

*Revista del
Foro Canario*

Revista del Foro Canario

86

Las Palmas de Gran Canaria, 1992



von Palmyra anfang
in Palmyra
in Palmyra
de von dem alten Palmyra
nung von Palmyra
von Palmyra anfang
in Palmyra
in Palmyra
de von dem alten Palmyra
nung von Palmyra
von Palmyra anfang
in Palmyra
in Palmyra

M. Das Kanarische Meer
D. Die Kanarische Inseln
P. Die Kanarische Inseln
MEQUINIZ



Portada: Foto cortesía de El Museo Canario.

Imprime: Imprenta Pérez Galdós
Prof. Lozano, 25 - Urb. Cebadal
Las Palmas de Gran Canaria

Depósito Legal G.C. 258/80
I.S.S.N. 0211-0903

CONSEJO DE REDACCIÓN

Salvador Trujillo Perdomo
Decano del Colegio

Jaime Santana Castellano
Diputado Primero

José M. Acedo Croft
Diputado Segundo

Alberto Ojeda Pérez
Diputado Tercero

Juan Delgado Rodríguez
Diputado Cuarto

Jaime Rubio López
Diputado Quinto

Francisco C. Beneyto Naranjo
Diputado Sexto

Josefina Navarrete Hernández
Diputado Séptimo

Micaela Domínguez Hernández
Diputado Octavo

Luis F. Naranjo Sintes
Bibliotecario-Contador

Javier Marrero Pulido
Tesorero

Rafael Vera Cominges
Secretario

COMISIÓN DELEGADA DE LA REVISTA DEL FORO CANARIO

Óscar Bosch Benítez
Micaela Domínguez Hernández
Serafín García Zumbado
M.^a Teresa García Cuyás

COORDINACIÓN

Juan Antonio Martínez de la Fe

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Colegio de Abogados - Plaza de San Agustín, 6
35001 Las Palmas de Gran Canaria

LA EXENCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL EN LOS ESTADOS MENTALES ALTERADOS

FRANCISCO MICÓ CATALÁN
MÉDICO - FORENSE

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Los fundamentos legislativos de la exención de la responsabilidad penal.
- 1.2. Esquema gráfico del proceso de exención de la responsabilidad criminal.

2. INTERÉS ACTUAL DEL TEMA

- 2.1. Para el individuo.
- 2.2. Para la sociedad.
- 2.3. Para las Ciencias Penales.
 - 2.3.1. Datos estadísticos en Las Palmas.
 - 2.3.2. Gráficos.

3. EL SUSTENTO DE LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL: *LA IMPUTABILIDAD*

- 3.1. Interpretación doctrinal.
 - 3.1.1. Capacidad de culpabilidad.
 - 3.1.2. Capacidad de deber.
 - 3.1.3. Capacidad de autocontrol.
 - 3.1.4. Capacidad de motivación normativa.
- 3.2. Terminología jurisprudencial.
- 3.3. La aportación pericial.
 - 3.3.1. El peritaje psiquiátrico.
 - 3.3.2. El estado mental clínico.
 - 3.3.3. El estado mental forense.
 - 3.3.4. Tabla diferencial de ambos.

4. LOS SUPUESTOS LEGALES QUE EXIMEN DE LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL

- 4.1. El enajenado.
 - 4.1.1. Terminología legal.
 - 4.1.2. Desarrollo jurisprudencial.
 - 4.1.3. Interpretación doctrinal.
 - 4.1.4. Aportación pericial.
- 4.2. El trastorno mental transitorio.
 - 4.2.1. Terminología legal.
 - 4.2.2. Desarrollo jurisprudencial.
 - 4.2.3. Interpretación doctrinal.
 - 4.2.4. Aportación pericial.
- 4.3. La minoría de edad.
 - 4.3.1. Evolución y justificación del “corte cronológico” para la exención de la responsabilidad criminal.
 - 4.3.2. Problemas psiquiátricos-forenses en el menor.
- 4.4. La alteración de la percepción.
 - 4.4.1. Terminología legal.
 - 4.4.2. Interpretación doctrinal.
 - 4.4.3. Aportación pericial.

4.5. El miedo insuperable.

4.5.1. Terminología legal.

4.5.2. Interpretación doctrinal.

4.5.3. Interpretación pericial.

5. COMENTARIOS FINALES.

6. BIBLIOGRAFÍA.

ABREVIATURAS

AP	Audiencia Provincial
art.	artículo
cap.	capítulo
CMF	Clínica Médico Forense
CP	Código Penal
Ed.	Editorial/Edición
EM	Enajenación mental
JP	Jurisprudencia Penal
LP	Las Palmas
pág.	página
RA	Repertorio de Jurisprudencia Aranzadi
S	Sentencia
SS	Sentencias
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
TMT	Trastorno mental transitorio
TS	Tribunal Supremo
vol.	volumen

1. INTRODUCCIÓN

El artículo 8º del Código Penal (CP) permite eximir de responsabilidad criminal a los sujetos en los que, en el momento de la comisión de los hechos, coinciden determinadas disfunciones psicológicas, al declarar que están exentos de responsabilidad criminal, en el apartado 1º, *“el enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio”*, en los apartados 2º y 3º al *“menor de dieciséis años”* y al *“que por sufrir alteración en la percepción desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad”*, y en el apartado 10º *“el que obra impulsado por miedo insuperable de un mal igual o mayor”*. En este mismo artículo se incluyen medidas de internamiento para el enajenado y para el que sufre alteración en la percepción, con finalidad terapéutica, admitiendo la posibilidad de mejoría en ambos casos, y consecuentemente la opción de la sustitución del internamiento por otras medidas terapéuticas o de control, especificando con respecto al enajenado que *“a la vista de los informes de los facultativos que asisten al enajenado y del resultado de las demás actuaciones que ordene (el Tribunal), podrá sustituir el internamiento...”*, y para las alteraciones de la percepción que *“cuando la evolución del tratamiento lo permita, esta medida (la del internamiento) será sustituida por alguna o algunas de las medidas del último párrafo de número 1 de este artículo”* (medidas sustitutorias del internamiento que se pueden aplicar al enajenado).

La circunstancia común a estas cinco situaciones legales de la exención de la responsabilidad criminal (¡tan dispares entre sí!) que recoge el CP, no es otra que la consideración de que, en todas ellas, el autor no reúne las condiciones psicológicas que se estiman precisas para que le acrediten como responsable de los actos criminales, y por lo tanto no se le pueden atribuir los hechos delictivos, aunque éste sea el actor material de los mismos, por disfunciones de naturaleza psicológica, bien sea por una insuficiencia en el desarrollo de las funciones psíquicas, o por la presencia de una alteración mental (limitada o prolongada) coincidente temporalmente con la comisión de los hechos delictivos. En todos los casos se considera que los acontecimientos criminales no se le pueden imputar, que el sujeto es inimputable, y por consiguiente, se le tiene que eximir de la responsabilidad criminal.

En la siguiente gráfica esquematizo el proceso de exención de la responsabilidad criminal que desarrollo en este trabajo.

EL PROCESO DE EXENCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL POR DISFUNCIONES PSÍQUICAS

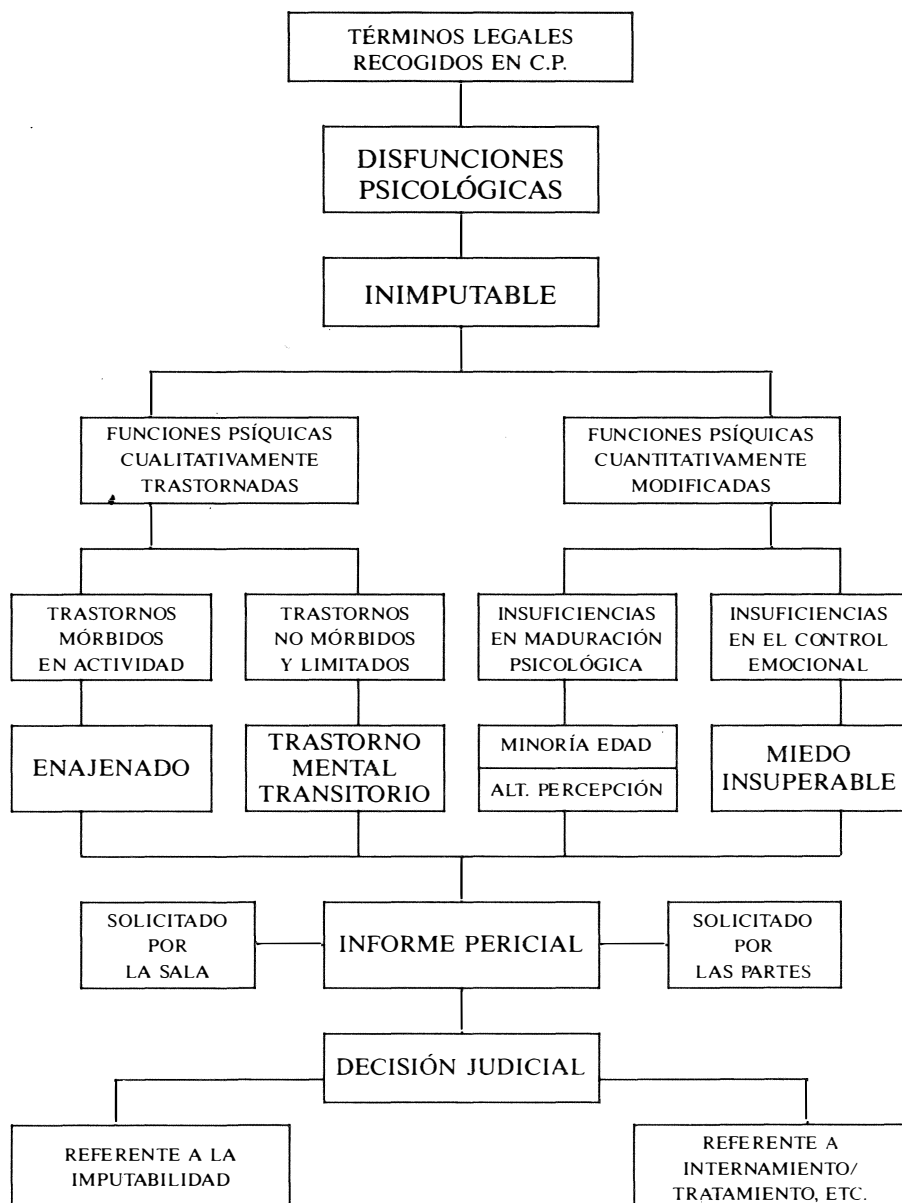


GRÁFICO I

2. INTERÉS ACTUAL DEL TEMA

La calificación de inimputable conlleva la exención de la responsabilidad criminal, y por tanto la ausencia de pena, y otras cuestiones de gran importancia para el individuo, puesto que condicionan su futuro, como son la excarcelación, el internamiento en instituciones terapéuticas, la imposición de tratamientos psiquiátricos, etc., además de la trascendencia psicológica y moral que para el sujeto supone la exculpación del delito.

