



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Facultad de Derecho

GRADO EN DERECHO

TRABAJO FIN DE GRADO

ANÁLISIS DE LA CIRCUNSTANCIA MODIFICATIVA DE
RESPONSABILIDAD PENAL DE TRASTORNO MENTAL.

Alumno: Manuel Alonso Suárez

Convocatoria: Extraordinaria Junio-Julio

RESUMEN:

El presente trabajo se centra en el análisis de la eximente o atenuante de trastorno mental en el ámbito del Derecho Penal español. En él se lleva a cabo un acercamiento al concepto de imputabilidad, así como un estudio de la jurisprudencia y la doctrina para determinar los criterios utilizados por los Jueces y Tribunales al aplicar esta eximente, así como la posibilidad de aplicar una eximente incompleta o una atenuante. Se examinan casos relevantes y se identifican las posturas doctrinales sobre los trastornos mentales como causa de exención o atenuación de responsabilidad penal y se destaca la importancia de contar con informes periciales especializados que demuestren la relación entre el trastorno mental y el delito cometido. El objetivo principal es determinar los factores relevantes para evaluar la presencia de una eximente o atenuante de trastorno mental, como son la capacidad de comprensión o la afectación en la voluntad del autor del delito. En conclusión, este trabajo ofrece una visión crítica de los criterios judiciales y los desafíos en la aplicación de la eximente o atenuante de trastorno mental en el sistema de justicia penal español.

ABSTRACT:

This research focuses on the analysis of the defense or mitigating factor of mental disorders in the field of Spanish criminal law. It provides an examination of the concept of criminal liability and conducts a study of jurisprudence and doctrine to determine the criteria used by Judges and Courts when applying this defense, as well as the possibility of applying a partial defense or a mitigating factor. Relevant cases are examined, and doctrinal positions regarding mental disorders as grounds for exemption or mitigation of criminal responsibility are identified. The importance of specialized expert reports demonstrating the relationship between the mental disorder and the committed offense is highlighted. The main objective is to determine the relevant factors for evaluating the presence of a defense or mitigating factor of mental disorders, such as the capacity for understanding or the impact on the perpetrator's will. In conclusion, this research provides a critical insight into judicial criteria and challenges in the application of the defense or mitigating factor of mental disorders within the Spanish criminal justice system.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

Art	Artículo
ATS	Auto del Tribunal Supremo
CE	Constitución Española de 1978
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, en su versión décima
CP	Código Penal
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, en su versión quinta
Etc.	Etcétera
LEC	Ley de Enjuiciamiento Civil
LECrím	Ley de Enjuiciamiento Criminal
OMS	Organización Mundial de la Salud
Pág	Página
Págs	Páginas
Párr	Párrafo
RAE	Real Academia Española
SAP-B	Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona
SAP-G	Sentencia de la Audiencia Provincial de Girona
SAP-M	Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
SSTS	Sentencias del Tribunal Supremo
Ss	Siguientes
TS	Tribunal Supremo

Índice	
RESUMEN	2
ABSTRAC	2
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	3
1.- INTRODUCCIÓN	5
2.- IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD	6
2.1- Causas de inimputabilidad	9
3.- ENFERMEDADES MENTALES Y SU PROYECCIÓN PENAL (CIE-10 y DSM-V).	11
3.1.- Principales enfermedades mentales.	11
3.1.1.- Enfermedades mentales graves.	11
3.1.1.1.- Esquizofrenia	11
3.1.1.2.- Paranoia	17
3.1.1.3.- Psicosis maníaco-depresiva	24
3.1.1.4.- Trastornos asociados a enfermedades mentales: Epilepsia.	29
3.1.2.- Trastornos de la inteligencia.	34
3.1.2.1.- Oligofrenia.	34
3.1.3.- Trastornos de la personalidad: Neurosis y Psicopatía.	37
3.1.3.1.- Neurosis.	37
3.1.3.2.- Psicopatía.	41
4.- INFORMES PERICIALES Y SU VALORACIÓN POR JUECES Y TRIBUNALES	45
5.- CONCLUSIONES	49
Bibliografía	50

1. INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo se enfoca en un tema que ha despertado un gran interés en mí, fusionando dos disciplinas muy interesantes como son el Derecho Penal y la psiquiatría. La propuesta que mi tutor me presentó para este trabajo fue perfecta y motivadora, ya que combina dos áreas de estudio y me permite explorar el fascinante mundo de la eximente o atenuante de trastorno mental en el ámbito del Derecho Penal español. El Derecho Penal siempre ha sido una rama del Derecho que me ha cautivado debido a su impacto directo en la sociedad y la protección de los derechos fundamentales. La idea de analizar cómo los trastornos mentales pueden influir en la responsabilidad criminal me ha intrigado desde el principio, pues es un tema de suma importancia, ya que puede determinar si un individuo acusado de un delito es eximido de responsabilidad penal o recibe una atenuación de la pena.

El estudio de esta eximente plantea cuestiones legales y éticas fundamentales que merecen una atención rigurosa y crítica. Es fascinante descubrir cómo los Jueces y Tribunales evalúan las pruebas periciales en casos de trastornos mentales, considerando su relevancia y peso probatorio. ¿Cómo se determina si un trastorno mental afecta a la capacidad de comprensión o la voluntad del autor del delito? ¿Cuáles son los criterios que los jueces y tribunales utilizan para evaluar la solidez y confiabilidad de los informes periciales? Estas preguntas representan desafíos sustanciales en el ámbito de la justicia penal, y me motiva profundamente indagar en sus respuestas. Además, este tema tiene implicaciones significativas, ya que una evaluación inadecuada o incorrecta de los trastornos mentales puede tener consecuencias graves. Una decisión errónea en cuanto a la aplicación de la eximente o atenuante podría llevar a que un criminal quede eximido de responsabilidad penal y no cumpla una pena acorde con su delito, o viceversa.

En definitiva, este trabajo busca examinar el terreno de la circunstancia modificativa de responsabilidad penal de trastornos mentales. Mi motivación personal y mi interés tanto por el Derecho Penal como por la psicología y psiquiatría se unen en este proyecto, impulsándome a investigar qué lleva a los Jueces y Tribunales a aplicar cada una de las figuras que existen en nuestro ordenamiento. Espero que esta investigación aporte una visión crítica y contribuya al mejor entendimiento y aplicación de la eximente, semieximente o atenuante por trastornos mentales en nuestro sistema de justicia penal.

2. IMPUTABILIDAD E INIMPUTABILIDAD:

Nuestro Código Penal se estructura “sobre la base de la culpabilidad que, a su vez, descansa sobre la imputabilidad del individuo y arrastra la consecuencia jurídica de su responsabilidad. Responsabilidad que desaparece o se ve disminuida en mayor o menor medida, cuando faltan o están disminuidos los pilares de la imputabilidad (la inteligencia y la voluntad de la persona), lo que lógicamente encuentra su reflejo en la apreciación de las denominadas circunstancias eximentes, completas o incompletas, y en las simples circunstancias atenuantes”.¹ Esta introducción de LUIS ROMÁN PUERTA LUIS nos sirve como base para comenzar nuestro estudio, ante la falta de una definición que venga dada por nuestro ordenamiento acerca de los conceptos de imputabilidad, de culpabilidad o de responsabilidad. En este sentido nos dice JOSÉ LUIS DÍEZ RIPOLLÉS² que “no suelen abundar en los códigos penales pronunciamientos explícitos sobre lo que deba entenderse por imputabilidad, también llamada capacidad de culpabilidad. Lo usual es prever un catálogo de causas de inimputabilidad, en ocasiones sin diferenciarlo expresamente de otras eximentes con diversa naturaleza, del que doctrina y jurisprudencia deben extraer los rasgos comunes a todas ellas”. Aunque excepcionalmente, sí podemos encontrar en algunos países de nuestro entorno Códigos Penales que incluyen una definición de imputabilidad. Así, el art. 85 del Código italiano nos dice que será imputable cualquiera que tenga la capacidad de comprender y querer.

Autores como LUCÍA MARTÍNEZ GARAY³ se han esmerado en ofrecernos una posible definición de imputabilidad. La citada autora la define como “*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 la voluntad que dio lugar a la realización del delito*”. Por su parte, JIMENEZ DÍAZ y FONSECA MORALES⁴ se refieren a ella como el conjunto de facultades mínimas requeridas para poder considerar a un sujeto como culpable por haber ejecutado un acto típico y antijurídico. Observamos cómo la doctrina centra como pilar básico de la noción de imputabilidad la capacidad de elección de

¹ PUERTA LUIS, L.R., “Causas de inimputabilidad: anomalías y alteraciones psíquicas. Trastorno mental transitorio”, AAVV, *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2007, págs. 37 y ss.

² DÍEZ RIPOLLÉS, J.L., “Aspectos generales de la imputabilidad”, AAVV, *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, págs. 24 y ss.

³ MARTÍNEZ GARAY, L., *La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*, Tirant lo blanch, Valencia, 2005, pág. 365.

⁴ JIMÉNEZ DÍAZ, M.J. y FONSECA MORALES, G.M., *Trastornos de la personalidad (psicopatías)*, Cesej - Ediciones, Madrid, 2006, pág. 50.

conducta. Esto es, para que se produzca una modificación en la imputabilidad del sujeto, se requiere que se hayan visto alteradas sus facultades cognitivas y volitivas. Cabe en este momento realizar una aproximación a los conceptos de capacidad cognoscitiva y volitiva. Las primeras hacen referencia a la capacidad de un sujeto para captar los aspectos de la realidad a través de los sentidos y comprenderlos. Su relevancia penal radica en las dimensiones psíquicas que den la posibilidad al individuo de distinguir la licitud o ilicitud de una conducta. Mientras que la capacidad volitiva la podemos definir como la aptitud de dirigir voluntariamente nuestra conducta⁵. Autores como RIPOLLÉS, citado anteriormente, asimilan la imputabilidad a la capacidad de culpabilidad. Por ello, diferencia entre antijuridicidad y culpabilidad. Una conducta será antijurídica si es contraria a lo dispuesto por el ordenamiento jurídico. Mientras que la culpabilidad se encarga de examinar si le puede ser reprochada al sujeto la infracción de esa norma, presuponiendo la antijuridicidad de la conducta e introduciendo un nuevo término, como es el de reprochabilidad. Un nuevo término que para CLAUS ROXIN⁶ es sinónimo de culpabilidad, y que se estructura en tres elementos: la imputabilidad, la posibilidad de conocimiento de la antijuridicidad, y la exigibilidad de una conducta conforme a la norma.

Observamos de lo expuesto por estos autores la discusión que existe aún hoy en día en torno a configurar la imputabilidad como elemento o como presupuesto de la culpabilidad. Para MARTÍNEZ GARAY⁷, hablar de imputabilidad como capacidad de culpabilidad, significa admitir su tratamiento como presupuesto. La autora admite la controversia que existe en torno al concepto de imputabilidad, señalando que puede ser entendido de dos formas distintas. Bien como una condición personal (una forma de ser), o bien como exención (como una causa de exclusión de la responsabilidad por un hecho concreto). Si nos basamos en la concepción actual de culpabilidad (la normativa), tal y como hace la citada autora, la culpabilidad es *"juicio de reproche por el hecho concreto cometido"*. Algo que le hace optar por la segunda de las opciones planteadas, es decir, considerar la culpabilidad como causa de exclusión de la responsabilidad por un hecho cometido. Y es en este punto donde manifiesta su resistencia a considerar la imputabilidad como un elemento más de la culpabilidad, y a la inimputabilidad una exención de culpabilidad. Prefiere referirse a la imputabilidad utilizando la primera de las posibilidades que planteamos anteriormente, es

⁵ AAVV, "Delictología de los trastornos de la personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad", *eduPsykhé*, Vol. 8, No. 2, 2009, págs. 101-126.

⁶ ROXIN, C., *Derecho Penal. Parte general. Tomo 1. Fundamentos. La estructura de la teoría del delito*, Civitas, Madrid, 1997, págs. 791 y ss.

⁷ MARTÍNEZ GARAY, L., *La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*, págs. 82 a 90.

decir, como estatus personal del sujeto. De tal forma que la imputabilidad se configuraría como la capacidad general para quedar obligado por deberes jurídicos, una capacidad que sería previa a la culpabilidad, mientras que ésta vendría a referirse al hecho concreto cometido.

Antes de continuar, me gustaría abordar de forma muy breve el concepto de semiimputabilidad, y hacer una última referencia al concepto de culpabilidad, para tratar de definir lo que entendemos por responsabilidad penal. Y es que en el ámbito del Derecho Penal, la responsabilidad del sujeto se encuentra determinada por dos elementos que deben ser evaluados en relación al injusto cometido: la culpabilidad y la necesidad preventiva de la sanción penal, que se deduce de la ley. Para ROXIN, la responsabilidad se refiere a una valoración ulterior de la antijuridicidad, que por lo general conduce a la punibilidad dentro de la estructura del delito. La antijuridicidad se evalúa desde la perspectiva de que el hecho infringe el orden del deber ser jurídico-penal y se encuentra prohibido por su potencial dañino para la sociedad, mientras que la responsabilidad implica una valoración desde el punto de vista de hacer responsable penalmente al sujeto. Aquel que cumple con los requisitos para ser considerado “responsable” de una acción típicamente antijurídica se hace merecedor de una pena. No obstante, según ROXIN, la necesidad preventiva de la punición no requiere de una fundamentación especial, por lo que la responsabilidad jurídico-penal se da sin más con la existencia de la culpabilidad. Cabe destacar, sin embargo, que existen excepciones a esta regla, como ocurre por ejemplo con el estado de necesidad disculpante. Por otro lado, la referencia al concepto de semiimputabilidad se me hace obligatoria dado que sin esta categoría, se podría deducir erróneamente que un sujeto es siempre plenamente imputable o absolutamente inimputable. La semiimputabilidad, o dicho de otro modo, la capacidad disminuida de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión, es una nueva categoría que introduce una graduación en la imputabilidad. Tal y como señala el profesor ASIER URRUELA MORA⁸, la imputabilidad puede ser graduada, lo que significa que no solo se puede declarar a un sujeto imputable o inimputable, sino también reconocerlo como semiimputable o incluso aplicar una atenuante analógica (art. 21.7 C.P.) basada en su imputabilidad disminuida. Ello conlleva una serie de consecuencias jurídicas, como puede ser la reducción de la pena en uno o dos grados o la posibilidad de imponer medidas de seguridad al semiimputable.

⁸ URRUELA MORA, A., “La imputabilidad en el Derecho Penal. Causas de inimputabilidad”, AAVV, *Derecho Penal. Parte general. Introducción. Teoría jurídica del delito*, Editorial Comares, Granada, 2013, pág. 260 y ss.

