

CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL
Revista del Poder Judicial nº 40. Octubre-Diciembre 1995

Fombellida Velasco, Luis
Médico Forense. Salamanca

VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. ESTUDIO JURISPRUDENCIAL

Estudios
Serie: *Penal*

VOCES: PSICOLOGIA FORENSE. CRIMINOLOGIA. MEDICINA LEGAL. TRASTORNOS MENTALES. IMPUTABILIDAD.

ÍNDICE

- I. Introducción
 - 1. Aspectos clínicos de los trastornos mentales
 - 2. Aspectos jurídico-penales de los trastornos mentales
 - 3. Aspectos clínicos y jurídico-penales de los trastornos de la personalidad
- II. Material y métodos
- III. Resultados
- IV. Discusión
- V. Conclusiones
- VI. Bibliografía

TEXTO

I. INTRODUCCIÓN

Vamos a proceder al estudio del tratamiento jurídico-penal dado a los que padecen alguna alteración mental y han cometido un hecho delictivo, prestando especial atención, dentro de las alteraciones mentales a los Trastornos de la Personalidad.

Cuando se aplica la Ley penal a una persona, se presupone en esta la salud mental. Para poder declarar la culpabilidad de una persona, es necesario que ésta haya cometido un hecho antijurídico, y que se le pueda atribuir el mismo, sin que se de alguna de las causas de exclusión de la responsabilidad.

Sin embargo, existe la posibilidad que la Ley contempla, de que se den circunstancias personales en el autor de un acto delictivo, que le impidan responder de dichas acciones antijurídicas.

Concretamente, las enfermedades mentales forman un gran grupo dentro de estas circunstancias conocidas como eximentes de exclusión, que impiden aplicar la Ley penal a una persona.

Si repasamos los textos de Psiquiatría Forense, o los capítulos de Medicina Legal existentes dentro de los grandes tratados de Psiquiatría, vemos como todos los autores coinciden en que el enfermo mental, en el sentido de enajenado, es inimputable y no se le puede castigar penalmente.

Veremos en el capítulo correspondiente a la imputabilidad, como el inimputable no puede ser motivado por la norma, y consecuentemente no puede ser castigado.

Al analizar la valoración de la imputabilidad en los grandes síndromes psicopatológicos, hemos recogido como en general existe un criterio prácticamente unánime en el tratamiento Jurídico-penal dado a los diversos tipos de alteraciones mentales, siendo algunas modificadoras de la responsabilidad criminal en el sentido de eximirla, otras atenuarla, y otras alteraciones mentales, no afectar dicha responsabilidad.

Sin embargo, en el capítulo dedicado a la valoración de la imputabilidad en los trastornos de la personalidad, veremos como existen distintos criterios, según los distintos autores, ámbito psiquiátrico, etc., considerándose incluso unas veces como enfermedad mental, y otras no.

Al ser las psicopatías un «terreno fronterizo» entre salud y enfermedad, muy a menudo se aplicaba, unas veces con acierto, y otras no, el controvertido término de imputabilidad disminuida o atenuada, que no solucionaba la cuestión.

En la práctica cotidiana en el ejercicio de nuestras actividades forenses nos encontramos en multitud de ocasiones con encausados a los que se les diagnostica de trastorno de personalidad, siendo muy difícil para los peritos pronunciarse sobre su capacidad de motivación por parte de la norma jurídica, o sobre su capacidad de querer y conocer, y más difícil para los Juristas aplicarles el Código Penal.

A veces nos hemos encontrado ante casos similares de trastornos de personalidad y delitos similares (tráfico de drogas), con sentencias dispares en cuanto a la aplicación de las circunstancias modificadoras de la responsabilidad criminal, lo que pone de manifiesto la diversidad de criterios entre los distintos órganos judiciales a la hora de enjuiciar a éstas personas.

Todo lo hasta aquí expuesto, es lo que nos ha motivado, y nos ha llevado a la realización del presente trabajo.

Nos proponemos a continuación, hacer una investigación según un método científico, es decir, una estructura organizada y sistemática para resolver problemas científicos. Para ello seguiremos una investigación descriptiva, que es aquella que se plantea problemas actuales, de cuyo estudio se seguirá una mejor comprensión de la realidad estudiada, y presumiblemente una utilización de tales conocimientos en el ámbito de la resolución de problemas teóricos o prácticos (1).

