornos psíquicos contemplados en las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales. Además el propio art. 20.1 CP cita literalmente el pronombre indefinido “cualquier”, es decir, deja abierta la aplicación de esta eximente a todo aquel sujeto que padezca bien una anomalía psíquica o bien una alteración mental, pues cualquiera de las dos puede llevar al juez a apreciarla, siempre y cuando como consecuencia de la misma no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión.

Este requisito constituye una condición necesaria pues el sujeto debe estar sufriendo en el momento de cometer los hechos delictivos un trastorno mental pero no suficiente puesto que junto a la misma y por su causa no debe el sujeto comprender y actuar conforme a la ilicitud penal.

b) *Elemento psicológico o normativo*. La existencia de una anomalía o alteración psíquica es un requisito esencial que debe concurrir en todo caso, pero todavía no resulta suficiente para declarar exento de responsabilidad al sujeto que la padezca. Para ello es imprescindible que el mismo, por causa de dicho padecimiento, sufra un efecto psicológico que el art. 20.1 cifra en la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión. Esta última sólo deberá indagarse en

aquellos casos en los que el entendimiento o capacidad de comprensión permanezca intacto o inalterable y, sin embargo, se vea afectada la capacidad volitiva.

c) *Requisito temporal o cronológico*. El padecimiento de una anomalía o alteración psíquica que produzca en el sujeto la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión ha de tener lugar “al tiempo de cometer la infracción penal”, es decir en el instante preciso y concreto en el que se lleva a cabo la acción delictiva. Se trata de un dato temporal imprescindible para la aplicación de la eximente.

d) Por último, resulta necesaria una *relación de sentido* entre la anomalía o alteración psíquica que produce la imposibilidad en el sujeto de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión y el hecho cometido. Los dos elementos requeridos por el art. 20.1 CP, de padecimiento de una anomalía o alteración psíquica y su efecto en el actuar, cifrado en la profunda alteración de sus facultades mentales deben estar configurados sobre una relación de “causalidad”, expresada con el término “a causa”.

En definitiva, el art. 20.1 CP requiere que el sujeto sufra una determinada anomalía o alteración psíquica que afectó, en el momento de su ejecución y respecto de los hechos concretos enjuiciados, a su capacidad para comprender su ilicitud o a la de actuar conforme a dicha comprensión.

Debido a que la *imputabilidad constituye un elemento graduable*, el padecimiento de una anomalía o alteración psíquica puede afectar en distintos grados a las facultades del sujeto, lo que da lugar a la existencia de hipótesis intermedias que oscilan entre la plena responsabilidad penal y la exención completa. Por ello, si el sujeto en el momento de cometer los hechos es incapaz de comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión, su imputabilidad quedará excluida, pero si el sujeto presenta una distorsión (no plena) de sus facultades mentales, nos encontraremos ante supuestos de imputabilidad disminuida que tienen su traducción jurídica en la apreciación de una *eximente incompleta* del art. 21.1 CP en relación al art. 20.1 CP o de una *atenuante analógica* del art. 21.6 CP en relación con los dos preceptos anteriormente citados. Para aplicar la primera (de extraordinaria importancia práctica, habida cuenta de la gran

frecuencia con la que es aplicada por nuestros tribunales), se requiere la concurrencia obligada de una anomalía o alteración psíquica (requisito esencial), de manera que la graduación sólo cabe predicarse del efecto que dicho padecimiento produce en el sujeto (presenta una notable disminución de su capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión; basta con que esté limitada una de las dos capacidades para que pueda aplicarse el art. 21.1 CP, aunque también puede ocurrir que ambas estén afectadas). Con respecto a la atenuante analógica, se apreciará cuando exista una afectación de las facultades intelectual o volitiva del sujeto de carácter leve o moderado.

La declaración de la inimputabilidad, semiimputabilidad o imputabilidad atenuada del sujeto tiene una inevitable repercusión pues traen consigo una serie de *consecuencias jurídicas* para el mismo: si se le ha declarado inimputable, por aplicación de la eximente completa prevista en el art. 20.1 CP, la única reacción penal posible será la imposición de una medida de seguridad de las previstas en los artículos 101 y 105 y ss.; para los casos de semiimputabilidad del art. 21.1 CP, la pena resultará atenuada en uno o en dos grados atendiendo al art. 68 CP y, de acuerdo con el art. 104 CP, se podrá imponer la medida de seguridad de internamiento prevista en el art. 101, siempre que “la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito”; finalmente, para el supuesto de apreciación de la atenuante analógica del art. 21.6 CP, la pena vendrá determinada, según el caso, por lo establecido en el art. 66 CP, no contemplándose legalmente la posible aplicación de medidas de seguridad en estos casos. Sea cual fuere la hipótesis concurrente de las expuestas con anterioridad, procederá exigir *responsabilidad civil derivada del delito*, incluso, en los supuestos de plena inimputabilidad del autor del hecho por aplicación de la eximente completa de padecer anomalía o alteración psíquica (art. 118.1 CP). Los inimputables serán responsables civiles directos, en tanto que aquellas personas que los tengan bajo su potestad o guarda legal o de hecho responderán solidariamente, siempre que por su parte haya concurrido culpa o negligencia de carácter civil.

2. Dada la extensión y complejidad de la materia tratada en el capítulo cuarto referido a los *principales trastornos mentales* consideramos inadecuado incluir en este apartado un resumen del mismo, aunque sí que resulta conveniente hacer algunas

apreciaciones al respecto. Estimamos que para la determinación de las anomalías o alteraciones psíquicas que pueden producir la declaración de inimputabilidad, deben tomarse como referencia los manuales internacionales de diagnóstico y de clasificación de las enfermedades mentales más utilizados por los especialistas (CIE 10 y, sobre todo, DSM-IV-TR), por ser los más útiles para unificar el lenguaje psiquiátrico, puesto que recogen la etiología, rasgos y criterios clasificatorios que a nivel mundial se han consensuado sobre cada uno de los distintos trastornos mentales, lo que facilitará el entendimiento a las partes intervinientes en el proceso. Con base en los mismos, el perito podrá realizar un adecuado diagnóstico mediante el que concretará el trastorno que el sujeto padecía en el momento de cometer los hechos.

Al hilo de la última afirmación realizada debemos destacar que la declaración sobre la inimputabilidad o imputabilidad de un sujeto es una cuestión estrictamente jurídica que, por tanto, corresponde al juez o tribunal, aunque requiere de la ayuda inestimable de la pericia psiquiátrica, la que constituye un elemento esencial a fin de garantizar una acertada valoración de la misma. Es más, con la nueva formulación de la eximente del art. 20.1 CP se incrementa, de modo muy notable, la necesidad para el práctico del Derecho de acudir a los conocimientos de la Psiquiatría criminal y forense, para la correcta comprensión de los términos anomalía y alteración psíquica utilizadas por el citado precepto. Los jueces necesitan que los expertos en Psiquiatría forense les ofrezcan la información necesaria sobre la personalidad del delincuente con objeto de conocerla y así poder evaluar los efectos que la misma ha producido en sus facultades mentales. Se trata de que los especialistas suministren al juez la descripción, comprensión, análisis y explicación de una persona concreta, con un padecimiento específico, en un momento determinado y en relación a un hecho definido. Por cierto, que la falta de especialización de los médicos forenses que tienen que dictaminar sobre la situación mental del procesado, al carecer de tecnificación en la rama de Psiquiatría, supone en ocasiones la emisión de informes que carecen de las debidas y plenas garantías.

III. TRATAMIENTO JURISPRUDENCIAL DE LA EXIMENTE

Del ingente número de resoluciones judiciales analizadas que se pronuncian sobre la antigua enajenación mental y actual eximente de anomalía o alteración psíquica, se extraen una serie de conclusiones que, aunque extensas, merece exponer a continuación. Antes de comenzar, sin embargo, consideramos necesario poner de manifiesto tres extremos.

En primer lugar, que en principio, como ya hemos advertido, dada la amplitud de la fórmula legal, todos los trastornos recogidos en la CIE 10 y el DSM-IV-TR podrían dar lugar a una exención de responsabilidad penal, pues pueden ser subsumidos sin restricciones en la expresión “cualquier anomalía o alteración psíquica”. Ahora bien, habida cuenta de que no todos ellos pueden producir la imposibilidad del sujeto de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión, será necesario analizar cada patología para conocer su incidencia real en la imputabilidad de los sujetos que las padecen.

En segundo extremo, es fundamental advertir en relación a las conclusiones obtenidas sobre repercusión de la imputabilidad de cada uno de los trastornos analizados, que no deben ser tomadas como reglas generales, sino que en todo caso debe ser valorado el supuesto concreto, pues no podemos asociar a una determinada patología una consecuencia específica sobre la imputabilidad del sujeto que la sufre.

En tercer lugar, ha de destacarse la escasa utilización de las dos clasificaciones internacionales más usadas en la actualidad, la CIE 10 y el DSM-IV-TR, en las sentencias de los distintos tribunales.

Hechas estas primeras apreciaciones y pasando ya al análisis del examen realizado sobre la incidencia de las diversas patologías descritas en la CIE 10 y el DSM-IV-TR en la imputabilidad, reconocemos que el Tribunal Supremo ha seguido una línea jurisprudencial constante en la interpretación y valoración de algunos trastornos como el retraso mental, el delirium, la demencia, la esquizofrenia o los trastornos del estado de ánimo, línea que se torna discontinua y vacilante cuando abordamos el tratamiento penal de otros trastornos como los neuróticos o los de la personalidad. A ello se suma la escasa aplicación de la exención completa de responsabilidad criminal por parte de

nuestros tribunales y especialmente del Alto Tribunal lo que atribuimos a la línea restrictiva que lo caracterizó durante muchísimos años y que exigía una abolición total de las facultades mentales del sujeto, siendo la atenuación penal a través de la semieximente del actual art. 21.1 CP (anterior 9.1 CP anterior) o la atenuante analógica del art. 21.6 CP (derogado 9.10 CP), la regla más usual.

1. Respecto del *retraso mental*, el Tribunal Supremo ha utilizado en su jurisprudencia desde hace años unos criterios permanentes, tan solo matizados por un avance en la terminología de los distintos grados de retraso mental (que no ha acabado de cuajar pues en muchas de sus sentencias sigue hoy día anclado en una nomenclatura obsoleta) y por algunos movimientos en los cocientes intelectuales de dichos grados.

Este trastorno permite una graduación sobre la que no pueden darse normas absolutas, salvo en aquellos casos en los que el cociente intelectual sea inferior a 40 (grado grave y profundo de retraso mental) en los que sí se presenta clara la inimputabilidad del sujeto. En el resto de grados, del afectado siempre deberá relacionarse el delito con el cociente intelectual, además de con otros factores como el entorno social y cultural, su carácter y la coexistencia de elementos tóxicos. Partiendo de esta base, podemos afirmar que en el retraso mental cada grado tiene una intensidad y una distinta trascendencia penal. Pues cada uno de ellos, a partir del estudio de la inteligencia y personalidad del sujeto, lleva aparejado un determinado cociente intelectual, a partir del cual se establecen los criterios generales acerca de los efectos que pueden presentar sobre la imputabilidad del afectado.

Del estudio de las sentencias del Tribunal Supremo que se han ocupado del tema, hemos obtenido las siguientes conclusiones:

a) Los retrasos mentales grave y profundo, conocidos antiguamente (y en ocasiones aun hoy) por los tribunales como “oligofrenias profundas” (idiocias), cuyo cociente intelectual fue situado por los mismos por debajo de 25% y elevado en ocasiones en sus sentencias hasta el 40%, llevan aparejados la aplicación de la circunstancia eximente del art. 20.1 CP, al ser incapaz el sujeto de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión.

b) El retraso mental moderado, denominado por los tribunales “oligofrenia media” (imbecilidad), cuyo cociente fue situado por los mismos entre el 25% y 50% y aumentado posteriormente hasta la franja entre el 40 y 60, supone la limitación para conocer la ilicitud del hecho y para determinarse conforme a dicha comprensión, lo que se traduce en la aplicación de la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1º del CP.

c) El retraso mental leve, “oligofrenia leve” (debilidad mental) para los tribunales, cuyo CI han situado entre el 51 y el 70 (elevado posteriormente del 60 al 80), presenta la imputabilidad como norma, aun cuando es posible en ocasiones aplicar una atenuante analógica, bien cuando el sujeto no llegue a la normalidad plena (porque aun conociendo la ilicitud del hecho, tiene dificultades para conocer y valorar las consecuencias de su conducta) bien cuando el retraso se asocie a otros trastornos que potencien el déficit psíquico (como los derivados del consumo de alcohol u otras drogas). Estos últimos casos en los que el retraso mental se asocia a otros trastornos podrían incluso alcanzar la entidad suficiente como para permitir la aplicación de la eximente incompleta.

d) Capacidad intelectual límite o “borderline” (que equivale a la torpeza mental), cuyo CI debe ser superior al 70 e inferior a 100 (situado posteriormente en la banda entre el 80 y el 100). Estos sujetos son generalmente considerados imputables, al tener capacidad plena para conocer la ilicitud de sus actos y para actuar conforme a dicha comprensión, salvo que sobre el déficit intelectual que padecen hubieran influido otros elementos psicosomáticos o ambientales que, reforzándolo, permitan estimar que su imputabilidad se halla disminuida y aplicar una atenuante analógica e, incluso, en determinados casos, una eximente incompleta.

Consideramos acertado el tratamiento que los tribunales españoles han dado a los retrasos mentales en relación a su imputabilidad al no haber establecido criterios rígidos sobre los cocientes intelectuales y su traducción en el actuar, sin embargo creemos que esta amplitud ha propiciado un ensanchamiento excesivo de cada franja en relación a los cocientes, lo que podría acabar en el pronunciamiento por los tribunales de dos calificaciones jurídicas diferentes ante un cociente idéntico. A este razonamiento

unimos el escaso estudio a la hora de decidir sobre la imputabilidad de los retrasados mentales que se ha realizado de su capacidad de adaptación ampliamente solicitada por las clasificaciones internacionales y la AMRR a la hora de conocer el grado de retraso mental de un sujeto.

2. En el caso del *delirium* y la *demencia* cabe advertir: A) En relación *al primero*, que cuando se muestra con una intensidad plena, la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP parece ser la regla más aceptada, debido a la alteración en la conciencia tan importante que provoca y su déficit cognitivo, que lleva al sujeto a no poder comprender la ilicitud de su hecho y no poder tampoco actuar conforme a dicha comprensión. Fuera de estos casos será la alteración de las funciones psíquicas superiores, la que determinará la influencia en la imputabilidad del *delirium*, siendo necesario analizar cada caso en particular y valorar con precisión todas las circunstancias que concurran, pues de ello dependerá la apreciación de la semieximente del art. 21.1 CP en relación al art. 20.1 del mismo texto legal o en su caso la atenuante analógica del art. 21.6 del mismo texto legal.

B) Por lo que se refiere a las *demencias*, el Tribunal Supremo ha venido considerando que constituyen trastornos mentales que cuando están instaurados y, fundamentalmente, cuando se encuentran en estados avanzados, debido a la incompreensión en la ilicitud del hecho que generan y la imposibilidad de actuar conforme a dicha comprensión, deben beneficiarse de la exención completa del art. 20.1 CP. Existe sin embargo cierta discrepancia sobre la imputabilidad de la demencia en sus primeras fases, pues en ellas, se estima que su imputabilidad estará sólo parcialmente disminuida. En consecuencia, habrá de determinarse caso por caso la incidencia que los diferentes tipos de demencias hayan de proyectar sobre la responsabilidad penal de los sujetos enjuiciados, pues puede que sus facultades estén sólo levemente afectadas, lo que propiciará la aplicación de una atenuante analógica del art. 21.6 CP o su gravedad sea mayor, pudiendo aplicarse una eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 del mismo texto legal.

3. El *cambio de personalidad* o *trastorno orgánico de la personalidad* constituye una patología que, aunque incardinable en el art. 20.1 CP, difícilmente producirá en la

práctica una afectación tan importante en el sujeto como para incapacitarlo para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión, pues normalmente los sujetos que lo padecen siempre presentan cierta capacidad de comprensión. Lo más usual es que estos cuadros, dada la disminución importante de la capacidad para controlar los impulsos que provocan, conlleven la aplicación de la eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica del art. 21.1 CP, bien ante la sola presencia de un trastorno orgánico de la personalidad (cuando sea grave), bien cuando el mismo aparezca en unión con otro trastorno mental y/o alcohol o drogas. Aunque también nuestros tribunales, en ocasiones, han creído conveniente aplicar la atenuante analógica del art. 21.6 CP, por existir una disminución leve en las capacidades del sujeto para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión.

4. *Trastornos relacionados con sustancias.* A) Por lo que se refiere a los *trastornos relacionados con el alcohol*, cabe advertir que el alcoholismo crónico constituye una enfermedad mental cuya diagnóstico no determina de por sí una alteración de las bases de la imputabilidad. Sólo cuando el consumo de forma inmoderada se hace crónico y produce importantes alteraciones psíquicas (auténticas enfermedades mentales denominadas *psicosis alcohólicas*, con una serie de síntomas somáticos y psíquicos permanentes, en las que puede alterarse permanentemente la personalidad del mismo, produciendo verdaderos estados delirantes o deliroides, e, incluso, acabando por generar una verdadera demencia alcohólica) se puede impedir o dificultar en grado diverso su capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión.

La incidencia en la valoración penal de cara a la imputabilidad de estos sujetos (alcohólicos crónicos) dependerá de la intensidad del alcoholismo crónico sobre las facultades psíquicas del sujeto en el momento de cometer el hecho, pudiendo reconocerse desde la ausencia de acción penal (pasando por la aplicación de una eximente completa, incompleta o una atenuante analógica) hasta llegar a la irrelevancia penal. La *primera* de dichas situaciones se producirá cuando a consecuencia del alcoholismo crónico se ocasione en el sujeto una supresión completa de la conciencia, es decir, un estado de inconsciencia (embriaguez letárgica), cesando cualquier actividad

física o psíquica con incapacidad para realizar movimiento alguno. La aplicación de la *eximente completa*, por su parte, cuando se produzca una alteración psíquica en el sujeto que afecte en grado muy elevado a sus facultades mentales, no permitiéndole comprender la ilicitud del hecho ni actuar conforme a dicha comprensión. Se trata por tanto de los supuestos en que se generan auténticas psicosis tóxicamente adquiridas, tales como la psicosis alcohólica, cuadros psicóticos agudos, delirium tremens, alucinosis alcohólica, celotipia y enfermedad de Korsakov o, incluso, provocan la demencia de quien lo padece. La *eximente incompleta* del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 del mismo texto legal cuando la ingesta de bebidas que contienen alcohol (reiterada y a lo largo de un determinado tiempo) produce en el sujeto un deterioro importante de sus capacidades mentales. La *atenuante analógica* del art. 21.6 CP en relación con los arts. 21.1 y 20.1 del mismo texto legal, se apreciará en aquellos casos en los que el consumo habitual de bebidas alcohólicas produzca una merma leve sobre las facultades mentales del sujeto.

Desde nuestro punto de vista resulta criticable el tratamiento que ha dado el Tribunal Supremo a este trastorno, pues tan sólo en algunas sentencias ha referido la posibilidad de que produzca una ausencia de acción penal (no reconociendo en la mayoría de los casos dicha posibilidad) declarando la inimputabilidad del sujeto por medio de la eximente completa de anomalía o alteración psíquica, antigua enajenación.

B) Si nos centramos en la incidencia en la imputabilidad de los *demás tipos de drogas*, es necesario en primer lugar advertir que su estudio se ha realizado en este trabajo principalmente por dos motivos:

1. Porque en el anterior Código Penal el consumo y abuso de drogas así como su abstinencia eran consideradas enfermedades mentales y reconducidos al art. 8.1 CP.

2. Y por la posibilidad de que el consumo y abstinencia de drogas provoque verdaderas psicosis, enfermedad mental que como sabemos queda subsumida en el apartado primero del art. 20 CP.

En cuanto al tratamiento como enajenado mental del drogodependiente conforme al anterior Código Penal, la primera impresión que produce la jurisprudencia del Tribunal Supremo es desoladora, dado el desconcierto que el mismo creó durante años en la

materia. Y ello debido a que creyó en ocasiones estar ante supuestos de enajenación mental y en otros de trastorno mental transitorio, aplicando indistintamente en relación a los mismos la eximente completa la incompleta o la atenuante analógica, simple o muy cualificada, a lo que se sumó el manejo en su jurisprudencia de dos corrientes doctrinales totalmente distintas, lo que creó una disparidad de soluciones al no utilizarse criterios seguros y fiables a la hora de valorar el tratamiento jurídico-penal de los drogodependientes, lo que desencadenó una quiebra del principio de seguridad jurídica proclamado por el art. 9.3 de la CE.

En un primer momento aplicó una línea doctrinal que llevaba los supuestos de delitos cometidos bajo el síndrome de abstinencia a las “*actio libera in causa*”, doctrina que pronto fue abandonada para pasar a utilizar dos líneas jurisprudenciales que llevaron a soluciones distintas en supuestos similares. La primera de ellas, denominada *línea restrictiva*, exigió en la drogadicción para tener efectos en la imputabilidad, la constatación de la afectación de las facultades intelectuales y volitivas del acusado (aplicó por tanto una fórmula mixta). La segunda, conocida como *línea amplia*, presumió la afectación de dichas facultades psíquicas por el hecho de presentar el acusado una simple drogadicción o la comisión del delito bajo el síndrome de abstinencia, aplicándose en dichos supuestos la eximente incompleta del art. 9.1 CP en relación con el art. 8.1 del mismo texto legal o la atenuante analógica del art. 9.10 del CP en relación con los dos artículos anteriores mencionados, e, incluso en ocasiones, recurriendo al principio “*in dubio pro reo*” ante la duda sobre si debe ser o no estimada una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal. Desde nuestro punto de vista esta segunda línea no puede considerarse muy acertada, pues nunca deben darse por sentados unos efectos en las capacidades de los sujetos que padecen una enajenación mental (los mismos deben ser probados). Podríamos considerar que esta línea tornaba la fórmula aplicada en biológica, pues el simple hecho del padecimiento de la drogadicción suponía ya una respuesta en la imputabilidad del sujeto afectado.

En la práctica, el Tribunal Supremo en supuestos de drogadicción no aplicó, salvo en contadísimas ocasiones, la eximente completa del art.8.1 CP, por lo que redujo a tres las respuestas que podían adoptarse: la eximente incompleta, la atenuante analógica,

bien simple o muy cualificada o la irrelevancia penal, cuya aplicación se extendió a más o menos supuestos dependiendo de la corriente seguida por el mismo en la materia.

Con la entrada en vigor del vigente Código Penal se realiza un tratamiento específico de estos sujetos drogodependientes a través de la eximente del art. 20.2 CP y la atenuante de grave adicción del art. 21.1 CP, quedando subsumidos en el art. 20.1 los supuestos en los que el consumo de drogas crea en el individuo verdaderas psicosis. Escasos pronunciamientos de nuestros tribunales han aplicado esta eximente cuando el sujeto presentaba una psicosis tóxica, aunque sí que ha sido apreciada la semieximente del art. 21.1 CP en relación al art. 20.1 CP, cuando la anomalía o alteración psíquica que provocaba dicha situación disminuía la capacidad para comprender la ilicitud de su conducta o actuar conforme a esa comprensión e, incluso, la atenuante analógica del art. 21.6 CP en relación al art. 21.1 y 20.1 del mismo texto legal cuando dicha afectación era menor.

No queremos terminar el tratamiento jurisprudencial de la drogodependencia sin poner de manifiesto que el Tribunal Supremo dio a la misma, bajo la vigencia del derogado Código Penal, un tratamiento que nos parece ampliamente desacertado, pues con las dos líneas doctrinales anteriormente mencionadas propició una confusión digna de mención.

5. En el caso de la *esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*, el Tribunal Supremo ha venido estimando sin problema esta causa de exención en cualquiera de las diversas manifestaciones de *la psicosis*, por tratarse de la alteración mental más grave, ya como eximente completa ya como incompleta, dependiendo de si esta patología alcanzaba o no a perturbar plenamente las facultades mentales del sujeto.

A) Dicho órgano, en lo que se refiere a la *esquizofrenia*, parece haber marcado una serie de criterios que garantizan una línea uniforme en su tratamiento jurídico penal (con las excepciones que se destacarán). En orden a la eficacia penal de tal anormalidad ha considerado oportuno aplicar desde la inimputabilidad hasta la semiimputabilidad, e, incluso, en algunos casos la atenuante analógica, lo que no deja de ser coherente, ya que en el marco de la esquizofrenia hay un curso progresivo de la enfermedad en forma de

brotos, con remisiones espontáneas o terapéuticas, más o menos completas, entre uno y otro brote.

Según su jurisprudencia, en los casos de padecimiento de una esquizofrenia en sus distintas modalidades, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

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

2ª Si no se obró bajo dicho brote, será necesario conocer cómo ha sido dicha remisión, pues si ha dejado un *defecto importante* en el mismo, también será de aplicación la eximente del art. 20.1 CP. Si las concretas circunstancias del hecho nos revelan un *comportamiento anómalo* del sujeto que puede atribuirse a dicha enfermedad (pero no de tanta intensidad como para producir en el sujeto su incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión) habrá de aplicarse la eximente incompleta del n° 1º del art. 21.

3ª Si no hubo brote y tampoco ese comportamiento anómalo en el supuesto concreto, nos encontraremos ante una atenuante analógica del n° 6º del mismo art. 21, como consecuencia del *residuo patológico*, llamado defecto esquizofrénico, que conserva quien tal enfermedad padece.

Por lo tanto, el Alto Tribunal suele apreciar la exención completa de responsabilidad criminal cuando la esquizofrenia se encuentra en el estado clínico de brote y la eximente incompleta cuando el sujeto perpetra la infracción en las fases de recesión de los efectos de perturbación, en aquellos casos en los que sigue existiendo una alteración importante en la capacidad para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión.

Es criticable la postura seguida por el Tribunal Supremo en algunos de sus antiguos pronunciamientos, recurriendo a un automatismo de aplicación de la eximente alegando el principio “in dubio pro reo” por existir en el sujeto una esquizofrenia en estado de brote y no poderse probar que las facultades del mismo estaban normales. Somos conscientes de la grave afectación en las facultades que provoca una esquizofrenia en grado de brote, pero no creemos conveniente acudir al principio “in dubio pro reo” sino que debe comprobarse, como ha hecho este Tribunal en otras ocasiones y con otras

patologías, la incidencia de la misma en la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión del sujeto y luego decidir sobre su imputabilidad.

Si aplicamos estas reglas a cada uno de los tipos de esquizofrenia, se constata que es la esquizofrenia paranoide (que destaca por su delictividad), respecto de la que con mayor frecuencia ha sido apreciada la eximente del art. 20.1 CP, por producir en el sujeto la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión, bien cuando el sujeto se encontraba en fase de brote de dicha enfermedad, bien en fase prodrómica de la misma, cuando aparecía asociada a alcohol o drogas o junto a una situación de angustia. Con menor frecuencia ha sido aplicada la eximente en el caso de la esquizofrenia hebefrénica, catatónica, indiferenciada y residual, habiendo sido las Audiencias Provinciales las que la han estimado en la mayoría de los casos. El Tribunal Supremo, sin embargo, ha optado normalmente en estos supuestos, bien por aplicar una eximente incompleta del art. 21.1. CP, bien la atenuante analógica del art. 21.6 del mismo texto legal, o incluso no ha considerado que la misma modificase la responsabilidad criminal del enfermo, declarándolo plenamente imputable en algunos casos de esquizofrenia residual.

B) En relación al tratamiento jurídico-penal de *los trastornos delirantes*, el Tribunal Supremo no ha ofrecido una línea de continuidad en sus sentencias, pues en el delirante, la capacidad de juicio y raciocinio, sentimientos y obrar permanecen intactos, ya que el trastorno sólo afecta a la parte del psiquismo que tiene que ver con el delirio. De ahí la necesidad de conocer si los hechos perpetrados son objeto de este trastorno o no. La exigencia o no de una relación de sentido entre los hechos perpetrados y el trastorno delirante no parece haber estado clara para el Alto Tribunal, lo que ha provocado una insegura y titubeante jurisprudencia en orden a su reconocimiento y efectos jurídico-penales. El mismo ha reconocido en sus sentencias la necesidad de esa relación de causalidad, que ha negado en otras, considerando que exista o no la misma debía aplicarse la exención completa de responsabilidad criminal. En general, a pesar de mostrar esta doctrina en casi todas las resoluciones en que ha considerado dicha exoneración de responsabilidad, ha hecho referencia a la relación que existía entre el trastorno y los hechos y a la estimación del método mixto para valorar la imputabilidad.

Consideramos muy acertada la solicitud de dicha relación de causalidad pues el trastorno delirante suele producir una honda perturbación de la mente, en relación con un tema de permanente delirio, que hace indiscutible la exención completa siempre que los hechos perpetrados sean objeto de esta enfermedad y se produzca una incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión. Cuando dicha afectación no sea tan grave pero sí presente una importante intensidad, el Alto Tribunal ha aplicado la semieximente del art. 21.1 CP, llevando los casos en los que existe una leve afectación para comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión a la atenuante analógica del art. 21.6 CP.

Cuestión distinta será si los hechos se producen sin relación de causalidad, lo que creemos dará lugar a una declaración de imputabilidad del sujeto, debido a que en aquello que no tiene que ver con el delirio, el sujeto es normal, pues conserva todas las funciones psíquicas en su integridad y puede comprender la ilicitud de sus hechos y actuar conforme a dicha comprensión. Aunque debemos reconocer que los sujetos con este tipo de trastorno llegan a hacer girar su vida en torno al mismo, por lo que muchos de sus actos pueden, en ocasiones, ser debidos a su afectación mental. De ahí que consideremos fundamental en este caso un análisis de los hechos, las circunstancias y el estudio personalizado del sujeto enfermo para conocer si los hechos pueden ser considerados fruto del trastorno delirante.