2.1 CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD:

Tal y como señalamos en el apartado previo, la manera que tienen la mayoría de Códigos Penales de tratar los conceptos de imputabilidad o inimputabilidad es establecer una serie de circunstancias que hacen inimputable al sujeto. Así lo hace nuestro Código, concretamente en su art. 20, que desarrollaremos a continuación. No obstante, autores como MARTÍNEZ GARAY⁹ nos ofrecen definiciones que nos resultan muy útiles para nuestro objetivo. Así, la referida autora define la inimputabilidad como *“la inexigibilidad de conducta adecuada a derecho, por alteración patológica suficientemente relevante, desde el punto de vista del principio de igualdad -en su aspecto de igualdad como diferenciación-, de la estructura de los procesos psíquicos cognitivos y/o afectivos de la decisión de la voluntad que dio lugar a la conducta delictiva”*. Entre las causas de inimputabilidad, encuentro especialmente interesante una clasificación que trae a colación PUERTA LUIS¹⁰, quién parafraseando a ANTÓN ONECA, diferencia entre causas de inculpabilidad y causas de inimputabilidad. Las primeras eliminan la actuación psicológica del individuo en relación a un hecho ilícito concreto. Mientras que las causas de inimputabilidad aluden a una incapacidad del sujeto para delinquir en general, siendo estas la enajenación, el trastorno mental transitorio, la embriaguez y el alcoholismo y las toxicomanías. Continúa el autor señalando que las causas de inimputabilidad más relevantes son las enfermedades mentales, que entraremos a desarrollar en el siguiente apartado de nuestro estudio. Pero antes entiendo apropiado sentar las bases de nuestro art. 20 C.P. Así, considerando la redacción de dicho artículo, están exentos de responsabilidad penal, en primer lugar, *“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”*. Señala también el apartado primero que el trastorno mental transitorio sólo eximirá de responsabilidad cuando no haya sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o no hubiera previsto o debido prever su comisión. El inciso segundo del art. 20 C.P. exime de responsabilidad al individuo 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*

⁹ MARTÍNEZ GARAY, L., *La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*, pág. 365.

¹⁰ PUERTA LUIS, L.R., “Causas de inimputabilidad: anomalías y alteraciones psíquicas. Trastorno mental transitorio”, AAVV, *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, págs. 43 y ss.

su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión". Y el apartado tercero, hace lo propio con aquellos que por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tengan alterada gravemente la conciencia de la realidad. Podemos observar en estas tres primeras causas que eximen de responsabilidad criminal un aspecto común, como es la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa comprensión. Y en este sentido, tanto doctrina como jurisprudencia, nos hablan del sistema mixto que ha impuesto el citado art. 20 C.P. Un sistema basado en un doble requisito, por un lado el presupuesto bio-patológico (es decir, la existencia de la anomalía o alteración psíquica) y por otro lado, la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho típico o de actuar conforme a esa comprensión. Entraremos en profundidad en este concepto a continuación, no sin antes señalar que con la introducción de la expresión "cualquier anomalía psíquica o alteración mental" (art. 20.1 C.P.), el legislador ha querido ampliar el abanico de supuestos que puedan tener cabida como causa de inimputabilidad. De esta manera, como veremos, no es imprescindible que se catalogue como enfermedad mental la situación que da origen a la alteración de la percepción en el sujeto, estudiando individualmente si existe anomalía psíquica, y si influye en las capacidades cognoscitivas o volitivas del individuo. Cabe mencionar el cierre de este precepto, que nos dice que para estas 3 primeras causas de inimputabilidad se podrán aplicar las medidas de seguridad previstas en el Título IV del C.P.

Para concluir, citaremos únicamente el resto de apartados que incluye el art. 20 C.P. como supuestos de exclusión de la responsabilidad penal. El cuarto apartado, es el referido al sujeto "*que obre en defensa de la persona o derechos propios o ajenos*", señalando 3 requisitos: agresión ilegítima; necesidad racional del medio empleado para impedir la o repelerla; y por último, falta de provocación suficiente por parte del defensor. El quinto supuesto exime de responsabilidad al que obra en estado de necesidad, imponiendo también 3 requisitos: que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar; que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto; y que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse. El sexto apartado es el referido al miedo insuperable. Y por último, el séptimo, exime al que obra en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo.

3. ENFERMEDADES MENTALES Y SU PROYECCIÓN PENAL:

3.1.- PRINCIPALES ENFERMEDADES MENTALES:

Para abordar el objetivo de este trabajo, he llevado a cabo una selección de las principales enfermedades psíquicas con proyección penal, de acuerdo con las dos clasificaciones de enfermedades más relevantes, por un lado la CIE-10, y por otro lado, el DSM-V. En primer lugar abordaremos las enfermedades más graves, y trastornos mentales asociados con ellas. En segundo lugar, desarrollaré el trastorno de la inteligencia. Y en tercer lugar los trastornos de la personalidad, centrandome en la psicopatía y el trastorno neurótico.

3.1.1. ENFERMEDADES MENTALES GRAVES:

Agrupamos en este primer punto dos de las más importantes enfermedades mentales con proyección penal, como son la esquizofrenia y la psicosis. Sentada la influencia penal de éstas, abordaremos también la situación actual de dos trastornos (la paranoia y la epilepsia) que puede darse el caso de que existan aisladamente, pero lo más común es que queden incardinados en una de las dos grandes enfermedades que tratamos en este apartado. Si bien para lograr una mejor presentación del estado actual de estas cuestiones separaré un supuesto de otro, no podemos tratarlas en la práctica como enfermedades completamente diferenciadas, pues ocurre en mucha de la casuística que veremos a continuación, que una se yuxtapone a otra en multitud de ocasiones dando lugar a psicosis esquizofrénicas de tipo paranoide, por poner un ejemplo. Cabe destacar que la jurisprudencia es amplia en cuanto a la presencia de alguna de ellas como un elemento a tener en cuenta en el hecho enjuiciado.

3.1.1.1. Esquizofrenia:

Comenzaremos este apartado haciendo una aproximación a lo que es la esquizofrenia. VALLEJO RUILOBA¹¹ la define como: *“un trastorno del cerebro caracterizado por la presencia de síntomas positivos (delirios y alucinaciones), negativos o de déficit, cognitivos y afectivos”*. En cuanto a sus principales síntomas, LEOPOLDO PUENTE SEGURA¹² nos

¹¹ VALLEJO RUILOBA, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, Elsevier Masson, Barcelona, 2011, pág. 373.

¹² PUENTE SEGURA, L., *Circunstancias eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad criminal*, Colex, Madrid, 1997, pág. 66.

habla de la existencia de alteraciones asociativas del pensamiento (escisión, disgregación del pensamiento), con manifestaciones también en el campo de la afectividad (inadecuación de sentimientos, autismo, disociación afectiva, etc.). Destaca el autor, algo que será recurrente a lo largo de este trabajo, la peculiaridad de que la esquizofrenia presenta un curso progresivo de la enfermedad en forma de brotes, que pueden remitir de forma espontánea y aleatoria o bien con tratamiento terapéutico. PUERTA LUIS¹³, citando a CABRERA y FUERTES, nos habla de cuatro formas o tipos de esquizofrenia: *“Simple (la más difícil de diagnosticar, se suele etiquetar por exclusión); Hebefrénica (que se configura con alteraciones afectivas y del pensamiento, con conducta simple y absurda); Catatónica (que consiste en alteraciones psicomotoras, que oscilan desde la inhibición hasta la más extrema agitación); y Paranoide (que es la más florida), y cuya principal característica es que suele ser de ideación delirante (sobre todo de persecución), junto con alteraciones sensorio-perceptivas”*. Será esta última la que sin duda tenga más relevancia a lo largo de nuestro estudio por la sintomatología que presenta. En definitiva, citando a éste último autor, *“con la denominación de psicosis esquizofrenia se designan un grupo de afecciones mentales, de las que no se sabe si forman variedades de un mismo proceso común o si se trata de procesos distintos con analogía en sus síntomas psicológicos específicos, pero que conducen a una misma desorganización de la personalidad del enfermo”*.

La jurisprudencia también ha tratado de acotar el significado de la esquizofrenia. Así, la STS 914/2009¹⁴ señala que la esquizofrenia constituye una enfermedad psíquica de carácter permanente (catalogándola como posiblemente la más grave), que a efectos de la responsabilidad penal tiene siempre una influencia más que notoria en la personalidad del sujeto activo del delito, al encontrarse éste permanentemente afectado tanto en sus capacidades volitivas como cognoscitivas. La sentencia plantea que desde el punto de vista “biológico-psiquiátrico”, el esquizofrénico ha de ser considerado como un auténtico enajenado, y por tanto totalmente inimputable, sin embargo, como sabemos, no es el único punto de vista que tenemos que valorar.

Profundizando en este punto, y para centrarnos en los efectos penales, la jurisprudencia, y también la doctrina, han entendido que en este tipo de enfermedad, además del elemento

¹³ PUERTA LUIS, L.R., “Causas de inimputabilidad: anomalías y alteraciones psíquicas. Trastorno mental transitorio”, AAVV, *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, págs. 53 y 54.

¹⁴ STS de 24 de noviembre de 2009 (RJ 6129/2009).

biológico-psiquiátrico, hay que tener en cuenta también el elemento “psicológico”, para así poder conocer los efectos que la esquizofrenia puede producir en la mente del sujeto activo del hecho, y conectarlo con su total inimputabilidad, semi imputabilidad o bien para tratarlo como penalmente responsable. En este sentido se manifiesta el TS en su Auto 42/2022¹⁵, haciendo referencia a que la esquizofrenia es una enfermedad mental que no tiene por qué afectar a las facultades de la persona que las padece, y señalando que los diversos especialistas coinciden en que al margen de sufrir una patología mental de severa importancia, su comportamiento puede ser aparentemente normal.

Como decíamos, el Código Penal recoge un sistema mixto por lo que se refiere a la exención de responsabilidad por enfermedad mental. Está basado en una doble exigencia. Por un lado es necesario, valga la redundancia, la existencia contrastada, diagnosticada, de una causa biopatológica. Y por otro lado, es exigible al mismo tiempo un efecto psicológico en el carácter o la mente del sujeto, que conlleve la anulación o la afectación de su capacidad para comprender la ilicitud del hecho, o para adecuar su comportamiento de acuerdo con esa comprensión. Por eso es imprescindible la prueba efectiva de que las facultades mentales del enfermo están o estuvieron afectadas en el momento de cometer el delito. Es clarificadora a este respecto la STS 348/2019¹⁶, la cual declara que la jurisprudencia anterior al vigente Código Penal ya había señalado que no bastaba con el diagnóstico de la afección mental, pues era evidentemente necesaria una relación entre la enfermedad y la conducta delictiva. Nos dice el Alto Tribunal en la citada sentencia que la afección es *“condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo”*. Continúa la Sentencia, en su Fundamento Jurídico Tercero, centrandó la importancia y la dificultad de esta materia en el elemento probatorio de la segunda de las exigencias que impone el Código, es decir, la afectación psicológica que la esquizofrenia pueda causar en el enfermo que a su vez es sujeto activo de un delito. En palabras del T.S.: *“si bien no suele suscitar graves problemas constatar, con base en las pericias psiquiátricas, el elemento biopatológico de la eximente del art. 20.1º del C. Penal , resulta en cambio bastante más complejo -probablemente por lo abstruso de la materia- realizar un análisis específico del marco o espacio relativo al efecto psicológico-normativo que se plasma en la fórmula legal . Es decir, establecer pautas o directrices sobre los efectos o consecuencias de la enfermedad o patología psíquica en la*

¹⁵ ATS de 13 de enero de 2022 (RJ 895/2022).

¹⁶ STS de 4 de julio de 2019 (RJ 2313/2019).

comprensión de la ilicitud del hecho por parte del acusado y en la capacidad de actuar conforme la comprensión de la ilicitud". Es aquí donde cobra una vital importancia la prueba pericial, los exámenes médicos o los distintos informes que vengan a probar este extremo. Y como hemos podido comprobar realizando un análisis jurisprudencial a lo largo de la investigación llevada a cabo para este trabajo, cuanto más cercanos sean éstos análisis clínicos al momento en el que el enfermo realizó el hecho enjuiciado, más fácil será poder relacionarlo con la comisión del delito. Es decir, de cara a que los jueces y tribunales puedan comprobar con mayor facilidad que el delito guarda relación con la situación de padecimiento que el sujeto adolece, será mejor que haya pasado el menor tiempo posible desde que se le diagnosticó un empeoramiento, o cualquier situación que acredite que el esquizofrénico atravesó un periodo de crisis de su enfermedad, al momento en el que cometió el delito. De este modo podrá observarse más fácilmente la relación entre el brote esquizofrénico y la comisión del hecho ilícito.

Por poner un ejemplo, en el caso de la STS 914/2009, anteriormente citada, el delito se realizó en Agosto de 2007, constando en distintos informes médicos que el sujeto activo del mismo había tenido que ser intervenido por los servicios de urgencias hasta en dos ocasiones desde Octubre de 2006. La primera quedando ingresado un total de veinte días y siéndole diagnosticado un trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico, y la última de ellas, en Enero de 2007, quedando de baja de su trabajo desde ese momento hasta que finalmente fue detenido en Agosto de 2007. El TS valora el historial clínico del enfermo y señala que avala la conclusión de que el estado mental del acusado al momento de cometer el delito se encontraba intensamente deteriorado, por lo que, si bien no encuentra probada una anulación total y absoluta de sus capacidades cognitivas y volitivas que le permitan la aplicación de la eximente completa, sí halla los presupuestos necesarios para apreciar la eximente incompleta del art. 21.1 en relación con el 20.1 C.P.

Llegados a este punto, tenemos claro que el padecimiento de una esquizofrenia no supone, por sí solo, la existencia constante de un estado de alteración psíquica que explique, en cualquier caso y sin necesidad de acudir a más pruebas periciales, la conducta ilícita de quien lo padece. Sin embargo, también parece evidente que la acción típica ejecutada por un esquizofrénico que actúa sumido en un brote agudo de su enfermedad, lo sitúa fuera del marco de la imputabilidad. Es muy abundante la jurisprudencia que redundando en esta

condición para poder aplicar la eximente completa, o para justificar la inaplicación de la misma si el acusado no obró bajo la influencia de dicho brote o crisis. En este sentido, el T.S. ha fijado en su Sentencia 440/2018¹⁷, en relación a la deficiencia o alteración mental de esquizofrenia paranoide, la doctrina jurisprudencial para aplicar la eximente, semi eximente o atenuante de alteración psíquica. El T.S. declara que las esquizofrenias, siguiendo el criterio biológico-psicológico anteriormente descrito, pueden dar lugar a las siguientes situaciones:

Eximente Completa (Art. 20.1 C.P.)	Si el hecho se ha producido bajo los efectos del brote esquizofrénico.
Eximente Incompleta (Art. 21.1 C.P.)	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.
Atenuante Analógica (Art. 21.7 C.P.)	Si no hubo brote y tampoco ese comportamiento anómalo en el supuesto concreto (como consecuencia del residuo patológico, llamado defecto esquizofrénico).