Siguiendo estas directrices, nos hemos propuesto estudiar las sentencias de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo relativas a alteraciones mentales, y dentro de ellas más concretamente las relativas a los trastornos de la personalidad, relacionando el posible diagnóstico del procesado con las circunstancias modificativas de responsabilidad penal que le han sido aplicadas, en su caso.

El artículo 10.6 del Código Civil reza: «La jurisprudencia complementará el ordenamiento jurídico con la doctrina que, de modo reiterado, establezca el Tribunal Supremo al interpretar y aplicar la ley, la costumbre y los principios generales del derecho», siendo función de la jurisprudencia por tanto, el que los preceptos legales que integran nuestro Derecho sean entendidos del modo por los múltiples titulares del poder judicial (2).

Por ello, el estudio del tratamiento jurídico penal dado a los que padecen trastornos de personalidad, por el Tribunal Supremo, es el objetivo primordial de ésta reflexión, ya que al atribuir el artículo, 1.6 del Código Civil al Tribunal Supremo la función de interpretar y aplicar las leyes, y teniendo en cuenta que la

jurisprudencia cumple una labor de sincronización entre el Derecho positivo y la realidad vigente (3) los resultados que se obtengan nos servirán para conocer el estado de la cuestión, en la España actual.

En los primeros capítulos revisaremos los aspectos teóricos, históricos y dominantes en la actualidad sobre el tema; a continuación veremos que es lo que ocurre actualmente en la jurisprudencia.

1. ASPECTOS CLÍNICOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES

La actual nosología psiquiátrica arranca de los tiempos de PINEL, quien a finales del siglo XVIII libera, a los enfermos mentales de las cadenas, haciendo que la sociedad les tenga por tales, modificando los antiguos manicomios y transformándolos en lugares más dignos y agradables para los enfermos y sus familiares.

Desde entonces la psiquiatría se encuadra dentro de las ciencias médicas aportando cada autor su clasificación de las enfermedades mentales.

De todas las clasificaciones, la de KRAEPELIN, siguiendo el llamado modelo médico de la psiquiatría, puede tenerse como el eje sobre el que posteriormente se van a vertebrar casi todas las clasificaciones nosográficas.

Posteriormente con BONHOEFFER, BLEULER, FREUD, JASPERS, SCHNEIDER, etc... Llegamos a la nosografía actual.

En Europa desde los años sesenta se empieza a utilizar la International Classification of Diseases (I.C.D. (en español C.I.E)) de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Se van realizando revisiones periódicas, bajo la supervisión de un comité interdisciplinario, e integrantes de diversas escuelas psiquiátricas. En 1992 se ha publicado la 10ª Revisión de la I.C.D. ampliándose significativamente algunos grupos de enfermedades, reordenando algunos trastornos e incluyendo nuevas entidades (4).

Mientras en Estados Unidos se trataba como en Europa de normalizar el diagnóstico en psiquiatría, y la American Psychiatric Association (A.P.A.) elabora sus diversas clasificaciones diagnósticas en los Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (D.S.M.), hasta llegar en la actualidad al D.S.M.- III revisado (5). (Actualmente está ya publicado en castellano el D.S.M.-IV).

Tanto el D.S.M.-III-R, como la I.C.D. 10, son clasificaciones basadas en un método mutiaxial, con criterios operativos de diagnóstico, aceptándose en ambas la provisionalidad (6) y existiendo entre ambas una gran coincidencia.

La importancia de las clasificaciones nosológicas en psiquiatría forense, es grande y no debe subestimarse. Frecuentemente en los Tribunales de justicia se han usado unos términos psiquiátricos que no estaban acordes con el desarrollo y la terminología de la psiquiatría clínica del momento; la psiquiatría forense debe modernizarse y estar a la altura científica de su tiempo, y el uso de clasificaciones modernas contribuye a ello.

La utilización de las nosologías actuales C.I.E. 10 ó D.S.M.-III-R por un lado facilita la colaboración, el contacto y el entendimiento con la psiquiatra clínica, y por otro posibilita la unificación de criterios en investigación. Todo ello enriquece al perito judicial y redundando en una mejor pericia ante los tribunales.