6. Los *trastornos del estado de ánimo* constituyen trastornos con una criminalidad no muy elevada, supeditada al estado de ánimo en el que se encuentre el sujeto. La jurisprudencia ha sido constante en relación a la incidencia en la imputabilidad del *trastorno bipolar*, antigua psicosis maniaco-depresiva, en el sentido de considerar que dependerá de la clase e intensidad de los síntomas fundamentales que presente el sujeto, es decir, dependiendo de la fase en la que se encuentre la enfermedad (si el hecho ha ocurrido en la fase activa o interfásica) y de la relación que su situación psíquica tenga con el delito. Estableciéndose como regla general la exención de responsabilidad criminal si el hecho perpetrado ocurre durante la fase activa de un episodio depresivo mayor o maníaco, ya que el sujeto puede, bien perder el contacto con la realidad y por lo tanto el juicio crítico, bien comprender fugazmente el valor real de sus actos pero no ser capaz de inhibirlos, encontrándose entonces seriamente comprometidas su capacidad

para comprender la ilicitud del hecho o para adecuar su conducta conforme a dicha comprensión. Cuando dicho acceso maníaco o melancólico es intenso, pero no hasta el punto de que el sujeto no comprenda la ilicitud del hecho o no pueda adecuar su conducta a dicha comprensión, estando sus facultades tan solo mermadas, será de aplicación la semieximente del art. 21.1 CP.

No parece sin embargo estar de acuerdo la jurisprudencia sobre la incidencia de las *formas menores o atenuadas de los trastornos del estado de ánimo y los periodos intercríticos* siendo necesario en las mismas recurrir al dictamen, caso por caso, de cada uno de los supuestos personales contemplados (para conocer los hechos, fase cíclica que discurre y, de un modo especial, la afectación de la voluntad y la conciencia). Las formas atenuadas de estos trastornos suelen conllevar una imputabilidad disminuida, que provocará la aplicación de la eximente incompleta o la atenuante analógica, dependiendo de la intensidad del trastorno y de la relación con un hecho determinado. En los periodos intercríticos, la decisión sobre su influencia en la imputabilidad presenta una mayor complejidad, lo que ha llevado a algunos autores a abogar por la aplicación de una atenuante analógica y otros por la total imputabilidad de los mismos, habiéndose pronunciado el Tribunal Supremo en ambos sentidos.

En definitiva, la fórmula legal de exención penal será de aplicación incondicional en el primer caso (manifestaciones extremas de la enfermedad) y la atenuación en los restantes, bien por la aplicación de la eximente incompleta, bien por la aplicación de la atenuante analógica, valorando especialmente la conexión entre la enfermedad y el delito cometido y la concurrencia o asociación de otros factores (debilidad mental, psicopatías, drogadicción, alcoholismo).

En relación a la valoración de las *depresiones*, el Tribunal Supremo unánimemente las viene considerando irrelevantes a efectos de atenuar la responsabilidad penal, salvo en algunas ocasiones en que se ha apreciado una atenuante analógica, pero siempre que coexistan con una entidad nosológica de tipo psicótico y siendo absolutamente necesario para poder llegar a estimar la eximente completa o incompleta la afectación profunda de las estructuras cognitivas y volitivas del sujeto.

7. En relación a los *trastornos neuróticos* cabe referir respecto de su tratamiento jurídico-penal, la importante evolución que han sufrido, desde su consideración de irrelevancia penal hasta su incardinación en la actualidad en los términos “anomalía o alteración psíquica” del art. 20.1 CP, lo que les permite poder sustentar una causa de exoneración de la responsabilidad criminal.

Estos trastornos fueron rechazados durante muchos años por la jurisprudencia como trastornos subsumibles en el concepto de enajenación y, por tanto, inoperantes a los efectos de propiciar la aplicación de una eximente completa, dada la discusión en torno a su carácter patológico (que no fue reconocido hasta 1988) y la falta de afectación profunda de las facultades mentales del sujeto que los padecía. De ahí que como regla general, los mismos eran declarados irrelevantes desde el punto de vista penal para modificar la imputabilidad de los sujetos que los sufrían, salvo en los casos de neurosis incoercibles que generaban impulsos irresistibles o irrefrenables, respecto de las que se admitió la exención de responsabilidad o una atenuación calificada mediante la exención incompleta, en supuestos de reacciones patológicas psicógenas consecuentes a enfermedades orgánicas del sistema nervioso o graves alteraciones psíquicas.

La inclusión de los trastornos neuróticos en la Novena clasificación de las enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud influyó en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que a partir de 1988 abrió la puerta para admitir la posibilidad de aplicar la eximente completa de enajenación en estos supuestos, aunque reconoció que era muy difícil que produjeran en el sujeto una anulación de sus facultades intelectuales y volitivas. De ahí que se limitara, generalmente, a apreciar una eximente incompleta del art. 9.1 CP en relación al art. 8.1 del mismo texto legal o una atenuante por analogía del art. 9.10 CP en relación con los dos anteriores.

Con la entrada en vigor del Código Penal actual las cosas parecen haber cambiado, pues ya no existe ninguna duda de que los trastornos neuróticos integran sin problemas la expresión “cualquier anomalía o alteración psíquica” utilizada por el art. 20.1, de manera que en caso de impedir al sujeto comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión puede ser aplicada una exención completa. Aunque la realidad es que es muy difícil que dicha exención se aplique, salvo en casos extremos.

Lo más frecuente, dada su naturaleza o intensidad, es que incidan y modifiquen de forma notable la imputabilidad, determinando la aplicación de la semieximente del art. 21.1 CP, pero solo cuando se trata de trastornos neuróticos muy graves y unidos a otra patología, alcohol o drogas. Fuera de estos casos, estos trastornos o no tienen repercusión penal o tienen sólo cierta incidencia, por leve merma de las facultades intelectuales y volitivas del sujeto, resultando entonces de aplicación la atenuante analógica del art. 21.6 CP.

8. De los distintos trastornos sexuales, únicamente las parafilias denominadas *pedofilia*, *sadismo* y *masoquismo sexual*, así como el *exhibicionismo*, han sido estudiadas por su mayor incidencia en la imputabilidad.

En relación con la relevancia jurídico-penal de estos trastornos para modificar la imputabilidad de quien los sufre, el Tribunal Supremo ha mantenido desde su reconocimiento como enfermedad mental por las clasificaciones internacionales ya mencionadas, una doctrina reiterada que rechaza sistemáticamente la aplicación de la eximente completa de anomalía o alteración psíquica del art. 20.1 CP, por considerar que, en general, estos sujetos no presentan afectación en sus facultades mentales, siendo libres en su actuar. En ellos existe capacidad para entender, comprender y querer los actos que realizan, y también para conocer las normas sociales y legales prohibidas. A pesar de ser estas las razones aducidas por el Alto Tribunal para negar a estos trastornos su aplicación, consideramos que esta forma de proceder se debe a un indudable criterio defensivo, motivado por la alarma social que, sin duda, generan los delitos de naturaleza sexual en los que se ven implicados los sujetos afectados de estos trastornos.

Normalmente el Tribunal Supremo, al igual que los demás tribunales, han apreciado una eximente incompleta del art. 21.1 CP únicamente en los supuestos en los que el trastorno sexual concurría con otros factores que acentuaban la misma, erosionando de forma significativa la voluntad del sujeto. Dejando la aplicación de la atenuante analógica para aquellos casos en los que se mostraba una afectación leve de la capacidad intelectual y volitiva del sujeto e, incluso en ocasiones, la inaplicación de circunstancia atenuante alguna por considerar que el simple diagnóstico de trastorno de

la inclinación sexual no suponía una limitación de la capacidad para comprender la ilicitud del hecho y controlar su conducta conforme a ese conocimiento.

Consideramos que las parafilias constituyen enfermedades mentales que no siempre afectan las facultades psíquicas del sujeto y, si lo hacen, será la intensidad de la afectación de la conciencia en el momento de la realización de los hechos delictivos la que determine la disminución de la imputabilidad de la persona que los padece. Pudiendo llegar a la aplicación de la eximente completa, dada la alteración de la voluntad que estos sujetos pueden sufrir, por presentan impulsos irrefrenables e, incluso, cuadros de ansiedad con impulsos intermitentes y difíciles de controlar, que les lleva a buscar con deseo la satisfacción de sus pulsiones. En ellas no existe normalmente afectación de la capacidad de comprensión de la ilicitud del hecho, salvo en los casos en que se presenten junto a oligofrenia o demencia, debiendo también valorarse la situación del conocimiento bajo la influencia de sustancias tóxicas, preferentemente el alcohol.

Difícilmente estos trastornos justificarán una declaración de inimputabilidad (pues el sujeto sabe perfectamente lo que hace y sus repercusiones) pero sí que al existir una ruptura del equilibrio entre realización del acto y la prohibición de no hacerlo a favor del primero, permite reconocer una disminución de la misma.

Dependiendo del nivel de alteración en la capacidad de actuar que el parafílico presente puede aplicarse: una *eximente completa* cuando el sujeto no puede comprender, debido a la patología sexual, la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión; una *eximente incompleta* cuando la afectación de las facultades del sujeto sea importante, lo que se ha apreciado por los tribunales cuando existía un trastorno de inclinación sexual en el sujeto, generalmente grave (pero no de tanta intensidad como para impedir al sujeto comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión) asociado a otros trastornos psíquicos relevantes; y la *atenuante analógica* del art. 21.6 cuando el trastorno de la inclinación sexual provoca en el sujeto una disminución leve de sus facultades psíquicas. Fuera de estos casos, las parafilias no presentan reflejo en la imputabilidad penal.

Para finalizar su tratamiento advertir la criticable equiparación que de las parafilias hace el Tribunal Supremo en algunas de sus sentencias al considerarlas trastornos de la personalidad. Parte para ello de considerarlas perversiones sexuales, lo que nos parece correcto pues en la antigüedad eran así calificadas, para pasar después a equiparar a las perversiones sexuales con las psicopatías, lo que no nos parece acertado al tratarse de trastornos independientes con caracteres y síntomas diferenciados.

9. Los *trastornos del control de los impulsos*, por su parte, presentan una escasa trascendencia médico-legal, a pesar de estar presentes en un grupo importante de población. No se encuentran con frecuencia en las sentencias del Tribunal Supremo, lo que creemos es debido a que sus actos delictivos, por su pena, difícilmente llegan a la casación. De todas formas, de las resoluciones que se han ocupado de ellas pueden extraerse unas conclusiones en relación a su incidencia en la imputabilidad.

A) Por lo que concierne a la *ludopatía*, no parece haber encontrado la doctrina un acuerdo sobre la modificación que produce en las facultades mentales del sujeto que la padece. Algunos autores abogan por la total imputabilidad de los ludópatas, en tanto que otros les reconocen tan solo cierta disminución en la imputabilidad que podría llegar hasta la aplicación de la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 del mismo texto legal. Junto a todos, ellos un último grupo consideramos que esta patología podría, al menos teóricamente, ser apreciada como eximente completa del art. 20.1 CP, puesto que se cumple el requisito biológico, al existir una anomalía o alteración psíquica y aunque el elemento intelectual, parece en opinión mayoritaria no encontrarse afectado, sí que lo está el volitivo, pues el sujeto puede sentir un impulso irresistible e incontrolable actuando con un grave déficit en la capacidad de autocontrol en el instante de jugar. Aunque dado que estos sujetos cometen conductas delictivas, normalmente en los momentos anteriores o posteriores al juego con objeto de conseguir recursos económicos para seguir jugando, su imputabilidad suele estar tan solo disminuida.

Los tribunales, por su parte, han desarrollado una importante evolución, desde nuestro punto de vista acertada en su tratamiento, que muestran diversas sentencias del Tribunal Supremo y una de la Audiencia Nacional, pasando de su no estimación como

eximente o atenuante de la responsabilidad criminal, en un primer momento, dada su no consideración como enfermedad mental, a producir posteriormente y a partir de una pionera sentencia en la materia (STS de 29 de abril de 1991) que reconocía su consideración como tal, cierta incidencia en la imputabilidad de los sujetos que la sufren. Desde esta sentencia de 1991 y con la anterior de la Audiencia Nacional de 16 de noviembre de 1990, se desarrolla el concepto de juego patológico y su catalogación a partir de las clasificaciones internacionales, más concretamente el DSM-IV-TR, atendiendo para declarar su incidencia en la imputabilidad a los efectos que la misma provoca en el sujeto que lo padece. En un principio, al demostrarse que los jugadores patológicos presentaban cierta afectación en las facultades psíquicas del sujeto al tiempo de llevar a cabo la acción penal, el Alto Tribunal empezó por aplicar la atenuante analógica del art. 9.10 del anterior CP. Atenuante de análoga significación que calificó de muy cualificada, aplicando junto a la misma las medidas de seguridad previstas para los supuestos de eximente incompleta. Y así ha seguido, pues parece muy reacio a aplicar la eximente completa del art. 20.1 CP y la semieximente del art. 21.1 CP. De hecho, no hemos encontrado ningún caso en que haya aplicado la primera de ellas (tan solo algunas sentencias de distintas Audiencias Provinciales) y sólo en algún supuesto muy excepcional la segunda.

Aplaudimos dicha evolución en la jurisprudencia pero nos parece muy criticable el automatismo con que en muchas ocasiones ha aplicado en estos supuestos una atenuante de análoga significación muy cualificada, pues si en las mismas el sujeto tenía considerablemente disminuidas sus facultades mentales, debía haberse apreciado la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 CP.

B) La *cleptomanía* constituye un trastorno en el que suele permanecer casi intacta la capacidad de comprender la ilicitud del hecho, encontrándose sin embargo perturbada su capacidad volitiva, el control de sus impulsos. Cuando un cleptómano realiza, dominado por un impulso irresistible o irrefrenable de cometer la acción antijurídica para aliviar la tensión insoportable que padece, una conducta tipificada como delito por la ley, podría beneficiarse de la aplicación de la eximente del art. 20.1 CP. Cuando dicha alteración volitiva es importante pero no llega a abolir su voluntad, será la semieximente del art. 21.1 CP el objeto de apreciación y cuando el sujeto sólo presente

una leve disminución en su capacidad para actuar conforme a la comprensión de los hechos realizados, la atenuante analógica del art. 21.6 CP.

C) Finalmente, en relación a la *piromanía* podemos referir que constituye un trastorno del control de los impulsos que puede determinar (dada la incapacidad del sujeto para controlar su patología compulsiva de provocar un incendio) una perturbación severa de la voluntad, lo que propiciaría la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP. Son muy escasas las resoluciones de los tribunales que así lo han considerado, siendo más frecuente la presencia de una disminución intensa o grave de su capacidad volitiva, lo que conlleva la apreciación de la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el artículo anteriormente citado (lo que se presenta normalmente ante la unión con otra u otras patologías), o una leve afectación de dicha capacidad, lo que permitiría la concurrencia de la atenuante analógica del art. 21.6 CP.

10. Respecto a los *trastornos de la personalidad*, nuestros tribunales no han sido capaces de establecer una teoría general sobre la imputabilidad de estos trastornos, sino que más bien han creado (debido a la gran variedad de los mismos) una jurisprudencia vacilante y en ocasiones contradictoria.

Tradicionalmente y hasta fechas recientes la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha sido muy reacia a establecer efectos atenuatorios a las conductas realizadas por psicópatas, debido:

- A la interpretación que los tribunales hicieron de la eximente de enajenación mental, que solo consideraba enajenados a aquellos sujetos que presentaban una enfermedad mental, calificación que no fue reconocida a los trastornos de la personalidad (que se definían como anomalías del carácter) hasta que en 1988 se incluyeron como tal por la CIE 9.

- La aplicación por parte de la jurisprudencia de una fórmula mixta para la apreciación de la eximente, por lo que era necesario que, además de la existencia de la enfermedad, se derivase de ella un determinado efecto psicológico. Efecto que no parecía mostrarse en el caso de los trastornos de la personalidad, ya que se consideraba que no llegaban a anular las facultades mentales del sujeto, pues normalmente no incidían en las capacidades intelectuales y volitivas del sujeto.

- Por último, la existencia de consideraciones preventivas, dada la gran alarma social que generaban los delitos cometidos por los psicópatas.

A partir de 1988 se produce un giro importante en su tratamiento jurídico-penal al introducir en el concepto de enajenación a dichos trastornos al ser reconocidos como enfermedades mentales por la Organización Mundial de la Salud. Aunque el Tribunal Supremo siguió considerando que difícilmente podrían llevar a la declaración de exención de responsabilidad penal pues no producían en el sujeto la anulación de sus facultades mentales. Razón por la que continuó aplicando a las mismas únicamente la atenuante analógica, reservando la apreciación de la eximente incompleta para cuando la psicopatía fuese de una especial y profunda gravedad o estuviera acompañada de otras anomalías orgánicas o psíquicas o se tratase de una psicopatía explosiva.

Con el actual Código Penal, la expresión “cualquier anomalía o alteración psíquica” del art. 20.1, configura un marco legal que permite incluir a los trastornos de la personalidad. Pero el mismo artículo exige también que como consecuencia de los mismos el sujeto no pueda comprender de la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. Con este Código Penal se ha ampliado el espectro de posibilidades en relación a la repercusión de estos trastornos en la imputabilidad, que puede oscilar desde la irrelevancia penal hasta la eximente completa del art. 20.1 CP, pasando por la eximente incompleta del art. 21.1 CP y la atenuante analógica del art. 21.6 CP, dependiendo de la incidencia que la misma tenga en las facultades mentales del sujeto y la conexión de dicho trastorno con los hechos perpetrados.

La eximente completa ha sido aplicada en contadas ocasiones por nuestros tribunales. En cambio, sí que existen muchos pronunciamientos en los que ha sido de apreciación la eximente incompleta, bien presentándose solo el trastorno de la personalidad (con una intensidad elevada) bien cuando aparece unido a alcohol o drogas y en supuestos de comorbilidad con otros trastornos. Tampoco faltan resoluciones en las que se ha aplicado la atenuante analógica cuando la disminución en las capacidades para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión son leves, o la inoperancia penal cuando no existe tal afectación.

11. El Tribunal Supremo ha considerado a la *epilepsia* una enfermedad mental y en relación a su tratamiento jurídico-penal ha marcado dos *tendencias* como doctrina, que ha utilizado de forma paralela, aun siendo para determinados supuestos contradictorias entre sí. A pesar de ello no se ha acogido fielmente a ninguna de ellas, pues sólo han servido de marco en el que únicamente el análisis del caso concreto ha determinado su solución. La primera de las citadas tendencias lleva al ámbito de la imputabilidad todos los supuestos perpetrados por epilépticos, reconduciendo la segunda los supuestos de crisis epiléptica a la falta de acción penal, trasladando los demás supuestos al terreno de la imputabilidad. A su vez, cada una de ellas distingue una línea amplia y otra restrictiva dentro de la misma.

Así, la primera de las tendencias en su *versión amplia*: se caracteriza por aplicar a los estados críticos y a los postcríticos de la epilepsia la exención de responsabilidad criminal del art. 20.1 CP, dejando para los estados intercríticos la aplicación de la semieximente y la atenuante analógica de los arts. 21.1 y 21.6 CP (en relación con el anteriormente citado). En su *tesis restrictiva*, declara: la inimputabilidad del agente cuando el hecho delictivo se realiza durante el ataque epiléptico o sus equivalentes; la aplicación de la eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica a las auras epilépticas, estados crepusculares y a la denominada epilepsia sistomática o residual; la imputabilidad de la epilepsia larvada y del periodo intercrítico, salvo que existan crisis con cierta frecuencia, provocando un deterioro cerebral e incluso una demenciación que exija la apreciación de la semieximente de anomalía o alteración psíquica,

La segunda línea jurisprudencial en su *tesis amplia* ha considerado:

- Las crisis o ataques epilépticos y los momentos que inmediatamente los preceden y los siguen, supuestos incardinables en el párrafo 1.º del artículo 1 del CP, por falta de acción u omisión, al constituir un hecho meramente mecánico que no puede considerarse como comportamiento propiamente humano.

- Los momentos interparoxísticos como pertenecientes al ámbito de la imputabilidad. En particular: si la repetición de crisis con deterioro del cerebro ha provocado una verdadera demencia, la aplicación de la eximente del art. 20.1 CP; dicha exención completa de responsabilidad criminal o incompleta al amparo del n.º 1.º del

artículo 21º, cuando no ha llegado a tal situación, pero la lesión cerebral ha adquirido cierta importancia por la repetición o por la intensidad de los ataques; o la inoperancia penal de estos momentos si no ha existido afectación de las facultades mentales del sujeto, salvo que pudiera observarse alguna incidencia de menor importancia, en la que se aplicaría la atenuante por analogía del n.º 6 del artículo 21 del Código Penal.

Para la *tesis restrictiva*:

- No cabe hablar de inimputabilidad, sino de falta de acción penal, en las crisis convulsivas, en las que existe movimiento corporal no guiado por la voluntad del sujeto y sin conciencia del acto.

- La aplicación de la eximente del art. 20.1 CP en las crisis parciales complejas y las crisis generalizadas no convulsivas.

- La eximente completa del art. 20.1 CP o la semieximente del art. 21.1 CP, cuando el hecho delictivo ha sido cometido durante las auras epilépticas o estados crepusculares, al tener el sujeto normalmente mermadas de forma notable sus capacidades psíquicas, siendo la intensidad de la misma lo que determine la aplicación de una u otra circunstancia.

- En los momentos intercríticos, cuando se reiteran las fases críticas debido al deterioro que se suele producir en el cerebro, pudiendo llegar incluso a aparecer una verdadera demencia, será de aplicación la exclusión total de la responsabilidad criminal por aplicación del n.º 1.º del artículo 20.1 CP o la eximente incompleta del art. 21.1 CP, dependiendo de la intensidad de la demencia alcanzada. En otras ocasiones, los tribunales deberán averiguar si se produjo o no alguna manifestación externa del actuar típico del temperamento propio del epiléptico, pues si la hubo y el sujeto presenta un mínimo deterioro, se deberá aplicar la atenuante analógica, y si no la hubo, la plena imputabilidad.

Creemos que es esta última la más correcta de las distintas tendencias, pues cuando un sujeto actúa ante una crisis convulsiva con movimientos corporales paroxísticos involuntarios es prácticamente imposible que lleve a cabo una acción penal. En cualquier caso debe advertirse que las dos tesis descritas no han sido llevadas fielmente a la práctica por el Tribunal Supremo, puesto que ha estudiado caso por caso intentando

averiguar si se cumplían los dos requisitos que exige la legislación penal en su art. 20.1 CP para aplicar esa eximente.

IV. VALORACIÓN FINAL

1. La actual regulación de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el artículo 20.1 del Código Penal, que supone una radical modificación respecto de su predecesora, merece ser *valorada de forma muy positiva*. Según entendemos, los aspectos que merecen ser destacados por su acierto son los siguientes:

- La utilización de una fórmula mixta en la descripción de la eximente, tal y como hacen los Textos punitivos más avanzados de nuestro entorno, dando cobertura legal a lo que era una práctica jurisprudencial arraigada. La exigencia expresa del efecto psicológico que el sujeto debe experimentar como consecuencia del padecimiento de la anomalía o alteración psíquica, permite adoptar una decisión judicial más fundada, precisa y científica, pues de esta forma queda superada toda clasificación de las personas entre anormales (locos) y normales (cuerdos) para centrar la calificación en la valoración jurídica de las consecuencias que aquellas causas producen en la persona.

- La amplitud que se ha logrado con la expresión “cualquier anomalía o alteración psíquica” al posibilitar la inclusión, al menos *a priori*, de todo tipo de trastorno mental de los catalogados en las clasificaciones internacionales más prestigiosas (CIE 10 y DSM-IV-TR).

- Aun cuando algunos autores han considerado el art. 20.1 CP excesivamente restrictivo en lo que a su elemento normativo se refiere, por dejar fuera de su ámbito de aplicación todas aquellas alteraciones que no afectan a la inteligencia o a la voluntad (por ejemplo, alteraciones de la memoria, de la afectividad, del pensamiento, de la motivación, y de la percepción), consideramos que el precepto es lo suficientemente amplio como para subsumir en él cualquier trastorno psíquico que incida en la imputabilidad del sujeto, puesto que al final, sea el que fuere, si su efecto ha sido incapacitarle para la comprensión de la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha

comprensión, es obvio que habrá repercutido en la capacidad intelectual o volitiva del mismo.

- La introducción manifiesta del elemento psicológico, cifrado en la imposibilidad por el sujeto de comprender la licitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión, permite inferir, aunque sea mediante interpretación en contrario, un concepto legal de imputabilidad. Asimismo, su inclusión admite deducir que nuestro Código Penal se decanta abiertamente por la consideración de la persona como capaz de actuar de forma diferente a como lo hizo, esto es, por una postura tradicional del concepto de culpabilidad sustentada en la idea de libertad.

- La refundición de los conceptos de enajenación mental y trastorno mental transitorio que el anterior art. 8.1 CP contemplaba de forma separada, autoriza la aplicación de medidas de seguridad a los trastornos de carácter transitorio, lo que no era posible con el anterior Texto punitivo.

En cualquier caso, la vigente configuración de la exención también es acreedora de una *reflexión crítica*. Según entendemos, el tantas veces mencionado elemento normativo o psicológico está contemplado en el art. 20.1 de una manera excesivamente formalista, dado que se centra únicamente en la comprensión del ilícito por el agente, olvidando que con carácter previo, dicho sujeto habrá debido tener conciencia de que con su comportamiento lesiona o pone en peligro un bien protegido jurídicamente. Es decir, somos de la opinión de que no se trata -aunque también- únicamente de comprender lo ilícito del acto, sino antes y previamente de poder afirmar el conocimiento sobre el injusto material de la propia conducta, esto es, de la capacidad para comprender que con el comportamiento se pone en peligro o lesiona un bien jurídico ajeno. No es suficiente vincular la imputabilidad con la antijuricidad formal de la conducta, sino también en un momento previo con su antijuricidad material. Aun cuando de *lege data*, la actual regulación permite interpretar el efecto psicológico en la manera indicada, de *lege ferenda* proponemos una modificación del precepto que podría quedar redactado de la forma siguiente:

1º. El que, al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica no pueda comprender la lesividad del hecho y su ilicitud 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”.

La anterior modificación supondría deducir un concepto más completo de inimputabilidad, puesto que sería considerado imputable aquel sujeto que tuviese capacidad para conocer la lesividad de su comportamiento y su carácter ilícito y para actuar de acuerdo con dicha comprensión.

2. En relación a las *medidas de seguridad* proponemos algunas *modificaciones* legales que consideramos necesarias, tales como la extensión de su aplicación a determinados hechos constitutivos de falta, cuando pese a la levedad del comportamiento se ponga de manifiesto la peligrosidad criminal del sujeto o, con base en el mismo criterio, a los supuestos en que resulte aplicable una atenuación analógica (lo que aunque no está recogido en la legislación ya está siendo apreciado por los tribunales). También estimamos procedente destacar algunas cuestiones que nos parecen *criticables* de la actual regulación en la materia, en particular: la falta de precisión de los establecimientos en que deben cumplirse las medidas de internamiento; la escasez de recursos que las hace inaplicables en gran medida; la ineficacia de las medidas privativas de libertad si no se acompañan de otra alternativa terapéutica; que no se contemple ninguna medida especial para los sujetos afectados de un trastornos de la personalidad, cuya peligrosidad criminal ha sido reiteradamente denunciada por los especialistas; la falta de un contenido preciso para la medida de custodia familiar; e incluso, yendo más allá, el planteamiento de si resuelve verdaderamente el tema de la peligrosidad, pues en muchas ocasiones cuando la medida acaba el sujeto sigue siendo peligroso. En cuanto a su *aplicación* es denunciable lo escasamente que se ha hecho si lo comparamos con el gran número de sentencias en las que nuestros tribunales han aplicado una eximente completa del art. 20.1 CP o una eximente incompleta del art. 21.1 en relación al art. 20.1 del mismo texto, pues salvo la medida de internamiento pocas más de las establecidas en el catalogo aparecen en nuestras sentencias.

3. El *tratamiento jurisprudencial* otorgado a la eximente de anomalía o alteración psíquica (y a su antecesora fórmula de la enajenación mental) nos merece una *evaluación crítica*.

Somos conscientes de la gran dificultad que entraña pronunciarse sobre la imputabilidad y de que las respuestas actuales de los tribunales en la materia en nada se parecen a las que se realizaron sobre la misma hace años, ya que la justicia penal está intentando adaptarse al gran avance que la nueva regulación ha otorgado al tratamiento jurídico penal de los trastornos mentales. Sin embargo, es flagrante la falta de una línea clara y homogénea en el tratamiento que han dado a la eximente en estudio en relación a algunas de las anomalías o alteraciones psíquicas analizadas, es decir, su actuación ha distado en muchas ocasiones de ser satisfactoria pues no ha sido capaz de dar una respuesta coherente, de mantener un criterio firme y constante en la determinación de los sujetos que pueden ser considerados inimputables. Lo que ha provocado:

- Un importante confusionismo y una falta de rigor técnico y sistemático a la hora de declarar la exención de responsabilidad criminal.
- El apartamiento durante mucho tiempo y todavía en ocasiones de la clasificación y calificación pericial y psiquiátrica en la materia.
- Cierta automatismo en la declaración de inimputabilidad de algunos enfermos, por el solo hecho de padecer una enfermedad mental.
- La falta de una nomenclatura adecuada a los tiempos, pues hoy en día sigue utilizando términos peyorativos y obsoletos (oligofrenia, idiota, imbécil, etc.) o haciendo referencias a vocablos que ya no aparecen en las clasificaciones internacionales (neurosis o psicosis).
- La presencia en las sentencias de términos o diagnósticos que entremezclan trastornos para referirse a ciertas patologías, lo que imposibilita conocer qué es lo que verdaderamente padece el sujeto.
- También llama la atención que en determinadas sentencias parezca adaptarse a los tiempos, utilizando por ejemplo en el caso de los retrasos mentales dicha terminología adaptada a la CIE 10 y el DSM-IV-TR; o en el caso de los

trastornos de la personalidad considere que se trata de enfermos mentales, y en posteriores sentencias vuelva a aludir a términos obsoletos o niegue la declaración de enfermedad de dichos trastornos. Parece como si diese marcha atrás en sus pronunciamientos, incorporando en sus resoluciones los avances científicos, para luego abandonarlos y retomarlos de forma intermitente.