Ahora bien, la valoración de un delito cometido por un esquizofrénico no puede sólo estudiarse y ser juzgado desde la perspectiva de su enfermedad mental. Si bien es cierto que el padecimiento de una esquizofrenia es una circunstancia a tener muy en cuenta y que puede modular el grado de responsabilidad penal del sujeto, llegando incluso a eximirle de toda ella, no supone el único elemento a valorar. Así tendrá que estudiarse en cada caso concreto, los elementos propios del delito en cuestión, como puede ser la motivación o la ausencia de la misma para cometer el hecho tipificado. Es el caso de la STS 688/2007¹⁸, en la que se llegó a aplicar la eximente completa a una persona que padecía esquizofrenia crónica residual y etilismo crónico. En dicha resolución, el Tribunal valora no sólo la enfermedad del sujeto, sino también la ausencia de motivación para cometer el delito, lo que le da pie a justificar con mayor peso que el acusado había actuado movido por su padecimiento, estando anuladas por completo sus capacidades volitivas y cognoscitivas.

¹⁷ STS de 4 de octubre de 2018 (RJ 3291/2018).

¹⁸ STS de 18 de julio de 2007 (RJ 5283/2007).

Además hay que añadirle a la tesis anteriormente expuesta, relativa al momento de brote psicótico, un razonamiento que parece lógico a todas luces y que se desprende de la STS 399/2000¹⁹. En esta Sentencia, el Alto Tribunal se aparta de la necesidad de que el delito se haya cometido bajo el padecimiento de un brote agudo de la enfermedad mental del delincuente para poder aplicar la eximente completa. Y es que el T.S. valora también circunstancias como que sea imposible mantener una conversación de ningún tipo con el acusado, o la existencia de signos evidentes de padecer un trastorno psiquiátrico a la hora de establecer la total inimputabilidad del sujeto. En palabras del Alto Tribunal: *“Finalmente, en estos informes también se diagnostica que el sometido a examen padece esquizofrenia paranoide crónica “presentando ideación delirante de tipo místico-megalomaniaco, con antecedentes de sintomatología psicótica desde 1.988, lo que le llevó al abandono de su trabajo y llevar vida marginal porque tenía que hacer milagros”, insistiéndose en que se aprecia en el conjunto de la entrevista llevada a cabo “dispersión del pensamiento e interpretaciones delirantes”. Ante este panorama descriptivo de la enfermedad entendemos que no cabe distinguir, según hace la Sala de instancia, entre si el hecho enjuiciado se produjo o no en fase aguda o en fase comicial, pues de todas las maneras los diagnósticos nos muestran a una persona con enajenación profunda y, por ende, totalmente inimputable”*.

En este mismo sentido se manifiesta PUENTE SEGURA²⁰, cuando señala que el T.S. parece descartar situaciones intermedias al decir que el enfermo es inimputable cuando comete el delito sumido en un brote esquizofrénico, pero sin embargo, no debe tenerse en cuenta su enfermedad cuando se halla en periodo latente, es decir, sin exteriorizarse. Pues como mencionamos anteriormente, a tenor de lo dispuesto en la STS 914/2009, la esquizofrenia constituye una enfermedad de carácter permanente y que tiene siempre una influencia notoria en la personalidad del enfermo, al encontrarse afectado tanto en sus capacidades volitivas como cognoscitivas. PUENTE SEGURA señala también que la inimputabilidad no puede depender solamente de la ausencia de voluntad del enfermo mental, dado que entonces se excluiría en último extremo hasta el mismo hecho ilícito, que para ser llevado a cabo requiere un comportamiento voluntario. Quizás lo más oportuno es establecer un punto intermedio (entre la total inimputabilidad del enfermo esquizofrénico y la necesidad de la existencia de un brote psicótico a la hora de cometer el delito), y volviendo al principio de nuestro análisis, centrarnos en los dos requisitos que establece el art. 20.1 C.P.

¹⁹ STS de 10 de marzo de 2000 (RJ 1912/2000).

²⁰ PUENTE SEGURA, L., *Circunstancias eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad criminal*, págs. 68 a 70.

Parafraseando al autor últimamente citado, *“resulta igualmente de sumo interés la STS de fecha 15/12/92, cuyo criterio nos permitimos compartir como preferible a los anteriores, al 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”*.

3.1.1.2. Paranoia:

De igual modo comenzaremos el análisis del trastorno mental de la paranoia definiendo de forma breve las características y los síntomas de esta enfermedad. VALLEJO RUILOBA²¹, se basa en la descripción que llevó a cabo el psiquiatra alemán KRAEPELIN para definir el concepto de paranoia. Así, nos dice que debemos concebir la paranoia como un cuadro delirante crónico, pero que a diferencia de la esquizofrenia, afectará al enfermo sin que exista un deterioro cognitivo, y sin que padezca alucinaciones. Señala dos aportaciones de gran valor que también trajo KRAEPELIN a la psiquiatría moderna en cuanto a la conceptualización de este trastorno mental, que son dos de los síntomas que presenta. Por un lado los trastornos elementales, y por otro lado el delirio. Entre los primeros cita las “experiencias visionarias” (relacionadas con ideas de referencia pero sin presencia de alucinaciones), el denominado “fenómeno de ilusiones de memoria”, y también el “delirio de relación”. Se refiere a la versión que el paciente hace de gestos, palabras, etc., y proclama una alteración de la interpretación. En cuanto al delirio, destacan dos direcciones frecuentemente coexistentes. Una es el delirio de perjuicio, en el que se albergan el de persecución, el de celos y la hipocondría. Y el otro es el de grandeza, en el que se incluye el de inventores, místicos, etc. Continúa con su exposición el psiquiatra español, VALLEJO RUILOBA, centrando uno de los grandes conflictos que nos vamos a encontrar con esta afección mental, como es y ha sido durante los últimos tiempos, la problemática consideración de la paranoia como entidad independiente o como un subtipo de esquizofrenia. Son diferentes las razones que han contribuido a esta confusión. Y es que por un lado existen pacientes diagnosticados de paranoia que siguen una evolución esquizofrénica. Y además, la valoración de sus síntomas, como la organización y sistematización del delirio, la presencia de alucinaciones, los trastornos en el curso del pensamiento, etc., no han sido siempre unánimes, así como tampoco su adscripción a una

²¹ VALLEJO RUILOBA, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, págs. 386 y 387.

entidad u otra. Si bien es cierto que hoy en día la mayoría de psiquiatras, así como las distintas clasificaciones internacionales de enfermedades las catalogan de forma separada y diferencian una de la otra. En este sentido, nos dice PUENTE SEGURA, basándose en lo establecido por VALLEJO NÁGERA, que existen entre la multitud de enfermos mentales, algunos que se caracterizan por la sola presencia de ideas delirantes en cuanto a síntomas de trastorno de la personalidad. Admite que este tipo de pacientes conservan todas sus funciones psíquicas con integridad, lo que influye en el tratamiento completamente distinto de estos enfermos con respecto a otros psicóticos, y lo que justifica el agruparlos en una misma entidad clínica. El Magistrado español continúa planteando el segundo de los grandes conflictos que existen relativos a este trastorno psíquico. Nos dice el autor: *“cuándo el síndrome se presenta en toda su pureza, se califica a la enfermedad de paranoia, empleándose la expresión paranoide en dos sentidos diferentes: en primer lugar, como un síndrome con los mismos rasgos atenuados, al que por su poca importancia no se le quiere denominar paranoia; en segundo lugar, como un síndrome impuro, atípico, que aparece mezclado con los de otra psicosis (por ejemplo, esquizofrenia paranoide)”*. Esta diferenciación será muy relevante a lo largo de este apartado.

Es de igual modo numerosa la jurisprudencia que ha tratado de separar la paranoia de las simples ideas delirantes. Así, la STS 266/1995²² expresa: *“la personalidad paranoide es, o puede ser, un tránsito a la paranoia, aunque sin llegarse a confundir con ella como verdadera psicosis que es, por que al paranoico se le considera, si lo es, totalmente inimputable al tratarse de un enajenado”*. También la más reciente STS 335/2017²³ aclaró que el trastorno paranoide de la personalidad no es la paranoia. Para concluir con esta aproximación al concepto de paranoia y centrarnos en su tratamiento penal, citaremos en último lugar a PUERTA LUIS²⁴, quién también toma como inspiración las referencias hechas por el psiquiatra y escritor VALLEJO NÁGERA, y nos presenta a este tipo de enfermos como aquellos que, como Don Quijote, razonan perfectamente sobre todo lo que concierne el tema de su delirio. Este autor también enfatiza en las dos distinciones que hemos tratado anteriormente, la del concepto de paranoia como enfermedad independiente a la esquizofrenia por un lado, y por otro la diferencia entre éste trastorno y las simples ideas delirantes que pueden darse en otro tipo de pacientes.

²² STS de 17 de febrero de 1995 (RJ 1181/1995).

²³ STS de 11 de mayo de 2017 (RJ 1851/2017).

²⁴ PUERTA LUIS, L.R., “Causas de inimputabilidad: anomalías y alteraciones psíquicas. Trastorno mental transitorio”, AAVV, *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, págs. 55 a 57.

Abordando ahora si el tratamiento jurídico que se da a la paranoia, nos dice PUERTA LUIS que desde el punto de vista criminológico, la peligrosidad del paranoico radica en dos vertientes fundamentalmente. Una es su aparente normalidad psíquica (como también podía ocurrir con la esquizofrenia), y la otra su potencial agresividad que puede desencadenar el convencimiento de la realidad de sus ideas delirantes. En este sentido, es de gran interés la STS 124/2012²⁵, en la que el Alto Tribunal aplica la eximente incompleta a una persona que, si bien no tenía diagnosticado un trastorno mental, todos los informes periciales y dictámenes médicos, así como el comportamiento del sujeto a lo largo del juicio, le llevaron a concluir que actuó con una disminución importante de sus facultades intelectivas y volitivas. En este caso, el enfermo no presentaba una normalidad aparente (pues su comportamiento en Sala es otra prueba de peso para el Tribunal para considerar favorablemente el trastorno psíquico), pero sí que era bastante clara la peligrosidad que suponía, así como la probabilidad de que repitiera los actos delictivos por los que se le estaba enjuiciando. El Tribunal argumenta que el acusado mostraba signos de comportamiento receloso y desconfianza hacia el entorno, y que reaccionaba de forma violenta ante las peticiones que le hacía el juzgador, pudiendo incluso *“llegar a pasar a la acción”*. Además de la propia observación que llevan a cabo durante el desarrollo del juicio y que, como decimos, sirve para probar un trastorno de tipo paranoico en el sujeto. Todo ello hace que el T.S. declare que es evidente la peligrosidad demostrada por el enfermo, así como la posibilidad de repetición de actos similares, lo que unido a su carencia absoluta de medios de vida, y la necesidad de proporcionarle un tratamiento prolongado y vigilado, determinaron la necesidad de imponerle una medida de seguridad en centro cerrado de internamiento, por un máximo de cuatro años. Concluye su argumentación el Alto Tribunal señalando que al no existir informe médico que diagnosticara una anulación completa de sus facultades mentales, no podía observar la eximente completa del artículo 20.1 C.P., pero sí la incompleta del artículo 21.1 C.P. pues el sujeto tenía mermadas intensamente sus facultades intelectivas y volitivas. Y es que no podemos separarnos de la doble exigencia que plantea el C.P. en cuanto a la apreciación de una alteración psíquica como circunstancia que limite la responsabilidad penal del delincuente. Aunque como hemos observado en sentencias como la citada últimamente (STS 124/2012), es posible que sin un diagnóstico concreto de que existe un padecimiento de una enfermedad de tipo mental, se deduzca la existencia de la misma de los exámenes médicos que se le practiquen al sujeto, así como del comportamiento y de la apariencia del mismo. Como decimos, lo relevante en esta materia es probar la relación entre la enfermedad y la conducta delictiva, ya que la

²⁵ STS de 6 de marzo de 2012 (RJ 1391/2012).

enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre el trastorno mental y el delito. Así, la STS 1377/2011²⁶ nos ofrece una regla general a la hora de tratar a los enfermos paranoicos, haciendo referencia a la clasificación de enfermedades de la OMS (CIE-10). Nos resume que el Alto Tribunal, en aquellos casos en que los trastornos mentales influyen en la responsabilidad criminal, ha aplicado, en general, la atenuante analógica reservando la eximente incompleta para cuando el trastorno es de una especial gravedad o se presenta acompañado de otras anomalías como el alcoholismo crónico o agudo, la oligofrenia, la toxicomanía, etc. Aunque no siempre se va a seguir esa regla general, pues incluso en esta sentencia últimamente mencionada, el T.S. aplica la atenuante analógica, basándose en los informes psiquiátricos, y valorando la existencia de pérdida de capacidad volitiva, lo que conlleva un impedimento para el autocontrol. Sin embargo el acusado presentaba además del trastorno paranoico, otras afecciones mentales como es el alcoholismo, pero en palabras de la Sala Casacional, no reúne las características necesarias para la apreciación de la semi eximente, al no ser los trastornos de la magnitud necesaria para ello. Dice el Tribunal que el sujeto conoce la ilicitud de su acción, pero se comporta inadecuadamente, con sus facultades mentales afectadas.

Por eso es importante atender a las circunstancias concretas de cada caso, tal y como se desprende de las sentencias a las que hacemos referencia, y como señala PUENTE SEGURA²⁷. En este sentido, nos dice el magistrado, que debemos hacer ese examen individualizado del caso, valorando las condiciones especiales de cada uno de ellos. Sin embargo, continúa haciendo referencia a una corriente jurisprudencial anterior a la que predomina hoy en día. *“Existe una significada corriente jurisprudencial representada por las SSTs de fecha 15/10/84, 22/01/86, 22/10/87 y 16/12/88 que, casi con las mismas palabras, señalan que en un primera época se consideró que los paranoicos eran totalmente inimputables aunque dieran la sensación de normalidad y hasta de aplomo y cinismo, pero dicha inimputabilidad sólo se estimaba concurrente cuando el hecho cometido se relacionaba con el tema del delirio. Más tarde se sostuvo que el delirio influía en toda la personalidad del delincuente, lo que significa que la imputabilidad sea negada en todos sus actos, o al menos, disminuida. La sentencia referida señala a continuación que hoy día debe considerarse al paranoico como totalmente inimputable, tanto si el hecho punible se halla relacionado con el delirio como si no”*. No concuerdo con esta visión antigua del enfermo

²⁶ STS de 19 de diciembre de 2011 (RJ 8615/2012).

²⁷ PUENTE SEGURA, L., *Circunstancias eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad criminal*, pág. 73.

paranoico, ya que considero que no podemos fijarnos solo en si la conducta delictiva guarda relación con la idea delirante del enfermo, y si es así aplicar la eximente completa para dejar fuera de ésta todos los demás casos. Tampoco estoy completamente de acuerdo con el autor últimamente citado, pues argumenta, basándose en la aparente normalidad externa que presenta el paranoico y siguiendo de algún modo la línea jurisprudencial que citamos en este párrafo, que sólo debiera valorarse positivamente la disminución de su responsabilidad penal cuando el hecho guarde relación con la idea del delirio, pues en el resto de casos, el trastornado mantiene intactas sus capacidades mentales, siendo penalmente responsable. Bajo mi punto de vista, hay que llevar a cabo el doble examen que plantea el Código primero de todo, y acercarnos al caso concreto. En algunas ocasiones será complicada la valoración de si existe o no una disminución suficiente en las capacidades intelectivas del paranoico como para considerarla una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal, y más aún teniendo presente que su apariencia puede llegar a ser la de una persona completamente normal. Pero examinando las especialidades de cada enfermo, de cada delito y de cada hecho enjuiciado, es de la forma en que nos acercaremos más a una teórica justicia.