También para la sociedad es importante el tema de la exención de la responsabilidad criminal por disfunciones psicológicas, puesto que al grave problema de la enfermedad mental que tiene planteado nuestra sociedad, se añade el del enfermo mental-delincuente, con la alarma que plantea esta cuestión, no resuelta a pesar de *“las periódicas denuncias que los diferentes especialistas hacen del trato jurídico-social de estas personas, incluido el penitenciario”*⁽¹⁾, todo lo cual repercute directamente sobre cuestiones tales como la protección, seguridad, comportamiento, etc. sociales, como se pone de manifiesto, por ejemplo, en relación a la drogadicción, donde se viene dando una reiteración doctrinal y jurisprudencial que señala que una excesiva apertura a la aplicación de eximentes en los delitos vinculados al consumo de drogas, puede favorecer el aumento de delitos, generando perjuicio, inseguridad y alarma sociales⁽²⁾⁽³⁾.

Estas cuestiones y otras, seguramente vinculadas a la evolución que se ha dado en nuestro Estado en la última década, con la plena instalación de las estructuras democráticas y la inclusión real en la sociedad occidental, en donde se han producido importantes avances sociales y cambios técnicos, han hecho evidente el creciente interés de las Ciencias Penales por esta cuestión, que en nuestra sociedad se ha manifestado, entre otras formas y durante la última década, por el progresivo aumento de solicitudes de informes periciales psiquiátricos, así como los tipos y las circunstancias de los delitos que han requerido de forma sistemática la pericia psiquiátrica. Si se analiza, a este respecto, el año 1989⁽⁴⁾ en la Audiencia Provincial de Las Palmas, que podemos darle un

(1) J.L. Gómez Colomer: *Enfermedad mental y delito*. Civitas, Madrid, 1ª ed., 1987, pág. 75.

(2) F. Martín González: “Valoración de la imputabilidad de los drogadictos y alcohólicos en la reciente jurisprudencia del Tribunal Supremo”. *Mesa Redonda sobre Imputabilidad y enfermedad mental*. Las Palmas, 1989, pág. 1.

(3) STS 19 de junio de 1987. *Jurisprudencia Penal*: 1988, pág. 113. Ed. Colex. Madrid.

(4) Datos obtenidos del registro, por computadora, de informes emitidos por la Clínica Médico Forense de Las Palmas durante 1989. Este año se hizo, por primera vez, un registro computarizado de todos los informes emitidos por la entidad.

valor representativo, puede verse que de la totalidad de los informes emitidos por la Clínica Médico Forense a requerimiento de las distintas Salas, a lo largo del año, el 59'2% (casi los dos tercios) eran psiquiátricos, siguiendo en número de solicitudes, pero muy por debajo, los informes de lesiones con el 24'2%, y el resto, entre los que se encuentran las exploraciones ginecológicas, han supuesto sólo el 16'7% de los informes emitidos por la mencionada entidad durante ese año. Dentro de los informes psiquiátricos, el 62'5% lo eran para las Salas de lo Penal, frente al 37'5% que habían sido requeridos por las Salas de lo Civil. En el gráfico II se exponen de forma clara estos datos.

SOLICITUDES DE INFORMES PERICIALES A LA CMF DE LAS PALMAS EN 1989

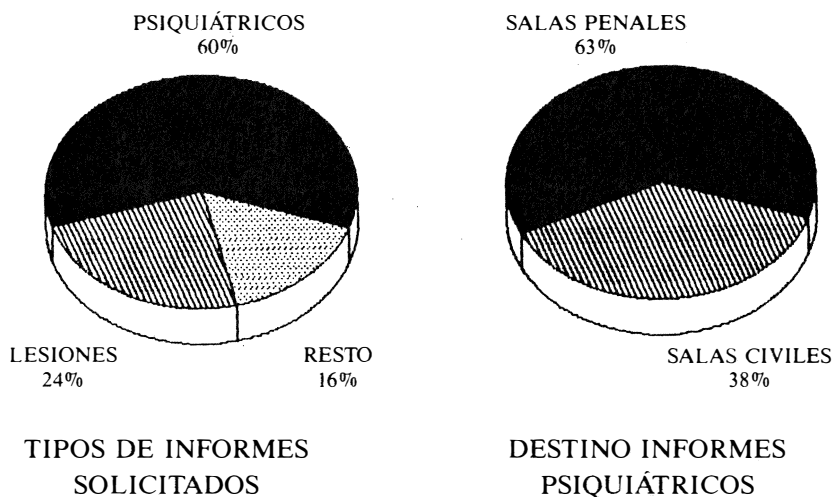


GRÁFICO II

Las gráficas expuestas significan un índice de la sensibilidad que despiertan las cuestiones relativas al estado mental de los individuos en los asuntos penales, puesto que el número de informes confeccionados a solicitud de las salas de lo penal supera en mucho a los emitidos para los asuntos civiles, y además son superiores en cantidad al resto de las pericias médicas forenses, incluso las referentes a lesiones que son con mucho las cuestiones más abundantes que se plantean en la práctica habitual de las pericias médicas en los juzgados

de lo penal. Existe otra razón que también debe de influir en el aumento de pericias psiquiátricas solicitadas por las salas de la audiencia, pero que no quita intensidad al interés actual por la situación psicológica de los individuos, que no es otra que la complejidad y trascendencia de la pericia psiquiátrica, así como las cuestiones que se plantean, que normalmente precisa exploraciones por especialistas, y muchas veces necesita realizar pruebas psicológicas o neurofisiológicas especializadas, lo que motiva la consulta pericial psiquiátrica a un órgano consultivo, como la CMF, mientras que el resto de los informes normalmente se confeccionan con la información suficiente en los juzgados de instrucción, sin precisar intervención especializada y consulta a otros organismos periciales.

Todos estos motivos permiten justificar el presente trabajo, que pretende analizar, en la doble vertiente jurídica y psiquiátrica, las cuestiones que intervienen en el proceso de exención de la responsabilidad criminal por disfunciones psíquicas, así como los supuestos legales que detalla la legislación.

3. LA IMPUTABILIDAD COMO SUSTENTO DE LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL

La delimitación del concepto de imputabilidad penal, referido a las situaciones objeto de este análisis, resulta decisiva, puesto que a fin de cuentas la exención de la responsabilidad criminal se aplica en función de la convicción previa de la inimputabilidad, y ésta es una cuestión teórica, vinculada a las concepciones filosóficas y desarrollo científico del momento histórico. El Código Penal no define al inimputable, se limita a exponer unas “situaciones mentales” cuya presencia en el individuo lo hacen inimputable, por lo tanto el concepto legal de la imputabilidad habremos de obtenerlo del análisis de los términos legales que emplea la legislación para eximir la responsabilidad criminal, que detalla el artículo 8º de CP, y de las interpretaciones, aclaraciones y delimitaciones que, sobre los mismos, han ido haciéndose por la jurisprudencia, así como las reflexiones y las opiniones doctrinales de los diversos autores que se han ocupado del tema.

Unas veces la imputabilidad ha sido entendida como la capacidad para poder obrar de forma delictiva (capacidad de culpabilidad), afirmando MEZGER que “*es imputable el que posee al tiempo de la acción las propiedades*

exigibles para la imputación a título de culpabilidad”⁽⁵⁾, y entre nosotros MARTÍN GONZÁLEZ se refiere a esta cuestión diciendo que “*imputabilidad es capacidad de ser sujeto activo del delito*”⁽⁶⁾.

Otros autores le han dado énfasis a la capacidad del individuo para poder seguir una conducta normativa (capacidad de deber), como expresan los profesores COBO DEL ROSAL y VIVES ANTÓN que la definen como “*el conjunto de requisitos psicobiológicos, exigidos por la legislación penal 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 por el Ordenamiento jurídico*”⁽⁷⁾, y RODRÍGUEZ DEvesa que “*es imputable el que reúne aquellas características biopsíquicas que con arreglo a la legislación vigente le hacen capaz de ser responsable de sus propios actos*”⁽⁸⁾.

Muchas veces la conducta normativa precisa de un estricto control del impulso psicológico dirigido hacia el delito, por lo que se ha puesto también el punto de mira para las condiciones psicológicas de la imputabilidad, en el proceso de control psicológico (capacidad de autocontrol), equiparando el juicio de imputabilidad al juicio de autocontrol como expresa OLIVA GARCÍA que afirma que “*imputabilidad es la capacidad de autodeterminación que el Ordenamiento requiere para la responsabilidad jurídico-penal*”⁽⁹⁾.

Refiriéndose al enajenado, la escuela positivista elude la cuestión de la libertad individual, no se plantea la realidad del “libre albedrío”, que considera cuando menos muy dudoso, y enfatiza, en cambio, en la ineludible necesidad de una defensa eficaz de la sociedad, a través de la prevención general y especial de las conductas delictivas, de tal modo que la función de la pena ya no deberá de ser para retribuir una culpabilidad, sino para reforzar aquellas prohibiciones cuya observancia nos es absolutamente necesaria. Para que esto se realice el sujeto tiene que ser “motivable” por la pena (capacidad de motivación) y en este sentido la imputabilidad sería, según OLIVA GARCÍA, la “*capacidad normal de motivación normativa*”⁽¹⁰⁾. MIR PUIG critica la interpretación tradicional de la imputabilidad por descansar en el indemostrable

(5) E. Mezger: *Tratado de Derecho Penal*, vol. II. Madrid 1955, pág. 68.

(6) F. Martín González, *op. cit.*, pág. 9.

(7) M. Cobo del Rosal y T.S. Vives Antón: *Derecho Penal. Parte General*. Valencia, 1984, pág. 461.

(8) J.M. Rodríguez Devesa: *Derecho Penal Español. Parte General*. 9ª edición. Madrid, 1985, pág. 449.

(9) H. Oliva García: “Introducción a las bases doctrinales de la imputabilidad”, *Psicopatología*, vol. 2, nº 2, abril-junio 1982, pág. 117.

(10) H. Oliva García, *op. cit.*, pág. 121.