- En ocasiones, no parece tener claro cuándo determinadas patologías, como la epilepsia, producen supuestos que podríamos considerar de falta de acción penal y cuales de ausencia de imputabilidad, creando una doctrina paralela totalmente contradictoria.

Finalmente, la que para nosotros constituye la principal fuente de crítica es que nuestros tribunales, y en especial el Tribunal Supremo, durante muchos años e incluso en algunas sentencias posteriores a la entrada en vigor del actual Código Penal, ha requerido para la declaración de inimputabilidad la producción de una plena y absoluta perturbación de las facultades de conocer y querer, lo que en la práctica determinaba que el sujeto se hallase en un estado cuasivegetativo o de plena y absoluta inconsciencia, o lo que es lo mismo, casi un coma en el que le resultaría casi imposible realizar un hecho considerado delito por la ley, lo que se tradujo en una escasa apreciación de la eximente de enajenación del anterior art. 8.1 CP.

Se trataba de un requerimiento insostenible en relación a los efectos que una patología debe producir en la capacidad intelectual o volitiva de un enfermo mental. Muestra descriptiva de ello es, por ejemplo, la STS de 4 de octubre de 1985 (RJ 1985\4619) según la cual la “circunstancia eximente de responsabilidad penal n.º 1.º del artículo 8.º del Código sustantivo, de enajenación mental, acarreado la absoluta inimputabilidad del sujeto, supone un grave y profundo estado patológico que incide de modo acusado sobre el mecanismo intelectual del conocimiento, privando al agente de la comprensión o captación de la antijuricidad de su comportamiento, interfiriéndose igualmente sobre la voluntad, rectora de las decisiones del hombre, anulada en cuanto a la posibilidad de adopción de decisiones libres determinantes de la realización o no de determinados actos; precisándose que el grado de afección de las facultades intelectivas y volitivas alcance tal intensidad, la perturbación sea tan completa y absoluta, que, ante

un estado de palmaria y ostensible inconsciencia, no pueda hablarse ni siquiera de «acción», como actividad finalista, como conducta voluntaria encaminada a la producción de un resultado, punto de partida para la configuración del delito. La eximente exige -como ha puesto de relieve la Sentencia de 8 de julio de 1983 (RJ 1983\4126)- que, al tiempo de comisión de los hechos, el agente se encuentre con padecimiento de una enfermedad mental catalogada por la ciencia psiquiátrica, a la vez que se produzca toda una exteriorización de síndromes que la hagan patente y presupongan una perturbación profunda, absoluta, de las facultades psíquicas, intelectuales o volitivas del agente; y ello hasta el extremo -como precisa la Sentencia de 25 de octubre de 1984 (RJ 1984\5041)- de hallarse en un estado de verdadera y manifiesta inconsciencia para sus determinaciones en la vida de relación”.

Como valoración global puede afirmarse que nuestro Tribunal Supremo, bajo la vigencia del anterior Código Penal, ha venido siguiendo una línea jurisprudencial dubitativa u oscilante en la materia, a la vez que contradictoria en ocasiones. Sin embargo, con la entrada en vigor del actual Texto punitivo, las sentencias están desarrollando razonamientos más rigurosos desde el punto de vista de la ciencia médico-psiquiátrica y haciendo mayor referencia a las actuales clasificaciones internacionales. Y sobre todo, lo que es más importante, ya no exige la anulación de las facultades mentales del sujeto para aplicar la eximente, requiriendo en su lugar una grave afectación de la capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión, lo que normalmente ha coincidido en todas las patologías con momentos de crisis de las mismas, aunque en muchos casos, el sujeto había llegado a ese estado de perturbación, no tanto por la intensidad de la patología que sufría, sino por la unión de la misma con el consumo de sustancias o con otras patologías que provocaban una agravación de la situación.

4. Si algo ha quedado claro a lo largo de las páginas escritas es que el Derecho penal no puede imponer una pena al autor de un hecho que, en el momento de su comisión, padecía una anomalía o alteración psíquica como consecuencia de la cual sufría una grave alteración de su facultad intelectual o volitiva. Como también es evidente que el Ordenamiento jurídico debe ayudar a esa persona sometiénola a medidas de seguridad que contribuyan, si es posible, a su recuperación. Pero somos

concientes de que el sentir popular no entiende, dados los delitos tan graves que estos sujetos cometen en ocasiones, que resulten privilegiados con el beneficio de la exención de responsabilidad criminal, como también lo somos de las necesidades de defensa social que se hacen imprescindibles ante la peligrosidad criminal que muchos de ellos presentan. Sin embargo, si se cumplen los requisitos establecidos por la ley, no se les puede negar su aplicación, pues en caso contrario iríamos frontalmente contra el Derecho penal de la culpabilidad⁸. Los jueces deben cumplir con su obligación aplicando el imperativo legal cuando se dan los presupuestos necesarios para ello y declarando dicha exención, aun cuando los hechos criminales realizados resulten atroces.

Solicitamos una mayor cooperación entre Derecho penal y Psiquiatría a la hora de decidir sobre la incidencia de cada uno de los diferentes trastornos mentales en la imputabilidad, teniendo presente que lo que ha de analizarse son casos concretos con diagnósticos determinados y, de manera, muy especial la relación de la fase de la enfermedad y su contenido sintomatológico con los hechos perpetrados. No debemos olvidar que la apreciación de la imputabilidad y su negación son cuestiones mucho más profundas que las simples calificaciones técnico-jurídicas. Se trata de valoraciones que constituyen la puerta de paso a consecuencias que pueden ser irreversibles para la vida de una persona⁹.

Con estas palabras damos por finalizada nuestra investigación, y queremos terminar como comenzamos, manifestando que sabemos que la exención y atenuación de la responsabilidad criminal por anomalía o alteración psíquica no queda agotada con lo tratado en ella, pero creemos haber cumplido la meta que inicialmente nos marcamos: aportar un análisis riguroso y serio sobre su regulación penal y un estudio jurisprudencial completo y exhaustivo.

⁸ Así lo consideró HIGUERA GUIMERÁ en uno de sus artículos respecto de la aplicación de las causas de inimputabilidad a los sujetos activos de los delitos relacionados con la violencia doméstica y de género, que hacía extensiva a cualquier tipo de delito. Véase HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “Estudio de las causas de inimputabilidad en los sujetos activos de los delitos relacionados con la violencia doméstica y de género”, en BOLDOVA PASAMAR, M.A. y RUEDA MARTÍN, M^a.A. (coords.): *La reforma penal en torno al a violencia doméstica y de género*, Atelier, Barcelona, 2006, pp. 255 y 256.

⁹ QUINTERO OLIVARES, G.: *Locos...*, cit., p. cit., p. 105.

ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

- ALBERCA LORENTE, R.: “Comentario al n.º 1.º del art. 8.º CP”, en FERRER SAMA, A.: *Comentarios al Código Penal*, Tomo I, Sucesores de Nogues, Murcia, 1946, pp. 107 y ss.
- ALBERCA LLORENTE, R.: “La actualidad de la enfermedad y la tipicidad del delito en Derecho Penal”, en ALBERCA LLORENTE, R.; VALENCIANO GAYÁ, L.; SÁNCHEZ-PEDREÑO, J. y ROS DE OLIVER, B.: *Psiquiatría y Derecho Penal*, Tecnos, Madrid, 1965, pp. 37 y ss.
- ALHAMBRA PÉREZ, M.P. y SEGURA ABAD, L.J.: *El alcohol: cuestiones jurídico-médicas. Aspectos civiles, penales, administrativos y laborales. Jurisdicción de menores. Valoración de la práctica médico-forense*, 1ª ed., 1ª imp., Comares, Granada, 2001.
- ALONSO ÁLAMO, M.: *El sistema de las circunstancias del delito: estudio general*, Universidad de Valladolid, Departamento de Derecho Penal, Valladolid, 1981.
- ALONSO ÁLAMO, M.: “Observaciones sobre el tratamiento penal de las psicopatías”, en DE LA CUESTA ARZAMENDI, J.L.; DENDALUCE SEGUROLA, I. y ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E. (compiladores), *Criminología y Derecho Penal al servicio de la persona. Libro homenaje al Profesor Antonio Beristain*, Instituto Vasco de Criminología, San Sebastián, 1989, pp. 447 y ss.
- ALONSO ÁLAMO, M.: “Circunstancias del delito e inseguridad jurídica”, en DEL RIO FERNÁNDEZ, L.J. (director): *Cuadernos de Derecho Judicial. Circunstancias modificativas de la reponsabilidad criminal*, núm. VII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1995, pp. 43 y ss.
- ALONSO, M.P.: “Trastornos del control de los impulsos: A) Trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, tricotilomanía” en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 641 y ss.

- ALONSO DE ESCAMILLA, A.: “Enajenación mental y medidas aplicables a su tratamiento”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, mayo-agosto, 1991, pp. 461 y ss.
- ANTÓN ONECA, J.: *Derecho penal*, 2ª ed., anotación y puesta al día por HERNÁNDEZ GUIJARRO, J.J. y BENEYTEZ MORENO, L., Akal, Madrid, 1986.
- ARRIETA MARTÍNEZ, A.: “Tratamiento penal de las circunstancias que reflejan una menor culpabilidad. Especial referencia a la alteración de la percepción”, en ARRIETA MARTÍNEZ, A. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Psiquiatría criminal y comportamientos violentos*, núm. VIII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2005, pp. 315 y ss.
- ARROYO DE LAS HERAS, A.: “La eximentes incompletas del núm. 1.º del art. 21 del CP”, en ARROYO DE LAS HERAS, A.; GOYENA HUERTA, J. y MUÑOZ CUESTA, J. (coord): *Las Circunstancias Atenuantes en el Código Penal de 1995*, Aranzadi, Navarra, 1997, pp. 23 y ss.
- ASO ESCARIO, J.; MARTÍNEZ QUIÑONES, J.V. y ARREGUI CALVO, R.: *Aspectos médico-legales de las demencias*, Masson, Barcelona, 2004.
- ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL AAMR: *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*, traducción de VERDUGO, M.A. y JENARO, C., 10ª ed., 1ª reimpr., Alianza, Madrid, 2006.
- BACIGALUPO ZAPATER, E.: *Principios de Derecho Penal. Parte General*, 5ª ed., totalmente actualizada y basada en la nueva redacción del Código Penal L.O. 10/95, Akal, Madrid, 1998.
- BAJO FERNÁNDEZ, M.: “Nuevos y viejos problemas de la imputabilidad”, *Cuadernos de Derecho Judicial. La Imputabilidad en General en el Derecho Penal*, núm. XVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, pp. 35 y ss.
- BARBERO SANTOS, M. y PRIETO AGUIRRE, F.: “Disritmia cerebral y delincuencia”, *Los delincuentes mentalmente anormales* (Conferencias y Comunicaciones), XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología, celebrado en la Facultad de Derecho de Madrid (23 de febrero a 20 de marzo de 1962), Art. Gráf. Helénica, Madrid, 1962, pp. 115 y ss.

- BARBERO SANTOS, M. y MORENILLA RODRÍGUEZ, J.M.: “La Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social: su reforma”, en BARBERO, M.: *Marginación social y Derecho represivo*, Bosch, Barcelona, 1980, pp. 155 y ss.
- BAUTISTA TORRES, E.: “Juego patológico. Aspectos penales: tipología delictiva, tipo de delincuente, tratamiento jurídico penal y medidas de seguridad”, en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, pp. 343 y ss.
- BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, I. y OTROS: *Curso de derecho penal. Parte general*, 1ª ed., 1ª imp., Experiencia, Barcelona, 2005.
- BERTOLINO, M.: “Perfiles viejos y nuevos de la imputabilidad penal”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 45, 1991, pp. 595 y ss.
- BLANCO LOZANO, C.: *La exigente de anomalía o alteración psíquica*, Dykinson, Madrid, 2000.
- BLANCO LOZANO, C.: “El concepto penal de imputabilidad”, *La Ley*, (2002-1º), D-18, pp. 1870 y ss.
- BLANCO LOZANO, C.: *Tratado de Derecho Penal español. Tomo I, El sistema de la parte general. Volumen I, Fundamentos del derecho penal español: las consecuencias jurídico-penales*, J.M. Bosch Editor, Barcelona, 2004.
- BORJA JIMÉNEZ, E.: “Algunas consideraciones jurídico-penales y criminológicas sobre el juego patológico”, *Revista de Actualidad Penal*, Tomo I, 1998, pp. 1 y ss.
- BORJA JIMÉNEZ, E.: *Las circunstancias atenuantes en el ordenamiento jurídico español*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2002.
- BOURGEOIS, J.A.; SEAMAN, J.S. y SERVIS, M.E.: “Delirium, demencia y trastornos amnésicos” en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 69 y ss.
- BULBENA, A.: “Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 469 y ss.
- BUSTOS RAMÍREZ, J.J. y HORMAZÁBAL MALARÉE, H.: *Lecciones de Derecho Penal. Parte General*, Trotta, Madrid, 2006.

- CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La enfermedad mental ante la ley. Manual de psiquiatría forense*, Editorial Libro del Año, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1994.
- CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *Psiquiatría y Derecho, dos ciencias obligadas a entenderse. Manual de Psiquiatría Forense*, 1ª ed., Cauce Editorial, Madrid, 1997.
- CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La Salud Mental en los Tribunales. Manual de Psiquiatría Forense y Deontología Profesional*, 2ª ed. revisada y ampliada, Arán, Madrid, 2007.
- CÁCERES CARRASCO, J.: *Parafilias y violación*, Síntesis, Madrid, 2001.
- CADOPPI, A. y VENEZIANI, P.: *Elementi di Diritto penale. Parte generale*, 2ª ed., CEDAM, Padova, 2004.
- CAIROLI MARTÍNEZ, M.: “La capacidad de culpabilidad y su exclusión”, en ARROYO ZAPATERO, L. A.,... [et. al.]; coordinador NIETO MARTÍN, A.: *Homenaje al Dr. Marino Barbero Santos. In memoriam, Vol. I: II. Parte general*, 1ª ed., 1ª imp., Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Ediciones de la Universidad de Salamanca, Cuenca, 2001, pp. 895 y ss.
- CALLE RODRÍGUEZ, Mª.V.: “El juego patológico, ¿se puede considerar una anomalía psíquica?”, *La Ley* (2002-3º), D-82, pp. 1671 y ss.
- CAMPOIRED PLO, Mª.C.: “Medidas de seguridad a imponer en sentencia al declarado exento de responsabilidad o con responsabilidad disminuida por enfermedad mental o drogadicción. Su control judicial”, en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. I, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2006, pp. 275 y ss.
- CANTARERO BANDRÉS, R.: “Responsabilidad penal del menor y teorías clásicas de la culpabilidad”, en CARBONELL MATEU, J.C.; DEL ROSAL BLASCO, B.; MORILLAS CUEVA, L.; ORTS BERENGUER, E. y QUINTANAR DÍEZ, M. (coordinadores) y OTROS: *Estudios penales en homenaje al profesor Cobo del Rosal*, 1ª ed., 1ª imp., Dikynson, 2005, pp. 171 y ss.
- CAÑAMARES YELMO, J.M. y OTROS: *Esquizofrenia*, Síntesis, Madrid, 2001.

- CARBONELL MATEU, J.C.: “Aspectos penales”, en CARBONELL MATEU, J.C.; GÓMEZ COLOMER, J.L. y MENGÜAL I LULL, J.B.: *Enfermedad mental y delito: aspectos psiquiátricos, penales y procesales*, Civitas, Madrid, 1987, pp. 21 y ss.
- CARBONELL MATEU, J.C.: “Sobre la Imputabilidad en Derecho Penal español”, *Cuadernos de Derecho Judicial. La Imputabilidad en General en el Derecho Penal*, núm. XVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, pp. 11 y ss.
- CARBONELL MATEU, J.C.: *Derecho penal: concepto y principios constitucionales*, 3ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 1999.
- CARMONA CASTILLO, G.A.: *La imputabilidad penal*, Porrúa, México, 1999.
- CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “Trastornos psíquicos y modificaciones de la imputabilidad: Diagnóstico, pronóstico y medidas de seguridad”, *Cuadernos de Derecho Judicial. La Imputabilidad en General en el Derecho Penal*, núm. XVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, pp. 57 y ss.
- CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “La patología psicótica en psiquiatría forense”, en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEK RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, pp. 905 y ss.
- CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “Circunstancias psíquicas que modifican la imputabilidad”, *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, pp. 149 y ss.
- CARRASCO GÓMEZ, J.J.: “La delimitación de los conceptos de anomalía y alteración psíquicas”, en *Estudios Jurídicos, Ministerio Fiscal III-1999. El Fiscal y la jurisdicción civil. Penología. Psiquiatría forense*, vol. III, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid, 1999, pp. 575 y ss.
- CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Manual de psiquiatría legal y forense*, 3ª ed., La Ley-Actualidad, Madrid, 2005.
- CASTELLÓ NICÁS, N.: “Estudio crítico de la drogodependencia y del tratamiento del drogodependiente en el Código Penal de 1995. Problemas prácticos derivados de la nueva regulación”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 60, 1996, pp. 577 y ss.

- CASTELLÓ NICÁS, N.: *La imputabilidad penal del drogodependiente*, Comares, Granada, 1997.
- CASTELLÓ NICÁS, N.: “Art. 20.1.º Código Penal”, *Comentarios al Código Penal, Tomo II (Artículos 19 a 23)*, dirigidos por COBO DEL ROSAL, Edersa, Madrid, 1999, pp. 99 y ss.
- CASTELLÓ NICÁS, N.: “Exención y atenuación de la responsabilidad criminal (arts. 20.1.º, 20.2.º, 21.1.ª, 21.2.ª)”, en MORILLAS CUEVA, L. (coordinador) y OTROS, *Estudios jurídico-penales y político-criminales sobre tráfico de drogas y figuras afines*, Dykinson, Madrid, 2003, pp. 301 y ss.
- CENTENO, M.; PINO, O. y ROJO, J.E.: “Esquizofrenia” en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 447 y ss.
- CEREZO MIR, J.: “El trastorno de los semiimputables”, en *Problemas fundamentales del Derecho Penal*, Tecnos, Madrid, 1982, pp. 133 y ss.
- CEREZO MIR, J.: “Las eximentes de culpabilidad”, *Cuadernos de Derecho Judicial. El sistema de responsabilidad en el nuevo Código Penal*, núm. XXVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1996, pp. 133 y ss.
- CEREZO MIR, J.: “Las causas de inculpabilidad en el Nuevo Código Penal español”, *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, pp. 17 y ss.
- CEREZO MIR, J.: *Derecho Penal: (lecciones 26-40). Parte General*, 2ª ed., 1ª reimpr., UNED, Madrid, 2000.
- CEREZO MIR, J.: “La eximente de anomalía o alteración psíquica: Ámbito de aplicación”, en CEREZO MIR, J.; SUÁREZ MONTES, R.F.; BERISTAIN IPIÑA, A. y ROMEO CASABONA, C.M. (editores), *El nuevo Código Penal: presupuestos y fundamentos (Libro Homenaje al Profesor Doctor Don Ángel Torío López)*, Estudios de Derecho Penal (dirigidos por Carlos María Romeo Casabona), Comares, Granada, 2000, pp. 249 y ss.
- CEREZO MIR, J.: “Medidas de seguridad aplicables a las personas exentas de responsabilidad penal por padecer una anomalía o alteración psíquica” *Homenaje al*

- Dr. Marino Barbero Santos. In memoriam*, Vol. I, 1ª ed., 1ª imp., Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Ediciones de la Universidad de Salamanca, Cuenca, 2001, pp. 927 y ss.
- CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal español. Parte General, III. Teoría jurídica del delito/2*, 1ª ed., 5ª reimpr., Tecnos, Madrid, 2005.
- CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Organización Mundial de la Salud, Meditor, Madrid, 2004.
- CLARAMUNT LÓPEZ, E.: “La enfermedad epiléptica”, en POLAINO LORENTE, A., y OTROS, *Psicología patológica*, vol. II, 8ª ed. 2ª reimpr., Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 1993, pp. 45 y ss.
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima Revisión CIE-10*, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2003.
- COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal. Parte general*, 5ª ed. corregida, aumentada y actualizada, Tirant lo Blanch, Valencia, 1999.
- COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR DÍEZ, M.: *Instituciones de Derecho Penal español. Parte general*, CESEJ-Ediciones, Madrid, 2004.
- CONDE-PUMPIDO FERREIRO, C. (director y autor); BENEYTEZ MERINO, L. [et al.]: *Código penal comentado. Con concordancias y jurisprudencia*, 2ª ed., Bosch, Barcelona, 2004.
- CÓRDOBA RODA, J.: *Las eximentes incompletas en el Código Penal*, Instituto de Estudios Jurídicos, Oviedo, 1966.
- CÓRDOBA RODA, J.: “La enajenación y sus consecuencias jurídicas”, *Jornadas sobre psiquiatría forense*, Colección Centro de Estudios Jurídicos vol. 3, Ministerio de Justicia, Madrid, 1994, pp. 53 y ss.
- CRESPI, A.; ZUCCALÁ, G. y STELLA, F.: *Commentario breve al Codice penale*, 4ª ed., CEDAM, Padova, 2003.
- CUELLO CALÓN, E.: *Derecho Penal, I (Parte General)*, vol. 1º., revisado y puesto al día por CAMARGO HERNÁNDEZ, C., 18ª ed., Bosch, Barcelona, 1980.
- CUELLO CONTRERAS, J.: *El Derecho Penal español. Parte General. Nociones introductorias. Teoría del delito*, 3ª ed., Dykinson, Madrid, 2002.

- DE LA CRUZ RODRÍGUEZ, J.G.: “Estudio de los principales trastornos psíquicos desde el punto de vista médico forense. Psicosis y psicopatías. Su criminalidad, imputabilidad y capacidad. Los desarrollos vivenciales anormales”, en *Planes provinciales y territoriales de formación (Recopilación de ponencias y comunicaciones). Plan Territorial de Extremadura, Recopilación penal I*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1992, pp. 758 y ss.
- DE LA CUESTA ARZAMENDI, J.L.: “Imputabilidad y nuevo Código Penal”, en CEREZO MIR, J.; SUÁREZ MONTES, R.F.; BERISTAIN IPIÑA, A. y ROMEO CASABONA, C.M. (editores), *El nuevo Código Penal: presupuestos y fundamentos (Libro Homenaje al Profesor Doctor Don Ángel Torío López)*, Estudios de Derecho Penal (dirigidos por Carlos María Romeo Casabona), Comares, Granada, 2000, pp. 299 y ss.
- DE LLERA SUÁREZ-BÁRCENA, E.: “Las circunstancias eximentes 1.^a y 3.^a del art. 20 del Código Penal. La correlativa atenuante de responsabilidad penal”, en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. I, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2006, pp. 125 y ss.
- DE PORTUGAL, E. y CERVILLA, J.: *Trastorno delirante*, Aula Médica, Madrid, 2004.
- DEL ROSAL, J.: *Tratado de Derecho Penal Español (Parte General)*, vol. II., 2^a ed. rev. y corr., por COBO DEL ROSAL, M., Darro, Madrid, 1972.
- DEL SER QUIJANO, T.: “Demencia vascular”, en GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA, PEÑA-CASANOVA, J. y ROBLES, A. (coords.): *Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia: revisión 2002*, Masson, Barcelona, 2003, pp. 151 y ss.
- DEL TORO MARZAL, A.: “La imputabilidad del ludópata”, en *Jornadas sobre psiquiatría forense*, Colección Centro de Estudios Jurídicos vol. 3, Ministerio de Justicia, Madrid, 1994, pp. 163 y ss.

- DEL TORO MARZAL, A.: “Aspectos jurisprudenciales de la ludopatía”, en *Revista española de psiquiatría forense, psicología forense y criminología*, 1996, Nº. 0, pp. 45 y ss.
- DELGADO BUENO, S.: “Delincuencia y Drogas”, en DELGADO BUENO, S. y TORRECILLA JIMÉNEZ, J.M. (directores), (et al.): *Medicina Legal en Drogodependencias*, Harcourt, Madrid, 1999, pp. 415 y ss.
- DELGADO BUENO, S. y ESBEC RODRÍGUEZ, E.: “Imputabilidad: Concepto y perspectivas. La imputabilidad de los trastornos mentales” en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, pp. 317 y ss.
- DELGADO BUENO, S. y RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A.: “Los trastornos en el control de los impulsos en Psiquiatría forense. Especial referencia al juego patológico” en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, pp. 815 y ss.
- DELGADO BUENO, S. y RUIZ DE LA CUESTA, J.M^a.: “Aspectos médico-legales del internamiento y de la incapacitación”, en GONZÁLEZ POVEDA, P. y PICÓN MARTÍN, J.M. (directores): *Los discapacitados y su protección jurídica*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2000, pp. 23 y ss.
- DELGADO BUENO, S.; MIGUEL ALHAMBRA, L. y BANDRÉS MOYA, F. (Dirección y Edición): *Avances en Ciencias de la Salud y de la vida. Medicina Legal. Libro de Casos. I. Psiquiatría Forense y Drogodependencias*, Además Comunicación Gráfica, Madrid, 2006.
- DÍAZ-MAROTO y VILLAREJO, J.: “El enajenado y su tratamiento jurídico-penal”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, mayo-agosto, 1988, pp. 465 y ss.
- DÍAZ PALOS, F.: *Teoría general de la imputabilidad*, Bosch, Barcelona, 1965.
- DÍAZ PALOS, F.: *La jurisprudencia penal ante la dogmática jurídica y la política criminal*, Colex, Madrid, 1991.

- DÍEZ, C. y SÁNCHEZ-PLANELL, L.: “Otros trastornos neuróticos y psicósomáticos”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 435 y ss.
- DORADO MONTERO, P.: *Los peritos médicos y la justicia criminal*, reimpr. de la edcn. de Madrid, Hijos de Reus, 1905, 1ª ed., Jiménez Gil Editor, Pamplona, 1999.
- DOVAL PAÍS, A.: “Las consecuencias jurídico-penales de la enajenación mental y el trastorno mental transitorio: regulación actual”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 40, 1990, pp. 5 y ss.
- DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto Revisado* (PICHOT, P. -coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana-; LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. -director de la edición española-; VALDÉS MIYAR, M. -coordinador de la edición española-), 1ª ed., 3ª reimpr., Masson, Barcelona, 2005.
- DUBOVSKY, S.L.; DAVIES, R. y DUBOVSKY, A.N.: “Trastornos del estado de ánimo” en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 259 y ss.
- ESBEC RODRÍGUEZ, E.: “El trastorno delirante y el proceso penal”, en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, pp. 925 y ss.
- ESBEC RODRÍGUEZ, E.: “El Psicólogo Forense en el proceso penal”, en ESBEC RODRÍGUEZ, E.; GÓMEZ-JARABO, G. y NEVADO BRAVO, C.: *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*, 1ª ed., 1ª imp., Edisofer, Madrid, 2000, pp. 111 y ss.
- ESBEC RODRÍGUEZ, E.: “Violencia y trastorno mental”, en ARRIETA MARTÍNEZ, A. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Psiquiatría criminal y comportamientos violentos*, núm. VIII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2005, pp. 59 y ss.
- ESBEC RODRÍGUEZ, E. y GÓMEZ-JARABO, G.: “Psicopatología forense: repercusiones jurídicas de los trastornos mentales”, en ESBEC RODRÍGUEZ, E.; GÓMEZ-JARABO, G. y NEVADO BRAVO, C.: *Psicología forense y tratamiento*

- jurídico-legal de la discapacidad*, 1ª ed., 1ª imp., Edisofer, Madrid, 2000, pp. 319 y ss.
- ESTRELLA RUIZ, M.: “Imputabilidad y drogodependencia”, *Cuadernos de Derecho Judicial. La Imputabilidad en General en el Derecho Penal*, núm. XVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, pp. 365 y ss.
- FERNÁNDEZ ALBOR, A.: “Conciencia y Responsabilidad del hombre en el Derecho Penal”, en FERNÁNDEZ ALBOR, A. y OTROS: *Temas Penales*, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 1973, pp. 13 y ss.
- FERNÁNDEZ ENTRALGO, J.: “La Enajenación y el Trastorno Mental Transitorio: Tratamiento jurídico-penal” en DELGADO BUENO, S. (director); ESBE RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, pp. 113 y ss.
- FERNÁNDEZ ENTRALGO, J.: “El tratamiento jurídico-penal de los trastornos mentales” en DELGADO BUENO, S. (director); ESBE RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, pp. 557 y ss.
- FERNÁNDEZ ENTRALGO, J.: “Consumo de sustancias psicoactivas. Imputabilidad y Derecho Penal”, en DELGADO BUENO, S. y TORRECILLA JIMÉNEZ, J.M. (directores), (et al.): *Medicina Legal en Drogodependencias*, Harcourt, Madrid, 1999, pp. 1 y ss.
- FRÍAS CABALLERO, J.: *Imputabilidad penal (Capacidad personal de reprochabilidad ético-social)*, Ediar, Buenos Aires, 1981.
- GANZENMÜLLER ROIG, C. y OTROS: *Eximentes, atenuantes y agravantes en el Código penal de 1995, personas criminalmente responsables: comentario de los artículos 19 a 31 del Código penal de 1995*, 1ª ed., 1ª imp. Bosch, Barcelona, 2000.
- GARCÍA ANDRADE, J.: *Psiquiatría criminal y forense*, 2ª ed., Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 2002.

- GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Análisis médico-legal de la imputabilidad en el Código Penal de 1995 (Un análisis médico-legal del art. 20.1 y 20.2)*, Comares, Granada, 1997.
- GARCÍA DE LA ROCHA, M.L. y OLAZARÁN RODRÍGUEZ, J.: “Criterios diagnósticos sindrómicos de demencia”, en GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA, PEÑA-CASANOVA, J. y ROBLES, A. (coords.): *Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia: revisión 2002*, Masson, Barcelona, 2003, pp. 3 y ss.
- GARCÍA GARCÍA, J.: *Drogodependencias y justicia penal*, Ministerio de Justicia-Ministerio del Interior, Madrid, 1999.
- GARCÍA GARCÍA, L.: *Marco jurídico de la enfermedad mental: incapacitación e internamiento*, 1ª ed., 1ª imp., Ediciones Revista General de Derecho, Valencia, 2000.
- GARCÍA GARCÍA-CERVIGÓN, J.: “La epilepsia y su incidencia en el ámbito penal”, en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, pp. 391 y ss.
- GARCÍA QUESADA, M^a.T.: “El juego patológico: una aproximación al concepto”, *Cuadernos de Derecho Judicial. Medicina legal*, núm. V, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, pp. 515 y ss.
- GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, A.: “Relevancia criminológica de algunos trastornos mentales” en DÍEZ RIPOLLÉS, J.L.; ROMEO CASABONA, C.M.; GRACIA MARTÍN, L. e HIGUERA GUIMERÁ, J-F. (editores): *La Ciencia del Derecho Penal ante el nuevo siglo. Libro Homenaje al Profesor Doctor Don José Cerezo Mir*, 1ª. ed. 2ª. imp., Tecnos, Madrid, 2002, pp. 1589 y ss.
- GARCÍA-RIPOLL MONTIJANO, M.: “Art. 118 Código Penal”, *Comentarios al Código Penal, Tomo IV (Artículos 95 a 137)*, dirigidos por COBO DEL ROSAL, Edersa, Madrid, 2001, pp. 453 y ss.
- GAROFOLI, R.: *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Lexfor, Giuffré, Milano, 2003.

- GAROFALO, R.: *La Criminología. Estudio sobre la naturaleza del crimen y teoría de la penalidad*, versión española de PEDRO BORRAJO, Daniel Jorro, Madrid, 1912.
- GIMBERNAT ORDEIG, E.: “¿Tiene un futuro la Dogmática jurídico-penal?”, en *Estudios de Derecho Penal*, 3ª ed., Madrid, Tecnos, 1990, pp. 140 y ss.
- GIMBERNAT ORDEIG, E.: “El sistema del Derecho Penal en la actualidad”, en *Estudios de Derecho Penal*, 3ª ed., Madrid, Tecnos, 1990, pp. 163 y ss.
- GISBERT CALABUIG, J.A.: “Imputabilidad” en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005.
- GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Retraso mental (oligofrenias)” en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, pp. 1115 y ss.
- GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Trastornos mentales orgánicos” en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, pp. 1121 y ss.
- GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (I)” en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, pp. 1140 y ss.
- GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Psicosis endógenas (II)” en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, pp. 1156 y ss.
- GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Neurosis” en GISBERT CALABUIG, J.A. y OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, pp. 1167 y ss.
- GISBERT CALABUIG, J.A.; SÁNCHEZ BLANQUE, A. y CASTELLANO ARROYO, M.: “Trastornos de la Personalidad” en GISBERT CALABUIG, J.A. y

- OTROS, *Medicina legal y toxicología*, editor Enrique Villanueva Cañadas, 6ª ed., reimpr., Masson, Barcelona, 2005, pp. 1185 y ss.
- GÓMEZ BENÍTEZ, J.M.: *Teoría Jurídica del delito. Derecho Penal. Parte General*, 1ª ed. reimpr., Civitas, Madrid, 1992.
- GÓMEZ RIVERO, Mª.C.: “Nuevas tendencias doctrinales y jurisprudenciales en el tratamiento del enfermo mental”, en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. I, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2006, pp. 299 y ss.
- GÓMEZ TORTOSA, E. y BARQUERO JIMÉNEZ, M.S.: “Enfermedad de Huntington”, en GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA, PEÑACASANOVA, J. y ROBLES, A. (coords.): *Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia: revisión 2002*, Masson, Barcelona, 2003, pp. 121 y ss.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J.: *La imputabilidad en el Derecho Penal español. Imputabilidad y locura en la España del siglo XIX*, Comares, Granada, 1994.
- GONZÁLEZ RUS, J.J.: “La embriaguez como causa de exención o atenuación de la responsabilidad criminal en el Código vigente y en el Proyecto de 1980”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 18, 1982, pp. 441 y ss.
- GONZÁLEZ, A. y JIMÉNEZ, S.: “Trastornos del control de los impulsos: B) Juego patológico” en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 694 y ss.
- GRAM, L. y DAM, M.: *Epilepsia*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1995.
- GUIJA VILLA, J.: “La enfermedad mental. El trastorno mental transitorio”, en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. I, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2006, pp. 15 y ss.
- HARE, R.D.: “La naturaleza del psicópata: algunas observaciones para entender la violencia depredadora humana”, en RAINE, A. y SANMARTÍN, J. (editores), *Violencia y psicopatía*, 2ª ed., Ariel, Barcelona, 2002, pp. 15 y ss.

- HERRANZ, J.L. (editor) y OTROS: *Vivir y comprender la epilepsia*, Janssen-Cilag, 3ª ed. corr. y aum., Madrid, 2001.
- HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “El sistema de medidas y el erróneo criterio en la formulación del principio de proporcionalidad en el Código Penal de 1995”, en DÍEZ RIPOLLÉS, J.L.; ROMEO CASABONA, C.M.; GRACIA MARTÍN, L. e HIGUERA GUIMERÁ, J-F. (editores): *La Ciencia del Derecho Penal ante el nuevo siglo. Libro Homenaje al Profesor Doctor Don José Cerezo Mir*, 1ª ed. 2ª imp., Tecnos, Madrid, 2002, pp. 1075 y ss.
- HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “La imputabilidad en los sujetos activos de la violencia doméstica y de género (Referencia a la práctica de la prueba pericial-psiquiátrica)”, *Revista General de Derecho Penal*, nº. 3, 2005, pp. 1 y ss.
- HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “La prueba pericial psiquiátrica en los procedimientos judiciales penales y la medicina forense en España: una respetuosa llamada 'urgente' de atención” en CARBONELL MATEU, J.C.; DEL ROSAL BLASCO, B.; MORILLAS CUEVA, L.; ORTS BERENGUER, E. y QUINTANAR DÍEZ, M. (coordinadores) y OTROS: *Estudios penales en homenaje al profesor Cobo del Rosal*, 1ª ed., 1ª imp., Dikynson, 2005, pp. 503 y ss.
- HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “Estudio de las causas de inimputabilidad en los sujetos activos de los delitos relacionados con la violencia doméstica y de género”, en BOLDOVA PASAMAR, M.A. y RUEDA MARTÍN, Mª.A. (coords.): *La reforma penal en torno al a violencia doméstica y de género*, Atelier, Barcelona, 2006, pp. 227 y ss.
- HIGUERA GUIMERÁ, J-F.: “Penados con deficiencias psíquicas en establecimientos «no psiquiátricos» penitenciarios” en BUENO ARÚS, F.; KURY, H.; RODRÍGUEZ RAMOS, L. y ZAFFARONI, E.R. (directores); GUZMÁN DÁLBORA, J.L. y SERRANO MAÍLLO, A. (editores): *Derecho penal y criminología como fundamento de la política criminal: estudios en homenaje al profesor Alfonso Serrano Gómez*, Dykinson, 2006, pp. 815 y ss.
- HO, B-CH.; BLACK, D.W. y ANDREASEN, N.C.: “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” en HALES, R.E. y YUDOFISKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 201 y ss.

- HOLLANDER, E. y SIMEON, D.: “Trastornos de ansiedad” en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 361 y ss.
- HOMS SANZ DE LA GARZA, J.: *Trastorno mental transitorio y drogas que inciden en la imputabilidad*, J.M. Bosch Editor, Barcelona, 1996.
- HOMS SANZ DE LA GARZA, J.: *Avances en medicina legal: ingeniería genética, alteraciones psíquicas y drogas*, J.M. Bosch Editor, Barcelona, 1999.
- IBARROLA, E.; GARCÍA-GODOY, M.J.; GIL LÓPEZ, P.; EZCURRA, J.; MEDRANO, J. y YOLLER, A.B.: “Curso y pronóstico del trastorno bipolar” en GÓNZALEZ-PINTO, A.; GUTIÉRREZ FRAILE, M. y EZCURRA, J. (editores): *Trastorno Bipolar*, Aula Médica, Madrid, 1999, pp. 37 y ss.
- IGLESIAS RÍO, M.A.: “La eximente de «anomalía o alteración psíquica». (Art. 20-1 CP). Una problemática abierta hacia el futuro científico”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, Tomo 56, Fasc/Mes 1, 2003, pp. 151 y ss.
- JAKOBS, G.: “El principio de culpabilidad”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, septiembre-diciembre, 1992, pp. 1051 y ss.
- JAKOBS, G.: *Derecho Penal. Parte General. Fundamentos y teoría de la imputación*, Traducción de CUELLO CONTRERAS, J. y SERRANO GONZÁLEZ DE MURILLO, J.L., 2ª ed., Marcial Pons, Madrid, 1997.
- JESCHECK, H.H. y WEIGEND T.: *Tratado de Derecho Penal. Parte General*, Traducción de OLMEDO CARDENETE, M., 5ª ed. renovada. y ampliada, Comares, Granada, 2002.
- JIMÉNEZ DE ASÚA, L.: *Tratado de Derecho Penal*, Tomo V, El delito: La culpabilidad, 3ª ed., Losada, Buenos Aires, 1976.
- JIMÉNEZ DE ASÚA, L. y ANTÓN ONECA, J.: *Derecho Penal conforme al Código de 1928*, Reus, Madrid, 1929.
- JIMÉNEZ DÍAZ, M.J.: “Los trastornos del sueño como causa de ausencia de acción penal”, *La Ley*, (1998-5º), D-245, pp. 1609 y ss.
- JIMÉNEZ DÍAZ, M.J. y FONSECA MORALES, G.M: *Trastornos de la personalidad (psicopatías) Tratamiento científico y jurisprudencial*, 1ª ed., CESEJ, Madrid, 2006.

- JIMÉNEZ SEGADO, C.: *La exclusión de la responsabilidad criminal. Estudio jurisprudencial penal y procesal*, prólogo Ignacio Gordillo Alvarez-Valdés, Dykinson, Madrid, 2003.
- JORGE BARREIRO, A.: “El enfermo mental delincuente y peligroso ante el CP de 1995”, *Revista de Derecho Penal y Criminología*, nº 6, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 2000, pp. 177 y ss.
- KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*, 8ª ed., 2ª reimpr., Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2001.
- LANDECHO VELASCO, C. y MOLINA BLÁZQUEZ, C.: *Derecho Penal español. Parte General*, 7ª ed., Tecnos, Madrid, 2004.
- LEAL MEDINA, J.: “La psicopatía y su incidencia como anomalía psíquica en la doctrina del Tribunal Supremo. La interacción de los factores biológicos, genéticos y ambientales en el juicio de imputabilidad”, *Revista de Derecho y proceso penal*, nº 10, 2003/2, Thomson-Aranzadi, Navarra, 2003, pp. 1 y ss.
- LEAL MEDINA, J.: “La doctrina legal del trastorno obsesivo compulsivo en relación con el art. 20.1 del Código Penal. La incidencia biológica y social en el juicio de inimputabilidad y sus efectos”, *Actualidad Jurídica Aranzadi*, nº 619, abril 2004, Thomson-Aranzadi, Navarra, 2004, pp. 1 y ss.
- LOBO SATUÉ, A.: “Las demencias desde el punto de vista forense”, en DELGADO BUENO, S. (director); ESBEC RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, pp. 1021 y ss.
- LÓPEZ GÓMEZ, L.: *Enajenación y trastorno mental transitorio, el delito de lesiones, paternidad y matrimonio, convivencia, supervivencia, incapacidad civil*, Colegio de Abogados, Valencia, 1947.
- LÓPEZ SAIZ, I. y CODÓN, J.M.: “La base patológica como característica fundamental del «trastorno mental transitorio»”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, mayo-agosto, 1954, pp. 269 y ss.
- LÓPEZ SAIZ, I. y CODÓN, J.M.: *Psiquiatría jurídica penal y civil*, 3ª ed., Aldecoa, Burgos, 1969.

- LUZÓN CUESTA, J.M.: *Compendio de Derecho Penal. Parte general. Adaptado al programa de la oposición a ingreso en las carreras judicial y fiscal*, 16ª ed., 1ª imp., Dikynson, 2005.
- LLEDÓ GONZÁLEZ, C.L.: “Medidas cautelares a tomar en fase de instrucción respecto del enfermo mental presunto autor de una infracción penal”, en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. I, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2006, pp. 69 y ss.
- MACHADO RUIZ, M.D. y MAQUEDA ABREU, M.L. en ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (director); PÉREZ ALONSO, E.J. (coordinador) y OTROS: *Derecho Penal. Parte General*, 2ª ed., 1ª imp., Tirant lo Blanch, Valencia, 2004.
- MANTOVANI, F.: *Diritto penale. Parte generale*, 4ª ed., CEDAM, Padova, 2001.
- MANZANARES SAMANIEGO, J.L. y ALBÁCAR LÓPEZ, J.L.: *Código penal: (comentarios y jurisprudencia)*, Comares, Granada, 1987.
- MARCO RIBÉ, J. y MARTÍ TUSQUETS, J. L.: *Psiquiatría forense*, 1ª ed., 1ª imp., Espaxs, Barcelona, 2002.
- MARÍN CASTÁN, F.: “Drogadicción e Imputabilidad en la jurisprudencia del Tribunal Supremo”, *Cuadernos de Derecho Judicial. La Imputabilidad en General en el Derecho Penal*, núm. XVII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, pp. 281 y ss.
- MARINUCCI, G. y DOLCINI, E.: *Manuale di Diritto penale. Parte generale*, Giuffrè, Milano, 2004.
- MARTA MORENO, M. y PELEGRÍN VALERO, C.: “Concepto y nosología”, en MARTA MORENO, J.; MARTA MORENO, E.; PELEGRÍN VALERO, C. y RAMOS PAESA, C.: *Abordaje práctico del delirium (Síndrome confusional)*, Masson, Barcelona, 2004, pp. 3 y ss.
- MARTÍN CRUZ, A.: *Los fundamentos de la capacidad de culpabilidad penal por razón de la edad*, Comares, Granada, 2004.
- MARTÍNEZ GALINDO, G.: “Disminución de la responsabilidad penal por alteraciones psíquicas y toxicomanías”, en *La Ley Penal*, N.º. 27, 2006, pp. 5 y ss.

- MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad penal. Concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2005.
- MARTÍNEZ GUERRA, A.: *Nuevas tendencias políticocriminales en la función de las medidas de seguridad*, Colección Cuadernos “Luis Jiménez de Asúa”, Dykinson, Madrid, 2004.
- MARTÍNEZ-LAGE, J.M.; MUÑOZ, D.; BARQUERO JIMÉNEZ, M.S.; PEÑA-CASANOVA, J.; BLESÁ GONZÁLEZ, R.; FERRER ABIZANDA, I. y PASCUAL MILLÁN, L.F.: “Enfermedad de Alzheimer”, en GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA, PEÑA-CASANOVA, J. y ROBLES, A. (coords.): *Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia: revisión 2002*, Masson, Barcelona, 2003, pp. 41 y ss.
- MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M.: “La imputabilidad”, *La Ley*, (1996-1º), D-19, pp. 1608 y ss.
- MARTOS NUÑEZ, J.A.: *Derecho penal. Parte general: fundamentos del derecho penal*, Civitas, Madrid, 2001.
- MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Código penal Español*, prólogo de Juan-Felipe Higuera Guimerá, 1ª ed., 1ª imp., Edersa, Madrid, 2003.
- MATEO AYALA, E.J.: *La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control*, Edersa, Madrid, 2004.
- MATEO AYALA, E.J.: *Los antecedentes de la eximente de anomalía o alteración psíquica*, 1ª ed., 1ª imp., Dykinson, Madrid, 2005.
- MAURACH, R. y ZIPF, H.: *Derecho penal. Parte general 1, Teoría general del Derecho penal y estructura del hecho punible*, actualizada por ZIPF, H., traducción de la 7ª. ed. alemana por BOFILL GENZSCH, J. y AIMONE GIBSON, E., Astrea, Buenos Aires, 1995.
- MAZA MARTÍN, J.M.: “La anomalía y alteración psíquica en la interpretación jurisprudencial”, en *Estudios Jurídicos, Ministerio Fiscal III-1999. El Fiscal y la jurisdicción civil. Penología. Psiquiatría forense*, vol. III, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid, 1999, pp. 533 y ss.

- MAZA MARTÍN, J.M.: “Medidas de seguridad: incidencia de las últimas reformas”, en VIEIRA MORANTE, F.J. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Las penas y sus alternativas*, núm. IV, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2005, pp. 77 y ss.
- MENGÜAL I LULL, J.B.: “Aspectos psiquiátricos”, en CARBONELL MATEU, J.C.; GÓMEZ COLOMER, J.L. y MENGÜAL I LULL. J.B.: *Enfermedad mental y delito: aspectos psiquiátricos, penales y procesales*, Civitas, Madrid, 1987, pp. 169 y ss.
- MEZGER, E.: *Tratado de Derecho Penal*, traducción de la segunda edición alemana (1933) y notas de derecho español por José Arturo Rodríguez Muñoz, 3ª ed., adicionada y puesta al día por Antonio Quintano Ripollés, T.II, Revista de Derecho Privado, Madrid, 1957.
- MEZGER, E.: *Derecho penal: libro de estudio. I, Parte general*, traducción de la 6ª ed. alemana por FINZI, C.A., El Foro, Buenos Aires, 2001.
- MEZGER, E.: *Modernas orientaciones de la dogmática jurídico-penal*, traducción del alemán de MUÑOZ CONDE, F., 1ª ed., 1ª imp., Tirant lo blanch, Valencia, 2001.
- MILLON, T. y (colaboradores), GROSSMAN, S.; MILLON, C.; MEAGHER, S. y RAMNATH, R.: *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006.
- MIR PUIG, S.: *Función de la pena y teoría del delito en el Estado social y democrático de Derecho*, 2ª ed., Bosch, Barcelona, 1982.
- MIR PUIG, S.: “La imputabilidad en Derecho penal”, *Jornadas sobre Psiquiatría forense*, Colección Cursos del Centro de Estudios Judiciales, vol. 3, Ministerio de Justicia, Madrid, 1994, pp. 37 y ss.
- MIR PUIG, S.: *Derecho Penal. Parte General*, 7ª ed., 3ª reimpr., Reppertot, Barcelona, 2006.
- MORALES PRATS, F.: “Precisiones conceptuales en torno a la culpabilidad: Convenciones normativas y función individualizadora”, en CEREZO MIR, J.; SUÁREZ MONTES, R.F.; BERISTAIN IPIÑA, A. y ROMEO CASABONA, C.M. (editores), *El nuevo Código Penal: presupuestos y fundamentos (Libro Homenaje al*

- Profesor Doctor Don Ángel Torío López*), Estudios de Derecho Penal (dirigidos por Carlos María Romeo Casabona), Comares, Granada, 2000, pp. 170 y ss.
- MORALES PRATS, F.: “Art. 20.1.º Código Penal”, en QUINTERO OLIVARES, G. (director); MORALES PRATS, F. (coordinador) y OTROS, *Comentarios al nuevo Código Penal*, 4ª ed., Thomson-Aranzadi, Navarra, 2005, pp. 146 y ss.
- MORILLAS CUEVA, L.: “La culpabilidad en la reforma del Código Penal”, en *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad de Granada* 4, 1984, 2º cuatrimestre, pp. 81 y ss.
- MORILLAS CUEVA, L.: “Prólogo” al libro de CASTELLÓ NICÁS, N.: *La imputabilidad penal del drogodependiente*, Comares, Granada, 1997, pp. XV y ss.
- MORILLAS FERNÁNDEZ, D.L.: “Aspectos criminológicos de los psicópatas y asesinos en serie”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 77, Madrid, 2002, pp. 409 y ss.
- MORILLAS FERNÁNDEZ, D.L.: *Análisis dogmático y criminológico de los delitos de pornografía infantil. Especial consideración de las modalidades comisivas relacionadas con Internet*, Dykinson, Madrid, 2005.
- MUÑOZ CONDE, F.: “El principio de culpabilidad”, *III Jornadas de Profesores de Derecho Penal*, Universidad de Santiago de Compostela, 1976, pp. 221 y ss.
- MUÑOZ CONDE, F.: “Culpabilidad y Prevención General”, en MIR PUIG, S. (editor), *Derecho Penal y Ciencias Sociales*, 1ª ed., Bellaterra, Universidad Autónoma de Barcelona, 1982, pp. 161 y ss.
- MUÑOZ CONDE, F.: *Teoría general del delito*, 2ª ed., 1ª imp., Tirant lo blanch, Valencia, 2004.
- MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho penal. Parte general*, 6ª ed., rev. y puesta al día., Tirant lo Blanch, Valencia, 2004.
- MUÑOZ GARCÍA, E. y LATORRE MURILLO, P.: “Clínica de las demencias” en DEVÍ BASTIDA, J. y DEUS YELA, J. (coordinadores): *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: Un aproximación práctica e interdisciplinar*, ISEP, Barcelona, 2004, pp. 191 y ss.
- MURILLO Y GARCÍA-ATANCE, M.: “Aspectos legales de la epilepsia”, *Revista del Consejo General del Poder Judicial* nº 38, Madrid, 1995, pp. 155 y ss.

- NÁQUIRA RIVEROS, J.: “Imputabilidad, conciencia de lo injusto y contexto situacional normal: de su objeto, contenido y relación”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 55, Madrid, 1995, pp. 139 y ss.
- NAVARRETE URIETA, J.M.: “El problema penal y criminológico de las neurosis”, *Los delincuentes mentalmente anormales* (Conferencias y Comunicaciones), XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología, celebrado en la Facultad de Derecho de Madrid (23 de febrero a 20 de marzo de 1962), Art. Gráf. Helénica, Madrid, 1962, pp. 461 y ss.
- OCTAVIO DE TOLEDO Y UBIETO, E. y HUERTA TOCILDO, S.: *Derecho penal. Parte General. Teoría Jurídica del Delito*, 2ª ed. corregida y aumentada Rafael Castellanos, Madrid, 1986.
- OLIVA GARCIA, H.: “Introducción a las bases doctrinales de la imputabilidad”, *La Ley* (1982-4º), D-217, pp. 1141 y ss.
- OLMEDO CARDENETE, M.: Nota bibliográfica a la obra JAKOBS, GÜNTHER: Sobre la normativización de la dogmática jurídico-penal (traducción de Manuel Cancio Meliá y Bernardo Feijóo Sánchez). Cuadernos Civitas, Madrid, 2003, 163 páginas, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 83, 2004, pp. 134 y ss.
- ORTEGA MONASTERIO, L.: “Semiología y aspectos médico-legales de los grandes síndromes psicopatológicos”, en ORTEGA MONASTERIO, L. y colaboradores: *Psicopatología jurídica y forense*, PPU, Barcelona, 1991, pp. 19 y ss.
- ORTEGA MONASTERIO, L.: “La imputabilidad desde el punto de vista clínico”, en ORTEGA MONASTERIO, L. y colaboradores: *Psicopatología jurídica y forense*, PPU, Barcelona, 1991, pp. 169 y ss.
- ORTEGA MONASTERIO, L.: “Los trastornos agudos exógenos confusionales”, DELGADO BUENO, S. (director); ESBEK RODRÍGUEZ, E.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. y GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. (coordinadores): *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid, 1994, pp. 1103 y ss.
- ORTIZ VALERO, T. y LADRÓN DE GUEVARA y GUERRERO, J.: *Lecciones de psiquiatría forense*, Comares, Granada, 1998.

- ORTS BERENGUER, E.: “Art. 20.6º Código Penal”, en VIVES ANTÓN, T.S. (coordinador) y OTROS: *Comentarios al Código Penal de 1995*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1996, pp. 212 y ss.
- ORTS BERENGUER, E. [et al.]: *Derecho penal. Parte general. Esquemas*. Tomo VI, Valencia, Tirant lo Blanch, 2007.
- PADILLA ALBA, H.R.: “Art. 20.2.º Código Penal”, *Comentarios al Código Penal, Tomo II (Artículos 19 a 23)*, dirigidos por COBO DEL ROSAL, Edersa, Madrid, 1999, pp. 243 y ss.
- PADILLA ALBA, H.R.: *Exención y atenuación de la responsabilidad penal por consumo de drogas*, Comares, Granada, 2001.
- PARELLADA RODÓN, E. Y FERNÁNDEZ EGEA, E.: *Esquizofrenia. Del caos mental a la esperanza*, Morales i Torres, Barcelona, 2004.
- PÉREZ MANZANO, M.: *Culpabilidad y prevención: las teorías de la prevención general positiva en la fundamentación de la imputación subjetiva y de la pena*, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 1990.
- PÉREZ-CURIEL CECCHINI, J.: *Tratamiento penal del drogodependiente: análisis práctico de las eximentes y atenuantes del Código Penal de 1995*, Forum, Oviedo, 1999.
- PÉREZ-VICTORIA, O.: “El ‘trastorno mental, transitorio’ como causa de inimputabilidad en el Código Penal Español”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, enero-abril, 1952, pp. 26 y ss.
- PHILLIPS, K.A.; YEN, S. y GUNDERSON, J.G.: “Trastornos de la personalidad” en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 601 y ss.
- PINTOR PÉREZ, L. y GASTÓ FERRER, C.: “Características clínicas”, en VIETA PASCUAL, E. y GASTÓ FERRER, C.: *Trastornos Bipolares*, Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, 1997, pp. 138 y ss.
- PRATS CANUT, J.M.: “Imputabilidad y alteración psíquica. Soluciones de Derecho comparado: Francia, Italia y R.F. Alemana”, en *Jornadas sobre Psiquiatría forense*, Colección Cursos del Centro de Estudios Judiciales, vol. 3, Ministerio de Justicia, Madrid, 1994, pp. 109 y ss.

- PRATS CANUT, J.M.: “La culpabilidad: principio y categoría dogmática”, en QUINTERO OLIVARES, G. y MORALES PRATS, F. (coordinadores) y OTROS: *El Nuevo Derecho Penal Español. Estudios Penales en Memoria del Profesor José Manuel Valle Muñiz*, Thomson-Aranzadi, Navarra, 2001, pp. 615 y ss.
- PUENTE SEGURA, L.: *Circunstancias eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad criminal*, Colex, Madrid, 1997.
- PUJOL DOMÉNECH, J. y DE AZPIAZU ARTIGAS, P.: *Demencias. El ocaso del cerebro*, Morales i Torres, Barcelona, 2004.
- QUINTANO RIPOLLÉS, A.: *Estimativa jurisprudencial de las anomalías mentales, Los delincuentes mentalmente anormales* (Conferencias y Comunicaciones), XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología, celebrado en la Facultad de Derecho de Madrid (23 de febrero a 20 de marzo de 1962), Art. Gráf. Helénica, Madrid, 1962, pp. 509 y ss.
- QUINTERO OLIVARES, G.: *Locos y culpables*, 1ª ed., 1ª imp., Aranzadi, Pamplona, 1999.
- QUINTERO OLIVARES, G. en QUINTERO OLIVARES, G.; CAVANILLAS MÚGICA, S; DE LLERA SUÁREZ-BÁRCENA, E.: *La responsabilidad civil “ex delicto”*, Aranzadi-Thomson, Navarra, 2002.
- QUINTERO OLIVARES, G. (con la colaboración de MORALES PRATS, F.): *Parte General del Derecho Penal*, 1ª ed. 1ª imp., Thomson-Aranzadi, Navarra, 2005.
- RAINE, A. y SANMARTÍN, J.: “Introducción”, RAINÉ, A. y SANMARTÍN, J. (editores), *Violencia y psicopatía*, 2ª ed., Ariel, Barcelona, 2002, pp. 5 y ss.
- RAMACCI, F.: *Corso di diritto penale*, 2ª ed., Giappichelli, Torino, 2001.
- RAMOS PAESA, C. y MARTA MORENO, J.: “Diagnóstico etiológico del delirium”, en MARTA MORENO, J.; MARTA MORENO, E.; PELEGRÍN VALERO, C. y RAMOS PAESA, C.: *Abordaje práctico del delirium (Síndrome confusional)*, Masson, Barcelona, 2004, pp. 97 y ss.
- REYES ECHANDÍA, A.: *Imputabilidad*, 5ª ed., Temis, Bogotá, 1997.
- RODES LLORET, F.: “Delirium”, en MARTÍ LLORET, J.B.; PASTOR BRAVO, M. y RODES LLORET, F.: *Enfermedad mental. Aspectos Médico-Forenses*, Díaz de Santos, Madrid, 2006, pp. 93 y ss.