Otra resolución a la que podemos hacer referencia en este momento es la Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona número 51/2012²⁸. En ella se hace referencia, además de reiterar la doble exigencia que plasma el Código en el artículo 20 (aquí llama “elemento biopatológico” al diagnóstico de la enfermedad, y “elemento psicológico-normativo” a la comprobación de que esa enfermedad impide al sujeto, o le dificulta en mayor o menor medida, la comprensión de la ilicitud de la conducta o bien la actuación conforme a esa comprensión), a que debe realizarse un esfuerzo en la prueba pericial para apreciar ambos elementos en estos casos, para que así proceda la aplicación de la eximente, semi eximente o atenuante de la responsabilidad criminal. Continúa haciendo una reflexión sobre cómo los Tribunales examinan el material probatorio y plasma una idea que resulta trascendental, como es la necesidad de probar el trastorno, y la afectación a las capacidades del enfermo, tanto como el hecho mismo que se enjuicia. Es decir, sobre esta circunstancia modificativa de la responsabilidad penal recae la misma necesidad probatoria que existe para poder concluir que una persona es culpable del delito por el que se le imputa o investiga. Con la diferencia de que aquí la carga probatoria recae sobre la parte acusada, que es quién va a invocar normalmente la existencia de una patología mental como fenómeno susceptible de

²⁸ SAP-B de 19 de septiembre de 2022 (RJ 11551/2022).

reducir su responsabilidad. Esto es algo que considero ciertamente controvertido, pues si bien por un lado encuentro apropiado castigar a aquel que comete un delito, por mucho que trate de escabullirse aludiendo una posible enfermedad mental ficticia, por otro lado, y pensando sobre todo en los casos en los que existen serias dudas sobre si se vieron afectadas o no las capacidades del sujeto, ¿dónde quedan entonces los principios de presunción de inocencia y de *“in dubio pro reo”*? Profundizaremos más adelante sobre esta cuestión.

Continuando con esta reflexión, es reveladora la ya citada anteriormente STS 335/2017, a la que hicimos referencia al hablar de la diferencia entre paranoia y trastorno delirante. En esta sentencia, el Tribunal Supremo aplica la atenuante analógica del artículo 21.7 C.P. La única base con la que cuenta la parte recurrente, que pide que se valore la eximente completa, es un único informe forense. En él quedaba constatado que el acusado había seguido tratamientos psiquiátricos derivados de diversos padecimientos psíquicos, entre ellos un trastorno paranoide de la personalidad, sin embargo acaba señalando que esos padecimientos no alteraban al tiempo de la comisión del delito el contenido de su pensamiento (si bien la perito manifiesta durante el desarrollo del juicio oral que dicho informe contiene una inexactitud al hablar de trastorno paranoide y refleja que se trata de padecimientos totalmente diferentes, que llevan aparejados un tratamiento médico legal distinto). El sujeto activo, en este caso, padecía varios trastornos psíquicos que le afectaron seriamente a lo largo de su vida, con repercusiones negativas en su ámbito laboral debido a la necesidad de bajas, y con sentimientos de hostilidad hacia su entorno tanto social como laboral. Añade la propia sentencia que pueden ser desencadenantes de un enrarecimiento del carácter, y que queda constatado que ha necesitado tratamiento intermitente. Pues bien, yendo a lo que nos interesa en esta parte, quedó probado igualmente que el enfermo no había precisado ningún ingreso psiquiátrico debido a su trastorno, lo que unido al examen del único informe médico, descartaron que existiera alguna crisis en la que el sujeto pudiera haber llegado a perder la conciencia. Se descarta así que hubiera afectación de las capacidades cognitivas o volitivas en relación a los hechos que se enjuiciaron. No existen en este caso, y aunque el Alto Tribunal vaya a decir lo contrario (en mi opinión debido a la escasez de pruebas), dudas de que al tiempo de cometer la infracción penal el acusado no estuviese en condiciones de comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. La sentencia añade lo siguiente: *“no es que eso no esté acreditado y por tanto hayamos de rechazarlo. Es que la Sala ha declarado probado lo contrario y lo ha hecho no*

caprichosa o voluntariosamente sino con el respaldo del único informe pericial psiquiátrico practicado al que guarda total fidelidad su valoración. El Tribunal no queda vinculado por las conclusiones de un informe pericial que no debe asumir acríticamente y de forma meramente mimética. Pero tampoco puede polemizar con él sin fundamento. Podría traducir su alcance jurídico-penal. Pero no apartarse de él: es más cuando el informe pericial es único -como aquí- esta Sala llega a equiparlo con un documento a los efectos del art. 849.2 LECrim". No obstante, si bien el T.S valora, de acuerdo con el informe, que no se da una anulación de las capacidades intelectivas del sujeto, y en base a esas conclusiones aplica la atenuante analógica, existen dos Votos Particulares en esta sentencia, que van más allá. Es de especial interés el elaborado por el magistrado LUCIANO VARELA CASTRO, quién hace referencia, y bajo mi punto de vista muy acertadamente, a la presunción de inocencia. La reflexión que lleva a cabo gira en torno a la necesidad de probar con el mismo baremo la existencia de la causa que exima o limite la responsabilidad, que la existencia de pruebas que dan lugar a la estimación de culpabilidad. Y en este sentido valora que no se dan en el caso las circunstancias necesarias para que la culpabilidad del sujeto se vea probada. Señala que si la existencia de una causa de exención ha sido objeto de debate, no tenerla en cuenta finalmente debe probarse con igual certeza que el hecho típico, el elemento subjetivo o cualquier otro elemento que determine la condena, ya que de otro modo, faltaría la certeza que exige el principio de presunción de inocencia sobre la culpabilidad, ya que habría surgido una duda razonable. Este Voto Particular propone la apreciación de la eximente completa del art. 20.1 C.P., o bien la incompleta del art. 21.1 C.P.

En definitiva y a modo de conclusión, cabe reflejar que la paranoia es un trastorno mental cuyo tratamiento penal es seriamente complejo. Hoy en día, lejos de las tesis jurisprudenciales pasadas, parece realmente difícil convencer al juzgador, y al Derecho en general, de que el enfermo paranoico es inimputable, pues como ya hemos mencionado, una característica de estos pacientes suele ser que el resto de sus vidas son ejemplo de una organización exhaustiva. Así lo manifiesta PUERTA LUIS, quién redundante en la diferencia de ésta enfermedad con la personalidad paranoide, quedando reservada la atenuante del art. 21.7 C.P. a éstos últimos casos, en los que se presentan tan sólo ideas delirantes, y no un trastorno de paranoia como tal. Esto se desprende también de la STS 332/1997²⁹ en la que se nos dice que para que pueda apreciarse una circunstancia eximente o modificativa de la responsabilidad criminal es necesaria la incidencia de la enfermedad sobre la mente de la

²⁹ STS de 17 de marzo de 1997 (RJ 1692/1997).

persona, y además, que el trastorno psíquico pueda englobarse en alguna de las categorías recogidas como tales por la jurisprudencia (como son las paranoias, así como las esquizofrenias o el alcoholismo crónico). Añade la citada sentencia que en estos casos de simples ideas delirantes, no existe base para una eximente incompleta, ya que lo único que existe es una alteración de la personalidad que no alcanza a deteriorar la capacidad volitiva e intelectual. En cambio, suele apreciarse más fácilmente la semi eximente del art. 21.1 C.P. cuando aparece la paranoia conjugada con otro tipo de trastorno mental, como pueden ser la psicopatía o la esquizofrenia, o como pudiera ser el alcoholismo o la drogadicción (SSTS 266/1995 y 781/2003³⁰). Quedaría reservada la eximente del art. 20.1 C.P. para aquellos casos en los que el delito guarda una estrecha relación con la idea del delirio que impera en el trastorno de paranoia que sufre el acusado. Siempre y cuando se pueda probar que la paranoia limitó o excluyó por completo las facultades cognoscitivas del sujeto, ya sea para aplicar la eximente incompleta o la eximente completa respectivamente.

3.1.1.3. Psicosis maníaco-depresiva:

Pasamos ahora a analizar la relevancia penal de la psicosis maníaco-depresiva (o trastorno bipolar, como también se la conoce). VALLEJO RUILOBA³¹ realiza el siguiente acercamiento a una posible definición: *“lo que actualmente denominamos trastornos bipolares es un grupo de patologías caracterizadas por inestabilidad del ánimo en las que coexisten períodos de exaltación y de depresión de diversa intensidad, y que tradicionalmente se agrupaban bajo el epígrafe de psicosis maníaco-depresiva”*. También la jurisprudencia se ha afanado en precisar el concepto de este trastorno. Así, la STS 261/1996³², se refiere a ella de la siguiente forma: *“La psicosis maníaco depresiva constituye una enfermedad que se caracteriza por fases maníacas y depresivas en la misma persona en distintos momentos de la vida, o sea por profundas y cíclicas oscilaciones del estado de ánimo y de la afectividad, conociéndosela por los nombres de locura bipolar o circular, si bien el más técnico y prevalente es el de psicosis maníaco depresiva (...). Para valoración de la imputabilidad debe atenderse, a más de la presencia de la enfermedad, si el hecho ocurre en la fase activa o interfásica”*. Es de especial interés esta última frase, pues una de las peculiaridades que presenta esta enfermedad es la alternancia entre momentos depresivos, con otros de euforia desmedida, así como períodos en los cuáles el trastorno no se manifiesta y existe de

³⁰ SSTS de 17 de febrero de 1995 (RJ 1181/1995) y de 27 de mayo de 2003 (RJ 4278/2003).

³¹ VALLEJO RUILOBA, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, pág. 461.

³² STS de 22 de enero de 1996 (RJ 261/1996).

manera latente, a lo que se refiere el Alto Tribunal como período interfásico. En cuanto a los síntomas que presenta esta dolencia, debemos diferenciar entre los estados de depresión o melancolía y los momentos de hipomanía. Como señala PUENTE SEGURA³³, y de una forma bastante similar PUERTA LUIS³⁴, la sintomatología asociada a la fase depresiva pueden clasificarse en torno a dos características. Por un lado, hablan de la “tristeza vital”, una tristeza inmotivada, desconsuelo y pesimismo exacerbado. Y por otro lado, la disminución de la actividad física y mental. Si nos referimos a los síntomas de la fase maníaca, tendremos que hablar de alegría inmotivada, psicomotricidad exaltada, hiperactividad de iniciativa y de pensamiento, etc. Ambas fases pueden ir acompañadas de ideas delirantes, que en cada caso irán asociadas bien a pensamientos de autodesprecio y ansiedad, o por el contrario, a ideas delirantes de grandeza. Por el contrario, cuando la enfermedad se encuentra en un estado latente o el enfermo se halla en un período interfase, los síntomas pueden llegar a remitir incluso por completo, como señalan los distintos autores permitiéndose hablar de estado normal.

Entrando ya en materia, debemos comenzar señalando que tanto la jurisprudencia, como la gran mayoría de la doctrina, concuerdan en que en los grados extremos, tanto de la fase maníaca como de la depresiva, el criterio común es la negación de la imputabilidad de manera absoluta, porque aunque puedan comprender el valor real de sus actos son incapaces de inhibirlos. Esto es así dado que, como explica PUENTE SEGURA, las funciones intelectuales no se ven afectadas de una manera rotunda en este tipo de enfermos. Ahora bien, el problema de valoración de la imputabilidad comienza, de una forma similar a lo que ocurría con la esquizofrenia, en los momentos de menor intensidad, o aquellos en los que la sintomatología remite. A este respecto, nos dice lo siguiente la STS 34/1996: *“sobre todo en los excesos maníacos puede admitirse una imputabilidad disminuida; finalmente en 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, no deja de estar afectada aquélla en cierto grado, y ello obliga a un examen cuidadoso del caso”*.³⁵ De la última sentencia mencionada, así como de los distintos autores consultados y el resto de jurisprudencia, podemos extraer la conclusión de que la mayor relevancia penal se encuentra en esta enfermedad en las fases de

³³ PUENTE SEGURA, L., *Circunstancias eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad criminal*, pág. 75 y 76.

³⁴ PUERTA LUIS, L.R., “Causas de inimputabilidad: anomalías y alteraciones psíquicas. Trastorno mental transitorio”, AAVV, *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, págs. 60 a 64.

³⁵ STS de 27 de septiembre de 1996 (RJ 6496/1996).

hipomanía. Las depresiones como factor de importancia criminológica tienen un peso bastante pobre, siendo excepcionales, aunque no inexistentes. Es en la fase maníaca cuando tiene lugar con mayor frecuencia la actividad delictiva. Dicho esto, cabe resaltar que el problema principal al que tienen que hacer frente los juzgadores, como mencionamos anteriormente, radica en detectar los estados intermedios o limítrofes. Es decir, aquellos en los que la enfermedad no se manifiesta, o los períodos en los que el enfermo se encuentra bien en una fase de manía o bien una fase depresiva, pero no en su punto álgido. Siendo de nuevo de vital importancia la prueba pericial y los informes médicos y psiquiátricos que se puedan aportar para su valoración.

De forma genérica, los Tribunales entienden que la fórmula de la eximente completa del art. 20.1 del Código Penal sería de aplicación en aquellos supuestos en que la enfermedad se manifiesta en un grado máximo, ya sea en una u otra fase, porque aunque su capacidad intelectual no tiene porque verse mermada, son incapaces de inhibir sus impulsos. Se reservarían las figuras de la eximente incompleta y de la atenuante analógica para el resto de casos, es decir, aquellos de menor intensidad o los períodos interfásicos. Sobre todo en las fases de hipomanía se suele aceptar la aplicación de la eximente incompleta. Para optar por la atenuante analógica, o bien por la privilegiada del art. 21.1 C.P., tal y como se desprende de la STS 2484/1990³⁶ (posiblemente la sentencia de mayor importancia que ha tratado la psicosis maníaco-depresiva), la imputabilidad del sujeto deberá valorarse de acuerdo a la fase de la enfermedad, es decir, a la fase cíclica que atraviesa, así como haciendo especial hincapié en la relación entre la enfermedad y el delito, o la concurrencia de otros factores como el alcoholismo o la drogadicción. En este momento, el Tribunal plasma tres puntos coincidentes en toda valoración de delitos cometidos por maníaco-depresivos. En primer lugar, repito, la valoración individualizada de cada caso. Segundo, la capacidad de conocimiento y de voluntad del sujeto habrá de valorarse en el momento de la comisión del delito. Y tercero, por regla general, sus funciones intelectivas no se ven afectadas profundamente, llegando a hablarse de estado normal en los períodos interfásicos. En la STS 34/1996, el Alto Tribunal aplica la eximente incompleta, argumentando del siguiente modo: *“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*

³⁶ STS de 15 de marzo de 1990 (RJ 2484/1990).

relación al 8.1.º del Código Penal. (...) 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". Por el contrario, en la STS 1134/1998³⁷ no se aprecia la concurrencia de ninguna circunstancia modificativa de la responsabilidad penal del sujeto activo, pues los informes aportados no consiguen probar que el acusado, en el momento de los hechos, estuviera atravesando un período activo de su enfermedad.