Hay que tener en cuenta que dentro de la Psiquiatría se engloban no solamente las enfermedades mentales como tales, o entidades morbosas, sino también las variantes extremas de la personalidad, de tal forma que el concepto de normalidad en psiquiatría viene determinado por una norma estadística y nunca valorativa (7) estando las desviaciones extremas de esa norma dentro de la nosología.

No nos interesan desde nuestro punto de vista las causas ni el origen de las enfermedades, sino que es la afectación primordial de la vida psíquica la que confiere dimensión nosológica a la enfermedad mental

(8), por lo que adoptamos la siguiente clasificación sindrómica, que aunque artificial nos puede servir de punto de partida del estudio que queremos realizar:

A. Síndrome neurótico

Derivado de un conflicto intrapsíquico, está formado por un conjunto de alteraciones psíquicas menores con variedad de síntomas (angustia, fobias, obsesiones, inseguridad, etc..) que producen sufrimiento, manteniendo el contacto con la realidad.

B. Síndrome psicótico

Gira en torno a una transformación de la personalidad; su sintomatología comprende alteraciones de la sensorio-percepción y del pensamiento en la esquizofrenia, alteraciones del humor en los trastornos afectivos y delirios en los trastornos psicóticos paranoicos.

LÓPEZ IBOR afirmaba que el psicótico es el enajenado del Código Penal.

Sus acciones delictivas tienen lugar sobre todo en la fase aguda, cuando la psicosis está en plena actividad, por lo que Pedro MATA afirmaba que el delito del loco carece de razón, no tiene historia, y está aislado de otros actos iguales o preparativos.

C. Síndrome exógeno-confusional

Su origen puede encontrarse en traumatismos, infecciones, alteraciones metabólicas, intoxicaciones y tratamientos medicamentosos que afectan al Sistema Nervioso Central dando lugar a enfermedades psíquicas en las que predominan las alteraciones de la conciencia.

D. Síndrome demencial y oligofrenias

En ambos casos existe un déficit en el desarrollo intelectual y en las funciones psíquicas, siendo congénito o precozmente adquirido en la oligofrenia y más tardío en las demencias.

E. Síndrome psicopático o trastornos de la personalidad

Será analizado con detenimiento más adelante.

2. ASPECTOS JURÍDICO-PENALES DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Aunque se trata de una Tesis médica, creemos que es preciso exponer y comprender previamente los fundamentos jurídicos que sustentan el trabajo que se desarrolla en la segunda parte de la Tesis: culpabilidad e imputabilidad.

No vamos a entrar en profundidad a analizar el concepto y fundamento de la culpabilidad, pues se trata de un concepto eminentemente jurídico que se sale del ámbito de este trabajo.

No obstante consideramos imprescindible dejar claro qué se entiende por culpabilidad y cuales son sus fundamentos, ya que está en estrecha relación con el concepto de imputabilidad sobre el que gira nuestro trabajo.

A. La culpabilidad

CUELLO CALÓN define la culpabilidad como el *juicio de reprobación por la ejecución de un hecho contrario a la ley*, lo que presupone la comisión de un delito por una persona a la que se le puede aplicar la ley, y en la que no existen circunstancias justificadoras (9).

Distinguimos con RODRÍGUEZ DEVESA (10) citando a VON HIPPEL culpabilidad y reprochabilidad, que no son sinónimos, aunque a veces se usan como tal, pues el segundo concepto es consecuencia del primero: una conducta es reprochable porque es culpable.

Para RODRIGUEZ DEVESA actúa culpablemente el que con arreglo al ordenamiento jurídico pudo proceder de otra manera a como lo hizo, es decir, pudo abstenerse de realizar una acción típicamente antijurídica.

Por lo tanto existe responsabilidad cuando se puede aplicar la pena pudiendo el sujeto ser castigado.

La ley, no obstante, prevé que existan unas eximentes que excluyan esa responsabilidad criminal de los autores de los hechos antijurídicos, excluyendo el castigo. Unas eximentes convierten en lícitos los hechos antijurídicos, de tal forma que un delito puede ser cometido conforme a derecho; son las eximentes de justificación, por ejemplo la legítima defensa, en la que la sociedad justifica penalmente la comisión de un delito, no exigiendo responsabilidad a su autor, por las condiciones peculiares del mismo.