- RODRÍGUEZ DEVESA, J.M. y SERRANO GÓMEZ, A.: *Derecho penal español. Parte General*, 18ª ed., rev. y puesta al día, Madrid, Dykinson, 1995.
- RODRÍGUEZ MOURULLO, G.: “Art. 20.1.º Código Penal”, en RODRÍGUEZ MOURULLO, G. (director); JORGE BARREIRO, A. (coordinador) y OTROS, *Comentarios al Código Penal*, 1ª ed., Civitas, Madrid, 1997, pp. 86 y ss.
- RODRÍGUEZ MOURULLO, G.: “Art. 20.2.º Código Penal”, en RODRÍGUEZ MOURULLO, G. (director); JORGE BARREIRO, A. (coordinador) y OTROS, *Comentarios al Código Penal*, 1ª ed., Civitas, Madrid, 1997, pp. 91 y ss.
- RODRÍGUEZ NUÑEZ, A.: “El actuar a causa del consumo de bebidas alcohólicas en el Código Penal de 1995”, en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, pp. 445 y ss.
- RODRÍGUEZ ROMÁN, Mª. J. y DE PABLO-BLANCO JORGE, C.: *Retraso mental*, con la colaboración de GÓMEZ DE MIGUEL, M., Síntesis, Madrid, 2004.
- ROJO, J.E.: “Clasificaciones en psiquiatría” en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 349 y ss.
- ROMEO CASABONA, C.Mª.: *Peligrosidad y Derecho penal preventivo*, 1ª ed., Bosch, Barcelona, 1986.
- ROMERO SIRVENT, C. y GÓMEZ PAVÓN, P.: “Enajenación mental y trastorno mental transitorio (Evolución legal y análisis jurisprudencial)”, *La Ley* (1985-1º), pp. 979 y ss.
- ROXIN, C.: “Reflexiones político-criminales sobre el principio de culpabilidad”, en *Culpabilidad y prevención en Derecho penal*, traducción, introducción y notas, MUÑOZ CONDE, F., Reus, Madrid, 1981, pp. 41 y ss.
- ROXIN, C.: “Culpabilidad, prevención y responsabilidad en derecho penal”, en *Culpabilidad y prevención en Derecho penal*, traducción, introducción y notas, MUÑOZ CONDE, F., Reus, Madrid, 1981, pp. 57 y ss.
- ROXIN, C.: “¿Qué queda de la culpabilidad en Derecho penal?”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 30, 1986, pp. 671 y ss.

- ROXIN, C.: *Derecho Penal. Parte General, Tomo I. Fundamentos. La estructura de la teoría del delito*, Traducción de la 2ª ed. alemana y notas por LUZÓN PEÑA, D.M.; DÍAZ y GARCÍA CONLLEDO, M. y DE VICENTE REMESAL, J., 1ª ed., reimpr., Civitas, Madrid, 2006.
- RUIZ VADILLO, E.: “Derecho penal y psiquiatría criminal y forense” en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, pp. 267 y ss.
- RUIZ-MAYA, M.: *Psiquiatría penal y civil*, Reprod. facs. de la ed. de Madrid: Talleres Tipograf. de D. Antonio Marzo, 1931, Publicaciones Obra Social y Cultural CajaSur, Córdoba, 1999.
- RUIZ-RICO RUIZ-MORÓN, J.: “La atenuación incompleta de la responsabilidad criminal”, *Cuadernos de Derecho Judicial. Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal*, núm. VII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1995, pp. 93 y ss.
- SÁINZ CANTERO, J.A.: *Lecciones de Derecho Penal. Parte General*, 3ª ed., Bosch, Barcelona, 1990.
- SALINERO ROMÁN, F. y SÁNCHEZ YLLERA, F.: “Estudio de la nueva configuración de las eximentes de enajenación, trastorno mental transitorio e intoxicación plena y medidas de seguridad subsiguientes a su apreciación”, en *Planes provinciales y territoriales de formación (Recopilación de ponencias y comunicaciones). Plan Territorial de Castilla-León, Salamanca, Recopilación penal I*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1992, pp. 29 y ss.
- SÁNCHEZ YLLERA, I.: “Art. 20.1.º Código Penal”, en VIVES ANTÓN, T.S. (coordinador) y OTROS: *Comentarios al Código Penal de 1995*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1996, pp. 113 y ss.
- SÁNCHEZ YLLERA, I.: “Art. 20.2.º Código Penal”, en VIVES ANTÓN, T.S. (coordinador) y OTROS: *Comentarios al Código Penal de 1995*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1996, pp. 122 y ss.
- SCHNEIDER, K.: *Las personalidades psicopáticas*, 7ª ed., versión española del Dr. Bartolomé Llopis, Morata, Madrid, 1974.

- SCOTT, C.L.; HILTY, D.M. y BROOK, M.: “Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados” en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 575 y ss.
- SEOANE RODRÍGUEZ, J.A.; ÁLVAREZ LATA, N y CARRIL VÁZQUEZ, X.M.: *Derecho y retraso mental: hacia un estatuto jurídico de la persona con retraso mental*, 1ª ed., 1ª imp., Fundación Paideia, A Coruña, 1999.
- SERRANO BUTRAGUEÑO, I.: “Art. 20.1.º Código Penal”, en SERRANO BUTRAGUEÑO, I. (coordinador editorial): *Código Penal de 1995 (Comentarios y jurisprudencia)*, Comares, Granada, 1999, pp. 262 y ss.
- SERRANO TÁRREGA, M.D.: “Retraso mental e imputabilidad” en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, pp. 529 y ss.
- STRATENWERTH, G.: *Derecho Penal. Parte General I. El Hecho Punible*, traducción de CANCIO MELIÁ M. y SANCINETTI, M.A., 1ª ed., 1ª imp., Civitas, Madrid, 2005.
- SUÁREZ MONTES, R.F.: “Psicopatía y responsabilidad”, *Los delincuentes mentalmente anormales (Conferencias y Comunicaciones)*, XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología, celebrado en la Facultad de Derecho de Madrid (23 de febrero a 20 de marzo de 1962), Art. Gráf. Helénica, Madrid, 1962, pp. 941 y ss.
- SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.: *La imputabilidad del consumidor de drogas*, 1ª ed., 1ª imp., Tirant lo Blanch, Valencia, 2000.
- SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.; JUDEL PRIETO, A. y PIÑOL RODRÍGUEZ, J.R.: *Manual de Derecho Penal I. Parte General*, 4ª ed., Thomson-Civitas, Madrid, 2006.
- TEROL LEVY, O.: “Medidas de seguridad en delitos violentos. Programas de intervención en delitos sexuales”, en ARRIETA MARTÍNEZ, A. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Psiquiatría criminal y comportamientos violentos*, núm. VIII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2005, pp. 181 y ss.
- TERRADILLOS BASOCO, J.M.: “Tratamiento jurídico-penal de la enajenación”, *Comentarios a la Legislación Penal (dirigidos por Cobo del Rosal y coordinados*

- por Bajo Fernández). *La reforma del Código Penal de 1983*, Tomo V-Vol. 1º, Edersa, Madrid, 1985, pp. 121 y ss.
- TORÍO LÓPEZ, A.: “Las fórmulas legislativas sobre la enfermedad mental, discusión del concepto de enajenación”, en *Estudios jurídicos en honor del profesor Octavio Pérez Vitoria*, Vol. II, Bosch, 1983, pp. 970 y ss.
- TORÍO LÓPEZ, A.: “Indicaciones metódicas sobre el concepto material de culpabilidad”, *Cuadernos de Política Criminal*, nº 36, 1988, pp. 759 y ss.
- 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, Bilbao-Granada, 2004.
- URRUELA MORA, A.: “Hacia un nuevo modelo de cooperación entre Derecho Penal y psiquiatría en el marco del enjuiciamiento de la inimputabilidad en virtud de la eximente de anomalía o alteración psíquica. Aspectos materiales y formales” *Cuadernos de Política Criminal*, nº 86, 2005, pp. 241 y ss.
- VALDÉS, M.: “Trastornos de la personalidad” en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 541 y ss.
- VALENCIANO GAYÁ, L.: “Problemas médico-forenses de las psicosis delirantes”, en ALBERCA LLORENTE, R.; VALENCIANO GAYÁ, L.; SÁNCHEZ-PEDREÑO, J. y ROS DE OLIVER, B.: *Psiquiatría y Derecho Penal*, Tecnos, Madrid, 1965, pp. 89 y ss.
- VALLEJO NÁJERA, J.A.: *Introducción a la psiquiatría*, 9ª ed., Editorial Científico Médica, Barcelona, 1977.
- VALLEJO RUILOBA, J.: “Neurosis: generalidades”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 357 y ss.
- VALLEJO RUILOBA, J.: “Trastornos de angustia”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 373 y ss.

- VALLEJO RUILOBA, J.: “Fobias”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 389 y ss.
- VALLEJO RUILOBA, J.: “Histeria”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 403 y ss.
- VALLEJO RUILOBA, J.: “Trastornos obsesivos”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 419 y ss.
- VALLEJO RUILOBA, J.: “Trastornos depresivos”, en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 485 y ss.
- VÁZQUEZ GONZÁLEZ, C.: “Ludopatía: Manifestaciones psicopatológicas y su incidencia en la responsabilidad criminal”, en *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Derecho Penal y Psiquiatría Criminal y forense*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, El Puerto de Santa María, 1998, pp. 569 y ss.
- VIETA, E.: “Trastornos bipolares y esquizoafectivos” en VALLEJO RUILOBA, J. (director) y OTROS: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 513 y ss.
- WEINER, M.F. y LIPTON, A.M.: *Demencias. Investigación, diagnóstico y tratamiento*, Masson, Barcelona, 2005.
- WELZEL, H.: *Estudios de Derecho penal: estudios sobre el sistema de derecho penal, causalidad y acción, derecho penal y filosofía*, traducción por ABOSO, G.E. y LÖW, T., B de F Ltda., Buenos Aires, 2002.
- WELZEL, H.: *El nuevo sistema del Derecho Penal: una introducción a la doctrina de la acción finalista*, traducción y notas por CEREZO MIR, J., 1ª ed., 2ª reimpr., Colección Maestros del Derecho Penal, N° 4, B de F Ltda., Montevideo, 2004.
- YÁÑEZ ROMÁN, P.L.: “Consideraciones en torno a la imputabilidad disminuida con especial referencia a los psicópatas. Su tratamiento y los denominados establecimientos de terapéutica social”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, mayo-agosto, 1970, pp. 301 y ss.

YUTZY, S.H.: “Trastornos somatomorfos”, en HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C. [EDS. LIT.]: *Fundamentos de psiquiatría clínica*, 2ª ed., Masson, Barcelona, 2006, pp. 453 y ss.

ZAFFARONI, E.R.; ALAGIA, A. y SLOKAR, A.: *Derecho penal. Parte general*, 2ª ed., Ediar, Buenos Aires, 2002.

ZUGALDÍA ESPINAR, J.M.: “Acerca de la evolución del concepto de culpabilidad”, en *Estudios penales, Libro homenaje al prof. J. Antón Oneca*, Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca, 1982, pp. 565 y ss.

ZUGALDÍA ESPINAR, J.M.: *Fundamentos de Derecho Penal. Parte General. Las teorías de la pena y de la ley penal. (Introducción teórico-práctica a sus problemas básicos)*, 3ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 1993.

ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. en ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (director); PÉREZ ALONSO, E.J. (coordinador) y OTROS: *Derecho Penal. Parte General*, 2ª ed., 1ª imp., Tirant lo Blanch, Valencia, 2004.

ÍNDICE JURISPRUDENCIAL

I. SENTENCIAS DEL TRIBUNAL SUPREMO

1. Repertorio de Jurisprudencia Criminal

STS de 17 de marzo de 1893 (JC 98).
 STS de 6 de julio de 1915 (JC 18).
 STS de 14 de marzo de 1916 (JC 51).
 STS de 24 de febrero de 1917 (JC 87).
 STS de 9 de noviembre de 1917 (JC 77).
 STS de 1 de julio de 1918 (JC 3).
 STS de 16 de octubre de 1918 (JC 37).
 STS de 13 de diciembre de 1926 (JC 147).
 STS de 15 de junio de 1927 (JC 157).
 STS de 24 de diciembre de 1929 (JC 151).
 STS de 13 de mayo de 1983 (JC 712).

2. Repertorio de Jurisprudencia Aranzadi¹

STS de 3 de marzo de 1930 (RJ 1930\175).
 STS de 9 de julio de 1930 (RJ 1930\372).
 STS de 8 de diciembre de 1931 (RJ 1931\1746).
 STS de 9 de noviembre de 1935 (RJ 1935\2093).
 STS de 27 de febrero de 1936 (RJ 1936\501).

STS de 18 de abril de 1940 (RJ 1940\381).
 STS de 8 de mayo de 1944 (RJ 1944\635).
 STS de 23 de enero de 1946 (RJ 1946\65).
 STS de 10 de marzo de 1947 (RJ 1947\379).
 STS de 2 de abril de 1947 (RJ 1947\522).
 STS de 18 de marzo de 1948 (RJ 1948\536).
 STS de 15 de abril de 1948 (RJ 1948\572).
 STS de 29 de mayo de 1948 (RJ 1948\870).
 STS de 18 de marzo de 1949 (RJ 1949\536).
 STS de 1 de marzo de 1950 (RJ 1950\458).
 STS de 12 de abril de 1950 (RJ 1950\795).
 STS de 7 de marzo de 1951 (RJ 1951\509).
 STS de 5 de abril de 1954 (RJ 1954\1122).
 STS de 13 de abril de 1955 (RJ 1955\938).
 STS de 5 de noviembre de 1955 (RJ 1955\2980).
 STS de 18 de noviembre de 1955 (RJ 1955\3015).
 STS de 10 de abril de 1957 (RJ 1957\1273).
 STS de 30 de enero de 1959 (RJ 1959\320).
 STS de 18 de mayo de 1959 (RJ 1959\1786).
 STS de 29 de octubre de 1959 (RJ 1959\3889).
 STS de 12 de mayo de 1960 (RJ 1960\1599).
 STS de 16 de junio de 1961 (RJ 1961\2196).
 STS de 22 de junio de 1961 (RJ 1961\2229).

¹ Todas las sentencias enumeradas a continuación han sido dictadas por la Sala 2ª del Tribunal Supremo. Las que han sido dictadas por otras Salas se mencionan expresamente.

- STS de 1 de junio de 1962 (RJ 1962\2502).
- STS de 22 de enero de 1964 (RJ 1964\294).
- STS de 30 de marzo de 1964 (RJ 1964\1679).
- STS de 23 de abril de 1964 (RJ 1964\2090).
- STS de 8 de octubre de 1964 (RJ 1964\4178).
- STS de 22 de diciembre de 1964 (RJ 1964\5620).
- STS de 21 de enero de 1965 (RJ 1965\66).
- STS de 17 de diciembre de 1965 (RJ 1965\5713).
- STS de 22 de enero de 1966 (RJ 1966\161).
- STS de 14 de febrero de 1966 (RJ 1966\696).
- STS de 6 de abril de 1966 (RJ 1966\1794).
- STS de 13 de marzo de 1967 (RJ 1967\1091).
- STS de 25 de noviembre de 1967 (RJ 1967\5165).
- STS de 4 de abril de 1968 (RJ 1968\1755).
- STS de 27 de septiembre de 1968 (RJ 1968\3691).
- STS de 25 de febrero de 1970 (RJ 1970\1027).
- STS de 12 de marzo de 1970 (RJ 1970\1375).
- STS de 25 de mayo de 1970 (RJ 1970\2202).
- STS de 30 de junio de 1970 (RJ 1970\3176).
- STS de 12 de diciembre de 1970 (RJ 1970\5263).
- STS de 17 de diciembre de 1970 (RJ 1970\5457).
- STS de 18 de diciembre de 1970 (RJ 1970\5480).
- STS de 21 de enero de 1971 (RJ 1971\233).
- STS de 30 de abril de 1971 (RJ 1971\1996).
- STS de 30 de abril de 1971 (RJ 1971\1997).
- STS de 13 de octubre de 1971 (RJ 1971\3800).
- STS de 23 de noviembre de 1971 (RJ 1971\5224).
- STS de 22 de mayo de 1972 (RJ 1972\2644).
- STS de 12 de junio de 1972 (RJ 1972\3090).
- STS de 13 de noviembre de 1972 (RJ 1972\4822).
- STS de 5 de enero de 1973 (RJ 1973\29).
- STS de 7 de febrero de 1973 (RJ 1973\639).
- STS de 24 de abril de 1973 (RJ 1973\2394).
- STS de 17 de mayo de 1973 (RJ 1973\2158).
- STS de 26 de diciembre de 1973 (RJ 1973\5094).
- STS de 11 de marzo de 1974 (RJ 1974\1287).
- STS de 25 de marzo de 1974 (RJ 1974\1451).
- STS de 31 de mayo de 1974 (RJ 1974\2463).
- STS de 15 de octubre de 1974 (RJ 1974\3911).
- STS de 22 de octubre de 1974 (RJ 1974\3936).
- STS de 9 de noviembre de 1974 (RJ 1974\4282).
- STS de 16 de noviembre de 1974 (RJ 1974\4607).
- STS de 31 de enero de 1975 (RJ 1975\255).
- STS de 8 de marzo de 1975 (RJ 1975\923).
- STS de 1 de abril de 1975 (RJ 1975\1505).
- STS de 7 de abril de 1975 (RJ 1975\1559).

- STS de 30 de abril de 1975 (RJ 1975\1787).
- STS de 12 de mayo de 1975 (RJ 1975\2080).
- STS de 13 de mayo de 1975 (RJ 1975\2092).
- STS de 28 de mayo de 1975 (RJ 1975\2568).
- STS de 16 de junio de 1975 (RJ 1975\2882).
- STS de 30 de octubre de 1975 (RJ 1975\4068).
- STS de 6 de diciembre de 1975 (RJ 1975\4732).
- STS de 20 de diciembre de 1975 (RJ 1975\4924).
- STS de 20 de enero de 1976 (RJ 1976\157).
- STS de 8 de abril de 1976 (RJ 1976\1576).
- STS de 4 de mayo de 1976 (RJ 1976\2131).
- STS de 8 de mayo de 1976 (RJ 1976\2161).
- STS de 27 de octubre de 1976 (RJ 1976\4333).
- STS de 25 de enero de 1977 (RJ 1977\99).
- STS de 25 de marzo de 1977 (RJ 1977\1303).
- STS de 22 de abril de 1977 (RJ 1977\1731).
- STS de 7 de noviembre de 1977 (RJ 1977\4213).
- STS de 27 de enero de 1978 (RJ 1978\106).
- STS de 17 de febrero de 1978 (RJ 1978\456).
- STS de 21 de febrero de 1978 (RJ 1978\483).
- STS de 14 de marzo de 1978 (RJ 1978\936).
- STS de 10 de abril de 1978 (RJ 1978\1301).
- STS de 10 de abril de 1978 (RJ 1978\1323).
- STS de 19 de abril de 1978 (RJ 1978\1469).
- STS de 16 de junio de 1978 (RJ 1978\1268).
- STS de 16 de junio de 1978 (RJ 1978\2639).
- STS de 17 de octubre de 1978 (RJ 1978\3229).
- STS de 21 de octubre de 1978 (RJ 1978\3251).
- STS de 4 de noviembre de 1978 (RJ 1978\3374).
- STS de 25 de noviembre de 1978 (RJ 1978\4116).
- STS de 2 de febrero de 1979 (RJ 1979\321).
- STS de 5 de febrero de 1979 (RJ 1979\323).
- STS de 15 de marzo de 1979 (RJ 1979\1145).
- STS de 30 de abril de 1979 (RJ 1979\1700).
- STS de 11 de mayo de 1979 (RJ 1979\2004).
- STS de 16 de octubre de 1979 (RJ 1979\3734).
- STS de 26 de octubre de 1979 (RJ 1979\3748).
- STS de 2 de noviembre de 1979 (RJ 1979\3799).
- STS de 12 de noviembre de 1979 (RJ 1979\4097).
- STS de 16 de enero de 1980 (RJ 1980\96).
- STS de 25 de enero de 1980 (RJ 1980\140).
- STS de 11 de febrero de 1980 (RJ 1980\466).
- STS de 5 de marzo de 1980 (RJ 1980\944).
- STS de 6 de marzo de 1980 (RJ 1980\2491).
- STS de 25 de marzo de 1980 (RJ 1980\1186).
- STS de 28 de marzo de 1980 (RJ 1980\1205).

- STS de 8 de abril de 1980 (RJ 1980\1258).
- STS de 12 de mayo de 1980 (RJ 1980\1910).
- STS de 26 de mayo de 1980 (RJ 1980\21269).
- STS de 25 de junio de 1980 (RJ 1980\2991).
- STS de 17 de octubre de 1980 (RJ 1980\3713).
- STS de 21 de octubre de 1980 (RJ 1980\3727).
- STS de 1 de noviembre de 1980 (RJ 1980\4392).
- STS de 10 de noviembre de 1980 (RJ 1980\4471).
- STS de 17 de diciembre de 1980 (RJ 1980\4944).
- STS de 20 de enero de 1981 (RJ 1981\161).
- STS de 21 de enero de 1981 (RJ 1981\168).
- STS de 11 de febrero de 1981 (RJ 1981\516).
- STS de 28 de abril de 1981 (RJ 1981\1675).
- STS de 4 de mayo de 1981 (RJ 1981\2092).
- STS de 5 de mayo de 1981 (RJ 1981\2118).
- STS de 11 de mayo de 1981 (RJ 1981\2165).
- STS de 13 de mayo de 1981 (RJ 1981\2220).
- STS de 19 de mayo de 1981 (RJ 1981\2236).
- STS de 20 de mayo de 1981 (RJ 1981\2258).
- STS de 6 de junio de 1981 (RJ 1981\2581).
- STS de 9 de junio de 1981 (RJ 1981\2634).
- STS de 12 de junio de 1981 (RJ 1981\2647).
- STS de 26 de junio de 1981 (RJ 1981\2799).
- STS de 7 de octubre de 1981 (RJ 1981\3618).
- STS de 29 de octubre de 1981 (RJ 1981\3902).
- STS de 13 de noviembre de 1981 (RJ 1981\4544).
- STS de 24 noviembre de 1981 (RJ 1981\4437).
- STS de 19 de diciembre de 1981 (RJ 1981\5092).
- STS de 20 de enero de 1982 (RJ 1982\115).
- STS de 15 de marzo de 1982 (RJ 1982\1714).
- STS de 25 de marzo de 1982 (RJ 1982\2022).
- STS de 30 de marzo de 1982 (RJ 1982\2042).
- STS de 30 de marzo de 1982 (RJ 1982\2044).
- STS de 31 de marzo de 1982 (RJ 1982\2049).
- STS de 22 de abril de 1982 (RJ 1982\2104).
- STS de 22 de abril de 1982 (RJ 1982\2110).
- STS de 23 de abril de 1982 (RJ 1982\2118).
- STS de 26 de mayo de 1982 (RJ 1982\2720).
- STS de 12 de junio de 1982 (RJ 1982\2500).
- STS de 12 de junio de 1982 (RJ 1982\3522).
- STS de 19 de junio de 1982 (RJ 1982\3549).
- STS de 16 de septiembre de 1982 (RJ 1982\4937).
- STS de 24 de septiembre de 1982 (RJ 1982\4962).
- STS de 4 de octubre de 1982 (RJ 1982\5593).
- STS de 20 de octubre de 1982 (RJ 1982\5663).
- STS de 4 de noviembre de 1982 (RJ 1982\7064).

- STS de 23 de noviembre de 1982 (RJ 1982\7183).
- STS de 6 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7379).
- STS de 17 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7718).
- STS de 21 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7858).
- STS de 17 de enero de 1983 (RJ 1983\11).
- STS de 21 de enero de 1983 (RJ 1983\40).
- STS de 26 de febrero de 1983 (RJ 1983\1733).
- STS de 25 de abril de 1983 (RJ 1983\2299).
- STS de 3 de mayo de 1983 (RJ 1983\2634).
- STS de 13 de mayo de 1983 (RJ 1983\2703).
- STS de 18 de mayo de 1983 (RJ 1983\2716).
- STS de 30 de mayo de 1983 (RJ 1983\2803).
- STS de 13 de junio de 1983 (RJ 1983\3126).
- STS de 22 de junio de 1983 (RJ 1983\3567).
- STS de 6 de julio de 1983 (RJ 1983\4100).
- STS de 8 de julio de 1983 (RJ 1983\4126).
- STS de 11 de julio de 1983 (RJ 1983\4137).
- STS de 12 de julio de 1983 (RJ 1983\4149).
- STS de 27 de septiembre de 1983 (RJ 1983\4588).
- STS de 2 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5443).
- STS de 2 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5444).
- STS de 2 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5445).
- STS de 10 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5476).
- STS de 12 de noviembre de 1983 (RJ 1983\8653).
- STS de 28 de noviembre de 1983 (RJ 1983\5761).
- STS de 19 de diciembre de 1983 (RJ 1983\5686).
- STS de 19 de diciembre de 1983 (RJ 1983\6591).
- STS de 22 de diciembre de 1983 (RJ 1983\6721).
- STS de 22 de diciembre de 1983 (RJ 1983\6723).
- STS de 25 de enero de 1984 (RJ 1984\406).
- STS de 26 de enero de 1984 (RJ 1984\418).
- STS de 20 de febrero de 1984 (RJ 1984\1150).
- STS de 8 de marzo de 1984 (RJ 1984\1719).
- STS de 4 de abril de 1984 (RJ 1984\2312).
- STS de 14 de mayo de 1984 (RJ 1984\2608).
- STS de 2 de junio de 1984 (RJ 1984\3767).
- STS de 29 de junio de 1984 (RJ 1984\3706).
- STS de 29 de junio de 1984 (RJ 1984\3712).
- STS de 2 de julio de 1984 (RJ 1984\3767).
- STS de 10 de octubre de 1984 (RJ 1984\4825).
- STS de 15 de octubre de 1984 (RJ 1984\4839).
- STS de 24 de octubre de 1984 (RJ 1984\5063).
- STS de 25 de octubre de 1984 (RJ 1984\5041).
- STS de 27 de octubre de 1984 (RJ 1984\5101).
- STS de 5 de noviembre de 1984 (RJ 1984\5434).
- STS de 14 de noviembre de 1984 (RJ 1984\5483).

- STS de 26 de noviembre de 1984 (RJ 1984\5954).
- STS de 22 de diciembre de 1984 (RJ 1984\6633).
- STS de 22 de enero de 1985 (RJ 1985\338).
- STS de 26 de enero de 1985 (RJ 1985\361).
- STS de 28 de enero de 1985 (RJ 1985\363).
- STS de 30 de enero de 1985 (RJ 1985\377).
- STS de 31 de enero de 1985 (RJ 1985\384).
- STS de 23 de febrero de 1985 (RJ 1985\1531).
- STS de 28 de febrero de 1985 (RJ 1985\1555).
- STS de 2 de marzo de 1985 (RJ 1988\1516).
- STS de 21 de marzo de 1985 (RJ 1985\1986).
- STS de 22 de marzo de 1985 (RJ 1985\2023).
- STS de 29 de marzo de 1985 (RJ 1985\2).
- STS de 9 de abril de 1985 (RJ 1985\2076).
- STS de 10 de abril de 1985 (RJ 1985\2076).
- STS de 11 de abril de 1985 (RJ 1985\2082).
- STS de 18 de abril de 1985 (RJ 1985\2102).
- STS de 10 de mayo de 1985 (RJ 1985\2461).
- STS de 13 de mayo de 1985 (RJ 1985\2477).
- STS de 22 de mayo de 1985 (RJ 1985\2525).
- STS de 28 de mayo de 1985 (RJ 1985\2545).
- STS de 13 de junio de 1985 (RJ 1985\3005).
- STS de 20 de junio de 1985 (RJ 1985\3035).
- STS de 25 de junio de 1985 (RJ 1985\3060).
- STS de 26 de junio de 1985 (RJ 1985\3066).
- STS de 26 de junio de 1985 (RJ 1985\3071).
- STS de 28 de junio de 1985 (RJ 1985\3081).
- STS de 4 de julio de 1985 (RJ 1985\3955).
- STS de 11 de julio de 1985 (RJ 1985\4062).
- STS de 16 de julio de 1985 (RJ 1985\4111).
- STS de 23 de septiembre de 1985 (RJ 1985\4431).
- STS de 4 de octubre de 1985 (RJ 1985\4619).
- STS de 14 de octubre de 1985 (RJ 1985\4982).
- STS de 16 de octubre de 1985 (RJ 1985\4993).
- STS de 16 de octubre de 1985 (RJ 1985\4996).
- STS de 24 de octubre de 1985 (RJ 1985\5050).
- STS de 5 de diciembre de 1985 (RJ 1985\5989).
- STS de 15 de enero de 1986 (RJ 1986\131).
- STS de 16 de enero de 1986 (RJ 1986\140).
- STS de 18 de enero de 1986 (RJ 1986\150).
- STS de 22 de enero 1986 (RJ 1986\166).
- STS de 26 de enero de 1986 (RJ 1986\166).
- STS de 29 de enero de 1986 (RJ 1986\197).
- STS de 12 de febrero de 1986 (RJ 1986\596).
- STS de 21 de marzo de 1986 (RJ 1986\1673).
- STS de 22 de marzo de 1986 (RJ 1986\1709).