Como mencionamos previamente, es de especial trascendencia en esta materia la STS 2484/1990, en la que el Alto Tribunal sienta las bases del tratamiento de esta enfermedad. Es una sentencia, corta en cuanto a extensión pero muy rica en su contenido, en la que se aplica por parte del Tribunal la atenuante analógica, argumentando que si bien era complicado saber con exactitud el momento o la fase en la que se encontraba el sujeto activo al cometer el delito (lo es más aún entendiendo que el delito que se juzga, tráfico de sustancias estupefacientes, es un delito que supone una actividad prolongada en el tiempo), dada la falta de pruebas precisas que influyan en este extremo, si valora en favor de la aplicación de la atenuante prevista en el artículo 21.7 C.P. el consumo de drogas como un elemento que agravaría el trastorno que sufre el procesado. Y es que no podemos olvidar ni obviar la importancia que tienen tanto el alcoholismo como la drogadicción en sujetos enfermos mentales. Es muy recurrente en la jurisprudencia que trata este tipo de trastornos, la concurrencia de una enfermedad mental con el abuso de sustancias prohibidas o de alcohol. Lo cual es tratado con sumo cuidado por el juzgador, pues puede llegar a potenciar o agravar la influencia de la perturbación mental en las facultades volitivas del sujeto.

Es sabido que parte de la doctrina no concuerda con la solución que da la STS 2484/1990. Sin embargo, personalmente debo decir que me parece una aplicación correcta de la atenuante. Y no es que el maníaco-depresivo se encuentre "autorizado" a delinquir, incluso en los periodos de latencia de la enfermedad, como manifiestan los contrarios a la argumentación del Tribunal. Si no que el trastorno que padece, aún en aquellos momentos en que se encuentra en un estadio interfásico, le ocasiona una alteración de la percepción de la realidad que le rodea, así como de sus propios pensamientos, más aún cuando se encuentra agravada o bajo la influencia de una drogadicción, como en el caso que trata la

³⁷ STS de 28 de septiembre de 1998 (RJ 7367/1998).

sentencia ocurre. Y es que es común, como mencionamos, que se den estas adicciones en enfermos mentales, que pueden ser en muchos casos personas que no llevan un día a día ordenado y quizás en cierto modo son más propensos a este tipo de problemas. Por ello la necesidad que señalan tanto doctrina como jurisprudencia de tratar cada caso individualmente, atendiendo a las circunstancias especiales que lo rodean.

Cabe hacer referencia a dos sentencias más del Alto Tribunal, de entre todas las que explican el tratamiento penal que se da a la fase de hipomanía. Por un lado, la ya citada STS 261/1996, en la que encuentra motivos para aplicar la eximente completa, y cuyo fundamento gira en torno al historial psiquiátrico del sujeto (de nuevo, como ocurría con la esquizofrenia, se valoran más elementos a parte de los informes y pruebas periciales aportadas). Se hace referencia a la presencia de la psicosis maníaco-depresiva desde un momento precoz de la infancia del individuo, así como el tratamiento psiquiátrico al que fue sometido desde muy temprana edad y los repetidos internamientos que han marcado la vida del inimputable en este caso. También hace referencia a la prueba aportada, pues los distintos informes psiquiátricos hablaban de la presencia de alucinaciones y la agudeza de sus trastornos. Nos dice el T.S., en orden a justificar la aplicación de la eximente completa, que todas las pruebas y circunstancias que se demuestra que envuelven el supuesto de este enfermo, aconsejan su tratamiento como irresponsable penalmente, dada la relevancia que la fase hipomaniaca tiene en su caso concreto. Señala el Tribunal que si bien sus actividades intelectivas se pueden mostrar casi intactas, su facultad de elección de adecuar su comportamiento a las normas sociales se ven coartadas de tal modo que no se le puede considerar como penalmente responsable.

Por último, me gustaría hablar de la más reciente STS 1424/2005³⁸, en la que nos regala un resumen de la distinta casuística relacionada con la psicosis maníaco-depresiva que podemos utilizar como cierre y como conclusión a lo que hemos venido desarrollando en este punto del trabajo. Nos explica el Alto Tribunal: *“en relación a ese estado hipomaniaco la capacidad de culpabilidad de estos enfermos está impedida a la clase e intensidad de los síntomas fundamentales: en los grados extremos es criterio común negar la imputabilidad de manera absoluta, porque aunque pueden comprender fugazmente el valor real de sus actos son incapaces de inhibirlos; en las formas de menor intensidad, sobre todo en los accesos*

³⁸ STS de 5 de diciembre de 2005 (RJ 1927/2006).

maniacos, 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 voluntad en medida suficiente, no deja de estar afectada en cierto grado la voluntad y ello obliga a su examen cuidadoso de las circunstancias del caso”.

3.1.1.4. Trastornos asociados a enfermedades mentales: Epilepsia:

Pasamos ahora a estudiar el último de los trastornos que englobamos dentro de este apartado en el que tratamos las enfermedades mentales más graves, advirtiendo en primer lugar que el CIE-10 no cataloga a la epilepsia como una enfermedad en sentido estricto, sino como un trastorno asociado. Comenzaremos de igual modo acercándonos al concepto de epilepsia. PUENTE SEGURA³⁹, citando a los autores LÓPEZ GÓMEZ y GISBERT CALABUIG, la define como *“un proceso caracterizado por accesos convulsivos con pérdida de conciencia, o por manifestaciones parciales de estos accesos, a los que se añaden estados psicopatológicos diversos que pueden abocar a una demencia”*. En cuanto a la sintomatología, es de especial interés la aportación de PUERTA LUIS⁴⁰, quién hace una clasificación en tres tipos de epilepsia. Nos habla de las llamadas “crisis de tipo gran mal”, que se caracterizan por la pérdida brusca de conciencia, rigidez, aumento del ritmo cardíaco y de la tensión arterial, etc. Nos explica PUENTE SEGURA, que estos síntomas suelen durar menos de un minuto, y van seguidos de otra fase en la que se presentan movimientos musculares involuntarios, que suelen durar dos minutos. Seguido de estas dos fases viene el “coma postcrítico”, en el que el enfermo va retomando poco a poco la conciencia. Por otro lado, continuando con la clasificación que nos dan estos autores, estarían las “crisis de pequeño mal”, en las que no se presentan convulsiones o movimientos musculares incontrolados pero sí un debilitamiento del estado de conciencia. Algunos autores se refieren a esta crisis como “ausencias”. Y en tercer lugar, estarían las “crisis psicomotoras”, que consisten en la realización de una serie de movimientos, más o menos coordinados, que se acompañan de una profunda obnubilación, aunque el enfermo puede responder a algunos estímulos, y con un bloqueo de la capacidad amnésica, por lo que no queda en el paciente recuerdo alguno de lo realizado durante la crisis. Nos dice el autor primeramente citado que

³⁹ PUENTE SEGURA, L., *Circunstancias eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad criminal*, págs. 88 a 94.

⁴⁰ PUERTA LUIS, L.R., “Causas de inimputabilidad: anomalías y alteraciones psíquicas. Trastorno mental transitorio”, AAVV, *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, págs. 57 a 60.

prácticamente toda la criminalidad relacionada con la epilepsia concurre en las fases post crisis, ya que la alteración de la conciencia impide cualquier acción voluntaria.

En este sentido, nos es de gran interés la SAP-M 139/2011⁴¹. Esta sentencia difiere en parte de la tesis expuesta por PUERTA LUIS, pues nos dice el Tribunal que durante el ataque epiléptico, la inimputabilidad del sujeto resulta total y absoluta, puesto que durante la crisis carece de inteligencia y de voluntad. En cuanto a los estados crepusculares, el sujeto tiene profundamente perturbadas sus facultades cognoscitivas y volitivas, pero no abolidas por completo, por lo que sólo resulta parcialmente inimputable. Nos dice que en tales supuestos lo correcto sería la aplicación de la eximente incompleta, y extiende la aplicación de esta medida a la denominada epilepsia sintomática o residual. Continúa la Audiencia haciendo referencia al tiempo comprendido entre crisis paroxísticas o convulsivas, reflejando que resulta de absoluta imputabilidad. Señala que en estos momentos es irrelevante la enfermedad, salvo que las crisis sucedan con mucha frecuencia, pues en dichos supuestos se produciría un deterioro cerebral patente, debiendo aplicarse en estos casos la semi eximente. Dicho esto, considero que la SAP-M 139/2011 y la idea que plasma PUERTA LUIS no son del todo incompatibles. Si bien no creo que la Sentencia esté del todo acertada al querer valorar sólo la eximente completa en los supuestos en los que el delito se comete en un período de crisis, dadas las peculiaridades que presenta la crisis epiléptica (caída brusca al suelo, convulsiones, pérdida de la conciencia, etc...), no podemos olvidar que cada caso debe ser valorado atendiendo a las particularidades que presente, y sin separarnos de la doble exigencia que refleja el art. 20.1 C.P. (tal y como señala la STS 962/2022⁴²). En este sentido sí estoy de acuerdo con la mayoría de la jurisprudencia consultada. Pero por otro lado, si atendemos a la doctrina, como por ejemplo la tesis expuesta anteriormente por el autor citado, la epilepsia presenta la particularidad de llevar al enfermo a la pérdida total de conciencia durante las crisis que pudiera ocasionar el trastorno, lo cual dificulta en gran medida la posibilidad de que se lleve a cabo un ilícito penal durante un período crítico. Y estoy de acuerdo con el magistrado en que, además, la mayor relevancia criminal de la enfermedad radica precisamente en el período post crisis, pues es en ese momento cuando el sujeto comienza a recobrar la conciencia, pero ésta se encuentra aún muy mermada por el episodio agudo de la enfermedad que acaba de atravesar.

⁴¹ SAP-M de 21 de noviembre de 2011 (RJ 17929/2011).

⁴² STS de 15 de diciembre de 2022 (RJ 4661/2022).

En la STS 962/2022, el Alto Tribunal no aprecia la concurrencia de circunstancias que justifiquen la aplicación ni de la eximente completa, ni tampoco la incompleta o la atenuante. Sin embargo va a resultar una Sentencia muy útil para explicar el tratamiento penal que se le da a la epilepsia. Como mencionamos anteriormente, el T.S. nos recuerda aquí la forma en que está regulada la eximente de trastorno mental en nuestro C.P. Valora que el sistema mixto del art. 20.1 C.P. está basado en la doble exigencia de una causa biopatológica y un efecto psicológico, ya que la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente, haciendo referencia a la prueba específica que resulta imprescindible para cada uno de los dos aspectos. Nos habla también de la necesidad de establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo, llevando a cabo la siguiente reflexión: *“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”*. Hasta este punto, concuerdo con las ideas que fija el Tribunal en esta Sentencia, y también con lo oportuno de valorar cada caso de acuerdo con las circunstancias particulares que presente. Sin embargo, la Sentencia continúa fijando un extremo con el que no estoy tan de acuerdo, y es que nos dice el T.S. que *“un trastorno de la personalidad no goza de capacidad para aminorar la imputabilidad del sujeto si no tiene otras patologías acompañadas al mismo, y la circunstancia de que el acusado padezca un trastorno de la personalidad como un déficit de control de los impulsos no supone una atenuación como se pretende por la parte, porque estamos ante un efecto normal de los trastornos de la personalidad”*. Volvemos a observar la aparente necesidad de la concurrencia de la epilepsia con otra enfermedad o trastorno para poder apreciar una eximente de responsabilidad por la vía del art. 20.1 C.P. En este sentido, nos podemos ayudar de dos reflexiones que lleva a cabo PUENTE SEGURA, quién nos habla por un lado de que el enfermo epiléptico suele ser una persona muy sensible a los estímulos exógenos, que pueden actuar de manera más severa sobre el sujeto y esa sensibilidad extra que tiene cuando va acompañada la enfermedad de la ingesta de bebidas alcohólicas u otro tipo de sustancias semejantes, afectando a las capacidades intelectuales del epiléptico. Y por otro lado, algo que también va a afectar especialmente al epiléptico es el denominado *“dolo de ímpetu”*. Hace referencia a que, por las características que presenta la enfermedad, su criminalidad no suele ir aparejada con delitos que requieran una lenta elaboración, sino con arrebatos de violencia y agresividad que van a afectar de manera evidente a las facultades mentales del sujeto. Por lo tanto, bajo mi punto de vista, el hecho de que se presente la enfermedad conjuntamente con otro trastorno mental (como por ejemplo la oligofrenia, en la

STS 13648/1992⁴³ a la que haremos referencia), ha de valorarse como un elemento que ayuda a la apreciación por parte de los Tribunales de algún tipo de circunstancia modificativa de la responsabilidad penal del enfermo (o para emplear una más cualificada), pero nunca como una condición para que se pueda considerar su aplicación. Tanto es así, que en la Sentencia últimamente citada, el T.S. no aplica la eximente completa a un epiléptico que padece también oligofrenia (déficit del coeficiente intelectual), aún cuando se nos dice que estuvo recibiendo tratamientos desde la edad de 13 años y controles semanales, por padecer crisis comiciales de tipo gran mal. En esta ocasión, sí se apreció la eximente incompleta.