“poder actuar de otro modo” que presupone la libertad de voluntad, y define la imputabilidad en función de la normalidad psíquica, y en consecuencia de la normal capacidad motivacional del sujeto: *“La culpabilidad falta cuando el sujeto actúa bajo el influjo de una motivación anormal, y este influjo puede tener lugar en términos tales que afecte a la normalidad psíquica del sujeto. Cuando excluya la normalidad psíquica del sujeto desaparecerá la imputabilidad, a diferencia de lo que sucede con las causas de exculpación, que suponen una situación motivacional anormal”*⁽¹¹⁾. Según estas interpretaciones la motivación puede considerarse como una forma de resaltar la importancia imperativa de la norma: *“Las normas primarias están destinadas a apelar a la motivación del ciudadano, prohibiéndole delinquir. Las normas secundarias refuerzan esta motivación mediante la amenaza de la pena”*⁽¹²⁾.

En cuanto a la jurisprudencia, dejando a un lado las discusiones sobre las exigencias de una base biológica, psicológica o mixta como causante de la perturbación psíquica para la aplicación de los beneficios de la inimputabilidad, el Tribunal Supremo ha venido exigiendo que la disfunción psicológica estuviera vinculada al delito en dos aspectos: el temporal (la alteración psíquica debe existir en el momento que suceden los hechos); el relacional (los hechos tienen que tener relación con el trastorno mental, tanto en el tipo de delito como en la forma de cometerlo)⁽¹³⁾, utilizando expresiones tales como *“ausencia de capacidad intelectual en el recurrente”*⁽¹⁴⁾, *“bajo nivel intelectual”*⁽¹⁵⁾, *“afectado de oligofrenia en categoría de debilidad mental profunda y anestesia afectiva”*⁽¹⁶⁾, *“disminuida la capacidad volitiva”*⁽¹⁷⁾, *“una voluntad profundamente disminuida”*⁽¹⁸⁾, *“facultades de raciocinio o volición”*⁽¹⁹⁾, *“anulación total de controles volitivos y cognoscitivos”*⁽²⁰⁾, *“capacidad cognoscitiva”*⁽²¹⁾, *“oscurecen la conciencia de sus actos y disminuye los frenos inhibitorios de su voluntad”*⁽²²⁾, *“eliminar la conciencia y la voluntad”*⁽²³⁾, etc. que en la

(11) S. Mir Puig: *Derecho Penal. Parte General*. Barcelona, 1985, pág. 484.

(12) S. Mir Puig, *op cit.*, págs. 30 y 31.

(13) SSTs de 18 de enero de 1982 (RA 101); 17 de diciembre de 1982 (RA 7.718); 22 de diciembre de 1983 (RA 6.721); 6 de julio de 1983 (RA 4.100).

(14) STS de 16 de abril de 1980 (RA 1.285).

(15) STS de 6 de febrero de 1982 (RA 630).

(16) STS de 26 de octubre de 1979 (RA 3.748).

(17) STS de 27 de octubre de 1984 (RA 5.100).

(18) STS de 27 de octubre de 1984 (RA 5.100).

(19) STS de 6 de julio de 1985 (RA 4.100).

(20) STS de 28 de noviembre de 1983 (RA 5.761).

(21) STS de 19 de diciembre de 1984 (RA 5.954).

(22) STS de 26 de noviembre de 1984 (RA 5.954).

(23) STS de 2 de noviembre de 1983 (RA 5.445).

práctica queda reducido a determinar la influencia que los trastornos mentales o las alteraciones psicológicas puedan ejercer para abolir las funciones intelectual y volitiva y/o alterar de forma intensa la conciencia y el control emocional.

La acreditación de las circunstancias psicológicas que debe reunir el sujeto para ser inimputable, según los requisitos que refieren los diversos autores y las expresiones que utiliza la jurisprudencia, normalmente precisa de un asesoramiento técnico de tipo psiquiátrico, como se recoge en la jurisprudencia cuando dice "... *la determinación o fijación de los elementos fácticos u objetivos sobre los que montar o construir el diagnóstico de imputabilidad o inimputabilidad pertenece exclusivamente al tribunal sentenciador y no a los peritos cuya única misión es la de asesorar a aquél...*" ⁽²⁴⁾, asesoramiento que evidentemente no resulta sencillo, pero en cualquier caso necesario para que puedan llevarse a término las decisiones judiciales referentes a la imputabilidad y a las otras cuestiones derivadas de ésta (de gran importancia práctica), que se recoge el art. 8 del CP. Este asesoramiento se hace normalmente a través del peritaje psiquiátrico, que en consonancia con las ideas expuestas hasta ahora podemos definirlo como "*un esclarecimiento del estado mental de un sujeto en supuesta colisión con un área legal determinada, en base a conocimientos específicamente psiquiátricos*" ⁽²⁵⁾, o también como el "*esclarecimiento de relaciones de causalidad psíquica entre el hombre y sus acciones*" ⁽²⁶⁾, o dicho de otra forma, sería la objetivación y exposición de los requisitos biológicos y psicológicos de los individuos, efectuada por expertos en medicina y psiquiatría, que los sistemas jurídicos precisan, en consonancia con la doctrina y la jurisprudencia, para tomar sus decisiones jurídicas.

El peritaje psiquiátrico constituye por tanto el punto de encuentro de las Ciencias Penales con las Ciencias Psiquiátricas, que en este caso actúan como ciencias auxiliares del Derecho Penal. Sin embargo este encuentro no es fácil, por las dificultades que existen para conseguir un acuerdo de unificación conceptual, metodológica y terminológica entre ambas ciencias, y otras razones como "*la falta de acogida jurisprudencial a sus avances (los de la psiquiatría), influenciados por el distanciamiento de la Medicina legal respecto a aquélla, repitiéndose hoy por pura inercia términos y contenidos de hace más de treinta años*" ⁽²⁷⁾. Sin embargo algunos penalistas (MUÑOZ CONDE; OLIVA

(24) STS de 13 de marzo de 1981 (RA 4.544).

(25) A. Calcedo Ordóñez: "El peritaje psiquiátrico". *Poder Judicial*, núm. 5, 1982, pág. 45.

(26) J.A. Gisbert Calabuig: *Tratado de Medicina Legal y Toxicología*. Saber, Valencia, 2ª ed., 1983, pág. 295.

(27) J.L. Gómez Colomer: *Enfermedad mental y delito*. Civitas, Madrid, 1ª ed., 1987, pág. 76.

GARCÍA; MIR PUIG)⁽²⁸⁾ valoran como muy positivos los conocimientos actuales que proporcionan las neurociencias, la psiquiatría, la psicología y la sociología, que permiten entrever diversas circunstancias que configuran de manera real y evidente el psiquismo, e incluso el sustrato anatómico y funcional del mismo (el cerebro), y por tanto ponen en entredicho la capacidad de elegir y de actuar en libertad, por lo que propugnan asumir los conocimientos actualizados que aportan estas ciencias, considerando los condicionantes biológicos, psicológicos y sociales, algunos de ellos evidenciables con las nuevas tecnologías exploradoras del psiquismo y del cerebro⁽²⁹⁾, como circunstancias que, de alguna manera, pueden influir de forma determinante en las conductas de las personas, y ser por tanto tenidos en cuenta en la valoración de la imputabilidad penal.

Normalmente, los sistemas jurídicos, para solicitar la pericia psiquiátrica utilizan la fórmula de *“informar sobre el ‘estado mental’ a efectos de... (valorar la imputabilidad; necesidad de internamiento; conveniencia de seguir tratamiento psiquiátrico..., etc.)”*⁽³⁰⁾. El estado mental para la Psiquiatría Clínica es el registro objetivo, por parte de un experto, de los datos psicopatológicos actuales que muestra un individuo, e incluye la apariencia, el lenguaje, la expresión facial, la conducta motora, etc. Pero la expresión “estado mental” constituye también un término de uso habitual, que hacen los organismos judiciales en los asuntos penales, de solicitud de información pericial, que debe incluir todos los datos técnicos precisos, para que los tribunales de justicia puedan confeccionar con rigor y objetividad la sentencia, o tomar otro tipo de decisiones jurídicas, siguiendo las líneas jurisprudenciales y las expresiones legales.

La frecuente utilización de esta expresión, así como el carácter descriptivo que sugiere, me permiten apuntar la posibilidad de considerar el ‘estado mental’ como un término específico de la pericia psiquiátrica forense, distinto del significado que tal expresión tiene en la psiquiatría clínica, que lo utiliza como base fundamental para, junto con la historia clínica, establecer un diagnóstico, y desarrollar las consecuencias terapéuticas, o de otro tipo, que de éste puedan desprenderse.

(28) Citado por J.J. Carrasco Gómez en “Psiquiatría y Ley Penal”, *Monografías de Psiquiatría*, nº 4, año III, Madrid, 1991.

(29) F. Micó Catalán: “Técnicas y tecnologías exploradoras del psiquismo. Búsqueda de marcadores del ‘estado mental’”. Ponencia de psiquiatría de las *XV Jornadas Españolas de Medicina Forense*. Madrid, 1991.

(30) Ver registro de oficios de la CMF de LP de solicitudes de reconocimientos psiquiátricos efectuadas por las distintas Salas de lo Penal.

El “estado mental” forense es un concepto mucho más amplio que el clínico, al que de hecho incluye. En cuanto a la finalidad no es precisamente el diagnóstico lo que se busca, si bien en muchas ocasiones un diagnóstico clínico es de gran utilidad jurídica, sino que lo verdaderamente importante es la evaluación de la situación psicológica del sujeto (utilizando, o no, para ello un diagnóstico clínico), con el propósito de proporcionar a los organismos judiciales la información necesaria, expresada en términos que puedan ser comprendidos por personas de formación jurídica, que carecen de profundos conocimientos psiquiátricos, para que puedan aplicar las disposiciones legales y las normas jurisprudenciales, en la toma de una decisión jurídica.

Otra característica del estado mental forense para la valoración de la imputabilidad, es que está referido al momento en que ocurrieron los hechos, y no al momento que se efectúan las exploraciones. Esta cuestión es de gran complejidad para el psiquiatra forense y muy importante para el jurista, teniendo en cuenta que no se juzga el estado mental de una persona, sino los actos que esa persona ha cometido en un momento concreto, por lo tanto lo decisivo es poder llegar a establecer la situación de las funciones psíquicas en aquellos momentos, y deducir de aquélla las cuestiones de interés jurídico para la aplicación de la normativa legal.