- STS de 29 de marzo de 1986 (RJ 1986\1709).
- STS de 10 de abril de 1986 (RJ 1986\1954).
- STS de 16 de abril de 1986 (RJ 1986\1977).
- STS de 23 de abril de 1986 (RJ 1986\2095).
- STS de 8 de mayo de 1986 (RJ 1986\2431).
- STS de 9 de mayo de 1986 (RJ 1986\2434).
- STS de 9 de mayo de 1986 (RJ 1986\2436).
- STS de 9 de mayo de 1986 (RJ 1986\2442).
- STS de 20 de mayo de 1986 (RJ 1986\2857).
- STS de 28 de mayo de 1986 (RJ 1986\2896).
- STS de 18 de noviembre de 1986 (RJ 1986\6974).
- STS de 1 de diciembre de 1986 (RJ 1986\7768).
- STS de 5 de diciembre de 1986 (RJ 1986\7788).
- STS de 17 de diciembre de 1986 (RJ 1986\7940).
- STS de 19 de diciembre de 1986 (RJ 1986\7968).
- STS de 15 de enero de 1987 (RJ 1987\384).
- STS de 22 de enero de 1987 (RJ 1987\443).
- STS de 23 de enero de 1987 (RJ 1987\449).
- STS de 23 de enero de 1987 (RJ 1987\458).
- STS de 6 de febrero de 1987 (RJ 1987\12019).
- STS de 14 de febrero de 1987 (RJ 1987\1253).
- STS de 23 de marzo de 1987 (RJ 1987\2196).
- STS de 27 de marzo de 1987 (RJ 1987\2225).
- STS de 9 de abril de 1987 (RJ 1987\2472).
- STS de 22 de abril de 1987 (RJ 1987\2594).
- STS de 27 de abril de 1987 (RJ 1987\2617).
- STS de 30 de abril de 1987 (RJ 1987\2638).
- STS de 5 de mayo de 1987 (RJ 1987\3008).
- STS de 20 de mayo de 1987 (RJ 1987\3099).
- STS de 27 de mayo de 1987 (RJ 1987\3142).
- STS de 8 de junio de 1987 (RJ 1987\4693).
- STS de 17 de junio de 1987 (RJ 1987\4962).
- STS de 19 de junio de 1987 (RJ 1987\4971).
- STS de 3 de julio de 1987 (RJ 1987\5152).
- STS de 6 de julio de 1987 (RJ 1987\5173).
- STS de 6 de julio de 1987 (RJ 1987\5284).
- STS de 18 de julio de 1987 (RJ 1987\5560).
- STS de 20 de julio de 1987 (RJ 1987\5572).
- STS de 16 de septiembre de 1987 (RJ 1987\6465).
- STS de 29 de septiembre de 1987 (RJ 1987\6651).
- STS de 3 de octubre de 1987 (RJ 1987\6949).
- STS de 9 de octubre de 1987 (RJ 1987\7278).
- STS de 10 de octubre de 1987 (RJ 1987\7282).
- STS de 14 de octubre de 1987 (RJ 1987\7369).
- STS de 16 de octubre de 1987 (RJ 1987\7278).
- STS de 20 de octubre de 1987 (RJ 1987\7507).

- STS de 20 de octubre de 1987 (RJ 1987\7508).
- STS de 22 de octubre de 1987 (RJ 1987\7572).
- STS de 26 de octubre de 1987 (RJ 1987\7599).
- STS de 30 de octubre de 1987 (RJ 1987\7633).
- STS de 4 de noviembre de 1987 (RJ 1987\8442).
- STS de 11 de noviembre de 1987 (RJ 1987\8496).
- STS de 30 de noviembre de 1987 (RJ 1987\8719).
- STS de 14 de diciembre de 1987 (RJ 1987\9768).
- STS de 15 de diciembre de 1987 (RJ 1987\9776).
- STS de 3 de enero de 1988 (RJ 1988\217).
- STS de 5 de enero de 1988 (RJ 1988\232).
- STS de 5 de enero de 1988 (RJ 1988\236).
- STS de 22 de enero de 1988 (RJ 1988\416).
- STS de 25 de enero de 1988 (RJ 1988\469).
- STS de 29 de enero de 1988 (RJ 1988\526).
- STS de 2 de febrero de 1988 (RJ 1988\835).
- STS de 15 de febrero de 1988 (RJ 1988\1058).
- STS de 16 de febrero de 1988 (RJ 1988\1092).
- STS de 16 de febrero de 1988 (RJ 1988\1095).
- STS de 22 de febrero de 1988 (RJ 1988\1223).
- STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988\1338).
- STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988\1341).
- STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988\1359).
- STS de 2 de marzo de 1988 (RJ 1988\1516).
- STS de 15 de marzo de 1988 (RJ 1988\2018).
- STS de 21 de marzo de 1988 (RJ 1988\2043).
- STS de 23 de marzo de 1988 (RJ 1988\2079).
- STS de 28 de marzo de 1988 (RJ 1988\2114).
- STS de 7 de abril de 1988 (RJ 1988\2750).
- STS de 30 de abril de 1988 (RJ 1988\2927).
- STS de 6 de mayo de 1988 (RJ 1988\3492).
- STS de 10 de mayo de 1988 (RJ 1988\3521).
- STS de 18 de mayo de 1988 (RJ 1988\3686).
- STS de 20 de mayo de 1988 (RJ 1988\3699).
- STS de 20 de mayo de 1988 (RJ 1988\3701).
- STS de 6 de junio de 1988 (RJ 1988\4476).
- STS de 27 de junio de 1988 (RJ 1988\5353).
- STS de 7 de julio de 1988 (RJ 1988\6516).
- STS de 11 de julio de 1988 (RJ 1988\6539).
- STS de 19 de julio de 1988 (RJ 1988\6632).
- STS de 22 de julio de 1988 (RJ 1988\6648).
- STS de 22 de julio de 1988 (RJ 1988\6662).
- STS de 13 de septiembre de 1988 (RJ 1988\6753).
- STS de 13 de septiembre de 1988 (RJ 1988\6754).
- STS de 19 de septiembre de 1988 (RJ 1988\6797).
- STS de 26 de septiembre de 1988 (RJ 1988\7031).

- STS de 27 de septiembre de 1988 (RJ 1988\7035).
- STS de 5 de octubre de 1988 (RJ 1988\7667).
- STS de 14 de octubre de 1988 (RJ 1988\7920).
- STS de 17 de octubre de 1988 (RJ 1988\8328).
- STS de 20 de octubre de 1988 (RJ 1988\8370).
- STS de 21 de octubre de 1988 (RJ 1988\8076).
- STS de 18 de noviembre de 1988 (RJ 1988\10339).
- STS de 21 de noviembre de 1988 (RJ 1988\9192).
- STS de 3 de diciembre de 1988 (RJ 1988\9361).
- STS de 9 de diciembre de 1988 (RJ 1988\9376).
- STS de 16 de diciembre de 1988 (RJ 1988\9519).
- STS de 16 de diciembre de 1988 (RJ 1988\9521).
- STS de 20 de enero de 1989 (RJ 1989\53).
- STS de 20 de enero de 1989 (RJ 1989\62).
- STS de 28 de enero de 1989 (RJ 1989\598).
- STS de 1 de febrero de 1989 (RJ 1989\1331).
- STS de 10 de febrero de 1989 (RJ 1989\1537).
- STS de 14 de febrero de 1989 (RJ 1989\4754).
- STS de 16 de febrero de 1989 (RJ 1989\1580).
- STS de 17 de febrero de 1989 (RJ 1989\1590).
- STS de 20 de febrero de 1989 (RJ 1989\1614).
- STS de 20 de febrero de 1989 (RJ 1989\1616).
- STS de 22 de febrero de 1989 (RJ 1989\4756).
- STS de 27 de febrero de 1989 (RJ 1989\1671).
- STS de 27 de febrero de 1989 (RJ 1989\4757).
- STS de 6 de marzo de 1989 (RJ 1989\2489).
- STS de 17 de marzo de 1989 (RJ 1989\2672).
- STS de 27 de marzo de 1989 (RJ 1989\2736).
- STS de 27 de marzo de 1989 (RJ 1989\2740).
- STS de 27 de marzo de 1989 (RJ 1989\2742).
- STS de 28 de marzo de 1989 (RJ 1989\2751).
- STS de 7 de abril de 1989 (RJ 1989\3033).
- STS de 12 de abril de 1989 (RJ 1989\3177).
- STS de 14 de abril de 1989 (RJ 1989\3192).
- STS de 21 de abril de 1989 (RJ 1989\3480).
- STS de 28 de abril de 1989 (RJ 1989\6294).
- STS de 12 de mayo de 1989 (RJ 1989\4184).
- STS de 16 de mayo de 1989 (RJ 1989\4196).
- STS de 16 de mayo de 1989 (RJ 1989\4206).
- STS de 24 de mayo de 1989 (RJ 1989\4251).
- STS de 1 de junio de 1989 (RJ 1989\5005).
- STS de 14 de junio de 1989 (RJ 1989\5114).
- STS de 22 de junio de 1989 (RJ 1989\5195).
- STS de 26 de junio de 1989 (RJ 1989\5226).
- STS de 3 de julio de 1989 (RJ 1989\6022).
- STS de 8 de julio de 1989 (RJ 1989\6142).

- STS de 12 de julio de 1989 (RJ 1989\6182).
- STS de 12 de julio de 1989 (RJ 1989\6745).
- STS de 14 de julio de 1989 (RJ 1989\6232).
- STS de 20 de septiembre de 1989 (RJ 1989\6750).
- STS de 28 de septiembre de 1989 (RJ 1989\6802).
- STS de 28 de septiembre de 1989 (RJ 1989\6804).
- STS de 29 de septiembre de 1989 (RJ 1989\7516).
- STS de 5 de octubre de 1989 (RJ 1989\7612).
- STS de 5 de octubre de 1989 (RJ 1989\7618).
- STS de 5 de octubre de 1989 (RJ 1989\8447).
- STS de 26 de octubre de 1989 (RJ 1989\7758).
- STS de 2 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8536).
- STS de 4 noviembre 1989 (RJ 1989\8557).
- STS de 10 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8601).
- STS de 24 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8730).
- STS de 28 de noviembre de 1989 (RJ 1989\9667).
- STS de 1 de diciembre de 1989 (RJ 1989\9375).
- STS de 12 de diciembre de 1989 (RJ 1989\9535).
- STS de 12 de diciembre de 1989 (RJ 1989\9536).
- STS de 30 de diciembre de 1989 (RJ 1989\929).
- STS de 3 de enero de 1990 (RJ 1990\263).
- STS de 2 de febrero de 1990 (RJ 1990\1034).
- STS de 8 de febrero de 1990 (RJ 1990\1296).
- STS de 8 de febrero de 1990 (RJ 1990\1301).
- STS de 10 de febrero de 1990 (RJ 1990\1466).
- STS de 16 de febrero de 1990 (RJ 1990\1560).
- STS de 16 de febrero de 1990 (RJ 1990\1605).
- STS de 15 de marzo de 1990 (RJ 1990\2484).
- STS de 26 de marzo de 1990 (RJ 1990\2612).
- STS de 6 de abril de 1990 (RJ 1990\3199).
- STS de 12 de abril de 1990 (RJ 1990\3219).
- STS de 18 de abril de 1990 RJ 1990\3265).
- STS de 27 de abril de 1990 (RJ 1990\3351).
- STS de 10 de mayo de 1990 (RJ 1990\3897).
- STS de 18 de mayo de 1990 (RJ 1990\4183).
- STS de 28 de mayo de 1990 (RJ 1990\4469).
- STS de 6 de junio de 1990 (RJ 1990\5146).
- STS de 6 de junio de 1990 (RJ 1990\5147).
- STS de 8 de junio de 1990 (RJ 1990\5247).
- STS de 22 de junio de 1990 (RJ 1990\5619).
- STS de 26 de junio de 1990 (RJ 1990\5226).
- STS de 28 de junio de 1990 (RJ 1990\6553).
- STS de 4 de julio de 1990 (RJ 1990\6214).
- STS de 6 de julio de 1990 (RJ 1990\6253).
- STS de 16 de julio de 1990 (RJ 1990\6714).
- STS de 16 de julio de 1990 (RJ 1990\6716).

- STS de 19 de julio de 1990 (RJ 1990\6789).
- STS de 21 de julio de 1990 (RJ 1990\6808).
- STS de 11 de septiembre de 1990 (RJ 1990\7317).
- STS de 14 de septiembre de 1990 (RJ 1990\6941).
- STS de 24 de septiembre de 1990 (RJ 1990\7217).
- STS de 27 de septiembre de 1990 (RJ 1990\7362).
- STS de 2 de octubre de 1990 (RJ 1990\7627).
- STS de 2 de octubre de 1990 (RJ 1990\7637).
- STS de 15 de octubre de 1990 (RJ 1990\8073).
- STS de 2 de noviembre de 1990 (RJ 1990\9069).
- STS de 8 de noviembre de 1990 (RJ 1990\8864).
- STS de 16 de noviembre de 1990 (RJ 1990\8924).
- STS de 19 noviembre 1990 (RJ 1990\9007).
- STS de 24 de noviembre de 1990 (RJ 1990\9154).
- STS de 28 de noviembre de 1990 (RJ 1990\9211).
- STS de 1 de diciembre de 1990 (RJ 1990\9369).
- STS de 5 de diciembre de 1990 (RJ 1990\9418).
- STS de 11 de diciembre de 1990 (RJ 1990\9460).
- STS de 24 de diciembre de 1990 (RJ 1990\10020).
- STS de 27 de diciembre de 1990 (RJ 1990\10090).
- STS de 16 de enero de 1991 (RJ 1991\124).
- STS de 17 de enero de 1991 (RJ 1991\141).
- STS de 23 de enero de 1991 (RJ 1991\271).
- STS de 1 de febrero de 1991 (RJ 1991\693).
- STS de 4 de febrero de 1991 (RJ 1991\733).
- STS de 4 de febrero de 1991 (RJ 1991\739).
- STS de 13 de febrero de 1991 (RJ 1991\1022).
- STS de 22 de febrero de 1991 (RJ 1991\1340).
- STS de 22 de febrero de 1991 (RJ 1991\1343).
- STS de 25 de febrero de 1991 (RJ 1991\1414).
- STS de 25 de febrero de 1991 (RJ 1991\1430).
- STS de 1 de marzo de 1991 (RJ 1991\1731).
- STS de 5 de marzo de 1991 (RJ 1991\1911).
- STS de 8 de marzo de 1991 (RJ 1991\1938).
- STS de 20 de marzo de 1991 (RJ 1991\2316).
- STS de 21 de marzo de 1991 (RJ 1991\2118).
- STS de 22 de marzo de 1991 (RJ 1991\2348).
- STS de 9 de abril de 1991 (RJ 1991\2586).
- STS de 15 de abril de 1991 (RJ 1991\2774).
- STS de 15 de abril de 1991 (RJ 1991\2792).
- STS de 29 de abril de 1991 (RJ 1991\2986).
- STS de 3 de mayo de 1991 (RJ 1991\3538).
- STS de 6 de mayo de 1991 (RJ 1991\3547).
- STS de 9 de mayo de 1991 (RJ 1991\3611).
- STS de 17 de mayo de 1991 (RJ 1991\3685).
- STS de 20 de mayo de 1991 (RJ 1991\3725).

STS de 24 de mayo de 1991 (RJ 1991\3857).
STS de 27 de mayo de 1991 (RJ 1991\3865).
STS de 30 de mayo de 1991 (RJ 1991\3992).
STS de 10 de junio de 1991 (RJ 1991\4581).
STS de 11 de junio de 1991 (RJ 1991\4586).
STS de 12 de junio de 1991 (RJ 1991\4662).
STS de 18 de junio de 1991 (RJ 1991\4740).
STS de 20 de junio de 1991 (RJ 1991\4761).
STS de 20 de junio de 1991 (RJ 1991\4762).
STS de 3 de julio de 1991 (RJ 1991\5523).
STS de 10 de julio de 1991 (RJ 1991\5717).
STS de 15 de julio de 1991 (RJ 1991\5903).
STS de 15 de julio de 1991 (RJ 1991\5922).
STS de 16 de julio de 1991 (RJ 1991\5947).
STS de 9 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6117).
STS de 12 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6149).
STS de 18 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6445).
STS de 24 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6563).
STS de 26 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6584).
STS de 27 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6625).
STS de 27 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6638).
STS de 27 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6639).
STS de 30 de septiembre de 1991 (RJ 1991\6649).
STS de 5 de octubre de 1991 (RJ 1991\7005).
STS de 8 de octubre de 1991 (RJ 1991\7036).
STS de 8 de octubre de 1991 (RJ 1991\7037).
STS de 11 de octubre de 1991 (RJ 1991\7089).
STS de 24 de octubre de 1991 (RJ 1991\7370).
STS de 2 de noviembre de 1991 (RJ 1991\7901).
STS de 6 de noviembre de 1991 (RJ 1991\7962).
STS de 3 de diciembre de 1991 (RJ 1991\6720).
STS de 3 de diciembre de 1991 (RJ 1991\8958).
STS de 18 de diciembre de 1991 (RJ 1991\9539).
STS de 10 de enero de 1992 (RJ 1992\252).
STS de 17 de enero de 1992 (RJ 1992\170).
STS de 27 de enero de 1992 (RJ 1992\463).
STS de 14 de febrero de 1992 (RJ 1992\1228).
STS de 20 de febrero de 1992 (RJ 1992\1216).
STS de 26 de febrero de 1992 (RJ 1992\1347).
STS de 9 de marzo de 1992 (RJ 1992\1944).
STS de 13 de marzo de 1992 (RJ 1992\2076).
STS de 24 de marzo de 1992 (RJ 1992\2422).
STS de 24 de marzo de 1992 (RJ 1992\2427).
STS de 4 de abril de 1992 (RJ 1992\3129).
STS de 8 de abril de 1992 (RJ 1992\3129).
STS de 14 de abril de 1992 (RJ 1992\3055).

- STS de 5 de mayo de 1992 (RJ 1992\3708).
- STS de 6 de mayo de 1992 (RJ 1992\4315).
- STS de 6 de mayo de 1992 (RJ 1992\4316).
- STS de 11 de mayo de 1992 (RJ 1992\3774).
- STS de 12 de mayo de 1992 (RJ 1992\3868).
- STS de 19 de mayo de 1992 (RJ 1992\4182).
- STS de 27 de mayo de 1992 (RJ 1992\4952).
- STS de 2 de junio de 1992 (RJ 1992\4756).
- STS de 9 de junio de 1992 (RJ 1992\4889).
- STS de 11 de junio de 1992 (RJ 1992\5053).
- STS de 16 de junio de 1992 (RJ 1992\5389).
- STS de 16 de junio de 1992 (RJ 1992\5395).
- STS de 22 de junio de 1992 (RJ 1992\5809).
- STS de 14 de julio de 1992 (RJ 1992\6414).
- STS de 15 de julio de 1992 (RJ 1992\6372).
- STS de 22 de julio de 1992 (RJ 1992\6694).
- STS de 8 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7095).
- STS de 15 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7154).
- STS de 15 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7155).
- STS de 16 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7162).
- STS de 23 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7241).
- STS de 25 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7349).
- STS de 30 de septiembre de 1992 (RJ 1992\7399).
- STS de 5 de octubre de 1992 (RJ 1992\7736).
- STS de 20 de octubre de 1992 (RJ 1992\8408).
- STS de 24 de octubre de 1992 (RJ 1992\8515).
- STS de 31 de octubre de 1992 (RJ 1992\8630).
- STS de 5 de noviembre de 1992 (RJ 1992\9007).
- STS de 7 de noviembre de 1992 (RJ 1992\8949).
- STS de 10 de noviembre de 1992 (RJ 1992\8959).
- STS de 19 de noviembre de 1992 (RJ 1992\9607).
- STS de 1 de diciembre de 1992 (RJ 1992\9898).
- STS de 3 de diciembre de 1992 (RJ 1992\9908).
- STS de 4 de diciembre de 1992 (RJ 1992\9927).
- STS de 4 de diciembre de 1992 (RJ 1992\10005).
- STS de 11 de diciembre de 1992 (RJ 1992\10165).
- STS de 15 de diciembre de 1992 (RJ 1992\10224).
- STS de 20 de enero de 1993 (RJ 1993\138).
- STS de 21 de enero de 1993 (RJ 1993\142).
- STS de 27 de enero de 1993 (RJ 1993\198).
- STS de 2 de febrero de 1993 (RJ 1993\629).
- STS de 2 de febrero de 1993 (RJ 1993\10139).
- STS de 5 de febrero de 1993 (RJ 1993\871).
- STS de 5 de febrero de 1993 (RJ 1993\875).
- STS de 13 de febrero de 1993 (RJ 1993\1104).
- STS de 19 de febrero de 1993 (RJ 1993\1375).

- STS de 23 de febrero de 1993 (RJ 1993\1399).
- STS de 20 de marzo de 1993 (RJ 1993\2423).
- STS de 26 de marzo de 1993 (RJ 1993\2585).
- STS de 31 de marzo de 1993 (RJ 1993\2598).
- STS de 7 de abril de 1993 (RJ 1993\3045).
- STS de 22 de abril de 1993 (RJ 1993\3174).
- STS de 6 de mayo de 1993 (RJ 1993\3851).
- STS de 7 de mayo de 1993 (RJ 1993\3860).
- STS de 17 de mayo de 1993 (RJ 1993\4152).
- STS de 18 de mayo de 1993 (RJ 1993\4171).
- STS de 21 de mayo de 1993 (RJ 1993\4245).
- STS de 28 de mayo de 1993 (RJ 1993\4265).
- STS de 28 de mayo de 1993 (RJ 1993\4273).
- STS de 16 de junio de 1993 (RJ 1993\5155).
- STS de 21 de junio de 1993 (RJ 1993\5276).
- STS de 22 de junio de 1993 (RJ 1993\5279).
- STS de 2 de julio de 1993 (RJ 1993\5856).
- STS de 6 de julio de 1993 (RJ 1993\5935).
- STS de 20 de julio de 1993 (RJ 1993\6414).
- STS de 17 de septiembre de 1993 (RJ 1993\6703).
- STS de 20 de septiembre de 1993 (RJ 1993\6801).
- STS de 21 de septiembre de 1993 (RJ 1993\6816).
- STS de 28 de septiembre de 1993 (RJ 1993\7006).
- STS de 29 de septiembre de 1993 (RJ 1993\7015).
- STS de 4 de octubre de 1993 (RJ 1993\7273).
- STS de 8 de octubre de 1993 (RJ 1993\7298).
- STS de 11 de octubre de 1993 (RJ 1993\7370).
- STS de 13 de octubre de 1993 (RJ 1993\7709).
- STS de 14 de octubre de 1993 (RJ 1993\7714).
- STS de 20 de octubre de 1993 (RJ 1993\7809).
- STS de 25 de octubre de 1993 (RJ 1993\7733).
- STS de 29 de octubre de 1993 (RJ 1993\7988).
- STS de 4 de noviembre de 1993 (RJ 1993\8227).
- STS de 10 de noviembre de 1993 (RJ 1993\8386).
- STS de 10 de noviembre de 1993 (RJ 1993\9128).
- STS de 15 de noviembre de 1993 (RJ 1993\8581).
- STS de 22 de noviembre de 1993 (RJ 1993\8653).
- STS de 23 de noviembre de 1993 (RJ 1993\8683).
- STS de 25 de noviembre de 1993 (RJ 1993\9015).
- STS de 3 de diciembre de 1993 (RJ 1993\9384).
- STS de 7 de diciembre de 1993 (RJ 1993\9938).
- STS de 9 de diciembre de 1993 (RJ 1993\9941).
- STS de 10 de diciembre de 1993 (RJ 1993\9279).
- STS de 14 de diciembre de 1993 (RJ 1993\9444).
- STS de 19 de enero de 1994 (RJ 1994\31).
- STS de 24 de enero de 1994 (RJ 1994\97).

- STS de 14 de febrero de 1994 (RJ 1994\736).
- STS de 16 de febrero de 1994 (RJ 1994\928).
- STS de 18 de febrero de 1994 (RJ 1994\936).
- STS de 26 de febrero de 1994 (RJ 1994\1127).
- STS de 28 de febrero de 1994 (RJ 1994\1580).
- STS de 14 de marzo de 1994 (RJ 1994\2146).
- STS de 15 de marzo de 1994 (RJ 1994\2163).
- STS de 21 de marzo de 1994 (RJ 1994\2374).
- STS de 22 de marzo de 1994 (RJ 1994\2388).
- STS de 7 de abril de 1994 (RJ 1994\2896).
- STS de 20 de abril de 1994 (RJ 1994\3350).
- STS de 27 de abril de 1994 (RJ 1994\4602).
- STS de 3 de mayo de 1994 (RJ 1994\3649).
- STS de 6 de mayo de 1994 (RJ 1994\3621).
- STS de 27 de mayo de 1994 (RJ 1994\4405).
- STS de 30 de mayo de 1994 (RJ 1994\4065).
- STS de 7 de junio de 1994 (RJ 1994\6255).
- STS de 24 de junio de 1994 (RJ 1994\5028).
- STS de 8 de julio de 1994 (RJ 1994\6262).
- STS de 14 de julio de 1994 (RJ 1994\6286).
- STS de 18 de julio de 1994 (RJ 1994\6465).
- STS de 20 de julio de 1994 (RJ 1994\6615).
- STS de 27 de julio de 1994 (RJ 1994\6817).
- STS de 28 de septiembre de 1994 (RJ 1994\7233).
- STS de 28 de septiembre de 1994 (RJ 1994\7238).
- STS de 3 de octubre de 1994 (RJ 1994\7904).
- STS de 3 de octubre de 1994 (RJ 1994\7605).
- STS de 3 de octubre de 1994 (RJ 1994\7606).
- STS de 4 de octubre de 1994 (RJ 1994\7610).
- STS de 10 de octubre de 1994 (RJ 1994\7883).
- STS de 14 de octubre de 1994 (RJ 1994\7900).
- STS de 15 de octubre de 1994 (RJ 1994\7920).
- STS de 22 de octubre de 1994 (RJ 1994\8160).
- STS de 24 de octubre de 1994 (RJ 1994\8165).
- STS de 25 de octubre de 1994 (RJ 1994\10573).
- STS de 28 de octubre de 1994 (RJ 1994\8360).
- STS de 31 de octubre de 1994 (RJ 1994\8342).
- STS de 31 de octubre de 1994 (RJ 1994\8781).
- STS de 10 de noviembre de 1994 (RJ 1994\8810).
- STS de 9 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10071).
- STS de 13 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10147).
- STS de 15 de diciembre de 1994 (RJ 1994\9378).
- STS de 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10252).
- STS de 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10255).
- STS de 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10256).
- STS de 23 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10311).
- STS de 4 de enero de 1995 (RJ 1995\3).

STS de 16 de enero de 1995 (RJ 1995\153).	STS de 24 de abril de 1995 (RJ 1995\3534).
STS de 18 de enero de 1995 (RJ 1995\135).	STS de 26 de abril de 1995 (RJ 1995\3536).
STS de 3 de febrero de 1995 (RJ 1995\869).	STS de 3 de mayo de 1995 (RJ 1995\3899).
STS de 8 de febrero de 1995 (RJ 1995\712).	STS de 5 de mayo de 1995 (RJ 1995\3618).
STS de 8 de febrero de 1995 (RJ 1995\808).	STS de 8 de mayo de 1995 (RJ 1995\3568).
STS de 8 de febrero de 1995 (RJ 1995\831).	STS de 8 de mayo de 1995 (RJ 1995\3570).
STS de 8 de febrero de 1995 (RJ 1995\836).	STS de 11 de mayo de 1995 (RJ 1995\3625).
STS de 17 de febrero de 1995 (RJ 1995\1181).	STS de 19 de mayo de 1995 (RJ 1995\4492).
STS de 23 de febrero de 1995 (RJ 1995\1556).	STS de 23 de mayo de 1995 (RJ 1995\3911).
STS de 24 de febrero de 1995 (RJ 1995\1322).	STS de 26 de mayo de 1995 (RJ 1995\3953).
STS de 24 de febrero de 1995 (RJ 1995\1325).	STS de 29 de mayo de 1995 (RJ 1995\3950).
STS de 28 de febrero de 1995 (RJ 1995\1432).	STS de 29 de mayo de 1995 (RJ 1995\3960).
STS de 1 de marzo de 1995 (RJ 1995\1784).	STS de 31 de mayo de 1995 (RJ 1995\3966).
STS de 10 de marzo de 1995 (RJ 1995\1825).	STS de 8 de junio de 1995 (RJ 1995\4551).
STS de 21 de marzo de 1995 (RJ 1995\2041).	STS de 28 de septiembre de 1995 (RJ 1995\6757).
STS de 22 de marzo de 1995 (RJ 1995\2253).	STS de 28 de septiembre de 1995 (RJ 1995\6897).
STS de 22 de marzo de 1995 (RJ 1995\2271).	STS de 2 de octubre de 1995 (RJ 1995\7372).
STS de 4 de abril de 1995 (RJ 1995\2812).	STS de 7 de octubre de 1995 (RJ 1995\6967).
STS de 7 de abril de 1995 (RJ 1995\2830).	STS de 23 de octubre de 1995 (RJ 1995\7729).
STS de 7 de abril de 1995 (RJ 1995\2833).	STS de 22 de noviembre de 1995 (RJ 1995\8207).
STS de 8 de abril de 1995 (RJ 1995\2859).	STS de 23 de noviembre de 1995 (RJ 1995\8781).
STS de 12 de abril de 1995 (RJ 1995\2868).	STS de 24 de noviembre de 1995 (RJ 1995\8422).
STS de 24 de abril de 1995 (RJ 1995\1322).	STS de 27 de noviembre de 1995 (RJ 1995\8324).