En este sentido, considero que es apropiado retroceder hasta los diferentes tipos de epilepsia con los que actualmente tratamos. Así, cuando hablemos del ataque comicial de tipo gran mal, al igual que mientras éste no haya finalizado por completo y el enfermo no haya recobrado del todo su conciencia, estaremos ante un supuesto de aplicación de la eximente completa. Por otro lado, mientras se trate del denominado pequeño mal, sin ataque comicial, existe una imputabilidad reducida, que deberá valorarse de acuerdo con las circunstancias del caso y la afectación de las facultades psíquicas del sujeto como eximente incompleta, o como simple atenuante analógica. Manifiesta PUENTE SEGURA que *“la epilepsia supone, generalmente, una causa de inimputabilidad si los delitos se cometen inmediatamente antes, durante o después de los ataques propios del gran mal o de sus estados equivalentes como el estado crepuscular o cuando la enfermedad, por repetición de ataques, degenera hacia un estado demencial”*. En este mismo sentido se manifiesta el profesor CARLOS BLANCO LOZANO⁴⁴. Retomando la explicación que dimos al principio sobre la sintomatología que presenta este trastorno, y buscando concluir con el examen de la epilepsia como enfermedad que justifique la apreciación de una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal, debo manifestar mi desacuerdo a la tesis que plasma este autor, a la que haremos referencia seguidamente. PUENTE SEGURA separa en tres momentos las crisis epilépticas. Primero el estado comicial, que es la fase previa a sufrir la crisis epiléptica. Después vendría la crisis en sí misma, a la que denomina *“ataque pleno”*. Y por último, el estado crepuscular, inmediatamente posterior a esa crisis. El autor sólo ve posible aplicar la eximente completa en la segunda de las fases mencionadas, a la que hemos hecho referencia como *“ataque pleno”*, algo con lo que, como he reflejado a lo largo

⁴³STS de 3 de diciembre de 1992 (RJ 13648/1992)

⁴⁴ LOZANO BLANCO, C., *La eximente de anomalía o alteración psíquica*, Dykinson, Madrid, 2000, pág. 103.

de este punto, no puedo sino discrepar. En primer lugar porque, como hemos dicho, el ataque epiléptico conlleva unos síntomas que limitan al sujeto en gran medida, llegando a producirle la pérdida total de la conciencia si alcanza una entidad considerable, lo cual imposibilita a todas luces la comisión de un ilícito penal, salvo determinados delitos de tipo omisivo. Y en segundo lugar, porque como mencionamos a la hora de presentar la enfermedad, gran parte de la doctrina (no así el autor citado en este párrafo) y de la jurisprudencia, comparte la idea de que la mayor peligrosidad del epiléptico radica justo en los estados crepusculares, cuando poco a poco va recobrando la conciencia pero no recuerda nada de la crisis que ha sufrido. Para éstos segundos casos, el autor sólo predica la posibilidad de aplicar la eximente incompleta o la atenuante, algo con lo que no puedo estar de acuerdo, y haciendo constar que mi idea gira en torno a la valoración casuística de cada supuesto, atendiendo a las pruebas presentadas y a las circunstancias concretas de cada caso. Si bien estoy de acuerdo en la idea que plasma referente a la total imputabilidad del epiléptico cuando hablamos de delitos cometidos fuera de aquellas crisis, ya que en estos casos el enfermo carece de síntomas que le menoscaben sus capacidades intelectivas. Como conclusión, podemos terminar resumiendo lo expuesto en la siguiente tabla:

Eximente completa (art. 20.1 C.P.)	Delitos cometidos durante el ataque epiléptico (comisiones u omisiones punibles). *Observar su aplicación en los ilícitos cometidos durante las fases inmediatamente posteriores al ataque de tipo gran mal (estados crepusculares), dependiendo de las circunstancias del caso.
Eximente incompleta (art. 21.1 C.P.)	Delitos cometidos en el resto de estados crepusculares, así como en las fases inmediatamente anteriores a la crisis epiléptica.
Atenuante analógica (art. 21.7 C.P.)	Delitos relacionados con crisis de tipo pequeño mal.
Plena responsabilidad	Delitos cometidos en períodos interparoxísticos, a no ser que esas crisis se sucedan unas a otras con gran frecuencia, disminuyendo las capacidades del sujeto (hablaríamos de eximente incompleta).

3.1.2. TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA.

3.1.2.1. Oligofrenia:

Cabe comenzar el estudio de la oligofrenia mencionando que el CIE-10 se refiere a este trastorno como retraso mental o discapacidad intelectual grave. Por ello utilizaremos cualquiera de estos tres nombres para referirnos a esta enfermedad. Para definir el trastorno mental de oligofrenia, atenderemos al concepto que nos brinda el propio CIE-10. Nos dice que se trata de un *“estado de desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, por ejemplo, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales”*. Explica además que el retraso puede tener lugar con o sin otra alteración mental o física, y que para conocer el grado de retraso mental se llevarán a cabo exámenes de inteligencia estandarizados. El diagnóstico dependerá también de la evaluación general del funcionamiento intelectual realizado por un evaluador cualificado.

Sentada esta base, el CIE-10 nos da una clasificación en 4 tipos distintos de retraso mental, atendiendo al grado de afectación de las capacidades intelectuales de quién lo padece, y ofreciéndonos una breve descripción de los síntomas que conlleva cada uno de ellos. Así vamos a diferenciar entre el retraso mental leve, moderado, grave y profundo. El primero de ellos, el retraso mental leve, se asocia a personas con un coeficiente intelectual aproximado de 50 a 69 (suele ocasionar algunas dificultades en el aprendizaje, sin embargo, muchos adultos serán capaces de trabajar y de mantener buenas relaciones sociales). En segundo lugar, el retraso mental moderado, se diagnostica a personas con un coeficiente intelectual aproximado de 35 a 49 (añade que la mayoría de enfermos puede aprender a desarrollar algún grado de independencia en el cuidado personal y adquirir una comunicación y habilidades académicas adecuadas). En tercer lugar, el retraso mental grave, asociado con un coeficiente intelectual aproximadamente de 20 a 34 (que probablemente determine la necesidad de un apoyo constante). Y por último, el retraso mental profundo, en los casos en que el coeficiente intelectual sea inferior a 20 (determina una severa limitación del cuidado personal, comunicación, movilidad, etc.). Cabe mencionar que se considera inteligencia normal los valores comprendidos entre el 80 y el 120, por lo que entre el retraso mental leve y lo que entendemos como normalidad, existe un espacio en el que se situarían los llamados

casos límite o borderlines⁴⁵. También la jurisprudencia ha intentado delimitar el concepto de oligofrenia. Así, la STS 13648/1992 nos dice, basándose en la doctrina científica, que la oligofrenia consiste en una detención del desarrollo de las facultades intelectivas de la persona debido a una malformación congénita del cerebro.

La oligofrenia nos plantea varias cuestiones que trataremos de abordar seguidamente. En primer lugar, cabe mencionar una ligera discrepancia entre los valores que maneja la jurisprudencia, y los que la doctrina médica nos ofrece y a los que nos hemos referido con anterioridad, para establecer los distintos subgrupos de oligofrenia. La discrepancia es pequeña, pero existe, pues la jurisprudencia⁴⁶ trata como retraso mental severo (u oligofrenia profunda según la sentencia) cuando el coeficiente intelectual del enfermo se encuentra por debajo de 25 (en el CIE-10 se nos dice que es profundo cuando es menor de 20). Un segundo paso lo constituirían los casos menos severos (oligofrenia media en otras resoluciones), cuando el coeficiente intelectual se sitúa entre 25 y 50 (abarcando el retraso mental moderado del que nos habla el CIE-10, que se sitúa entre 30 y 49). Y por último, estaría el retraso mental o debilidad, con unos valores de coeficiente intelectual de entre 50 y 70 (retraso mental leve para el CIE). Lo que ocurre es que engloban las distintas oligofrenias en tres grupos distintos solamente, mientras que para la ciencia médica existen cuatro. Quizás el fundamento de esta diferencia radique en que, como veremos a continuación, a cada uno de estos grupos se le va a dar un tratamiento penal diferente.

Sin embargo, antes de abordar ese extremo, cabe mencionar, tal y como nos recuerda la STS 13648/1992 citada previamente, que el cociente intelectual no debe ser el único elemento a valorar de cara a la aplicación de una medida modificativa de la responsabilidad penal. Aunque por motivos obvios va a tener un gran peso el valor que refleje el coeficiente intelectual del sujeto, hay otros factores que debemos tener en cuenta casuísticamente. Así lo establece la propia sentencia cuando nos dice: *“la jurisprudencia, sin embargo, que ha cuidado mucho en utilizar en los casos de déficit intelectual o volitivo la rigidez de las fórmulas, por regla general, para dar a entender que no son reglas ni límites absolutos y ha tenido muy en cuenta el conjunto de circunstancias existentes en el sentido de que, en ocasiones, la existencia plural de patologías no da como resultado una suma, sino una*

⁴⁵ PUENTE SEGURA, L., *Circunstancias eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad criminal*, págs. 81 y 82.

⁴⁶ SSTS 936/1996 de 30 de noviembre de 1996 (RJ 6806/1996) y 594/2001 de 6 de abril de 2001 (RJ 2919/2001).

multiplicación de los efectos”. Observamos cómo de nuevo se nos plantea la realidad que existe a la hora de aplicar una medida de éste tipo, y es que será apreciada en mayor medida por los Jueces y Tribunales cuando concurren varias enfermedades o patologías en el mismo sujeto activo del delito. Algo que nos invita a traer a colación otro problema que se nos plantea con la oligofrenia, y que refleja la STS 936/1996, como es la posibilidad de que converjan la eximente por alteración psíquica, con la que contiene el apartado 3º del mismo art. 20, que en este caso dice así: “(...) *el que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad*”. La propia sentencia nos da la solución, y es que la aplicación de esta última circunstancia eximente exige la existencia de una alteración grave de la conciencia de la realidad, cuya causa venga determinada por alteraciones de la percepción ocurridas desde el nacimiento o desde la infancia, es decir un trastorno de la percepción de temprana iniciación. Aún así insiste en la necesidad de valoración caso por caso.

De este modo, atendiendo a las distintas resoluciones analizadas en este apartado, podemos extraer las siguientes conclusiones. Cabe precisar que existe una pequeña evolución (en cuanto a la aplicación de la eximente completa) desde la STS de 1996 a la del 2001, señalando que nos quedaremos con lo dispuesto en la más reciente.

Eximente completa (art. 20.1 C.P.)	Oligofrenia severa o profunda (CI por debajo de 25)
Eximente incompleta (art. 21.1 C.P.)	Oligofrenia media (CI entre 25 y 50)
Atenuante analógica (art. 21.7 C.P.)	Debilidad o retraso mental (CI entre 50 y 70)
Plena responsabilidad, pudiendo aplicar la atenuante en determinados casos.	Casos límite o de retraso mental ligero (CI entre 70 y 80).

Por último, para cerrar este punto, es de especial interés la STS 13/2019⁴⁷, por el análisis que hace del principio de presunción de inocencia y del de *“in dubio pro reo”*. Una reflexión que se encuadra en el examen del caso de una persona que recurría al Alto Tribunal solicitando la aplicación de la semi eximente o, en su caso, de la atenuante, por padecer una

⁴⁷ STS de 17 de enero de 2019 (RJ 39/2019).

oligofrenia. Si bien el Tribunal no consideró de aplicación ninguna circunstancia modificativa de la responsabilidad penal, pues en conformidad con las pruebas practicadas, no pudo constatar la anulación de las capacidades intelectuales, aunque sí una disminución de las mismas. Podemos tomar esta reflexión como respuesta a la duda planteada anteriormente, y es que la sentencia refleja que para las eximentes o atenuantes no rige la presunción de inocencia ni el principio *"in dubio pro reo"*, y además, nos dice que la deficiencia de datos para valorar si hubo o no la eximente o atenuante no puede determinar su apreciación.

3.1.3.- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: NEUROSIS Y PSICOPATÍA.

3.1.3.1.- Neurosis.

Para comenzar este apartado referido a los trastornos de la personalidad, cabe precisar en primer lugar que ofrecer una definición de neurosis es complicado, debido a que bajo un mismo paraguas se encuentran diferentes alteraciones psíquicas que tienen una raíz común, el ser trastornos del sistema nervioso que conllevan una dificultad para relacionarse con otras personas y consigo mismo, así como para afrontar los distintos problemas cotidianos. También ha sido difícil para la ciencia médica conceptualizar esta enfermedad debido a la multitud de nombres que existen para referirse a ella, la inexactitud sobre sus causas, sus síntomas y su extensión. Así nos lo transmite VALLEJO RUILOBA⁴⁸: *"la neurosis ha sufrido cierta inflación y se ha desdibujado su concepto, ya que ha integrado una amplia gama de trastornos, muchas veces puramente síntomas, algunos expresión de problemas psicosociales"*. Por ello es particularmente útil la definición que ofrece PUENTE SEGURA⁴⁹, quién parte de la acepción que nos da la RAE (enfermedad funcional del sistema nervioso caracterizada principalmente por inestabilidad emocional), para concluir citando a VALLEJO NÁGERA, quién la define de la siguiente manera: *"proceso patológico mental que tiene un origen psíquico puro, cuyos síntomas cuantitativos y cualitativos carecen de un comienzo, evolución y terminación específicos y definidos, son pasajeros y terminan sin secuelas que alteren definitivamente la personalidad psíquica del enfermo"*. Se diferencian cuatro principales tipos de trastornos neuróticos, como son la histeria (caracterizadas por el egoísmo, fantasía exuberante, comportamiento teatral, tendencia al refugio en la propia enfermedad, etc.), la neurosis de angustia (que presenta ansiedad y pánico, acompañados de modificaciones fisiológicas), neurosis fóbicas (cuyo principal síntoma es el miedo

⁴⁸ VALLEJO RUILOBA, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, págs. 227 a 235.

⁴⁹ PUENTE SEGURA, L., *Circunstancias eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad criminal*, pág. 94 y ss.

irracional y desproporcionado ante determinados objetos, personas o situaciones) y neurosis obsesivas (caracterizadas por la compulsión subjetiva de realizar una acción, persistir en una idea o recordar una experiencia, y la lucha interna del enfermo contra ese pensamiento que se repite). Si bien algún autor como el citado PUENTE SEGURA nos habla también de neurosis sotéricas, contrapuestas a las neurosis fóbicas, y también de trastornos de los hábitos y del control de los impulsos (ludopatía, cleptomanía, etc.). Otros como VALLEJO RUILOBA o PUERTA LUIS⁵⁰, destacan unos síntomas generales de la neurosis, tales como sentimiento de inferioridad, disfunción y sufrimiento social o personal, etc. Así como una serie de características que le son comunes, por ejemplo que no son enfermedades en el sentido médico, ya que, a excepción de la neurosis de angustia y la obsesiva, su origen es fundamentalmente psicológico, o también su carácter crónico aunque con episodios de crisis y fases de normalidad.

Cabe comenzar a hablar sobre la relevancia penal de este trastorno destacando que es hasta cierto punto limitada. En primer lugar por la poca presencia de esta enfermedad (al menos en solitario, es decir, sin que concurra con algún otro trastorno como por ejemplo la psicopatía) en cuanto a volumen de delitos cometidos, y en segundo lugar, por la reticencia que observamos por parte de los Tribunales a aplicarles a estos enfermos alguna circunstancia modificativa de la responsabilidad. Autores como BLANCO LOZANO⁵¹ o PUERTA LUIS, nos hablan de su limitada relevancia penal, haciendo una excepción en cuanto a las neurosis obsesivas, y a las de control de los hábitos y los impulsos (tales como la cleptomanía o la ludopatía), que si van a tener una mayor importancia, y que se manifiestan en muchos casos en las resoluciones que estudiaremos. De forma general, nos dice BLANCO LOZANO, se suele apreciar la atenuante analógica, dado que los Tribunales valoran que no se da en ningún caso, en el supuesto de las neurosis, una pérdida total de las capacidades intelectuales ni volitivas. El neurótico no es incapaz de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa comprensión. Por ejemplo, en la STS 648/2021⁵², se termina por aplicar dicha atenuante (art. 21.7 C.P.) a un sujeto que además de padecer neurosis, tenía un trastorno parafilico. El Tribunal argumenta, citando una resolución anterior (la STS 20/2021⁵³), de la siguiente manera: *“En dicha resolución judicial, decíamos, que no acreditado que el trastorno comporte una significativa disminución de la*

⁵⁰ PUERTA LUIS, L.R., “Causas de inimputabilidad: anomalías y alteraciones psíquicas. Trastorno mental transitorio”, AAVV, *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, pág. 70.