En muchas ocasiones, la información sobre el estado mental aporta un diagnóstico médico, que se ha podido obtener a través de las exploraciones y pruebas clínicas, el cual por sí solo permite establecer con un índice alto de certeza que la profunda alteración del psiquismo existía en el momento de los hechos, y los vinculaba al padecimiento mental, y por lo tanto puede incluir al sujeto, por ejemplo, dentro del término jurídico de “enajenado”, como ocurre con las psicosis, que la jurisprudencia reiteradamente identifica con enajenado, tal como afirma LÓPEZ IBOR al decir que “*los psicóticos son los enajenados en el sentido del Código Penal*”⁽³¹⁾ o ALONSO FERNÁNDEZ expresando que “*la enajenación viene a ser la versión jurídica de la enfermedad psíquica*”⁽³²⁾. No obstante muchas veces no es posible llegar a un diagnóstico clínico, ni resulta imprescindible, y son las características psicológicas del sujeto, junto con el análisis de los hechos, los que permitirán la confección del informe sobre el ‘estado mental’ y la consecuente adjudicación, o no, de los beneficios de la inimputabilidad, como puede suceder por ejemplo con el “trastorno mental transitorio”.

(31) J.J. López Ibor: *La responsabilidad penal del enfermo mental*. Real Academia de Medicina. Madrid, 1951.

(32) F. Alonso Fernández: *Compendio de Psiquiatría*. Oteo, Madrid, 1982.

Otra característica específica del estado mental forense, es que siempre tiene que estar vinculado a unos hechos delictivos y el abanico de circunstancias que los rodean. Esta vinculación queda recogida en algunas sentencias (*"hay que poner en relación la enfermedad y el delito cometido y la forma de cometerlo"*)⁽³³⁾ y es específica del estado mental forense. En fin, la información contenida en el estado mental clínico no va dirigida a nadie en especial, el psiquiatra la utiliza normalmente para sí mismo en el proceso diagnóstico que conducirá a las decisiones médicas para restablecer la salud, mientras que la información recogida dentro del estado mental forense va siempre dirigida a los organismos judiciales. En la siguiente tabla he resumido las características y las diferencias entre 'estado mental clínico' y 'estado mental forense' (Gráfica III).

DIFERENCIAS ENTRE EL ESTADO MENTAL CLÍNICO Y FORENSE

<u>ESTADO MENTAL CLÍNICO</u>	<u>ESTADO MENTAL FORENSE</u>
FINALIDAD DIAGNÓSTICA	FINALIDAD VALORATIVA
REFERIDO MOMENTO EXPLORACIÓN	REFERIDO MOMENTO DE HECHOS
SIN VINCULACIÓN A UNOS HECHOS	VINCULADO A UNOS HECHOS
AJUSTADO A NOSOGRAFÍAS	AJUSTADO A JURISPRUDENCIA
CRITERIO DESCRIPTIVO	CRITERIO INTERPRETATIVO
NO DIRIGIDO A NADIE EN ESPECIAL	DIRIGIDO A SISTEMAS JURÍDICOS

GRÁFICO III

4. LOS SUPUESTOS LEGALES QUE EXIMEN DE LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL

4.1. *El enajenado.*

"Enajenado" es la expresión que utiliza la legislación actualmente vigente como primer supuesto para eximir de la responsabilidad criminal (CP art. 8.1º). El significado y los límites del término no se definen en las leyes, precisando, por tanto, para su utilización y aplicación, un adecuado conocimiento del

(33) SSTs de 21 de octubre y de 10 de octubre de 1984.

alcance de tal expresión legal, lo que precisa una interpretación doctrinal, y un apoyo jurisprudencial que permitan traducir a términos psiquiátricos y psicológicos los requisitos del estado mental contenidos dentro del concepto de enajenación.

En primer lugar hay que dejar bien claro que el término “enajenado” no es un concepto psiquiátrico, no está sacado de la nosografía psiquiátrica. En efecto, en ninguna de las clasificaciones psiquiátricas actuales o anteriormente utilizadas existe ningún síndrome o trastorno mental que reciba el nombre de enajenado, si bien es cierto que el concepto de enajenación mental (EM) y trastorno mental transitorio (TMT) fueron asumidos por el derecho penal, desde la psiquiatría, por sugerencia del psiquiatra SANCHÍS BANÚS (1890-1932), y que en los códigos penales que precedieron al de 1932 en el que se introduce por primera vez el “enajenado” sustituyendo a otros términos usados hasta entonces, aparecían denominaciones psiquiátricas, acordes con el desarrollo de la psiquiatría en aquellos momentos: así en el CP de 1822 (art. 26), se decía: *“Tampoco se puede tener por delincuente ni culpable al que comete la acción hallándose dormido (¿?), o en estado de demencia o delirio”*; el CP de 1848 eximía de responsabilidad criminal (art. 8.1º) al *“loco demente, a no ser que haya obrado en un intervalo de razón”*; en el CP de 1870 se incluye *“el imbécil y el loco a no ser que éste haya obrado en un intervalo de razón”*; el CP de 1928 en el art. 55 exponía *“Es irresponsable el que, en el momento de ejecutar la acción u omisión punible, se hallase en estado de perturbación mental o debilidad mental, de origen patológico,...”*, hasta el CP de 1932 en el que recoge por primera vez la expresión “enajenado”, que sigue vigente en la actualidad.

Como puede verse, en el desarrollo legislativo previo al establecimiento del término de enajenado, se insiste en la legislación sobre la posible existencia de un “intervalo de razón” dentro del proceso patológico, cuya objetivación, interpretación y aplicación ha tenido mucha relevancia en épocas anteriores. Implica la circunstancia de que no es suficiente que el sujeto padezca una enfermedad mental para la consideración de inimputable, sino que se requería que las alteraciones mentales estuvieran activas en el momento de los hechos, y por tanto establecía claramente que lo decisivo para la valoración de la imputabilidad era la alteración o la anulación de las funciones psíquicas requeridas para la imputabilidad, y por tanto no lo era sólo la existencia de la enfermedad mental. Esta línea legislativa justifica, en cierto modo, el cambio terminológico, puesto que al alejarse de las denominaciones psicopatológicas, a la vez que deja

bien claro que lo importante no es la enfermedad, amplía extraordinariamente las posibilidades de la aplicación de los beneficios de la inimputabilidad a través del uso del nuevo término, que por otro lado ha demostrado su operatividad al permanecer vigente, hasta ahora, sesenta años.

El análisis del origen semántico de la expresión pone de manifiesto la amplitud y ambigüedad del término. Enajenar significa, según el Diccionario de la Lengua, “*pasar o transmitir a otro la propiedad o el derecho sobre una cosa*”. Si yo enajeno mi negocio, mi negocio no me pertenece y no soy responsable de los acontecimientos que sucedan en el negocio. Si soy un enajenado, mis actos no me pertenecen, y no soy responsable, por tanto, de los mismos. Según este criterio cabe dentro del enajenado cualquier situación que en definitiva prive al sujeto de la propiedad de sus actos, no siendo imprescindible, por tanto, la presencia de un proceso mórbido para que se dé la situación de enajenación según su origen semántico, como queda claramente expresado en algunos de los ejemplos que expone el diccionario para aclarar el sentido figurado de la palabra enajenar: “*sacar a uno fuera de sí; entorpecerle o turbarle el uso de la razón o de los sentidos: ‘El miedo le enajenó’; ‘enajenarse por la cólera’*”. Sin embargo la doctrina y la jurisprudencia, como veremos a continuación, insisten en referirse al concepto legal de la EM como ‘**ser un enajenado**’, lo que implica una continuidad o permanencia temporal de las alteraciones mentales, de cierta extensión, y la ausencia de un acontecimiento que precipite la aparición de los trastornos psíquicos. Estas circunstancias sólo pueden darse cuando el sujeto sufre un proceso mental mórbido (en la patología médica se utiliza el verbo ‘ser’ para los procesos morbosos de larga duración, de carácter crónico: es un asmático, es un diabético, es un esquizofrénico; y el ‘estar’ para los de corta duración: está agripado, está descompuesto, etc.).

La interpretación jurisprudencial del enajenado viene reiterando la necesidad de la presencia de una situación patológica, de carácter permanente y subsistente con los hechos, y de una intensidad que anule totalmente las facultades intelectivas o volitivas, identificando la EM con las conocidas como psicosis endógenas, de origen biológico. Algunas SSTS expresan esta idea de forma clara y contundente, como la STS de 30 de noviembre de 1976 que precisa la necesidad de un estado patológico morbosos (endógeno) que actúe sobre la inteligencia y la voluntad:

“La enajenación mental que exime de la responsabilidad criminal,... exige en el hombre delincuente un estado patológico o morbosos, que le prive totalmente del mecanismo intelectual del conocimiento, y el

psiquismo de la voluntad, indispensable positivamente para la imputabilidad penal...’;

o la interesante sentencia de 25 de noviembre de 1978 que dice:

“Constituye doctrina jurisprudencial consagrada que la enajenación mental consiste en una grave alteración psíquica que priva al afectado por ella de sus facultades normales de inteligencia y voluntad existentes, por regla general, en todo hombre maduro y sano,... y que por regla general es correlato psíquico de una enfermedad mental patológica del género de las llamadas psicosis orgánicas o funcionales, clínicamente diferenciables entre sí, pero de origen incierto, y totalmente distintas de las psicopatías, que son variantes psicológicas extremas del carácter humano...’;

que no hacen más que reiterar la STS de 27 de febrero de 1936 (recientemente introducido el término) que expresa:

“El término enajenado ha de reservarse por lo corriente a los casos en que pueda declararse una psicosis determinada”.

En fin, en la sentencia de 26 de noviembre de 1984 (posterior a la reforma de 1983) el TS mantiene los mismos criterios y sistematiza los requisitos necesarios para la estimación de la EM:

“1.º En cuanto a su origen ha de ser patológico o morboso.

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 absoluta y completa, de tal modo que el sujeto que la sufre tenga abolidas totalmente sus facultades intelectivas o volitivas, de tal modo 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”.