Otras eximentes consideran que al autor no se le puede exigir responsabilidad debido a las circunstancias ambientales o factores externos en la comisión del delito, por ejemplo en el caso del miedo insuperable, o debido a las condiciones personales del mismo que lo colocan en una situación en que no es capaz de responder del hecho cometido, por ejemplo en caso de enfermedades mentales, o de minoría de edad penal; son las eximentes de exclusión.

En estos últimos supuestos de exención de responsabilidad, el hecho cometido sigue siendo ilícito, contrariamente a lo que ocurre en las eximentes de justificación, en las que el acto se transforma en justo y sin embargo al autor no se le puede culpar.

Ahora ya podemos afirmar que existe culpabilidad cuando a un individuo se le puede atribuir un hecho delictivo, sin que existan causas de exclusión de la responsabilidad; pero hay más: QUINTERO OLIVARES (11) afirma que según la concepción normativa pura dominante los elementos que integran la culpabilidad son:

a) la capacidad de reproche o de culpabilidad que se puede hacer a aquellos individuos dotados de capacidad para orientar sus actos.

b) el conocimiento de la antijuricidad por parte del agente del hecho cometido.

c) la posibilidad de exigirle al autor que se comportara de un modo distinto a como lo hizo, dentro de los límites exigibles al hombre medio.

Esa capacidad de atribuir un hecho a alguien, o capacidad de culpabilidad es la imputabilidad, tema que vamos a tratar a continuación.

B. La imputabilidad

El concepto imputabilidad, que no se encuentra definido en ningún texto legal, deriva de imputar que es atribuir algo a alguien, ponerlo en su cuenta, lo que jurídicamente supone la obligación de sufrir las consecuencias penales de la realización de un acto delictivo. Para RODRIGUEZ DEVESA (12) *es imputable el que reúne las características biopsíquicas que con arreglo a la legislación vigente le hacen capaz de ser responsable de sus propios actos.*

La imputabilidad es presupuesto de la declaración de culpabilidad, de tal forma que sólo el que conozca el carácter ilícito del hecho cometido y pueda actuar de acuerdo con dicho conocimiento puede ser declarado culpable, y en consecuencia penado (13).

Clásicamente se ha fundamentado la imputabilidad en el libre albedrío o libertad del ser humano para poder dirigir su acción y así actuar conforme a derecho; esta libertad de acción sería la capacidad de decidir libremente entre el bien y el mal, además de poder conocer éstos, de tal forma que sólo los sujetos que tienen esa facultad puedan actuar con culpabilidad y merecer una pena.

Fundamentado en el libre albedrío según el cual el hombre antes de realizar un acto examina las diversas posibilidades mediante su función cognoscitiva, y posteriormente elige libremente mediante su actividad volitiva, se definió clásicamente la imputabilidad como la capacidad de querer y conocer.

Esta definición, exige como condiciones mínimas de imputabilidad la presencia de inteligencia y discernimiento y de libertad de voluntariedad.

Actualmente, la definición anterior prácticamente ha caído en desuso y hoy se dice, como hemos visto más arriba, que un sujeto es imputable cuando comprende lo injusto del hecho realizado y puede actuar según dicho entendimiento, de tal forma que como dice MIR PUIG (14) falta lo primero cuando el sujeto se encuentra en una situación mental que no puede percatarse suficientemente de que el hecho que realiza se halla prohibido por la ley y falta lo segundo cuando el sujeto es incapaz de autodeterminarse, de autocontrolarse con arreglo a la comprensión del carácter ilícito del hecho. Vemos pues, que esta concepción de la imputabilidad, sigue en cierta manera basándose en la libertad de voluntariedad o libre albedrío.

En este concepto de imputabilidad el término entendimiento representa algo más amplio que el concepto de conocer de la antigua definición; abarcaría también los estados afectivos, y el conocimiento de la repercusión de propio acto (11). Un depresivo que mata a sus hijos para evitarles sufrimientos conoce, según la acepción clásica, que mata y que ello es delictivo, y sin embargo existe un estado de ánimo y una dinámica motivacional que hace que dicha conducta sea elaborada desde una dinámica delirante, que anula cualquier consideración racional.