- STS de 5 de diciembre de 1995 (RJ 1995\9641).
- STS de 19 de diciembre de 1995 (RJ 1995\9202).
- STS de 19 de diciembre de 1995 (RJ 1995\9451).
- STS de 22 de enero de 1996 (RJ 1996\11).
- STS de 6 de febrero de 1996 (RJ 1996\802).
- STS de 9 de febrero de 1996 (RJ 1996\816).
- STS de 12 de febrero de 1996 (RJ 1996\823).
- STS de 5 de marzo de 1996 (RJ 1996\1898).
- STS de 11 de marzo de 1996 (RJ 1996\1906).
- STS de 12 de marzo de 1996 (RJ 1996\1945).
- STS de 1 de abril de 1996 (RJ 1996\2863).
- STS de 11 de abril de 1996 (RJ 1996\3217).
- STS de 6 de mayo de 1996 (RJ 1996\3841).
- STS de 7 de mayo de 1996 (RJ 1996\3843).
- STS de 18 de mayo de 1996 (RJ 1996\4549).
- STS de 19 de mayo de 1996 (RJ 1996\3889).
- STS de 24 de mayo de 1996 (RJ 1996\4558).
- STS (Sala 5ª) de 27 de septiembre de 1996 (RJ 1996\6496).
- STS de 28 de septiembre de 1996 (RJ 1996\6934).
- STS de 4 de octubre de 1996 (RJ 1996\7197).
- STS de 21 de octubre de 1996 (RJ 1996\7577).
- STS de 23 de octubre de 1996 (RJ 1996\7420).
- STS de 26 de octubre de 1996 (RJ 1996\7881).
- STS de 30 de octubre de 1996 (RJ 1996\7993).
- STS de 23 de noviembre de 1996 (RJ 1996\8683).
- STS de 25 de noviembre de 1996 (RJ 1996\8000).
- STS de 29 de noviembre de 1996 (RJ 1996\8675).
- STS de 30 de noviembre de 1996 (RJ 1996\9349).
- STS de 30 de noviembre de 1996 (RJ 1996\9772).
- STS de 5 de diciembre de 1996 (RJ 1996\9486).
- STS de 18 de diciembre de 1996 (RJ 1996\9005).
- STS de 20 de diciembre de 1996 (RJ 1996\9662).
- STS de 20 de enero de 1997 (RJ 1997\337).
- STS de 21 de enero de 1997 (RJ 1997\461).
- STS de 28 de enero de 1997 (RJ 1997\323).
- STS de 27 de enero de 1997 (RJ 1997\521).
- STS (Sala 5ª) de 14 de febrero de 1997 (RJ 1997\1214).
- STS de 18 de febrero de 1997 (RJ 1997\1182).
- STS de 22 de febrero de 1997 (RJ 1997\1369).
- STS de 25 de febrero de 1997 (RJ 1997\2210).
- STS de 26 de febrero de 1997 (RJ 1998\133).
- STS de 13 de marzo de 1997 (RJ 1997\1691).
- STS de 21 de marzo de 1997 (RJ 1997\2118).
- STS de 26 de marzo de 1997 (RJ 1997\2515).
- STS de 18 de abril de 1997 (RJ 1997\3024).
- STS de 19 de abril de 1997 (RJ 1997\3027).

- STS de 28 de abril de 1997 (RJ 1997\3375).
- STS de 28 de abril de 1997 (RJ 1997\4536).
- STS de 29 de abril de 1997 (RJ 1997\3377).
- STS de 13 de mayo de 1997 (RJ 1997\3813).
- STS de 13 de mayo de 1997 (RJ 1997\4544).
- STS de 22 de mayo de 1997 (RJ 1997\4128).
- STS de 7 de junio de 1997 (RJ 1997\4869).
- STS de 20 de junio de 1997 (RJ 1997\4851).
- STS de 25 de junio de 1997 (RJ 1997\4975).
- STS de 26 de junio de 1997 (RJ 1997\5165).
- STS de 30 de junio de 1997 (RJ 1997\5167).
- STS de 30 de junio de 1997 (RJ 1997\5979).
- STS de 25 de septiembre de 1997 (RJ 1997\6719).
- STS de 24 de octubre de 1997 (RJ 1997\7610).
- STS de 5 de noviembre de 1997 (RJ 1997\8115).
- STS de 28 de noviembre de 1997 (RJ 1997\8325).
- STS de 2 de diciembre de 1997 (RJ 1997\8807).
- STS de 17 de diciembre de 1997 (RJ 1997\8769).
- STS de 2 de febrero de 1998 (RJ 1998\412).
- STS de 13 de febrero de 1998 (RJ 1998\1048).
- STS de 5 de marzo de 1998 (RJ 1998\1768).
- STS de 12 de marzo de 1998 (RJ 1998\4009).
- STS de 20 de marzo de 1998 (RJ 1998\2323).
- STS de 23 de marzo de 1998 (RJ 1998\2814).
- STS de 6 de abril de 1998 (RJ 1998\6228).
- STS de 14 de abril de 1998 (RJ 1998\4025).
- STS de 15 de abril de 1998 (RJ 1998\8186).
- STS de 23 de abril de 1998 (RJ 1998\3812).
- STS de 5 de junio de 1998 (RJ 1998\5489).
- STS de 9 de junio de 1998 (RJ 1998\5159).
- STS de 1 de julio de 1998 (RJ 1998\6572).
- STS de 4 de julio de 1998 (RJ 1998\5828).
- STS de 22 de julio de 1998 (RJ 1998\6297).
- STS de 27 de julio de 1998 (RJ 1998\6988).
- STS de 31 de julio de 1998 (RJ 1998\6572).
- STS de 28 de septiembre de 1998 (RJ 1998\7367).
- STS de 8 de octubre de 1998 (RJ 1998\8051).
- STS de 22 de octubre de 1998 (RJ 1998\8716).
- STS (Sala 5ª) de 28 de octubre de 1998 (RJ 1998\8707).
- STS de 25 de noviembre de 1998 (RJ 1998\8985).
- STS de 25 de noviembre de 1998 (RJ 1998\10384).
- STS de 4 de diciembre de 1998 (RJ 1998\10325).
- STS de 5 de febrero de 1999 (RJ 1999\1159).
- STS de 13 de febrero de 1999 (RJ 1999\1165).
- STS de 16 de febrero de 1999 (RJ 1999\1281).
- STS de 24 de febrero de 1999 (RJ 1999\1930).

- STS de 4 de marzo de 1999 (RJ 1999\984).
- STS de 12 de marzo de 1999 (RJ 1999\2104).
- STS de 8 de abril de 1999 (RJ 1999\2257).
- STS de 21 de abril de 1999 (RJ 1999\2929).
- STS de 30 de abril de 1999 (RJ 1999\3340).
- STS de 30 de abril de 1999 (RJ 1999\3854).
- STS (Sala 5ª) de 11 de mayo de 1999 (RJ 1999\8042).
- STS de 24 de mayo de 1999 (RJ 1999\5246).
- STS de 4 de junio de 1999 (RJ 1999\5463).
- STS de 9 de junio de 1999 (RJ 1999\5426).
- STS de 10 de junio de 1999 (RJ 1999\3885).
- STS de 10 de junio de 1999 (RJ 1999\5429).
- STS de 14 de junio de 1999 (RJ 1999\5680).
- STS de 29 de junio 1999 (RJ 1999\6116).
- STS de 12 de julio de 1999 (RJ 1999\6648).
- STS de 9 de septiembre de 1999 (RJ 1999\7381).
- STS de 29 de septiembre de 1999 (RJ 1999\7367).
- STS de 1 de octubre de 1999 (RJ 1999\7594).
- STS de 9 de octubre de 1999 (RJ 1999\8916).
- STS de 18 de octubre de 1999 (RJ 1999\8129).
- STS de 5 de noviembre de 1999 (RJ 1999\8098).
- STS de 11 de noviembre de 1999 (RJ 1999\8098).
- STS de 15 de noviembre de 1999 (RJ 1999\8939).
- STS de 16 de noviembre de 1999 (RJ 1999\8940).
- STS de 22 diciembre de 1999 (RJ 1999\9221).
- STS de 17 de enero de 2000 (RJ 2000\717).
- STS de 19 de enero de 2000 (RJ 2000\196).
- STS de 31 de enero de 2000 (RJ 2000\185).
- STS de 1 de febrero de 2000 (RJ 2000\288).
- STS de 4 de febrero de 2000 (RJ 2000\420).
- STS de 10 de marzo de 2000 (RJ 2000\1709).
- STS de 11 de marzo de 2000 (RJ 2000\1123).
- STS de 7 de abril de 2000 (RJ 2000\2536).
- STS de 11 de abril de 2000 (RJ 2000\2697).
- STS de 27 de abril de 2000 (RJ 2000\3308).
- STS de 27 de abril de 2000 (RJ 2000\3724).
- STS de 23 de junio de 2000 (RJ 2000\6324).
- STS de 30 de junio de 2000 (RJ 2000\5654).
- STS de 10 de julio de 2000 (RJ 2000\6616).
- STS de 4 de septiembre de 2000 (RJ 2000\7922).
- STS de 11 de septiembre de 2000 (RJ 2000\7752).
- STS de 21 de septiembre de 2000 (RJ 2000\8065).
- STS de 25 de septiembre de 2000 (RJ 2000\8474).
- STS de 2 de octubre de 2000 (RJ 2000\8718).
- STS de 16 de octubre de 2000 (RJ 2000\8271).
- STS de 16 de octubre de 2000 (RJ 2000\9768).

STS de 9 de noviembre de 2000 (RJ 2000\9537).
STS de 20 de noviembre de 2000 (RJ 2000\9744).
STS de 25 de enero de 2001 (RJ 2001\461).
STS de 8 de febrero de 2001 (RJ 2001\277).
STS de 9 de febrero de 2001 (RJ 2001\1235).
STS de 21 de febrero de 2001 (RJ 2001\477).
STS de 23 de febrero de 2001 (RJ 2001\2315).
STS de 8 de marzo de 2001 (RJ 2001\1347).
STS de 13 de marzo de 2001 (RJ 2001\1938).
STS de 22 de marzo de 2001 (RJ 2001\1960).
STS de 22 de marzo de 2001 (RJ 2001\1994).
STS de 23 de marzo de 2001 (RJ 2001\3323).
STS de 7 de mayo de 2001 (RJ 2001\753).
STS de 7 de mayo de 2001 (RJ 2001\2695).
STS de 8 de mayo de 2001 (RJ 2001\2699).
STS de 14 de mayo de 2001 (RJ 2001\10313).
STS de 22 de mayo de 2001 (RJ 2001\5662).
STS de 16 de junio de 2001 (RJ 2001\6361).
STS de 18 de junio de 2001 (RJ 2002\9944).
STS de 27 de junio de 2001 (RJ 2001\7146).
STS de 28 de junio de 2001 (RJ 2001\7022).
STS de 4 de julio de 2001 (RJ 2001\7038).
STS de 18 de julio de 2001 (RJ 5429\2001).
STS de 30 de julio de 2001 (RJ 2001\6876).
STS de 7 de septiembre de 2001 (RJ 2001\7369).
STS de 22 de septiembre de 2001 (RJ 2001\7861).
STS de 13 de octubre de 2001 (RJ 2001\9467).
STS de 24 de octubre de 2001 (RJ 2002\1977).
STS de 29 de octubre de 2001 (RJ 2001\9759).
STS de 5 de noviembre de 2001 (RJ 2001\9692).
STS de 12 de noviembre de 2001 (RJ 2002\1241).
STS de 17 de noviembre de 2001 (RJ 2002\804).
STS de 20 de diciembre de 2001 (RJ 2002\5661).
STS de 4 de febrero de 2002 (RJ 2002\2675).
STS de 15 de febrero de 2002 (RJ 2002\3578).
STS de 21 de febrero de 2002 (RJ 2002\3185).
STS de 25 de febrero de 2002 (RJ 2002\3365).
STS de 1 de marzo de 2002 (RJ 2002\4729).
STS de 8 de marzo de 2002 (RJ 2002\3494).
STS de 11 de marzo de 2002 (RJ 2002\3399).
STS de 14 de marzo de 2002 (RJ 2002\3736).
STS de 2 de abril de 2002 (RJ 2002\4753).
STS de 17 de abril de 2002 (RJ 2002\4268).
STS de 25 de abril de 2002 (RJ 2002\4962).
STS de 16 de mayo de 2002 (RJ 2002\5570).
STS de 16 de mayo de 2002 (RJ 2002\6380).

- STS de 31 de mayo de 2002 (RJ 2002\6411).
- STS de 15 de julio de 2002 (RJ 2002\8066).
- STS de 18 de julio de 2002 (RJ 2002\7775).
- STS de 13 de septiembre de 2002 (RJ 2002\8942).
- STS de 14 de octubre de 2002 (RJ 2002\8960).
- STS de 18 de octubre de 2002 (RJ 2002\9128).
- STS de 4 de noviembre de 2002 (RJ 2002\10854).
- STS de 12 de noviembre de 2002 (RJ 2002\10081).
- STS de 19 de noviembre de 2002 (RJ 2002\10582).
- STS de 29 noviembre de 2002 (RJ 2002\10525).
- STS de 3 de diciembre de 2002 (RJ 2002\174).
- STS de 19 de diciembre de 2002 (RJ 2002\322).
- STS de 30 de enero de 2003 (JUR 2003\39605).
- STS de 7 de febrero de 2003 (RJ 2003\122163).
- STS de 18 de febrero de 2003 (RJ 2003\2388).
- STS de 28 de febrero de 2003 (RJ 2003\2724).
- STS de 5 de marzo de 2003 (RJ 2003\2735).
- STS de 18 de marzo de 2003 (RJ 2003\3839).
- STS de 25 de marzo de 2003 (RJ 2003\3840).
- STS de 8 de abril de 2003 (RJ 2003\5180).
- STS de 21 de abril de 2003 (RJ 2003\4667).
- STS de 22 de abril de 2003 (RJ 2003\4676).
- STS de 9 de mayo de 2003 (RJ 2003\7144).
- STS de 27 de mayo de 2003 (RJ 2003\4278).
- STS de 21 de julio de 2003 (RJ 2003\6942).
- STS de 12 septiembre de 2003 (RJ 2003\6373).
- STS de 22 de septiembre de 2003 (RJ 2003\7439).
- STS de 25 de septiembre de 2003 (RJ 2003\7441).
- STS de 3 de octubre de 2003 (RJ 2003\7709).
- STS de 22 de octubre de 2003 (RJ 2003\7630).
- STS de 7 de noviembre de 2003 (RJ 2003\7354).
- STS de 7 de noviembre de 2003 (RJ 2003\9577).
- STS de 24 de noviembre de 2003 (RJ 2003\8619).
- STS de 29 de diciembre de 2003 (RJ 2004\1358).
- STS de 15 de enero de 2004 (RJ 2004\2134).
- STS de 20 de enero de 2004 (RJ 2004\678).
- STS de 27 de enero de 2004 (RJ 2004\743).
- STS de 9 de febrero de 2004 (RJ 2004\1403).
- STS de 10 de febrero de 2004 (RJ 2004\2139).
- STS de 16 de febrero de 2004 (RJ 2004\1418).
- STS de 23 de febrero de 2004 (RJ 2004\2771).
- STS de 27 de febrero de 2004 (RJ 2004\1035).
- STS de 8 de marzo de 2004 (RJ 2002\4926).
- STS de 25 de marzo de 2004 (RJ 2004\3693).
- STS de 29 de marzo de 2004 (RJ 2004\3423).
- STS de 15 de abril de 2004 (RJ 2004\3961).

STS de 4 de mayo de 2004 (RJ 2004\3709).
STS de 20 de mayo de 2004 (RJ 2004\166689).
STS de 27 de mayo de 2004 (RJ 2004\3798).
STS de 16 de julio de 2004 (RJ 2004\4131).
STS de 19 de julio de 2004 (RJ 2004\6039).
STS de 17 de septiembre de 2004 (RJ 2004\5777).
STS de 11 de octubre de 2004 (RJ 2004\7319).
STS de 13 de octubre de 2004 (RJ 2004\6261).
STS de 25 de noviembre de 2004 (RJ 2004\7657).
STS de 9 de diciembre de 2004 (RJ 2005\755).
STS de 28 de enero de 2005 (RJ 2005\4816).
STS de 21 de febrero de 2005 (RJ 2005\4387).
STS de 22 de febrero de 2005 (RJ 2005\1943).
STS de 25 de febrero de 2005 (RJ 2005\1903).
STS de 28 de febrero de 2005 (RJ 2005\7470).
STS de 9 de marzo de 2005 (RJ 2005\4043).
STS de 30 de marzo de 2005 (RJ 2005\3432).
STS de 1 de abril de 2005 (RJ 2005\4974).
STS de 6 de abril de 2005 (RJ 2005\2009).
STS de 25 de abril de 2005 (RJ 2005\4361).
STS de 25 de abril de 2005 (RJ 2005\9768).
STS de 6 de mayo de 2005 (RJ 2005\5694).
STS de 11 de mayo de 2005 (RJ 2005\5825).
STS de 16 de mayo 2005 (RJ 2005\6752).
STS de 23 de mayo de 2005 (RJ 2005\6023).
STS de 26 de mayo de 2005 (RJ 2005\5967).
STS de 2 de junio de 2005 (RJ 2005\5625).
STS de 22 de julio de 2005 (RJ 2005\9040).
STS de 22 de septiembre de 2005 (RJ 2005\7651).
STS de 26 de septiembre de 2005 (RJ 2005\8610).
STS de 29 de septiembre de 2005 (RJ 2005\7200).
STS de 4 de octubre de 2005 (RJ 2005\7368).
STS de 11 de octubre de 2005 (RJ 2005\7511).
STS de 19 de octubre de 2005 (RJ 2006\950).
STS de 19 de octubre de 2005 (RJ 2005\8328).
STS de 30 de octubre de 2005 (RJ 2005\7520).
STS de 16 de noviembre de 2005 (RJ 2006\952).
STS de 21 de noviembre de 2005 (RJ 2006\181).
STS de 1 de diciembre de 2005 (RJ 2006\1925).
STS de 5 de diciembre de 2005 (RJ 2005\1927).
STS de 13 de diciembre de 2005 (RJ 2006\3020).
STS de 20 de diciembre de 2005 (RJ 2006\1368).
STS de 21 de diciembre de 2005 (JUR 2006\47605).
STS de 27 de diciembre de 2005 (RJ 2006\1326).
STS de 31 de enero de 2006 (RJ 2006\2851).
STS de 27 de febrero de 2006 (RJ 2006\1812).

STS de 6 de marzo de 2006 (RJ 2006\4742).
 STS de 7 de marzo de 2006 (RJ 2006\2305).
 STS de 8 de marzo de 2006 (RJ 2006\2278).
 STS de 21 de marzo de 2006 (RJ 2006\5252).
 STS de 13 de abril de 2006 (RJ 2006\1952).
 STS de 18 de abril de 2006 (RJ 2006\2289).
 STS de 3 de mayo de 2006 (RJ 2006\3030).
 STS de 11 de mayo de 2006 (RJ 2006\2433).
 STS de 5 de junio de 2006 (RJ 2006\5356).
 STS de 14 de junio de 2006 (RJ 2006\4759).
 STS de 10 de julio de 2006 (RJ 2006\6035).
 STS de 14 de septiembre de 2006 (RJ 2006\6543).
 STS de 14 de diciembre de 2006 (RJ 2007\37724).
 STS de 20 de diciembre de 2006 (RJ 2006\1368).

3. Base de Datos de Jurisprudencia del TS

STS de 7 de febrero de 2000 (Id Cendoj: 28079120002000100250).
 STS de 16 de julio de 2001 (Id. Cendoj: 28079120002001101522).
 STS de 3 de diciembre de 2001 (Id Cendoj: 28079120002001100492).
 STS de 2 de febrero de 2007 (Id Cendoj: 28079120012007100081).
 STS de 28 de febrero de 2007 (Id Cendoj: 28079120012007200533).
 STS de 6 de marzo de 2007 (Id Cendoj: 28079120012007100119).
 STS de 9 de marzo de 2007 (Id Cendoj: 28079120012007100162).

II. AUTOS DEL TRIBUNAL SUPREMO (Repertorio de Jurisprudencia Aranzadi)

ATS de 8 de enero de 1990 (RJ 1990\283).
 ATS de 26 de junio de 1991 (RJ 1991\4816).
 ATS de 15 de octubre de 1991 (RJ 1991\7576).
 ATS de 10 de julio de 1992 (RJ 1992\6387).
 ATS de 8 de septiembre de 1993 (RJ 1993\9166).
 ATS de 6 de octubre de 1993 (RJ 1993\7674).
 ATS de 28 de septiembre de 1994 (RJ 1994\7236).
 ATS de 2 de noviembre de 1994 (RJ 1994\8391).
 ATS de 8 de febrero de 1995 (RJ 1995\836).
 ATS de 14 de mayo de 1996 (RJ 1996\3936).
 ATS de 25 de junio de 1997 (RJ 1997\4975).
 ATS de 7 de enero de 1998 (RJ 1998\61).
 ATS de 8 de septiembre de 1999 (RJ 1999\7185).
 ATS de 14 de julio de 2000 (RJ 2000\7512).
 ATS de 20 de junio de 2001 (RJ 2001\5251).
 ATS de 13 de julio de 2001 (RJ 2001\218722).
 ATS de 7 de septiembre de 2001 (RJ 2001\7369).
 ATS de 6 de marzo de 2002 (JUR 2002\91665).
 ATS de 12 de diciembre de 2002 (JUR 2003\787).
 ATS de 18 de septiembre de 2003 (JUR 2003\226609).
 ATS de 11 de marzo de 2004 (JUR 2004\114145).

ATS de 17 de marzo de 2004 (RJ 2004\114279).

ATS de 23 de septiembre de 2004 (JUR 2004\280955).

ATS de 20 de enero de 2005 (RJ 2005\121461).

ATS 2 de junio de 2005 (RJ 2005\179762).

ATS de 19 de diciembre de 2005 (JUR 2006\47620).

ATS de 21 de diciembre de 2005 (JUR 2006\47605).

ATS de 9 de marzo de 2006 (JUR 2006\109719).

ATS de 24 de mayo de 2006 (RJ 2006\173967).

ATS de 20 de junio de 2006 (JUR 2006\235051).

ATS de 21 de junio de 2006 (RJ 2006\191157).

ATS de 18 de enero de 2007 (RJ 2007\59344).

ATS de 25 de enero de 2007 (RJ 2007\59264).

ATS de 1 de febrero de 2007 (RJ 2007\66327).

III. SENTENCIAS DE LA AUDIENCIA NACIONAL (Repertorio de Jurisprudencia Aranzadi)

Sentencia de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional, de 16 de noviembre de 1990.

Sentencia de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional de 30 de octubre de 2004 (JUR 2004\252637).

IV. SENTENCIAS DE LOS TRIBUNALES SUPERIORES DE JUSTICIA (Repertorio de Jurisprudencia Aranzadi)

STSJ de Murcia de 9 de julio de 2001 (JUR 2006\46402).

STSJ Andalucía, Granada de 26 de octubre de 2001 (JUR 2002\47537).

STSJ de Cataluña de 22 de julio de 2002 (ARP 2002\600).

STSJ de Andalucía, Granada de 4 de julio de 2003 (ARP 2003\682).

V. SENTENCIAS DE AUDIENCIAS PROVINCIALES (Repertorio de Jurisprudencia Aranzadi)

SAP de Las Palmas de Gran Canaria de 20 de marzo de 1990 (ARP 1990\1549).

SAP de Navarra de 4 de febrero de 1991 (ARP 1991\254).

SAP de Tarragona de 28 de marzo de 1994 (ARP 1994\390).

SAP de Girona de 17 de junio de 1994 (ARP 1994\333).

SAP de Tarragona de 5 de julio de 1994 (ARP 1994\404).

SAP de Baleares de 20 de septiembre de 1994 (ARP 1994\473).

SAP de Baleares de 20 de diciembre de 1994 (ARP 1994\483).

SAP de Ciudad Real de 10 de enero de 1995 (ARP 1995\52).

SAP de Zaragoza de 6 de marzo de 1995 (ARP 1995\1059).

SAP de Tarragona de 21 de marzo de 1995 (ARP 1995\377).

SAP de Barcelona de 4 de abril de 1995 (ARP 1995\662).

- SAP de Asturias de 24 de abril de 1995 (ARP 1995\588).
- SAP de Valencia de 28 de abril de 1995 (ARP 1995\909).
- SAP de Lleida de 10 de mayo de 1995 (ARP 1995\742).
- SAP de Badajoz de 18 de mayo de 1995 (ARP 1995\561).
- SAP de Barcelona de 5 de junio de 1995 (ARP 1995\697).
- SAP de Tarragona de 7 de junio de 1995 (ARP 1995\759).
- SAP de Baleares de 8 de junio de 1995 (ARP 1995\769).
- SAP de Huelva de 15 de junio de 1995 (ARP 1995\918).
- SAP de Albacete de 20 de junio de 1995 (ARP 1995\810).
- SAP de Baleares de 12 de julio de 1995 (ARP 1995\1036).
- SAP de Barcelona de 25 de julio de 1995 (ARP 1995\1023).
- SAP de Cáceres de 17 de septiembre de 1995 (ARP 1995\1111).
- SAP de Barcelona de 14 de diciembre de 1995 (ARP 1995\1348).
- SAP de Barcelona de 10 de enero de 1996 (ARP 1996\7).
- SAP de Barcelona de 5 de febrero de 1996 (ARP 1996\108).
- SAP de Madrid de 8 de febrero de 1996 (ARP 1996\144).
- SAP de Málaga de 12 de marzo de 1996 (ARP 1996\237).
- SAP Barcelona de 13 de marzo de 1996 (ARP 1996\199).
- SAP de Tarragona de 14 de marzo de 1996 (ARP 1996\214).
- SAP de Barcelona de 21 de marzo de 1996 (ARP 1996\209).
- SAP de Segovia de 15 de mayo de 1996 (ARP 1996\338).
- SAP de Granada de 2 de diciembre de 1996 (ARP 1996\1380).
- SAP de Barcelona de 24 de enero de 1997 (ARP 1997\45).
- SAP de Girona de 27 de enero de 1997 (ARP 1997\56).
- SAP de La Rioja de 7 de febrero de 1997 (ARP 1997\216).
- SAP de Zaragoza de 20 de febrero de 1997 (ARP 1997\492).
- SAP de Madrid de 25 de febrero de 1997 (ARP 1997\398).
- SAP de Zaragoza de 4 de marzo de 1997 (ARP 1997\310).
- SAP de Murcia de 12 de marzo de 1997 (ARP 1998\1658).
- SAP de Barcelona de 22 de abril de 1997 (ARP 1997\434).
- SAP de Girona de 22 de abril de 1997 (ARP 1997\445).
- SAP de Madrid de 16 de mayo de 1997 (ARP 1997\1279).
- SAP de Madrid de 16 de mayo de 1997 (ARP 1997\2060).
- SAP de Huelva de 1 de julio de 1997 (ARP 1997\1762).
- SAP de Zaragoza de 11 de septiembre de 1997 (ARP 1997\1379).
- SAP de Tarragona de 3 de diciembre de 1997 (ARP 1997\1897).
- SAP de Las Palma de 15 de diciembre de 1997 (ARP 1997\2117).
- SAP de Valencia de 17 de diciembre de 1997 (ARP 1997\2078).
- SAP de Murcia de 2 de enero de 1998 (JUR 1998\97303).
- SAP de Sevilla de 12 de enero de 1998 (ARP 1998\571).
- SAP de Alicante de 15 de enero de 1998 (ARP 1998\191).
- SAP de La Coruña de 22 de enero de 1998 (ARP 1998\804).
- SAP de Alicante de 2 febrero de 1998 (ARP 1998\1133).
- SAP de Santa Cruz de Tenerife de 14 de febrero de 1998 (ARP 1998\1275).
- SAP de Burgos de 16 de febrero de 1998 (ARP 1998\775).
- SAP de Navarra de 19 de febrero de 1998 (ARP 1998\983).

SAP de Murcia de 19 de febrero de 1998 (JUR 1998\97974).
SAP de Palencia de 26 de febrero de 1998 (ARP 1998\1363).
SAP de Córdoba de 2 de marzo de 1998 (ARP 1998\1345).
SAP de Madrid de 11 de marzo de 1998 (ARP 1998\1840).
SAP de Salamanca de 24 de marzo de 1998 (ARP 1998\1786).
SAP de Valencia de 30 de marzo de 1998 (ARP 1998\1599).
SAP de Ciudad Real de 5 de junio de 1998 (ARP 1998\2873).
SAP de Sevilla de 5 de junio de 1998 (ARP 1998\3681).
SAP de Girona de 29 de junio de 1998 (ARP 1998\2802).
SAP de Madrid de 15 de septiembre de 1998 (ARP 1998\5566).
SAP de Tarragona de 9 de octubre de 1998 (ARP 1998\4780).
SAP de Murcia de 16 de octubre de 1998 (JUR 1999\4375).
SAP de Gipuzkoa de 23 de octubre de 1998 (ARP 1998\4259).
SAP de Albacete de 24 de octubre de 1998 (ARP 1998\4257).
SAP de Valladolid de 6 de noviembre de 1998 (ARP 1998\4711).
SAP de La Coruña de 25 de noviembre de 1998 (ARP 1998\4297).
SAP de Castellón de 21 de diciembre de 1998 (ARP 1998\4575).
SAP de Madrid de 14 de enero de 1999 (ARP 1999\1878).
SAP de Cádiz de 21 de enero de 1999 (ARP 1999\789).
SAP de Toledo de 19 de febrero de 1999 (ARP 1999\708).
SAP de Córdoba de 5 de marzo de 1999 (ARP 1999\430).
SAP de Burgos de 8 de marzo de 1999 (ARP 1999\976).
SAP de Santa Cruz de Tenerife de 5 de abril de 1999 (ARP 1999\1454).