De la ambigüedad y amplitud de la EM se desprende la gran ventaja de permitir incluir en él cualquier situación mental que reúna los requisitos que se consideren necesarios, según los criterios de la doctrina y la jurisprudencia para la consideración de la inimputabilidad, y por tanto permitir adaptarse a los avances doctrinales y la evolución del derecho penal (MIR PUIG dice “El

Código Penal español... se limita a enumerar varias causas eximentes que la doctrina considera que excluyen de la imputabilidad... al limitarse a enumerar una serie de causas de inimputabilidad deja acertadamente en manos de la doctrina la cuestión del fundamento de dichas causas'' ⁽³⁴⁾, resultando como consecuencia un término vivo, dinámico y operativo. Sin embargo hay que señalar las dificultades emanadas de esa misma amplitud y ambigüedad, que no son otras que la dificultad de concretar el concepto, como consecuencia de su indefinición, y por tanto la controversia, las dudas y las posibles distintas opiniones a la hora de precisar las entidades nosológicas, que según la jurisprudencia resultan necesarias, en las que se puede considerar la presencia de la EM.

Para la objetivación de los casos de enajenación, desde el punto de vista de la pericia psiquiátrica, y asumiendo lo dicho hasta ahora, deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) Cualitativo: que analiza la naturaleza de la alteración mental, y la influencia que el estado mental alterado tiene sobre las funciones psíquicas que se han considerado como las bases psicológicas de la imputabilidad. Lo que hace al individuo ser un enajenado (no olvidemos que es un diagnóstico jurídico) es el estado mental en el momento de los hechos, pero las funciones psíquicas alteradas quedan vinculadas a un proceso mórbido cuya necesaria presencia reitera la jurisprudencia, siendo las deficiencias o anulaciones de las funciones psíquicas consecuencia de la presencia de aquél. Este proceso mórbido debe expresarse por medio del diagnóstico psiquiátrico, que además en la actualidad puede proporcionar una mayor operatividad, puesto que se han confeccionado y se usan con gran utilidad práctica en la objetivación diagnóstica, las nuevas clasificaciones nosográficas basadas en criterios diagnósticos objetivos, algunas de las cuales incluyen glosarios de gran claridad y exigen la presencia de unos síntomas concretos y claramente definidos para efectuar los diagnósticos, como la ICD-9, o el DSM-III-R. A este respecto también conviene recordar la declaración que en 1981 hizo la Asociación Internacional de Derecho Penal y la Comisión Internacional de Juristas, recomendando que los diagnósticos de las personas sufriendo enfermedad mental fueran expresados de acuerdo con los estándares médicos internacionalmente aceptados ⁽³⁵⁾.

(34) S. Mir Puig, *op. cit.*, págs. 484-485.

(35) International Association of Penal Law: *The protection of persons suffering from mental disorders*, 1981. Cit. por E. Calcedo Ordóñez en "El Peritaje psiquiátrico", *Psicopatología*, 2, 2 (171-180), 1982, pág. 177.

- 2) Cuantitativo: se insiste en la jurisprudencia sobre la necesidad de una completa y absoluta anulación de las facultades mentales para la aplicación de los beneficios de la inimputabilidad. Esta cuestión es de muy difícil concreción por parte del perito, ya que como expone GÓMEZ COLOMER *“las conclusiones exigidas por la ley no pueden ser respondidas tajantemente por los psiquiatras”*⁽³⁶⁾, puesto que el Derecho Penal ha optado por términos amplios y poco precisos (por entender que así darían más juego), a la hora de hacer referencia a los trastornos mentales, *“lo que ha obligado a establecer un catálogo de enfermedades a las que resulta aplicable la exención de la responsabilidad”* (GÓMEZ COLOMER)⁽³⁷⁾. Sin embargo la mera presencia de la enfermedad nunca podrá suponer la aplicación automática del diagnóstico de enajenación puesto que no existe ningún diagnóstico psiquiátrico que ipso facto determine la enajenación y consecuentemente la exculpación, lo que se refleja en la opinión de los juristas alemanes al hablar de *“la relatividad de la incapacidad de culpa”*⁽³⁸⁾, o sea que la incapacidad de culpa del enajenado sólo tiene valor jurídico en relación al grado de afectación de las funciones psíquicas en el momento y durante el acto punible concreto. Esta idea la refleja ALBERCA LORENTE cuando afirma que *“no basta comprobar la existencia de una enfermedad mental de las auténticamente dementadoras, para proponer la exculpación”*⁽³⁹⁾.
- 3) Cronológico: coincidencia y permanencia de la enfermedad mental en el momento en que sucedieron los hechos. Normalmente esta precisión no plantea problemas, sin embargo existen situaciones límites en ciertos procesos mórbidos, como algunas formas de comienzo de la esquizofrenia, en que la actividad psicótica florece en sus manifestaciones clínicas con posterioridad a los actos delictivos, y plantea dudas sobre la presencia de la EM en aquellos momentos.

Estas cuestiones tienen un interés especial para la adopción de las medidas de internamiento, o tratamiento y para la estimación de la peligrosidad.

(36) J.L. Gómez Colomer, *op. cit.*, pág. 76.

(37) J.L. Gómez Colomer, *op. cit.*, pág. 76.

(38) F. Alonso Fernández: “Causas de colaboración y debate entre la psiquiatría y la ley penal”, *Psicopatología*, 2, 2, 1982, pág. 140.

(39) R. Alberca Lorente: *Psiquiatría y Derecho Penal*. Tecnos, Madrid, 1967.

- 4) Relacional o de vinculación temática: los acontecimientos criminales tienen que encajar en la naturaleza del proceso mórbido, unas veces por su inclusión en la temática delirante, otras veces por la falta de motivación lógica y comprensibilidad psicológica, etc., puesto que si aceptamos que la mera presencia de una enfermedad mental de las que la jurisprudencia considera que hacen al individuo enajenado fuera suficiente para eximirlo de la responsabilidad criminal, sería como aceptar que todos los actos que hace, por ejemplo, un esquizofrénico le son ajenos, y esto evidentemente no es así.

El examen del estado mental debe poder proporcionar todos los elementos psicopatológicos a que he hecho referencia, sin embargo no siempre puede explorarse al sujeto de forma precoz, y desde luego siempre se hace con posterioridad a los acontecimientos, por eso es preciso extremar el examen del individuo tanto como el del acto criminal, obteniendo y valiéndose de la mayor información posible por parte de testigos, familiares, facultativos que lo hayan visto con anterioridad, agentes de la autoridad que lo detuvieron, de las diligencias etc. lo que implica, y sería de desear, una mayor relación entre los psiquiatras forenses y los órganos de la jurisdicción penal.

En cuanto a las enfermedades que se ajustan a las condiciones que deben darse en el estado mental del individuo que las padece para ser enajenado, según lo que se viene exigiendo de forma mayoritaria por la doctrina y la jurisprudencia, pueden considerarse las siguientes ⁽⁴⁰⁾:

1. “Trastornos mentales orgánicos” (psicosis orgánicas).
2. “Trastornos Esquizofrénicos”.
3. Algunos tipos de los “Trastornos Paranoides”.
4. Algunos tipos de los “Trastornos Afectivos”.
5. Algunos tipos de los “Trastornos Psicóticos no clasificados en otros apartados”.
6. Algunos tipos del “Trastorno de la Personalidad” (psicopatía).
7. Algunos subtipos de “Retraso Mental”.

En esta clasificación de los trastornos mentales he utilizado deliberadamente la terminología del DSM-III-R como una forma de evitar términos tales

(40) Para la siguiente clasificación se utiliza la terminología del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. (DSM-III).

como “psicosis”, “neurosis” o “psicopatías”, que tienen un significado distinto al etimológico, que se interpretan de distinta forma según la escuela que la use, y que pueden dar lugar a importantes confusiones, insistiendo no obstante que al legislador no le interesa como objeto específico de su actividad el diagnóstico psiquiátrico, y por tanto el conocimiento de las distintas nosografías, significando éstas tan sólo términos a interpretar según las necesidades y los fines del ordenamiento jurídico penal, por lo que una nosografía desprovista de ideologías y basada en la descripción objetiva de los síntomas, como la usada aquí, reúne gran parte de las condiciones de utilidad operativa apuntadas.

4.2. *El trastorno mental transitorio.*

El “trastorno mental transitorio” (TMT) aparece en el CP de 1932 junto con el enajenado en el art. 8.1º cuando dice que “*están exentos de responsabilidad criminal: 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*”.

Al margen de la difícil homologación psiquiátrica del término, este mismo art. del CP establece una diferencia importante con el enajenado, ya que al contrario de lo que ocurre con aquél, en el caso del TMT no se indican medidas terapéuticas (con o sin internamiento) o cautelares, lo que se puede entender como que se está negando implícitamente la existencia de base patológica para la apreciación de esta eximente, por lo que se admite la posibilidad de la existencia de intensos trastornos mentales no morbosos, capaces de excluir la imputabilidad de los individuos. La ausencia de base patológica, admitida mayoritariamente en la actualidad por los penalistas, apunta hacia la significación que se le concede al “efecto psicológico” en el TMT, en detrimento, en cierto modo, del componente biológico. Sin embargo es frecuente la referencia a una cualidad morbosa en la interpretación psiquiátrica del TMT, seguramente para diferenciar y delimitar este supuesto respecto a los trastornos producidos por hechos puramente emocionales (miedo insuperable; arrebató u obcecación).

Al igual que el enajenado, el TMT es únicamente un término legal, sin correlato concreto y específico en la psicopatología o nosografía psiquiátrica, por lo tanto su definición sólo puede establecerse a partir de la interpretación doctrinal y jurisprudencial.

El TS desarrolla el concepto del TMT diciendo que es:

un: *“trastorno mental”*⁽⁴¹⁾, *“una perturbación mental”*⁽⁴²⁾, *“una alteración anímica”*⁽⁴³⁾,

con: *“pérdida total o muy intensa de las facultades intelectivas y volitivas”*⁽⁴⁴⁾, *“anulación del libre albedrío”*⁽⁴⁵⁾, *“anulación del psiquismo”*⁽⁴⁶⁾, *“anulación de las facultades anímicas”*⁽⁴⁷⁾, *“exclusión de inteligencia y voluntad”*⁽⁴⁸⁾, *“privación total de las facultades psíquicas”*⁽⁴⁹⁾, *“anulación completa de la conciencia y abolición de todo freno inhibitorio”*⁽⁵⁰⁾, *“privación de la capacidad de raciocinio y de la libertad de voluntad”*⁽⁵¹⁾,

que: *“tiene aparición brusca”*⁽⁵²⁾, *“más o menos brusca”*⁽⁵³⁾, *“súbita”*⁽⁵⁴⁾, *“fulgurante”*⁽⁵⁵⁾,

de: *“duración no muy extensa”*⁽⁵⁶⁾, *“puede persistir a lo largo de varias horas o días”*⁽⁵⁷⁾,

que: *“cura sin dejar secuelas”*⁽⁵⁸⁾, *“sin dejar huella”*⁽⁵⁹⁾,

causado: *“por una causa inmediata, necesaria, y fácilmente evidenciable”*⁽⁶⁰⁾, *“directa, inmediata, evidenciable y pasajera”*⁽⁶¹⁾,

(41) STS de 30 de marzo de 1982 (RA 2.042).