MIR PUIG (16) sostiene junto con otros autores (GIMBERNAT) que no se puede basar la imputabilidad en libre albedrío porque este encierra una suposición metafísica indemostrable, ya que con él no se puede experimentar al ser cada acto humano irrepetible: para determinar si un sujeto pudo actuar de otra manera de como lo hizo, sería necesario que se dieran las mismas circunstancias personales y ambientales con las que actuó la primera vez, y esto es posible. Añade MIR que ello no quiere decir que en el hombre se dé un determinismo, estando ya predestinado para actuar de tal o cual manera, ya que en su comportamiento influye su actividad intelectual personal que modula sus comportamientos.

Además aunque un sujeto sea un enfermo mental puede elegir entre varias opciones aunque sea dentro de su particular modo de sentir. Más lejos aún va GIMBERNAT, citado por J. CARBONELL (17), cuando afirma que al no existir el libre albedrío, no existe la imputabilidad, y por ende no existe la culpabilidad. Basándose en razones de política social, desde una comprensión de la pena como instrumento para evitar delitos, no habrá culpabilidad, y por lo tanto pena cuando el individuo a pesar de realizar un hecho antijurídico, no necesita pena, y esto es así, porque en el enfermo mental las normas no actúan con la fuerza motivadora de las personas normales; es decir, el enfermo mental no se sensibiliza como los demás ante la norma jurídica. Por ello no puede ser castigado.

El sujeto inimputable tiene unas condiciones mentales que disminuyen por debajo de lo que consideramos normal su capacidad de atender la llamada de la norma, captando ésta de una manera deformada cuantitativamente o cualitativamente (18).

En consecuencia MIR PUIG propone como *inimputable aquel que no puede ser motivado por la norma*; no se puede castigar por tanto a la persona que tiene una capacidad de motivación anormal respecto de la norma jurídica.

ORTEGA-MONASTERIO (19) propone una definición de imputabilidad desde la perspectiva de la consecuencia de ella, de tal forma que imputabilidad es la normalidad psíquica de un sujeto que resulte tributario de una sanción penal ordinaria, en caso de ser autor de un hecho delictivo; es inimputable el que padece un grado de afectación mental que le haga tributario de un tratamiento facultativo en el supuesto de ser autor de un delito. Añade dicho autor que los casos intermedios se corresponden con la semiimputabilidad.

El Código Penal mantiene este criterio, de tal forma que a los inimputables no se les aplica pena, ya que como hemos visto no sería justo tratar penalmente igual a los enfermos mentales; los inimputables son tributarlos de tratamiento médico en instituciones cerradas, o de medidas de seguridad como el tratamiento ambulatorio cuando la situación así lo requiera.

a) La imputabilidad disminuida

Dentro del Código Penal, existe una flexibilización en cuanto a la tipificación de los delitos desde el punto de vista de la culpabilidad, de tal forma que ésta puede ser normal, puede estar abolida, y puede estar disminuida.

Como ya dijimos más arriba, la imputabilidad es el fundamento de la culpabilidad, y por tanto, ésta estará disminuida cuando lo esté aquella.

Ocurre entonces que en caso de que la imputabilidad esté disminuida, no se puede culpabilizar a un individuo que ha cometido un hecho delictivo, como a un individuo normal, pero tampoco se puede suprimir el reproche porque no es un inimputable.

En estas situaciones todas las legislaciones proponen que se atenúe la responsabilidad del individuo, disminuyendo la dureza de la pena.

Surge así la imputabilidad atenuada, o semiimputabilidad (término este último con el que no están de acuerdo muchos autores), y que no es aceptada por todos como señala NAVARRETE URIETA (20), al afirmar que «el concepto de imputabilidad debe ser uno e indivisible»; sin embargo parece ser que la generalidad de los autores están de acuerdo en su aplicación, ya que como afirma ORTEGA MONASTERIO la imputabilidad atenuada trata de dar una respuesta más individualizada en materia penal o patologías «intermedias».