⁵¹ LOZANO BLANCO, C., *La eximente de anomalía o alteración psíquica*, págs. 107 y ss.

⁵² STS de 19 de julio de 2021 (RJ 3201/2021).

⁵³ STS de 18 de enero de 2021 (RJ 8/2021).

capacidad volitiva del acusado, en el sentido de importante o grave, que permitiría la aplicación de la semieximente, y ser menos grave o moderada, es por lo que hemos de quedarnos en la atenuante analógica, con los efectos penológicos que ello conlleva". El Alto Tribunal valora que en el caso concreto, el sujeto no ha aprendido a gestionar de forma adecuada situaciones difíciles o sentimientos negativos, y como consecuencia se derivan negligencias emocionales extremas o reacciones severas.

A colación de lo referido por la Sentencia citada, cabe hacer mención a una idea que plasma PUENTE SEGURA en su obra. Y es que el autor discrepa con el razonamiento que lleva a cabo el T.S. en parte de su jurisprudencia al entender que, si bien el neurótico no tiene porqué tener afectada su capacidad intelectual, si va a tener de algún modo afectada sus capacidades volitivas. Razona en torno a la idea de que el neurótico es consciente de lo irracional de su conducta, pero pese a ello, no puede hacer nada para adecuar su comportamiento con los estándares sociales, actuando necesariamente de acuerdo con esa idea "absurda". Con lo que su libertad de decidir queda condicionada por el trastorno. Y además, nos da una segunda razón para su discrepancia, basándose en que si el neurótico mantuviese intactas tanto su capacidad intelectual (que no duda en que se mantenga) como la volitiva, entonces no habría razón para aplicar ninguna reducción de su imputabilidad. Ello de acuerdo con el doble requisito que impone el sistema mixto de nuestro C.P. Debemos entender que al menos la capacidad de decidir y ordenar la propia conducta si se ve afectada en estos supuestos, ya que de otro modo, no hablaríamos de trastorno psíquico a los efectos del art. 20.1 C.P., y no se podría justificar la aplicación de eximentes, semieximentes o atenuantes. En este sentido, nos recuerda la Sentencia citada previamente que se debe recurrir a las pruebas periciales para valorar si afecta de algún modo a la conciencia y voluntad del sujeto. Determinando de esta manera si existe o no, una alteración plena, grave, menos grave o leve de sus facultades intelectivas y volitivas en el momento de los hechos. *"Distinción que es fundamental a tener en cuenta, porque, como nos dice la STS 467/2015, de 20 de julio de 2015, "de tal modo que la intensidad de la alteración habrá de ser el criterio determinante para graduar la imputabilidad"*". Por esta razón básicamente no nos importa tanto la calificación de la neurosis como enfermedad (circunstancia en la que incide muchas veces la jurisprudencia). Algo que dejaremos para el campo de la medicina, y que a efectos penales no es tan relevante puesto que atenderemos a si en el caso concreto existe dicha neurosis y si se ven reducidas, anuladas o intactas las capacidades del neurótico.

Por otro lado, es preciso destacar que algunos autores como el propio PUENTE SEGURA manifiestan que nunca se ha valorado por el T.S. una exención completa de la imputabilidad del sujeto. Algo que yo tampoco puedo negar, ya que no he dado con ninguna Sentencia que la aplique a lo largo del estudio realizado para este trabajo. Sin embargo si se ha aplicado en determinadas circunstancias la eximente incompleta, por ejemplo en la STS 1689/1994⁵⁴. Entonces el T.S. ya valoraba la neurosis como verdadera enfermedad, y no como un simple rasgo de la personalidad, señalando que puede dar lugar a la eximente completa o incompleta, teniendo en cuenta en cada caso si incide en mayor o menor medida en las facultades intelectivas y volitivas del sujeto. Son más numerosas las Sentencias que no valoran ninguna circunstancia modificativa de la responsabilidad penal. Por ejemplo, en las SSTS 916/1999 y 1181/2004⁵⁵ entiende el T.S. que la afectación de las facultades de los sujetos juzgados no es de magnitud suficiente como para que se vean beneficiados por una circunstancia atenuante de la imputabilidad. En la última Sentencia referida, el Alto Tribunal realiza la siguiente interpretación: *“el propio perito de la defensa calificó la afectación que se invoca por ésta como de carácter leve y, por tanto, carente de eficacia para condicionar de manera significativa el comportamiento de la inculpada. Al respecto, es reiteradísima la jurisprudencia de esta sala que niega a la mera concurrencia de rasgos neuróticos aptitud para fundar por sí sola la aplicación de alguna circunstancia de atenuación”*. Poniendo de relieve la discusión doctrinal sobre si considerarla o no una enfermedad como tal.

Como conclusión, cabe señalar de acuerdo con todo lo expuesto, que si bien existen esas discrepancias en la jurisprudencia del T.S., considero que si tenemos que hablar de la neurosis como, al menos, un trastorno psíquico deba apreciarse a la hora de valorar las circunstancias modificativas de la imputabilidad. Ya que como hemos mencionado, la facultad volitiva si se ve afectada en estos casos. Y también destacar, a tenor de lo expuesto por BLANCO LOZANO, que puede ser este trastorno en el que mayor inseguridad jurídica exista, por las dudas en cuanto a su calificación y clasificación, por la propia jurisprudencia un tanto contradictoria del T.S., y por la confusión que ello conlleva.

⁵⁴ STS de 3 octubre de 1994 (RJ 7904/1994).

⁵⁵ SSTS de 10 de junio de 1999 (RJ 4096/1999) y de 25 octubre de 2004 (RJ 6437/2004).

3.1.3.2.- Psicopatía:

Entramos ahora a analizar la trascendencia penal que tiene una de las enfermedades mentales más características. De nuevo nos encontramos ante un trastorno que resulta difícil definir, comenzando por las dudas que existen en nuestra jurisprudencia sobre su inclusión o no como verdadera enfermedad, y siguiendo por la variedad de conceptos que existen en torno a su significado. Por ello, quiero sentar una premisa antes de comenzar el análisis, ya que la palabra psicópata se ha utilizado para referirse a cualquier enfermo mental, pero aquí lo haremos para hablar de una enfermedad en concreto, con la que hoy en día se identifica la psicopatía, que es el trastorno disocial de la personalidad. Si atendemos a la definición que nos ofrece la RAE la psicopatía es la *“anomalía psíquica por obra de la cual, a pesar de la integridad de las funciones perceptivas y mentales, se halla patológicamente alterada la conducta social del individuo que la padece”*. Así, la psicopatía está catalogada en la CIE-10 como trastorno disocial de la personalidad. *“Encontramos frecuentemente identificado este concepto con el de Trastorno Antisocial y también con los “trastornos de la personalidad”, en general, siendo estos sujetos descritos frecuentemente con rasgos que se corresponden con subtipos distintos, que tampoco son propios del concepto actual de “psicopatía”⁵⁶. Los datos obtenidos reflejan, por lo tanto, una alta dispersión de los conceptos vertidos en las sentencias que no permite su estructuración en torno a los distintos modelos teóricos”*. VALLEJO RUILOBA⁵⁷ comenta que la personalidad antisocial se expresa a través de conflictos con las normas desde muy temprana edad, y parece guiarse exclusivamente por su predisposición a la recompensa inmediata. *“La personalidad antisocial puede expresarse a través de conductas muy variadas, que implican diferentes grados de socialización: desde el desaprensivo de guante blanco que se aprovecha amoralmente de los reglamentos al atracador insensato, que hace dudosa la clásica afirmación de que la personalidad antisocial suele darse en personas de una cierta inteligencia. Cuesta trabajo atribuir talento a sujetos incapaces de prever las obvias consecuencias negativas de sus actos”*. En cuanto a la sintomatología, el DSM-V nos dice que se manifiestan tres, o más, de las siguientes características: incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, engaño, impulsividad, irritabilidad y agresividad, desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás, irresponsabilidad constante, y también ausencia de remordimiento.

⁵⁶ AAVV, “Los trastornos de la personalidad en el Derecho Penal: estudio de casos del Tribunal Supremo”, *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 1, No 1, 2001, págs. 87 - 101.

⁵⁷ VALLEJO RUILOBA, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, págs. 514 y 515.

Entrando ya en materia, debemos comenzar señalando, como ya hicimos con el trastorno anterior, que la discusión en torno al concepto y a su consideración como enfermedad o no, carece de relevancia para lo que nos ocupa, ya que dada la redacción del art. 20.1 C.P., lo importante es que se trate de una alteración o anomalía psíquica. Lo que sin duda alguna se da en el caso de la psicopatía. En este sentido, JIMÉNEZ DÍAZ y FONSECA MORALES⁵⁸ manifiestan que *“el psicópata no es, ciertamente, un enajenado en sentido estricto, puesto que no está “fuera de sí”, pero sí es un enfermo mental”*. Lo difuso de este trastorno se sigue manifestando en la evolución jurisprudencial que ha sufrido. Así, resoluciones como la STS 4927/1979⁵⁹, señalaban: *“como la anomalía que implica la personalidad psicopática afecta tan sólo a la afectividad produciendo desarmonías del carácter, irrelevantes en el orden psíquico, durante mucho tiempo se ha venido reputando, sin excepción, al psicópata como persona normal a los efectos de la responsabilidad criminal”*. En este sentido, el T.S. defendía que la psicopatía no incidía sobre las capacidades intelectuales ni volitivas del sujeto, sino únicamente sobre rasgos de su personalidad. No siendo suficientes, teniendo en cuenta también que se amparaban en la antigua redacción de los arts. 8.1 y 9.1 C.P., para considerar al psicópata susceptible de beneficiarse de una reducción de su imputabilidad. Sólo valoraban tal posibilidad cuando la psicopatía se catalogaba como grave y se apreciaba una relación de causalidad entre el trastorno y el hecho ilícito cometido, o bien cuando aparecía acompañada de otra enfermedad mental que sí tenía consideración como tal, por ejemplo la oligofrenia. Se dejaban notar las dudas respecto a si se hallaban ante una verdadera enfermedad.

Sin embargo, hoy en día, además de que sí lo consideramos un trastorno psíquico *per se*, existe tanto en la jurisprudencia como en la doctrina el acuerdo de que la psicopatía, si bien puede no afectar a la capacidad intelectual del enfermo, si va a incidir, al menos, en la capacidad volitiva de quién la padece, tal y como ocurría con la neurosis. *“Un sujeto con un trastorno de personalidad por norma general comprende y razona adecuadamente, y conserva el contacto con la realidad, es decir, conserva su capacidad cognoscitiva. Es por esto, que si en un sujeto con trastorno de personalidad se ve afectada su imputabilidad, normalmente será consecuencia de cómo se encuentre afectada su capacidad volitiva en función de la existencia o no de otros factores asociados (trastornos afectivos, consumos de sustancias, etc.) o de la propia afectación del trastorno de personalidad en el desarrollo de*

⁵⁸ JIMÉNEZ DÍAZ, M.J. y FONSECA MORALES, G.M., *Trastornos de la personalidad (psicopatías)*, págs. 77 y ss.

⁵⁹ STS de 24 de enero de 1979 (RJ 4927/1979).

capacidades inhibitorias de la conducta. La capacidad cognoscitiva podría verse afectada por la aparición de otro cuadro psicopatológico, como puede ser por ejemplo un trastorno delirante que se asocie al trastorno de personalidad de base, pero no sería una característica propia de los trastornos de personalidad”⁶⁰.

En base a lo cual, los efectos sobre la imputabilidad del psicópata pueden ser muy distintos. Tenemos sentencias que no van a considerar de aplicación ninguna circunstancia modificativa de la responsabilidad penal, como las SSTS 4927/1979 y 800/2022⁶¹. Ya comentamos anteriormente que la sentencia de 1979 puede tener un razonamiento un tanto desfasado hoy en día, pero nos es de gran interés la sentencia de 2022. En ella vuelve a quedar reflejado lo difuso del concepto de psicopatía, pero además, justifica la no conveniencia de aplicar la atenuante en base a la necesidad de relación causal entre el trastorno y el delito cometido. Las razones que esgrime para considerar la plena imputabilidad son dos. Por un lado señala que no se ha aportado prueba alguna que acredite el estado del sujeto en el momento de la comisión de los hechos, no pudiendo demostrarse que exista tal relación causal entre la psicopatía y el ilícito penal. Y por otro lado, el carácter leve del trastorno, que no supone ningún tipo de alteración ni de la capacidad de comprensión, ni de la conciencia a la hora de actuar en el momento de los hechos. Es también de gran interés la STS 879/2005⁶², de la cual extraemos el siguiente fragmento que resulta muy clarificador: *“esta Sala ha venido señalando respecto de las psicopatías, que no afectan al entendimiento y la voluntad, sino a la afectividad, y por ello ha venido rechazando tradicionalmente la exención y admitiendo la atenuación cuando se presenta acompañada de otros trastornos (...). La inclusión de las psicopatías entre los trastornos mentales y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales realizada por la OMS, junto con la ampliación efectuada por el Código Penal de 1995, ha llevado a considerar que dentro de la expresión utilizada de: “cualquier anomalía o alteración psíquica”, se abarcan no solo 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, sin embargo esta Sala, en los casos en que dichos trastornos deban influir en la responsabilidad criminal, ha aplicado en general la atenuante analógica, reservando la eximente incompleta (...) para cuando el trastorno es de una especial y profunda gravedad o está acompañado de otras anomalías*

⁶⁰AAVV, “Delictología de los trastornos de la personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad”, *eduPsykhé*, Vol. 8, No. 2, 2009, págs. 101-126.

⁶¹ STS de 5 de octubre de 2022 (RJ 3644/2022).

⁶² STS de 4 de julio de 2005 (RJ 6899/2005).

relevantes como el alcoholismo crónico o agudo, la oligofrenia en sus grados iniciales, la histeria, la toxicomanía, etc. (...). Y, aún estos casos, de lo que se trata es de determinar la capacidad de quien padece el trastorno para comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a esa comprensión”.

En los llamados trastornos de la personalidad, la regla general es, como dice la sentencia anteriormente citada, aplicar la atenuante analógica. Así lo hace por ejemplo la STS 455/2007⁶³, que nos recuerda que no podemos tomar esta regla como algo inamovible. Sólo en aquellos supuestos especialmente graves, que generalmente van asociados a otras patologías, se ha valorado la eximente incompleta. Esto ocurre por ejemplo en la STS 1003/2000⁶⁴, en la que el sujeto padece, además del trastorno disocial, una drogadicción que sirve para que el efecto sobre la imputabilidad se considere más intenso. Pero también nos recuerdan JIMÉNEZ DÍAZ y FONSECA MORALES la posibilidad de que se aplique la semieximente *“cuando la psicopatía es de tal intensidad que provoca que el sujeto presente una seria alteración de sus facultades intelectivas y volitivas”*. Como consecuencia, se complica aún más la apreciación de la eximente completa, pues la incompleta abarca tanto la concordancia con otra patología, como la grave afección de las facultades mentales del enfermo. Tanto es así que, utilizando el análisis de las autoras citadas, sólo se ha aplicado dos veces por el T.S. En una de ellas, la psicopatía iba unida a la epilepsia, y en la más reciente, unida a la neurosis y alcoholismo. Sin embargo nunca se ha apreciado cuando aparecía el trastorno disocial aisladamente. Sí encontramos Sentencias de la llamada jurisprudencia menor en la que se ha aplicado la eximente completa, por ejemplo SAP-B 797/2001⁶⁵, en la que se argumenta teniendo en cuenta que en el momento de los hechos el sujeto estaba bajo un momento de crisis especialmente grave de su enfermedad, que anularon por completo sus facultades de control y decisión.