(42) STS de 12 de noviembre de 1983 (RA 6.299).

(43) STS de 3 de mayo de 1983 (RA 2.634).

(44) STS de 3 de mayo de 1983 (RA 3.634).

(45) STS de 12 de noviembre de 1983 (RA 6.299).

(46) STS de 30 de marzo de 1982 (RA 2.042).

(47) STS de 20 de enero de 1982 (RA 114).

(48) STS de 16 de junio de 1978 (RA 2.638).

(49) SSTs de 20 de mayo de 1983 (RA 2.740), 21 de mayo de 1983 (RA 2.748), 10 de noviembre de 1983 (RA 5.476), 9 de mayo de 1984 (RA 2.590).

(50) STS de 29 de junio de 1984 (RA 3.706).

(51) STS de 24 de enero de 1984 (RA 339).

(52) STS de 20 de enero de 1982 (RA 114).

(53) STS de 30 de marzo de 1982 (RA 2.042).

(54) STS de 3 de mayo de 1983 (RA 2.634).

(55) STS de 24 de enero de 1934 (RA 399).

(56) STS de 30 de marzo de 1982 (RA 2.042).

(57) STS de 5 de julio de 1979 (RA 3.004).

(58) SSTs de 3 de mayo de 1983 (RA 2.634) y 20 de enero de 1982 (RA 114).

(59) SSTs de 30 de marzo de 1982 (RA 2.042) y 30 de marzo de 1984 (RA 1.879).

(60) STS de 30 de marzo de 1982 (RA 2.042).

(61) SSTs de 20 de enero de 1982 (RA 114) y 3 de mayo de 1983 (RA 2.634).

que: actúa sobre un fondo

“patológico”⁽⁶²⁾, *“... reacción de situación en personalidades, generalmente, con fondo patológico”*⁽⁶³⁾,

o: no necesariamente patológico

“al no exigirse legalmente la existencia o defecto cerebral patológico”⁽⁶⁴⁾, *“abandonada ya la existencia o fondo patológico”*⁽⁶⁵⁾,

que: *“no haya sido intencionalmente producido por el sujeto”*⁽⁶⁶⁾.

A la vista de la interpretación que hace la jurisprudencia del TMT, que mantiene una línea casi idéntica desde su introducción en el CP hasta la actualidad, se entiende que fue concebido para cubrir todos los casos de “locuras” breves y limitadas, frente a los trastornos permanentes y mórbidos de la enajenación. Sin embargo la intensidad de las alteraciones psicológicas del sujeto que “se halla en situación de TMT” tiene que ser absoluta y completa, como en el enajenado, del que sólo se diferenciaría por la brevedad de su presencia, o dicho de otro modo por la posibilidad de establecer claramente el momento del inicio y del final, tal como afirmaba LÓPEZ IBOR al decir que el TMT sería *“como una enajenación que lo fuera por breve tiempo”*, careciendo de importancia los síndromes psiquiátricos, muy dispares por cierto, que podrían incluirse en él.

Pueden resumirse los requisitos que tienen que darse en el estado mental del individuo, para considerarlo en situación de TMT, en los siguientes:

1. Existir una perturbación mental de extraordinarias proporciones, que anule la voluntad y/o la inteligencia. A este respecto es una constante casi general en esta figura jurídica la presencia de una alteración formal de la conciencia del tipo del estrechamiento crepuscular y/o de la obnubilación, que altera profundamente la capacidad de conocer y la voluntariedad de la conducta.
2. Que la grave modificación del estado mental haya sido producida por una causa inmediata que puede ser evidenciada objetivamente y sin una dificultad especial.

(62) SSTS de 12 de noviembre de 1983 (RA 2.942) y 24 de enero de 1984 (RA 399).

(63) STS de 30 de marzo de 1982 (RA 2.042).

(64) STS de 16 de junio de 1978 (RA 2.638).

(65) STS de 26 de enero de 1984 (RA 418).

(66) SSTS de 30 de mayo de 1968 (RA 2.716); 20 de febrero de 1970 (RA 1.004); 4 de abril de 1978 (RA 1.287); 10 de octubre de 1978 (RA 3.141) etc. hasta las sentencias más actuales.

3. Con un inicio y un final que pueden delimitarse claramente, y una duración corta, que puede extenderse desde minutos, hasta algunos días, desapareciendo sin dejar huellas, aunque este último requisito no siempre puede darse, puesto que en las personas en las que existe un fondo patológico, difícilmente puede desaparecer sin huellas, sin embargo la apreciación doctrinal se refiere a huellas de actividad de la anormalidad psicológica. El ejemplo típico lo constituye un estado crepuscular epiléptico en el que una vez resuelto el episodio crítico (el estado crepuscular) desaparece el TMT, pero persiste la epilepsia que puede ser evidenciada, por ejemplo a través de un registro EEG.
4. De ningún modo puede ser provocado por el sujeto, bien sea para facilitar una decisión, para aportarse valor, o para ampararse en una exención ante la responsabilidad de sus actos.

En la práctica se hace muy difícil para el psiquiatra asegurar ante un tribunal que se han dado estos requisitos, con la intensidad requerida, teniendo en cuenta que el examen pericial se hace con posterioridad a los acontecimientos, y el psiquismo del reconocido no presenta, por tanto, ningún tipo de alteraciones, no pudiéndose tampoco recurrir normalmente a otras opiniones técnicas coincidentes, puesto que la brevedad del trastorno hace que en general no exista necesidad y se evite la asistencia psiquiátrica.

Por estas razones la opinión psiquiátrica española se muestra favorable mayoritariamente a la exigencia de base patológica o cualidad morbosa, dejando los trastornos mentales producidos por hechos puramente emocionales para otros supuestos que se recogen en la legislación, distribuyendo las alteraciones psíquicas intensas y pasajeras que configuran el cuadro clínico del TMT en algunas de las siguientes modalidades:

- a) episodios psicóticos de breve duración (psicosis exógenas / formas de reacción exógena / psicosis reactiva breve / algunas formas del trastorno esquizofreniforme / algunas formas de las psicosis atípicas).
- b) la variante de las reacciones vivenciales anormales que cursa con trastornos de la conciencia.
- c) las formas psicopatológicas de las intoxicaciones agudas (alcohol / psicotropos / ciertos medicamentos).
- d) un grupo de 'estados excepcionales' dominados por el agotamiento, el sueño, el dolor intenso, el éxtasis, la rabia, la cólera, la angustia...

en los que la escuela alemana (EHRHARDT Y VILLINGER, 1961) consideran que tienen “el valor de enfermedad” para la psiquiatría forense, y que pueden acompañarse de una grave alteración de la conciencia.

En relación a la aplicación del TMT, es clara la reserva que se hace por parte de los tribunales, puesto que a la dificultad de aportar los datos periciales con la fuerza probatoria requerida, se une las abundantes propuestas de la aplicación por parte de la defensa, ante situaciones confusas que no reúnen todas las exigencias jurisprudenciales, con la dificultad de valorar cuantitativamente la alteración de las funciones mentales ante vgr. una intoxicación por psicotropos, en la que se desconocen datos imprescindibles, como dosis consumida, pureza de la sustancia, tiempo transcurrido desde el consumo etc., o en las reacciones vivenciales anormales con la complejidad y variedad de las respuestas psíquicas. Por eso se ha tratado de evitar que el TMT se convierta en un cajón de sastre en donde se incluyan verdaderos delincuentes habituales, con las negativas repercusiones sobre la seguridad y la alarma social. MUÑOZ CONDE ⁽⁶⁷⁾ añade que la reserva en la aplicación de la eximente por TMT se debe muchas veces a una actitud preventiva más que a una apreciación objetiva de los daños psicopatológicos.

4.3. La minoría de edad.

La edad a partir de la cual se ha considerado al sujeto imputable se ha ido ampliando en los distintos Código Penales: se establecía en siete años en el CP de 1822; nueve años en el de 1848 y 1870, llegando hasta los dieciséis años actuales que expone el CP en el art. 8.2º al precisar que está exento de responsabilidad criminal: “*El menor de dieciséis años*”.

El fundamento de la naturaleza excluyente de la responsabilidad criminal en el menor, parece apoyarse en la presencia del inconcluso proceso de maduración biológica, psicológica, educacional y del aprendizaje que existe cuando no se han cumplido los dieciséis años, de lo que se desprende que el menor posee una insuficiente o anormal capacidad valorativa respecto al Derecho, lo que le lleva a una situación de “incapacidad de culpabilidad”. Sin embargo resulta difícil admitir que el corte cronológico constituya una base sólida que sustente plenamente a las razones aludidas, puesto que si dirigimos una mirada

(67) F. Muñoz Conde: “La imputabilidad del enfermo mental”, *Psicopatología*, 2, 2 (127-134), 1982, pág. 132.

a los requisitos que la jurisprudencia y la doctrina penal requieren a los mayores de dieciséis años, hemos de considerar que carece de fundamento la estimación de la falta de la capacidad de culpa por la “anulación completa” de las facultades mentales, que reiteradamente la jurisprudencia y la doctrina han venido exigiendo para eximir de la responsabilidad criminal, puesto que la “inteligencia” y la “voluntad” pueden ser completas en un menor (algunas escuelas psicológicas consideran que a los catorce años la inteligencia ha llegado a su desarrollo total), y en cualquier caso no están “completamente anuladas” (al menos en las edades próximas a los dieciséis años), como la jurisprudencia expone reiteradamente para los adultos, y el conocimiento de lo legal normalmente puede estar bastante desarrollado, a través de la información proporcionada por la familia, la escuela y los sistemas de comunicación social. Pero además, la psicología evolutiva ha dejado de plantearse la infancia para hablar de la evolución, como un continuo que se inicia con el nacimiento y se extiende hasta la muerte, significando el corte cronológico una cuestión que carece de sentido.