La imputabilidad disminuida se basa en el hecho de que entre la enfermedad mental y la salud existen gradaciones y situaciones intermedias, no queriendo con ello decir que existan «semilocos», en terminología de GRASSET, sino simplemente afirmando que la enfermedad mental es algo complejo que no se puede simplificar.

En la fundamentación de la imputabilidad disminuida o atenuada, como también se ha llamado, cada doctrina utiliza sus argumentos, pudiendo afirmarse que en general un individuo tiene la imputabilidad disminuida cuando ha cometido un acto antijurídico, y teniendo una alteración mental, no cumple los requisitos necesarios para aplicarse la inimputabilidad, ya porque la enfermedad no sea grave, ya porque los elementos psicológicos que relacionan el individuo y el delito permiten conocer parcialmente la antijuridicidad del acto, o comportarse relativamente de acuerdo a tal conocimiento.

O siguiendo la doctrina de MIR PUIG, un individuo tiene la imputabilidad disminuida cuando la motivación por parte de la norma respecto del sujeto es parcial o relativa.

Queremos dejar constancia en este punto del problema frecuente de la «cuantificación de la imputabilidad», sobre todo a nivel práctico, que genera frecuentes discusiones entre peritos y juristas, puesto que muchas veces éstos le piden a aquellos una estimación muy ceñida del nivel de imputabilidad, que los peritos no pueden dar, ante la imposibilidad de cuantificación matemática de los fenómenos psíquicos.

Y es que hay que tener en cuenta que la imputabilidad no puede medirse perfectamente en porcentaje de afectación, siendo sólo posible hacer estimaciones aproximadas que convencionalmente nos sirvan para su manejo.

C. La imputabilidad en el derecho comparado

A. Francia: El Código Penal francés en su artículo 64 prevé que «No hay crimen ni delito cuando el reo se encontraba en un estado de demencia en el momento de la acción, o cuando estaba bajo el impulso de una fuerza irresistible».

Como dice C. BARDENAT citado por M. ADAD y M. BENEZECH (21), el término demencia es más o menos sinónimo de alienación mental.

En Francia, por tanto, si un individuo, en el curso de una demencia comete un acto delictivo, dicho acto no es delito (para las leyes españolas, dicho acto delictivo sería delito, pero cometido por un inimputable). Como consecuencia de ello al no ser delito el hecho cometido el Juez queda al margen, encargándose del internamiento psiquiátrico del demente la autoridad gubernativa, con lo que se pierde la garantía jurídica en el internamiento psiquiátrico.

B. Inglaterra: Toda la doctrina moderna relativa a enfermos mentales en el ámbito del Reino Unido parte de Las Reglas de M'NAGHTEN, denominadas así en memoria del autor de un proceso criminal en 1843, y que representaban un conjunto de normas para aplicar a los enfermos mentales que han cometido un acto delictivo, siendo el discernimiento moral su principio fundamental (22). Estas son:

1. El enfermo mental es responsable cuando sabe que su acto se enfrenta a la ley.
2. Todo individuo es considerado sano de espíritu hasta que se demuestre lo contrario. Es necesario demostrar en cada caso que el individuo está bajo la influencia de una alteración mental.
3. Es preciso establecer si el sujeto ha comprendido la naturaleza de su acto. Sólo en caso negativo es irresponsable. En el momento de los hechos debía de saber diferenciar el bien del mal.

En 1953 se crea una Comisión Real que propone la anulación de las Reglas de M'NAGHTEN, de tal forma que sería irresponsable el individuo que padeciera una deficiencia mental, debido a la cual no ha podido evitar la realización del acto, o lo ha cometido sin intención criminal.

En la Ley del hecho homicida (The Homicide Act) (23) de 1957 se introduce la posibilidad del beneficio de una responsabilidad disminuida, con lo que prácticamente desaparecen las antiguas Reglas.

La Ley sobre la salud mental (The Mental health Act) de 1959, que es la ley civil sobre la salud mental es más abierta, disminuyendo la rigidez, y sirviendo para completar a la anteriormente mencionada.

C. Alemania: Ya desde la Constitutio Criminalis Carolina de CARLOS V se toman en cuenta a los perturbados mentales que han cometido un delito, evolucionando el problema de la imputabilidad del enfermo mental como en otros países europeos, de acuerdo con las doctrinas filosóficas imperantes en el momento (determinismo, indeterminismo, etc.).