Atendiendo a lo expuesto, cabe hacer dos consideraciones. La primera es que no podemos sacar una conclusión fija, aunque sí un patrón más o menos claro a la hora de apreciar las distintas figuras de reducción de la responsabilidad criminal. Pero será necesario valorar cada caso por separado, atendiendo a las circunstancias particulares que lo envuelven y al grado de afectación de las capacidades del sujeto. Y la segunda es la necesidad de observar la relación entre la enfermedad y el hecho cometido. Como nos mencionan varias

⁶³ STS de 29 de mayo de 2007 (RJ 5622/2007).

⁶⁴ STS de 9 de junio de 2000 (RJ 4709/2000).

⁶⁵ SAP-B de 22 de octubre de 2001 (RJ 16605/2002).

de las sentencias citadas, es necesario que exista un nexo causal entre ambos, pudiendo ocasionar que sí se pueda apreciar una modificación en la imputabilidad del sujeto en determinados delitos, susceptibles de ser cometidos por enajenados mentales, pero no para otro tipo de ilícitos, para los cuales se necesita cierta normalidad para poder llevarlos a cabo, como puede ocurrir por ejemplo con la estafa. Así nos lo transmite PUENTE SEGURA⁶⁶, mientras que JIMÉNEZ DÍAZ y FONSECA MORALES señalan que es necesario, para que se pueda apreciar una disminución de la imputabilidad, que se de esa relación causal con el delito cometido *“por encajar éste dentro de la distonía del carácter predecida, y además, esté patente, que dentro del campo de la conciencia, disminuyan o rebajen ostensiblemente la inteligencia o la voluntad”*. En base a todo lo anterior, podemos extraer la siguiente tabla:

Eximente completa (art. 20.1 C.P.)	De forma muy excepcional, en casos muy graves en los que la conjunción con otra enfermedad (o la psicopatía por sí misma) anulen por completo las facultades del sujeto.
Eximente incompleta (art. 21.1 C.P.)	Cuando la psicopatía, bien aisladamente o bien aparejada a otra patología, inciden de manera grave en el sujeto, limitando en gran medida sus facultades mentales.
Atenuante analógica (art. 21.7 C.P.)	Generalmente aplicada en los casos de psicopatía, cuando se produce una merma de las capacidades del enfermo.
Total imputabilidad	Aquellos casos en los que no se puede apreciar ninguna disminución de sus facultades.

4. INFORMES PERICIALES Y SU VALORACIÓN POR JUECES Y TRIBUNALES:

El presente estudio pone de manifiesto la dificultad a la que se enfrentan Jueces y Tribunales a la hora de extraer una conclusión en aquellos casos en los que confluyen

⁶⁶PUENTE SEGURA, L., Circunstancias eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad criminal, pág. 109.

alguna circunstancia modificativa de la responsabilidad penal en relación con enfermedades mentales. Por ello es de vital importancia la ayuda que constituyen los informes y pruebas periciales, así como su valoración, para poder pronunciarse sobre estas cuestiones. Esta labor pericial de asesoramiento a Jueces y Tribunales se encuentra regulada mayoritariamente en la LEC y en la LECrim. PUERTA LUIS⁶⁷ señala que son las leyes procesales las que determinan quiénes pueden ser peritos, así como el número de estos y el procedimiento de la pericia, estableciendo las garantías de imparcialidad, los requisitos para poder ser considerado perito. Y refleja, además, con acierto bajo mi punto de vista, que *“el principal problema que plantea la prueba pericial no es otro que el de su valoración por el Juzgador. El profesor GUASP dice que “la pericia es una prueba de apreciación discrecional o libre y no legal o tasada. Cualquiera que sea el valor científico o técnico del dictamen que den los peritos, el Juez no queda sujeto al resultado que proporcione”*”. Teniendo en cuenta también lo dispuesto en el art. 348 LEC, que nos dice que el juzgador quedará sujeto a las reglas de la sana crítica. Sin embargo, tal y como señala PUERTA LUIS, la valoración de la prueba pericial será libre y discrecional, ya que no existe en nuestro ordenamiento ninguna norma sobre el significado o lo que debemos entender por sana crítica.

Si nos detenemos a estudiar el procedimiento para la elaboración de los informes periciales, VALLEJO RUILOBA⁶⁸ propone un modelo clínico-forense, también denominado mixto por combinar dos vertientes complementarias en el peritaje, como son el criterio psicopatológico y el criterio médico-legal. El criterio psicopatológico valora la existencia de una enfermedad mental y se sustenta exclusivamente en la clínica psiquiátrica. En este sentido, el peritaje hará constar el diagnóstico, así como la sintomatología más significativa, el momento evolutivo del trastorno en el momento de los hechos, etc... Por otro lado, el criterio médico-legal, se basa en la deducción que, partiendo de la clínica, relaciona las funciones psíquicas presuntamente afectadas con los hechos delictivos. Nos ofrece además, el autor últimamente citado, una estructura del peritaje psiquiátrico⁶⁹. De acuerdo con ella, el informe pericial deberá contener, en primer lugar, un encabezamiento en el que se haga constar la formación o experiencia del perito, el objetivo del informe, etc... En segundo lugar, se describirá la actuación realizada, incluidas las pruebas complementarias, reflejando los aspectos más significativos que guarden relación con la patología. Acto seguido, irán las consideraciones, aclaraciones y el análisis de la relación entre la patología y los hechos. Y

⁶⁷PUERTA LUIS, L.R., “Causas de inimputabilidad: anomalías y alteraciones psíquicas. Trastorno mental transitorio”, AAVV, *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, págs. 86 a 92.

⁶⁸VALLEJO RUILOBA, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, págs. 1092 a 1100.

⁶⁹VALLEJO RUILOBA, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, págs. 1111 y 1112.

por último, las conclusiones médico-legales, razonadas y apoyadas en datos clínicos y psiquiátricos, que tratarán de responder de la manera más explícita posible a las cuestiones planteadas.

Es este último punto del informe pericial el que más controversia suscita, ya que para el autor, el perito debe evitar entrar en valoraciones jurídicas, algo con lo que personalmente concuerdo. Sin embargo, él mismo apunta que otros autores como *GISBERT CALABUIG*, consideraban el término “imputabilidad” como el “único concepto que le está permitido manejar al médico en sus dictámenes periciales por ser de raigambre psíquica, o mejor, psicopatológica”. *MARTÍNEZ GARAY*⁷⁰, por su parte, se manifiesta de forma muy parecida a *VALLEJO RUILOBA*, señalando el problema que pueden causar los peritos que emiten juicios de valor, que puedan llegar a ser considerados erróneamente como datos científicos. Señala además que al perito no se le puede preguntar directamente por la imputabilidad, ya que es algo que sólo le corresponde valorar al juzgador, y como solución propone el mismo sistema mixto al que hacíamos referencia anteriormente. Únicamente después de un informe pericial llevado a cabo siguiendo dicho sistema, podrá el Juez valorar si se ha alcanzado un nivel suficiente como para determinar una atenuación o exención de la responsabilidad. También *DÍEZ RIPOLLÉS*⁷¹ hace referencia a esta posible confusión de los papeles de perito y Juez, reflejando además otro problema que puede surgir, como es el hecho de que los peritos “terminen por realizar informes con insuficiente base científica por ajustarse a lo que espera o quiere el juzgador”. “Lo que le pide el Derecho Penal, y el juzgador, al perito son datos para sostener que el sujeto en cuestión encaja en alguna de las eximentes de la culpabilidad”.

PUERTA LUIS nos ofrece todo un catálogo de circunstancias a las que deben atender Jueces y Tribunales a la hora de examinar los informes o pruebas periciales. De esta manera, podemos entender mejor a qué se refiere el art. 348 LEC cuando nos habla de sana crítica. El autor nos dice que que habrá de tenerse en cuenta el tipo de dictamen (ya que no es lo mismo un informe analítico, ya sea de orina, de sangre o de ADN, que uno relativo a la salud mental de la persona), también hay que tener en cuenta la persona o entidad informante, así como el origen de la elección del perito (acusación, defensa u órgano

⁷⁰*MARTÍNEZ GARAY, L., La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*, págs. 365 a 368.

⁷¹*DÍEZ RIPOLLÉS, J.L., “Aspectos generales de la imputabilidad”, AAVV, Actual doctrina de la imputabilidad penal*, págs. 25 a 27.

jurisdiccional), los antecedentes que haya tenido en cuenta el informante, la forma en que aparezca redactado el informe, el número, la calidad y conformidad o disconformidad de los informes, las explicaciones, aclaraciones y argumentaciones expuestas en el plenario, y el resultado de la valoración de las otras pruebas practicadas, junto con las propias observaciones del juzgador. A modo de ejemplo, podemos citar la STS 331/2004⁷², en la que se dice: *“esos informes recogen, tan sólo, unas opiniones periciales, que tampoco resultan ni concluyentes ni demostrativas de una entidad del trastorno de verdadera relevancia penal, y que, además, se enfrentan a otros criterios, expresamente mantenidos por los Médicos Forenses, que afirman la plena imputabilidad del recurrente. Por lo que no cabe hablar de “error evidente” de la Audiencia, por haber alcanzado una conclusión frontal y evidentemente opuesta a los pareceres unánimes de los expertos”*. Es este extracto de la sentencia del T.S. un claro ejemplo de que al fin y al cabo, el Juez va a ser quién tenga la última palabra, y obrará conforme a su planteamiento del caso, tal y como señala también la STS 13/2022⁷³ al decirnos: *“esta sala es, por tanto, libre a la hora de valorar los dictámenes periciales; únicamente está limitado por las reglas de la sana crítica, que no se hallan recogidas en precepto alguno, pero que, en definitiva, están constituidas por exigencias de la lógica, los conocimientos científicos y las máximas de experiencia”*.

Concluye PUERTA LUIS poniendo de relieve que *“parece haber en la libre valoración de la prueba contradicción con lo que constituye su naturaleza. Porque si se parte de que el Juez no sabe sobre aquello que es objeto de dictamen pericial, o no sabe lo bastante o con la necesaria seguridad, ¿por qué no ha de vincularle una apreciación científica, artística o técnica? Sin embargo, no es lo mismo saber ver, hacer o razonar como perito, que valorar luego sus argumentos. Se puede no saber una cosa y, sin embargo, poder criticarla. La vinculación sería, además, imposible en el caso de los dictámenes contradictorios”*.

⁷²STS de 16 de marzo de 2004 (RJ 1784/2004).

⁷³STS de 10 de febrero de 2022 (RJ 208/2022).

5. CONCLUSIONES:

He podido extraer, a lo largo del presente trabajo, una gran cantidad de conclusiones. Algunas de las cuáles ponen de manifiesto la necesidad de criterios más fijos a la hora de enjuiciar hechos posiblemente delictivos, en los que exista la peculiaridad de que el sujeto activo del delito sea una persona que padezca algún tipo de trastorno psíquico. Criterios que permitan valorar de forma más proporcionada, equilibrada y justa todos estos casos. Teniendo también muy presente la dificultad que conlleva adentrarse en el mundo de la medicina y más aún de la psiquiatría, lo que hace que sin duda sea un campo controvertido. Puede que sea éste uno de los motivos que me lleven a pensar que estas circunstancias modificativas de la responsabilidad penal no se están empleando tanto ni tan bien como sería deseable.

Destacar conceptos o realidades que he aprendido durante la realización de este análisis, como es la importancia del criterio cronológico, ya que un mismo sujeto puede ser considerado imputable o inimputable dependiendo del momento en el que haya cometido los hechos. Así como el hecho de que la carga de la prueba recaiga sobre el que alude la existencia de esa enfermedad mental, en este caso el acusado, algo sobre lo que hemos reflexionado en el trabajo, y sobre lo que podemos concluir señalando que los déficits probatorios no se resuelven a favor del reo, sino en favor de la plena responsabilidad penal.

Por último, señalar que al ser uno de los dos requisitos que impone nuestro Código el existir una enfermedad o trastorno psíquico catalogado como tal, hace que exista ya una primera valoración de la gravedad de la alteración que sufre el sujeto por parte los Tribunales, que es la llevada a cabo por el perito que emite el informe. Lo que puede ocasionar cierta generalización y separar el fallo de la individualización que requieren estos casos. En este sentido, creo que es bueno el avance que se ha dado con la nueva redacción del C.P. al incluir un abanico más amplio de trastornos mentales dentro de la redacción que nos da, al hablarnos de cualquier alteración psíquica. Algo que va a redundar en que sea posible un mejor tratamiento de estos casos, sobre los que sin duda existe una dificultad añadida, pero que nuestro ordenamiento y Tribunales buscan acercarse lo más posible a una teórica justicia.

Bibliografía:

AAVV, "Los trastornos de la personalidad en el Derecho Penal: estudio de casos del Tribunal Supremo", Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol. 1, No 1, 2001.

AAVV, "Delictología de los trastornos de la personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad", eduPsykhé, Vol. 8, No. 2, 2009.

"CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico", Organización Mundial de la Salud, Meditor, Madrid, 2004

DÍEZ RIPOLLÉS, J.L., "Aspectos generales de la imputabilidad", AAVV, Actual doctrina de la imputabilidad penal, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2007.

JIMÉNEZ DÍAZ, M.J. y FONSECA MORALES, G.M., Trastornos de la personalidad (psicopatías), Cesej - Ediciones, Madrid, 2006.

LOZANO BLANCO, C., La eximente de anomalía o alteración psíquica, Dykinson, Madrid, 2000.

MARTÍNEZ GARAY, L., La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos, Tirant lo blanch, Valencia, 2005.

PUENTE SEGURA, L., Circunstancias eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad criminal, Colex, Madrid, 1997.

PUERTA LUIS, L.R., "Causas de inimputabilidad: anomalías y alteraciones psíquicas. Trastorno mental transitorio", AAVV, Actual doctrina de la imputabilidad penal, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2007.

ROXIN, C., Derecho Penal. Parte general. Tomo 1. Fundamentos. La estructura de la teoría del delito, Civitas, Madrid, 1997.

URRUELA MORA, A., "La imputabilidad en el Derecho Penal. Causas de inimputabilidad", AAVV, Derecho Penal. Parte general. Introducción. Teoría jurídica del delito, Editorial Comares, Granada, 2013.

VALLEJO RUILOBA, J., Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Elsevier Masson, Barcelona, 2011.