Por todo esto, deberán existir otras razones que, ampliando y complementando las aludidas, justifiquen el corte cronológico que utiliza la legislación. En efecto han surgido opiniones basadas en un planteamiento de tipo preventivo, opuestas a las que, con un criterio solamente culpabilístico, han propuesto rebajar la mayoría de edad penal hasta los quince años ⁽⁶⁸⁾, que consideran que *“los menores no deben ser castigados como los mayores ni ir a la cárcel como ellos, sino que han de ser objeto de medidas educativas no penales, sino preventivas”* ⁽⁶⁹⁾, proponiendo la elaboración de un auténtico “Derecho Penal para jóvenes” que responda a la compleja problemática que desde puntos de vista estrictamente preventivos, plantea la delincuencia juvenil ⁽⁷⁰⁾.

En la práctica de la aplicación del eximente por la minoría de edad no se plantean problemas especiales, y carece de interés para la psiquiatría forense, puesto que la acreditación de la circunstancia de ser menor de edad, y la aplicación de la eximente, no requiere un estudio previo de su estado mental, sin embargo hay dos cuestiones de interés en relación al estado mental del menor de edad.

La primera cuestión es el tratamiento del menor que además es enajenado: ¿se le entrega al Tribunal Tutelar de Menores (art. 8.2º), o se interna en

(68) H. Oliva García, *op. cit.*, pág. 120.

(69) S. Mir Puig, *op. cit.*, pág. 516.

(70) H. Oliva García, *op. cit.*, pág. 121.

un establecimiento de enfermos mentales (art. 8.1º)? MIR PUIG se inclina por la segunda solución, sin embargo conviene aclarar que las posibilidades reales del internamiento de un menor enajenado en un centro adecuado son mínimas, puesto que no existen tales centros, por lo que se les suele dirigir a instituciones donde se acogen retrasados mentales profundos, que no benefician ni propician la curación del menor, o a centros psiquiátricos pensados para adultos, que hacen muy difícil la puesta en práctica del programa adecuado de tratamiento de menores.

La segunda cuestión es el menor-delincuente. Si a estos menores hay que educarlos, no tiene sentido internarlos en centros especiales (reformatorios), donde predomina un criterio restrictivo, interrumpiendo el proceso normal de formación del menor, máxime si ya han terminado la educación general básica.

Lamentablemente esta cuestión no está resuelta, puesto que no existen fases intermedias de Derecho Penal juvenil, ni centros debidamente dotados (al menos en nuestra Comunidad) lo que implicaría la consideración de una serie de variables psicológicas y sociales, que deberían tenerse en cuenta en el momento de la toma de la decisión judicial referente al destino del menor que ha delinquido.

4.4. *La alteración de la percepción.*

La reforma del CP de 1983 (art. 8.3º) sustituye la sordomudez —que se consideró atenuante en el CP (art. 65.4º) de 1928, y eximente en el CP de 1932— por una redacción completamente nueva y original: *“el que por sufrir alteración de la percepción desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad”*.

Hasta la reciente reforma, la doctrina ha criticado la exigencia legal de que el sordomudo tenga que carecer totalmente de instrucción para que pueda ser considerado inimputable, tal como parecía exigir el CP, puesto que la inimputabilidad no puede sustentarse en la ausencia de instrucción y escolarización, sino en la falta de la capacidad valorativa respecto a las normas. Sin embargo puede entenderse que la minusvalía física ha impedido tanto la adquisición de conocimientos académicos, como el desarrollo de algunas de las funciones psíquicas imprescindibles para tener un conocimiento de la realidad objetivo y ponderado, significando la carencia total de instrucción un marcador de la ausencia de la capacidad valorativa, por lo tanto no son la sordomudez ni la falta de instrucción, lo que hacen al sujeto inimputable, sino la limitación que la minus-

valía impone en el desarrollo de las facultades psíquicas, lo que da lugar a que *“el sordomudo va a tener gravemente alterada la conciencia de la realidad; esto es, que va a ser incapaz para conocer el valor de sus propios actos, lo que por definición lo hace inimputable”* (GISBERT CALABUIG) ⁽⁷¹⁾. Sin embargo, aun en el caso de la carencia total de instrucción, el nivel de desarrollo psicológico no es el mismo en todos los sordomudos, puesto que está en función de muchas variables internas (inteligencia, voluntad, etc.) y externas (edad de la instauración, etiología de la lesión, medio familiar y social etc.).

Además de la sordomudez, otras circunstancias o deficiencias somáticas pueden interferir y limitar el desarrollo madurativo del individuo, y pueden conducir a situaciones idénticas a las que se llega por la incomunicación de la sordomudez.

El cambio establecido en 1983 parece que pretende subsanar las limitaciones de la anterior redacción. Sin embargo los nuevos términos que utiliza el CP han sido criticados, por su falta de claridad, desde el derecho y desde la psiquiatría:

MIR PUIG se queja de que *“nada dice, lamentablemente, la Exposición de Motivos de la Reforma de 1983 acerca del fundamento y del alcance imaginado para la nueva figura de la alteración de la percepción... Y es grave que una modificación tan novedosa se introduzca sin ninguna aclaración ni fundamentación”* ⁽⁷²⁾.

En la psiquiatría clínica se consideran como alteraciones de la percepción una serie de trastornos psicopatológicos que muchas veces son síntomas asociados de diversos síndromes psiquiátricos, en ocasiones de naturaleza psicótica, tales como los trastornos esquizofrénicos u otros grupos de psicosis, también aparecen frecuentemente en las intoxicaciones agudas o crónicas por algunas sustancias psicótropas tales como el alcohol o la cocaína y otras, y en ciertas psicosis exógenas (las ilusiones y las alucinaciones son trastornos de la percepción en el lenguaje psiquiátrico), lo cual está muy lejos de la sordomudez, a la que sustituye, y por tanto del espíritu que parece desprenderse de la nueva figura legal, sobre todo si tenemos en cuenta que se trata de *“alteración en la percepción desde la infancia”*, lo que se entiende como la presencia mantenida de la alteración perceptiva de forma continuada durante el proceso madurativo

(71) J.A. Gisbert Calabuig, *op. cit.*, 1983, pág. 611.

(72) S. Mir Puig, *op. cit.*, pág. 519.

del individuo, que evidentemente la aleja de las alteraciones perceptivas episódicas que se producen en algunos cuadros de la psicopatología psiquiátrica.

El proceso de la percepción normal se realiza a través de las siguientes fases: presencia de la señal-estímulo / activación de los órganos sensoriales / transmisión de la información por las vías nerviosas a los centros de procesamiento / procesamiento de la información en el sistema nervioso central / conservación / respuesta.

Cualquier falta o deficiencia en alguna de las secuencias del proceso de percepción, mantenidas desde el nacimiento o la infancia, impedirán el mecanismo normal de captación, asimilación, procesamiento,... etc. de los datos que se obtienen del medio exterior, y consecuentemente de la posibilidad de utilizar esa información que se adquiere con el transcurso del tiempo y que forma parte del proceso de maduración psicológica que configurará en el futuro al sujeto, impidiendo la formación de "la conciencia de la realidad".

Algunas de las causas etiológicas que alteran el desarrollo normal del fenómeno perceptivo ya están incluidas en otros supuestos de exención, como las lesiones encefálicas desde el nacimiento o la infancia, que dan lugar a importantes deficiencias psicológicas, normalmente de la función intelectual, o las psicosis orgánicas sintomáticas a lesiones cerebrales, que se incluyen dentro de la figura del enajenado. Pero existen otras deficiencias, además de la sordomudez con sus distintas posibilidades etiopatogénicas (desde la lesión del órgano receptor, hasta los centros cerebrales de procesamiento del lenguaje oral, pasando por las vías nerviosas de transmisión), que podrían acogerse en la reciente figura legal, como las que se producen a consecuencia de la falta del estímulo perceptivo adecuado, mantenido desde la infancia, tanto en los aspectos cuantitativos como cualitativos. Tal situación puede darse en un sujeto que ha crecido en una situación de aislamiento social y cultural intensos y mantenidos durante el proceso madurativo, que lo sitúa muy próximo al sordomudo que carece totalmente de instrucción, que la jurisprudencia venía requiriendo antes del cambio del 83. Un ejemplo extremo de esta situación podríamos encontrarlo en un individuo perteneciente a un grupo salvaje amazónico, alejado totalmente de la civilización, el cual no presenta trastornos morbosos de la inteligencia ni de la voluntad, está perfectamente adaptado a su medio, y por lo tanto no reúne totalmente los requerimientos de la enajenación, sin embargo es evidente que tiene alterada la conciencia de la realidad, al menos de nuestra realidad social, y anulada la capacidad valorativa respecto al Derecho.

La jurisprudencia tendrá que aclarar y definir el contenido del nuevo concepto en el futuro, y la peritación médica en este supuesto tendrá que esclarecer muchas cuestiones que seguramente se plantearán.

4.5. *El miedo insuperable.*

La situación del miedo insuperable, como causa eximente de la responsabilidad criminal, queda recogida en el CP en el art. 8.10º: *“El que obra impulsado por miedo insuperable de un mal igual o mayor”*.

Desde el punto de vista psicológico, el miedo es una emoción primitiva, de finalidad defensiva, vinculada al instinto de conservación del individuo. Se admite que esta circunstancia surge en personas absolutamente normales en las que una reacción vivencial anómala e intensa, reactiva a una situación que produce un miedo intenso, condiciona que la voluntad actúe bajo la presión de un fuerte impacto de pánico que la anula intensamente, afectando de modo significativo a la voluntariedad de proceder, y por tanto a la capacidad de elegir, según se recoge en STS recientes ⁽⁷³⁾.

Las exigencias que ha reiterado la jurisprudencia pueden resumirse en las siguientes:

1. que el miedo intenso se haya producido por estímulos conocidos, evidentes y ciertos.
2. que producen una reacción angustiosa intensísima caracterizada por la presencia de un estado emocional de tal intensidad, que priva al sujeto de la posibilidad del uso normal de su raciocinio y del control del impulso voluntario, produciendo por tanto la anulación de la capacidad de autodeterminarse.
3. el miedo debe ser insuperable, o sea que las circunstancias que lo desencadenan y la situación en la que se desarrolla deben de impedir que pueda ser dominado o mentalizado. O dicho de otra forma, que cualquier persona, en la misma situación, responda de forma similar.

Las circunstancias que aparecen en esta figura legal la sitúan muy próxima al TMT, existiendo situaciones de “miedo insuperable” que encajarían totalmente en el TMT. Valgan como ejemplo los estados en los que un estímulo

(73) SSTS de 29 de abril de 1988; de 5 de julio de 1988; de 2 de noviembre de 1988; de 16 de diciembre de 1988.

atemorizante intenso (con las condiciones que exige la jurisprudencia), actúa en un individuo que sufre trastornos fóbicos. La diferencia de los dos supuestos legales está en que en el TMT hay un predominio de las alteraciones de la conciencia en el sentido de la reducción del campo de la misma, mientras que en el miedo insuperable hay una deficiencia en el control emocional cuya consecuencia es una conducta automática, no meditada e impulsiva.