SAP de Zaragoza de 3 de mayo de 1999 (ARP 1999\1638).
SAP de Barcelona de 3 de mayo de 1999 (ARP 1999\2425).
SAP de Madrid de 19 de mayo de 1999 (ARP 1999\3581).
SAP de Cantabria de 20 de mayo de 1999 (ARP 1999\1178).
SAP de Gipuzkoa de 24 de mayo de 1999 (ARP 1999\1196).
SAP de Asturias de 31 de mayo de 1999 (ARP 1999\1908).
SAP de Girona de 1 de junio de 1999 (ARP 1999\3458).
SAP de Cáceres de 2 de junio de 1999 (ARP 1999\2341).
SAP de Segovia de 8 de junio de 1999 (ARP 1999\3095).
SAP de Almería de 11 de junio de 1999 (ARP 1999\2237).
SAP de Madrid de 17 de junio de 1999 (ARP 1999\2804).
SAP de Cádiz de 22 de julio de 1999 (ARP 1999\3366).
SAP de Zaragoza de 6 octubre de 1999 (ARP 1999\4182).
SAP de Madrid de 7 de octubre de 1999 (ARP 1999\4441).
SAP de Madrid de 23 de octubre de 1999 (ARP 1999\5053).
SAP de Almería de 28 octubre de 1999 (ARP 1999\4030).
SAP de La Coruña de 21 de enero de 2000 (ARP 2000\2253).
SAP de Girona de 28 de enero de 2000 (ARP 2000\546).
SAP de Sevilla de 16 de febrero de 2000 (ARP 2000\1309).
SAP de Asturias de 30 de marzo de 2000 (ARP 2000\663).
SAP de Madrid de 4 de abril de 2000 (JUR 2000\280959).
SAP de Santa Cruz de Tenerife de 12 de abril de 2000 (ARP 2000\200).
SAP de Baleares de 17 de abril de 2000 (ARP 2000\1737).

- SAP de Toledo de 4 de mayo de 2000 (JUR 2000\198777).
- SAP de Soria de 8 de mayo de 2000 (ARP 2000\2114).
- SAP de Madrid de 9 de mayo de 2000 (ARP 2000\2554).
- SAP de Madrid de 9 de mayo de 2000 (JUR 2000\281677).
- SAP de Madrid de 22 de mayo de 2000 (ARP 2000\2163).
- SAP de Valladolid de 24 de mayo de 2000 (ARP 2000\1989).
- SAP de Cádiz de 26 de mayo de 2000 (JUR 2000\214228).
- SAP de Málaga de 29 de mayo de 2000 (ARP 2000\355).
- SAP de Baleares de 31 de mayo de 2000 (JUR 2000\240514).
- SAP de Alicante de 5 de junio de 2000 (ARP 2000\2745).
- SAP de Asturias de 7 de junio de 2000 (JUR 2000\253521).
- SAP de Navarra de 16 de junio de 2000 (ARP 2000\1486).
- SAP de Guadalajara de 19 de junio de 2000 (ARP 2000\2402).
- SAP de La Rioja de 12 de julio de 2000 (JUR 2000\286547).
- SAP de Valencia de 17 de julio de 2000 (JUR 2000\287246).
- SAP de Zaragoza de 22 de julio de 2000 (JUR 2000\260638).
- SAP de Palencia de 27 de julio de 2000 (ARP 2000\2046).
- SAP de La Coruña de 31 de julio de 2000 (JUR 2001\174623).
- SAP de Baleares de 4 de septiembre de 2000 (ARP 2000\3141).
- SAP de Baleares de 4 de septiembre de 2000 (JUR 2000\298848).
- SAP de Barcelona de 13 de septiembre de 2000 (JUR 2001\16750).
- SAP de Zaragoza de 19 de septiembre de 2000 (ARP 2000\1829).
- SAP de Castellón de 19 de septiembre de 2000 (ARP 2000\2359).
- SAP de Sevilla de 19 de septiembre de 2000 (RJ 2001\5753).
- SAP de Las Palmas de 22 de septiembre de 2000 (JUR 2000\301181).
- SAP de Barcelona de 2 de octubre de 2000 (JUR 2001\19975).
- SAP de Bizkaia de 2 de octubre de 2000 (JUR 2001\41749).
- SAP de Ciudad Real de 3 de octubre de 2000 (JUR 2001\20425).
- SAP de Alicante de 10 de octubre de 2000 (JUR 2001\74096).
- SAP de Barcelona de 17 de octubre de 2000 (JUR 2001\23948).
- SAP de Sevilla de 26 de octubre de 2000 (JUR 2001\59569).
- SAP de Huesca de 10 de noviembre de 2000 (JUR 2001\48465).
- SAP de Valladolid de 14 de noviembre de 2000 (JUR 2001\30101).
- SAP de Almería de 24 de noviembre de 2000 (JUR 2001\52415).
- SAP de Granada de 9 de diciembre de 2000 (JUR 2001\78871).
- SAP de La Rioja de 14 de diciembre de 2000 (JUR 2001\111560).
- SAP de Cádiz de 18 de diciembre de 2000 (JUR 2001\79872).
- SAP de Madrid de 21 de diciembre de 2000 (JUR 2001\95515).
- SAP de Málaga, Melilla, de 22 de diciembre de 2000 (JUR 2001\95667).
- SAP de Barcelona de 22 de diciembre de 2000 (JUR 2001\164616).
- SAP de Pontevedra de 18 de enero de 2001 (JUR 2001\121485).
- SAP de Asturias de 31 de enero de 2001 (JUR 2001\122742).
- SAP de Salamanca de 1 de febrero de 2001 (JUR 2001\168935).
- SAP de Barcelona de 12 de febrero de 2001 (JUR 2001\147428).
- SAP de La Rioja, de 16 de febrero de 2001 (JUR 2001\125464).
- SAP de Zaragoza de 19 de febrero de 2001 (JUR 2001\117475).

SAP de La Coruña de 26 de febrero de 2001 (JUR 2001\106284).
SAP de Madrid de 1 de marzo de 2001 (JUR 2001\160633).
SAP de Bizkaia de 2 de marzo de 2001 (JUR 2001\139516).
SAP de Asturias de 6 de marzo de 2001 (ARP 2001\540).
SAP de Sevilla de 7 de marzo de 2001 (JUR 2001\150908).
SAP de Madrid de 8 de marzo de 2001 (JUR 2001\160840).
SAP de La Coruña de 9 de marzo de 2001 (JUR 2001\143043).
SAP de Ciudad Real de 9 de marzo de 2001 (JUR 2001\169993).
SAP de Sevilla de 12 de marzo de 2001 (ARP 2001\93).
SAP de Alicante de 13 de marzo de 2001 (JUR 2001\177547).
SAP de Zamora de 15 de marzo de 2001 (ARP 2001\430).
SAP de Granada de 23 de marzo de 2001 (ARP 2001\325).
SAP de La Rioja de 23 de marzo de 2001 (JUR 2001\166628).
SAP de Santa Cruz de Tenerife de 29 de marzo de 2001 (ARP 2001\440).
SAP de La Coruña de 30 de marzo de 2001 (JUR 2001\155845).
SAP de Baleares de 30 de marzo de 2001 (JUR 2001\179391).
SAP de Las Palmas de 2 de abril de 2001 (JUR 2001\166936).
SAP de Barcelona de 2 de abril de 2001 (JUR 2001\230402).
SAP de Palencia de 24 de abril de 2001 (ARP 2001\192).
SAP de Zaragoza de 24 de abril de 2001 (JUR 2001\181706).
SAP de Málaga de 26 de abril de 2001 (JUR 2001\189534).
SAP de Barcelona de 30 de abril de 2001 (JUR 2001\223713).
SAP de Barcelona de 4 de mayo de 2001 (JUR 2001\239951).

SAP de Murcia de 8 de mayo de 2001 (ARP 2001\483).
SAP de Barcelona de 10 de mayo de 2001 (JUR 2001\239961).
SAP de Santa Cruz de Tenerife de 11 de mayo de 2001 (JUR 2001\198273).
SAP de Asturias de 14 de mayo de 2001 (JUR 2001\244725).
SAP de Huesca de 16 de mayo de 2001 (JUR 2001\190699).
SAP de Cádiz de 18 de mayo de 2001 (ARP 2001\535).
SAP de Cantabria de 21 de mayo de 2001 (JUR 2001\258517).
SAP de Alicante de 28 de mayo de 2001 (ARP 2001\355).
SAP de Tarragona de 25 de junio de 2001 (JUR 2001\286281).
SAP de Almería de 5 de julio de 2001 (JUR 2001\250668).
SAP de Cádiz de 12 de julio de 2001 (JUR 2001\288305).
SAP de Madrid de 17 de julio de 2001 (JUR 2001\270030).
SAP de Gipuzkoa de 5 de septiembre de 2001 (JUR 2001\40088).
SAP de Granada de 18 de septiembre de 2001 (ARP 2001\728).
SAP de Ciudad Real de 18 de septiembre de 2001 (JUR 2001\315908).
SAP de Tarragona de 8 de octubre de 2001 (JUR 2001\329760).
SAP de Alicante de 10 de octubre de 2001 (JUR 2001\74096).
SAP de La Coruña de 11 de octubre de 2001 (JUR 2001\58712).
SAP de Zamora de 15 de octubre de 2001 (JUR 2002\250092).
SAP de Barcelona de 18 de octubre de 2001 (JUR 2002\88).
SAP de Barcelona de 22 de octubre de 2001 (JUR 2002\16605).
SAP de Almería de 22 de octubre de 2001 (JUR 2001\331722).
SAP de Madrid de 26 de octubre de 2001 (ARP 2001\854).

- SAP de Baleares de 27 de octubre de 2001 (ARP 2001\776).
- SAP de Murcia de 31 de octubre de 2001 (JUR 2002\40098).
- SAP de Badajoz de 10 de noviembre de 2001 (JUR 2001\324315).
- SAP de Almería de 13 de noviembre de 2001 (JUR 2002\20438).
- SAP de Málaga de 19 de noviembre de 2001 (JUR 2002\64435).
- SAP de Madrid de 21 de noviembre de 2001 (JUR 2001\62681).
- SAP de Zaragoza de 28 de noviembre de 2001 (JUR 2002\22850).
- SAP de Santa Cruz de Tenerife de 29 de noviembre de 2001 (JUR 2002\55454).
- SAP de Las Palmas de 4 de diciembre de 2001 (JUR 2001\84942).
- SAP de Las Palmas de 5 de diciembre de 2001 (JUR 2002\56400).
- SAP de Málaga de 13 de diciembre de 2001 (JUR 2001\94367).
- SAP de Madrid de 18 de diciembre de 2001 (JUR 2002\68071).
- SAP de Barcelona de 19 de diciembre de 2001 (JUR 2002\68326).
- SAP de Bizkaia de 19 de diciembre de 2001 (JUR 2002\217432).
- SAP de Lleida de 28 de diciembre de 2001 (JUR 2001\54824).
- SAP de Lleida de 15 de enero de 2002 (JUR 2002\75985).
- SAP de Asturias de 16 de enero 2002 (JUR 2002\123734).
- SAP de Sevilla de 23 de enero de 2002 (JUR 2002\111194).
- SAP de Madrid de 31 de enero de 2002 (JUR 2002\75219).
- SAP de Valladolid de 4 de febrero de 2002 (ARP 2002\306).
- SAP de Bizkaia de 5 de febrero de 2002 (JUR 2002\218721).
- SAP de Murcia de 8 de febrero de 2002 (JUR 2002\113715).
- SAP de Barcelona de 22 de febrero de 2002 (JUR 2002\149300).
- SAP de Zaragoza de 26 de febrero de 2002 (JUR 2002\103736).
- SAP de Santa Cruz de Tenerife de 8 de marzo de 2002 (JUR 2002\138451).
- SAP de Soria de 21 de marzo de 2002 (JUR 2002\129938).
- SAP de Gipuzkoa de 23 de marzo de 2002 (JUR 2002\220672).
- SAP de Pontevedra de 27 de marzo de 2002 (JUR 2002\152659).
- SAP de La Coruña de 27 de marzo de 2002 (JUR 2002\163288).
- SAP de Madrid de 4 de abril de 2002 (JUR 2002\205908).
- SAP de Barcelona de 12 de abril de 2002 (JUR 2002\176691).
- SAP de Madrid de 15 de abril de 2002 (ARP 2002\502).
- SAP de Pontevedra de 22 de abril de 2002 (JUR 2002\167249).
- SAP de Las Palmas de 3 de mayo de 2002 (JUR 2002\177566).
- SAP de Córdoba de 6 de mayo de 2002 (JUR 2002\159188).
- SAP de Madrid de 10 de mayo de 2002 (JUR 2002\177946).
- SAP de Málaga de 10 de mayo de 2002 (JUR 2002\251790).
- SAP de Valencia de 13 de mayo de 2002 (JUR 2002\188119).
- SAP de Valencia de 22 de mayo de 2002 (JUR 2002\240042).
- SAP de Girona de 24 de mayo de 2002 (JUR 2002\190748).
- SAP de Palencia de 30 de mayo de 2002 (JUR 2002\180332).
- SAP de La Coruña de 31 de mayo de 2002 (JUR 2002\200680).
- SAP de Burgos de 12 de junio de 2002 (JUR 2002\224867).
- SAP de Madrid de 17 de junio de 2002 (JUR 2002\241305).
- SAP de Ciudad Real de 25 de junio de 2002 (JUR 2002\278304).
- SAP de Granada de 5 de julio de 2002 (JUR 2002\213758).

SAP de Madrid de 15 de julio de 2002 (JUR 2002\245135).
SAP de Sevilla de 19 de julio de 2002 (JUR 2002\257011).
SAP de Córdoba de 29 de julio de 2002 (JUR 2002\247510).
SAP de Granada de 10 de septiembre de 2002 (JUR 2002\272133).
SAP de Madrid de 10 de septiembre de 2002 (JUR 2002\275701).
SAP de Madrid de 18 de septiembre de 2002 (JUR 2002\281557).
SAP de Cantabria de 24 de septiembre de 2002 (JUR 2002\3943).
SAP de Navarra de 16 de octubre de 2002 (ARP 2002\775).
SAP de Bizkaia de 21 de octubre de 2002 (JUR 2003\90366).
SAP de Valladolid de 30 de octubre de 2002 (JUR 2002\285693).
SAP de Valencia de 31 de octubre de 2002 (JUR 2003\71082).
SAP de Barcelona de 6 de noviembre de 2002 (JUR 2003\16792).
SAP de Zaragoza de 7 de noviembre de 2002 (JUR 2004\14127).
SAP de Cádiz de 8 de noviembre de 2002 (JUR 2003\71586).
SAP de Sevilla de 11 de noviembre de 2002 (JUR 2003\91353).
SAP de Sevilla de 19 de noviembre de 2002 (JUR 2003\137).
SAP de Valencia de 20 de noviembre de 2002 (JUR 2003\72380).
SAP de Ciudad Real de 25 de noviembre de 2002 (JUR 2003\100974).
SAP de Baleares de 26 de noviembre de 2002 (JUR 2003\106513).
SAP de Alicante de 29 de noviembre 2002 (JUR 2003\32472).
SAP de Santa Cruz de Tenerife de 29 de noviembre de 2002 (JUR 2002\55454).
SAP de Sevilla de 10 de diciembre de 2002 (JUR 2004\98990).
SAP de Asturias de 11 de diciembre de 2002 (JUR 2003\107087).

SAP de Pontevedra de 19 de diciembre de 2002 (JUR 2003\107609).
SAP de Asturias de 30 de diciembre de 2002 (ARP 2003\174).
SAP de Teruel de 16 de enero de 2003 (JUR 2003\36053).
SAP de Madrid de 16 de enero de 2003 (JUR 2003\108968).
SAP de Bizkaia de 27 de enero de 2003 (JUR 2003\134595).
SAP de Tarragona de 28 de enero de 2003 (ARP 2003\508).
SAP de Guadalajara de 3 de febrero de 2003 (JUR 2003\84205).
SAP de Teruel de 10 de febrero de 2003 (JUR 2003\5813).
SAP de Segovia de 10 de febrero de 2003 (JUR 2003\93646).
SAP de Asturias de 12 de febrero de 2003 (JUR 2003\84775).
SAP de Zaragoza de 21 de febrero de 2003 (JUR 2003\76769).
SAP de Cáceres de 21 de febrero de 2003 (JUR 2003\129093).
SAP de Málaga de 27 de febrero de 2003 (JUR 2003\209450).
SAP de Alicante de 7 de marzo de 2003 (JUR 2003\136336).
SAP de Madrid de 7 de marzo de 2003 (JUR 2003\200794).
SAP de Toledo de 10 de marzo de 2003 (JUR 2003\129521).
SAP de Santa Cruz de Tenerife de 19 de marzo de 2003 (JUR 2003\187910).
SAP de Tarragona de 23 de abril de 2003 (JUR 2003\210712).
SAP de Alicante de 29 de abril de 2003 (JUR 2003\160083).
SAP de Cádiz de 29 de abril de 2003 (JUR 2003\254316).
SAP de Málaga de 5 de mayo de 2003 (JUR 2004\46138).
SAP de Sevilla de 7 de mayo de 2003 (JUR 2003\160294).
SAP de Ciudad Real de 12 de mayo de 2003 (JUR 2003\188854).

- SAP de Madrid de 12 de mayo de 2003 (JUR 2003\224766).
- SAP de Cádiz de 17 de junio de 2003 (JUR 2003\223331).
- SAP de Sevilla de 24 de junio de 2003 (JUR 2003\172993).
- SAP de La Rioja de 26 de junio de 2003 (JUR 2003\212144).
- SAP de Pontevedra de 30 de junio de 2003 (JUR 2004\2954).
- SAP de Valencia de 1 de julio de 2003 (JUR 2003\212365).
- SAP de Sevilla de 3 de julio de 2003 (JUR 2003\218811).
- SAP de Córdoba de 3 de julio de 2003 (JUR 2003\223373).
- SAP de Córdoba de 5 de julio de 2003 (JUR 2003\223384).
- SAP de Baleares de 10 de julio de 2003 (JUR 2004\167244).
- SAP de Madrid de 10 julio de 2003 (JUR 2003\256300).
- SAP de León de 16 de julio de 2003 (JUR 2004\15092).
- SAP de Málaga de 25 de julio de 2003 (JUR 2003\263377).
- SAP de Zaragoza de 5 de septiembre de 2003 (JUR 2003\229805).
- SAP de Navarra de 24 de septiembre de 2003 (ARP 2003\795).
- SAP de Cádiz, Ceuta, de 14 de octubre de 2003 (JUR 2003\271119).
- SAP de Valladolid de 27 de octubre de 2003 (JUR 2004\75826).
- SAP de Madrid de 14 de noviembre de 2003 (JUR 2004\123792).
- SAP de Baleares de 26 de noviembre de 2003 (JUR 2003\106513).
- SAP de Valencia de 1 de diciembre de 2003 (JUR 2004\165473).
- SAP de Bizkaia de 19 de diciembre de 2003 (JUR 2004\51832).
- SAP de Sevilla de 19 de diciembre de 2003 (JUR 2003\147629).
- SAP de Madrid de 22 de diciembre de 2003 (JUR 2004\252055).
- SAP de Sevilla de 23 de diciembre de 2003 (JUR 2004\68260).
- SAP de Ourense de 29 de diciembre de 2003 (JUR 2004\52165).
- SAP de Sevilla de 19 de enero de 2004 (JUR 2004\69642).
- SAP de Barcelona de 22 de enero de 2004 (ARP 2004\76).
- SAP de Cáceres de 23 de enero de 2004 (JUR 2004\124545).
- SAP de Valencia de 28 de enero de 2004 (JUR 2004\164068).
- SAP de Madrid de 3 de febrero de 2004 (JUR 2004\234315).
- SAP de Asturias de 5 de febrero de 2004 (JUR 2004\81925).
- SAP de Valladolid de 17 de febrero de 2004 (ARP 2004\72).
- SAP de Teruel de 28 de febrero de 2004 (ARP 2004\192).
- SAP de Las Palmas de 31 de marzo de 2004 (JUR 2004\154439).
- SAP de Madrid de 5 de abril de 2004 (ARP 2004\582).
- SAP de Granada de 19 de abril de 2004 (JUR 2004\151829).
- SAP de Salamanca de 3 de mayo de 2004 (JUR 2004\202109).
- SAP de Pontevedra de 7 de mayo de 2004 (JUR 2006\18163).
- SAP de Málaga de 7 de mayo de 2004 (JUR 2004\199831).
- SAP de Madrid de 18 de mayo de 2004 (JUR 2004\233382).
- SAP de Valencia de 21 de mayo de 2004 (JUR 2005\13579).
- SAP de Almería de 28 de mayo de 2004 (JUR 2004\205020).
- SAP de Cádiz de 3 de junio de 2004 (JUR 2004\258729).
- SAP de Girona de 15 de junio de 2004 (JUR 2004\212485).
- SAP de Sevilla de 15 de junio de 2004 (JUR 2004\212490).
- SAP de Barcelona de 22 de junio de 2004 (JUR 2004\220428).

SAP de Asturias de 25 de junio de 2004 (JUR 2004\257996).
SAP de Sevilla de 7 de julio de 2004 (JUR 2004\257315).
SAP de Baleares de 10 de julio de 2004 (JUR 2004\167244).
SAP de Barcelona de 12 de julio de 2004 (JUR 2004\224309).
SAP de Barcelona de 15 de julio de 2004 (JUR 2004\218111).
SAP de León de 16 de julio de 2004 (JUR 2004\15092).
SAP de Madrid de 26 de julio de 2004 (JUR 2005\240441).
SAP de Sevilla de 2 de septiembre de 2004 (JUR 2004\288225).
SAP de Cantabria de 14 de octubre de 2004 (JUR 2005\41425).
SAP de Córdoba de 2 de noviembre de 2004 (JUR 2005\46794).
SAP de Madrid de 10 de noviembre de 2004 (JUR 2004\97820).
SAP de Cádiz de 15 de noviembre de 2004 (JUR 2005\147832).
SAP de Castellón de 1 de diciembre de 2004 (JUR 2005\45994).
SAP de Sevilla de 9 de diciembre de 2004 (JUR 2005\67495).
SAP de Sevilla de 10 de diciembre de 2004 (JUR 2004\98990).
SAP de Valladolid de 13 de diciembre de 2004 (JUR 2005\14541).
SAP de Madrid de 16 de diciembre de 2004 (JUR 2005\256409).
SAP de La Coruña de 17 de diciembre de 2004 (2004\6655).
SAP de Cádiz de 22 de diciembre de 2004 (JUR 2005\147052).
SAP de Lugo de 27 de diciembre de 2004 (JUR 2005\38447).
SAP de Sevilla de 14 de enero de 2005 (JUR 2005\140429).
SAP de Madrid de 14 de enero de 2005 (JUR 2005\267713).
SAP de Alicante de 19 de enero de 2005 (JUR 2005\1670749).

SAP de Madrid de 27 de enero de 2005 (JUR 2005\250012).
SAP de Navarra de 31 de enero de 2005 (JUR 2005\118781).
SAP de Tarragona de 14 de febrero de 2005 (JUR 2005\104527).
SAP de Sevilla de 23 de febrero de 2005 (JUR 2005\139359).
SAP de Cádiz de 23 de febrero de 2005 (JUR 2005\158646).
SAP de Madrid de 24 de febrero de 2005 (JUR 2005\255377).
SAP de Sevilla de 25 de febrero de 2005 (ARP 2005\326).
SAP de Madrid de 28 de febrero de 2005 (JUR 2005\246394).
SAP de Barcelona de 9 de marzo de 2005 (JUR 2005\116346).
SAP de Sevilla de 11 de marzo de 2005 (JUR 2005\138979).
SAP de Zaragoza de 14 de marzo de 2005 (JUR 2005\100530).
SAP de Granada de 1 de abril de 2005 (JUR 2006\209548).
SAP de Málaga de 5 de abril de 2005 (RJ 2005\88089).
SAP de Granada de 11 de abril de 2005 (ARP 2006\410).
SAP de Bizkaia de 21 de abril de 2005 (JUR 2005\196331).
SAP de Madrid de 26 de abril de 2005 (JUR 2005\245801).
SAP de Huesca de 3 de mayo de 2005 (JUR 2005\187301).
SAP de Valencia de 4 de mayo de 2005 (JUR 2005\163880).
SAP de Santa Cruz de Tenerife de 5 mayo de 2005 (JUR 2006\102346).
SAP de Gipuzkoa de 10 mayo de 2005 (JUR 2005\192397).
SAP de Córdoba de 16 de mayo de 2005 (JUR 2005\163123).
SAP de Cuenca de 25 de mayo de 2005 (ARP 2005\448).
SAP de Madrid de 31 de mayo de 2005 (JUR 2005\254240).

- SAP de Navarra de 2 de junio de 2005 (JUR 2005\201916).
- SAP de Sevilla de 8 de junio de 2005 (JUR 2005\2652859).
- SAP de Córdoba de 10 de junio de 2005 (JUR 2005\191746).
- SAP de Sevilla de 10 junio de 2005 (JUR 2005\249339).
- SAP de Sevilla de 14 de junio de 2005 (ARP 2005\598).
- SAP de Gipuzkoa de 1 de julio de 2005 (JUR 2005\238250).
- SAP de Barcelona de 4 de julio de 2005 (JUR 2006\222917).
- SAP de Asturias de 5 de julio de 2005 (JUR 2005\178377).
- SAP de Córdoba de 7 de julio de 2005 (ARP 2005\224758).
- SAP de Alicante de 13 de julio de 2005 (ARP 2006\206).
- SAP de Sevilla de 15 de julio de 2005 (JUR 2005\237713).
- SAP de Girona de 19 de julio de 2005 (JUR 2006\213926).
- SAP de Las Palmas de 22 de agosto de 2005 (JUR 2005\210730).
- SAP de Pontevedra de 6 de septiembre de 2005 (JUR 2006\19219).
- SAP Las Palmas de 7 de septiembre de 2005 (JUR 2005\215962).
- SAP de Valladolid de 13 de septiembre de 2005 (ARP 2005\591).
- SAP de Sevilla de 19 de septiembre de 2005 (ARP 2006\17).
- SAP de Murcia de 8 octubre de 2005 (JUR 2006\2367).
- SAP de Murcia de 11 de octubre de 2005 (JUR 2006\93729).
- SAP de Madrid de 17 de noviembre de 2005 (JUR 2006\14007).
- SAP de Alicante de 16 de diciembre de 2005 (JUR 2006\96847).
- SAP de Madrid de 16 de diciembre de 2005 (JUR 2005\256409).
- SAP de Girona de 27 de diciembre de 2005 (JUR 2006\223980).
- SAP de Madrid de 10 de enero de 2006 (JUR 2006\194846).
- SAP de Madrid de 8 de febrero de 2006 (JUR 2006\137974).
- SAP de Santa Cruz de Tenerife de 20 de febrero de 2006 (JUR 2006\127724).
- SAP de Murcia de 20 febrero de 2006 (JUR 2006\203544).
- SAP de Barcelona de 24 de febrero de 2006 (JUR 2006\223892).
- SAP de Alicante de 2 de marzo de 2006 (ARP 2006\481).
- SAP de Bizkaia de 9 de marzo de 2006 (ARP 2006\331).
- SAP de Gipuzkoa de 9 de marzo de 2006 (JUR 2006\156648).
- SAP de Granada de 10 de marzo de 2006 (JUR 2006\207682).
- SAP de Barcelona de 13 de marzo de 2006 (JUR 2006\221307).
- SAP de León de 20 de marzo de 2006 (JUR 2006\167830).
- SAP de Sevilla de 20 de marzo de 2006 (JUR 2006\199455).
- SAP de Toledo de 23 de marzo de 2006 (JUR 2006\132009).
- SAP de Ciudad Real de 30 de marzo de 2006 (JUR 2006\167559).
- SAP de Palencia de 4 de abril de 2006 (JUR 2006\147743).
- SAP de Navarra de 5 de abril de 2006 (JUR 2006\194746).
- SAP de Asturias de 24 de abril de 2006 (JUR 2006\169312).
- SAP de Ourense de 25 de abril de 2006 (JUR 2006\216711).
- SAP de Ávila de 27 de abril de 2006 (JUR 2006\188397).
- SAP de Madrid de 11 de mayo de 2006 (JUR 2006\186117).
- SAP de Madrid de 16 de mayo de 2006 (JUR 2006\289525).
- SAP de Madrid de 19 de mayo de 2006 (JUR 2006\289417).
- SAP de Zaragoza de 29 de mayo de 2006 (ARP 2006\374).

SAP de Murcia de 13 de septiembre de 2006 (JUR 2006\258153).

SAP de Cáceres de 4 de octubre de 2006 (JUR 2006\286407).

SAP de Valladolid de 5 de octubre de 2006 (JUR 2006\278553).

SAP de León de 6 de octubre de 2006 (JUR 2006\286271).

SAP de Cáceres de 12 de enero de 2007 (JUR 2007\74326).

V. SENTENCIAS DE JUZGADOS DE LO PENAL

Sentencia del Juzgado de lo Penal de Zaragoza, Zaragoza, de 8 de septiembre de 2000 (JUR 2001\141689).

Sentencia del Juzgado de lo Penal de Jaén de 30 de mayo de 2001 (JUR 2001\292757).

Sentencia del Juzgado de lo Penal de Jaén, Jaén, de 13 de febrero de 2002 (JUR 2002\61950).

Sentencia del Juzgado de lo Penal de Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, de 11 de marzo de 2002 (JUR 2002\120602).

Sentencia del Juzgado de lo Penal de Extremadura, Badajoz, de 15 de febrero de 2006 (ARP 2006\193).

Sentencia del Juzgado de lo Penal de Badajoz, Badajoz, de 15 de febrero de 2006 (ARP 2006\46).