El estado mental del sujeto que sufre una situación de “miedo insuperable” se puede identificar con el “trastorno por angustia” (pero producido por estímulos reales) que se admite como una categoría diagnóstica de la psiquiatría clínica actual, cuya manifestación clínica está constituida por síntomas psicológicos y orgánicos (objetivables) entre los que se encuentran: falta de aliento o sensación de ahogo; mareo, inestabilidad; palpitaciones y taquicardia marcada; temblor o sacudidas; sudoración; sofocación; náuseas o molestias abdominales; despersonalización; parestesias corporales; escalofríos; dolor precordial; miedo a morir; miedo a la locura etc. de gran interés legal para el diagnóstico objetivo del estado mental, puesto que la reacción de miedo no depende sólo del agente que lo produce, sino de los factores personales y la reactividad de los individuos, que pueden introducir variaciones de intensidad notables, que de poder ser registrados, serían muy útiles para diagnóstico psiquiátrico de esta situación psicológica. Sin embargo hay que recordar que la inclusión en este supuesto legal no parece depender de las variaciones en la intensidad de las respuestas emotivas individuales, y más aún ante la difícil cuantificación, efectuada a posteriori, por eso la jurisprudencia ha exigido que el miedo, con la intensidad mínima requerida, debería de aparecer en cualquier persona, en las mismas circunstancias, introduciendo un criterio generalizador de base objetiva.

La segunda parte de la redacción de esta figura legal dice que el miedo ha de serlo de “*un mal igual o mayor*”. La apreciación de este requisito por el sujeto que delinque es muy difícil en la práctica, puesto que una persona que se encuentra en la situación psicológica de la crisis de angustia no está en condiciones de valorar la intensidad del mal, y mucho menos de comparar el mal que produce con el que le acecha, actuando de forma impulsiva e incontrolada (precisamente en esta ausencia de voluntariedad se basa el criterio de inimputabilidad).

La jurisprudencia precisa que el mal sea real y conocido, con lo cual separa el “miedo insuperable” de los trastornos psíquicos en los que se producen estados mentales similares, sin estímulo externo (estados delirantes o alucinatorios; crisis de pánico psicógenas) cuya diferencia queda marcada por el origen

de la crisis, que en el segundo caso procedería de un fondo patológico individual, que lo aleja de este supuesto legal y lo aproxima al “enajenado” o al TMT.

5. COMENTARIOS FINALES

El análisis de las figuras legales que conducen a la exención de la responsabilidad criminal, y por tanto a la inimputabilidad, permite considerar como referencia común la capacidad de control del comportamiento antijurídico de los individuos, estableciéndose la separación entre inimputables e imputables en función al grado de alteración de la consciencia, de la inteligencia y de la volición de la ilicitud, vinculadas al nivel de “libertad” en el momento de realizar los hechos, admitiendo que el hombre que es y está psíquicamente normal cuando suceden los hechos es libre, y por tanto responsable, para decidirse entre lo jurídico o antijurídico. Esta perspectiva obliga a adaptar los conceptos psiquiátricos a la escala valorativa jurídico penal, generalmente distante de la propia psiquiatría, ya que esta ciencia es competente para diagnosticar cuándo un sujeto es mentalmente enfermo, pero no puede medir la intensidad de la responsabilidad jurídico penal, que corresponde y es competencia de los sistemas jurídicos. Estas cuestiones se alejan de los conceptos psiquiátricos del enfermar psíquico y de la investigación psiquiátrico-psicológica, y han dado lugar a que se construyan esquemas de las “enfermedades mentales que eximen de la responsabilidad criminal” incluyendo en ellos algunas alteraciones que desde el punto de vista psiquiátrico no son auténticas enfermedades.

Nuestro ordenamiento jurídico admite la situación de responsabilidad atenuada “cuando no concurrieren los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos” (art. 9.1º) refiriéndose al enajenado y al trastorno mental transitorio, y otras figuras como “la embriaguez no habitual” (art. 9.2º) la de “obrar por estímulos tan poderosos que hayan producido arrebato, obcecación u otro estado pasional de semejante entidad” (art. 9.8º) o “cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores” (art. 9.10º). Se escapa del propósito de este trabajo analizar estas figuras, algunas de las cuales se han nombrado de pasada por la proximidad con algunos de los supuestos del art. 8, sin embargo conviene, antes de terminar, comentar el trato legal que se da a los tres grupos de sujetos que cometen delito: los imputables, los semiimputables y los inimputables. A los dos primeros se les considera merecedores de pena puesto que tienen, o no han perdido totalmente, la

posibilidad de ejercer un control de su comportamiento antijurídico, mientras que al último grupo se le exime de la pena, pero se considera su peligrosidad potencial y/o su estado de morbilidad, y se les hace merecedores de medidas de internamiento. La responsabilidad parcial que da lugar a la estimación de la semiimputabilidad conduce a una reducción de la pena, pero ajusta las medidas terapéuticas a la duración de la pena, resultando una incongruencia la adopción de tales medidas de esa forma, puesto que muchas veces lo que requieren estos sujetos, que son enfermos mentales aunque no reúnen todos los requisitos jurídicos para la inimputabilidad, es un control preventivo o rehabilitador de los trastornos psíquicos, más prolongado (o más corto) que la duración de la pena, y un enfoque terapéutico idéntico al del inimputable.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ALBERCA LORENTE, R.: *Psiquiatría y Derecho Penal*. Tecnos, Madrid, 1967.
- ALEXANDER, F.: *Psiquiatría Dinámica*. Paidós. Buenos Aires, 1962.
- ALONSO FERNÁNDEZ, F.: *Compendio de Psiquiatría*, 2ª ed. Oteo. Madrid, 1982.
- ALONSO FERNÁNDEZ, F.: "Causas de colaboración y debate entre la psiquiatría y la ley penal". *Psicopatología*, vol. 2, nº 2, abril-junio 1982.
- BARBERO SANTOS, M.: *Psiquiatría y Derecho Penal*. Tecnos. Madrid, 1965.
- CALCEDO ORDÓÑEZ, A.: "El peritaje psiquiátrico". *Poder Judicial*, nº 5, diciembre 1982.
- CALCEDO ORDÓÑEZ, A.: "Psiquiatría y ley". *Psicopatología*, vol. 2, nº 2, abril-junio 1982.
- CARRASCO GÓMEZ, J.J.: "Psiquiatría y Ley Penal". *Monografías de Psiquiatría*. Año III, nº 4, julio-agosto, 1991.
- COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal. Parte General*. Valencia, 1984.
- CONDE-PUMPIDO FERREIRO, C.: "La vertiente jurídica del peritaje psiquiátrico". *Psicopatología*, vol. 2, nº 2, abril-junio, 1982.
- FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: *Tratado de Psiquiatría*. Salvat, 1982.
- GISBERT CALABUIG, J.A.: *Medicina Legal y Práctica Forense: Psiquiatría Forense*. Valencia, 1958.
- GISBERT CALABUIG, J.A.: *Tratado de Medicina Legal y Toxicología*. 2ª ed. Valencia 1983.
- GÓMEZ COLOMER, J.L.: *Enfermedad mental y delito: Aspectos penales*. Civitas. Madrid, 1987.
- LÓPEZ IBOR, J.J.: *La responsabilidad penal del enfermo mental*. Real Academia de Medicina. Madrid, 1951.
- LÓPEZ GÓMEZ, L. y GISBERT CALABUIG, J.A.: *Tratado de Medicina Legal*. Valencia, 1962.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-III-R. Masson S.A., Barcelona, 1988.
- MARCO RIBE, J., MARTÍ TUSQUETS, J.L. y PONS BARTRÁN, R.: *Psiquiatría Forense*. Salvat. Barcelona, 1990.
- MARTÍN GONZÁLEZ, F.: *Valoración de la inimputabilidad de los drogadictos y alcoholicos en la reciente jurisprudencia del Tribunal Supremo*. Mesa Redonda sobre Imputabilidad y enfermedad mental. Las Palmas de G.C. 1989.
- MENGUAL I LULL, J.B.: *Enfermedad mental y delito: aspectos psiquiátricos*. Civitas. Madrid, 1987.
- MEZGUER, E.: *Tratado de Derecho Penal*. Madrid, 1955.
- MEZGUER, E.: *La culpabilidad en el moderno Derecho Penal*, traducción de J.M. Navarrete. Valladolid, 1956.
- MICÓ CATALÁN, F.: "Técnicas y tecnologías exploradoras del psiquismo. Búsqueda de marcadores del "estado mental". Ponencia de las XV Jornadas Españolas de Medicina Forense. Madrid, noviembre 1991.
- MIR PUIG, S.: *Función de la pena y teoría del delito en el Estado social y democrático de Derecho*. 2ª ed., Barcelona, 1982.
- MIR PUIG, S.: "Fundamento de la irresponsabilidad penal del inimputable. *Psicopatología*, vol. 2, nº 2, abril-junio, 1982.

- MUÑOZ CONDE, F.: "La imputabilidad del enfermo mental". *Psicopatología*, vol. 2, nº 2, abril-junio, 1982.
- OLIVA GARCÍA, H.: "Introducción a las bases doctrinales de la imputabilidad". *Psicopatología*, vol. 2, nº 2, abril-junio, 1982.
- PELICIER, Y.: "Bases filosóficas de la responsabilidad penal". *Psicopatología*, vol. 2, nº 2, abril-junio, 1982.
- RODRÍGUEZ DEVESA, J.: *Derecho Penal Español. Parte general*, 9ª ed., Madrid 1985.
- RODRÍGUEZ DEVESA, J.: *Los delincuentes mentalmente anormales*. Madrid, 1963.
- TALBOTT, J.A., HALES, R.E. y YUDOFKY, S.C.: *Tratado de Psiquiatría*. Áncora, Barcelona, 1988.
- TORIO LÓPEZ, A.: "Las fórmulas legislativas sobre la enfermedad mental. Discusión del concepto de "enajenación". *Psicopatología*, vol. 2, nº 2, abril-junio, 1982.
- VALLEJO NÁJERA, J.A.: *Introducción a la Psiquiatría*. Científico Médica, 6ª ed., Barcelona, 1971.
- VALLEJO RUILOBA, J.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat, 3ª ed., Barcelona, 1991.