En el párrafo 20 del Código Penal se recogen las circunstancias que afectan a la imputabilidad de un

enfermo mental, siguiendo un modelo mixto biológico-psicológico en la valoración de la misma.

Los estados biológicos que son en principio causa de inimputabilidad, son recogidos pormenorizadamente en el Código Penal (al contrario de lo que sucede en España y Francia) comprendiendo las alteraciones psíquicas morbosas, en las que se incluyen las psicosis, las oligofrenias, etc...

En cuanto a los requisitos psicológicos, son necesarios a la hora de valorar la imputabilidad en casos dudosos en que como dice LANGUELÜDDEKE, no existe una frontera nítida entre la enfermedad y la normalidad, como por ejemplo en la embriaguez, en las conductas pasionales en epilépticos, etc.

D. Italia: Aunque el artículo 85 del Código Penal italiano fundamenta la imputabilidad en la capacidad de querer y de conocer, el artículo 88 propugna un sistema mixto, siguiendo un criterio biológico y un criterio psicológico en la valoración de la enfermedad mental «vizio di mente», entendiéndose la misma como un estado psíquico deficiente derivado de una situación de enfermedad, que excluye la capacidad de querer o conocer (24).

D. Valoración clínica de la imputabilidad

Algunos juristas son de la opinión de que el término imputabilidad debe reservarse al Derecho, siendo ajeno a la Psiquiatría, y por ende no deberían utilizarlo los peritos forenses que se dedican a este campo (25).

Debe tenerse en cuenta que como hemos visto anteriormente, aunque el término imputabilidad es un concepto jurídico, tiene su base en fenómenos psicobiológicos que legitiman al perito para su utilización.

Además siendo el Derecho y la Psiquiatría dos ciencias tan distintas en origen, metodología, terminología, etc., como muy bien reconoce JAKOB WYRSCH (26), en algún punto tendrían que ponerse de acuerdo utilizando un lenguaje común para entenderse; nos parece que el uso del término imputabilidad, dada su base psicobiológica, es una forma en la que juristas y médicos hablan el mismo lenguaje y se pueden entender. ¿O acaso sería mejor que el jurista le preguntara al médico si un sujeto está enajenado?

Estamos de acuerdo con GARCÍA ANDRADE en que el perito psiquiatra no solo tiene como función específica la de valorar la imputabilidad y pronunciarse sobre ella, sino también la de sugerirle al Tribunal el tratamiento médico-judicial, sus alternativas, etc., con relación al inimputable (27).

GISBERT CALABUIG (28) propone una serie de condiciones necesarias para poder valorar la imputabilidad de un sujeto que ha realizado un hecho antijurídico:

1. Un estado de madurez mínimo, fisiológico y psicológico.
2. Plena conciencia de los actos que se realizan.
3. Capacidad de voluntariedad.
4. Capacidad de libertad.

Estas condiciones pueden resumirse afirmando que en el momento del hecho, el autor dispusiera de conocimiento de sus actos, y libertad de actuar libremente.

Ya hemos aludido a que actualmente al referirse al conocimiento de sus actos se incluye también la esfera afectiva, las percepciones, y todo aquello que pueda modular el conocimiento de un hecho, alejándose del clásico y escueto «querer y conocer».

GISBERT CALABUIG, basándose en la jurisprudencia analiza la alteración del conocimiento de los hechos y la libertad de voluntariedad, según tres criterios:

1. Criterio cualitativo (la naturaleza del trastorno).

2. Criterio cuantitativo (la intensidad).
3. Criterio cronológico (la permanencia en el tiempo).

El enajenado del artículo 8 del Código Penal debe cumplir los tres criterios: tener una enfermedad psíquica, que anule totalmente las facultades intelectivas y volitivas, y que sea permanente en el tiempo; entonces será inimputable.

Si no se cumplen los tres criterios será una enajenación incompleta, un semiimputable (art. 9). En el siguiente capítulo analizaremos con detenimiento esta cuestión.

En 1985 se celebra en Estrasburgo el VII Congreso Criminológico del Consejo de Europa en el cual se estudia la responsabilidad penal y el tratamiento psiquiátrico de los delincuentes, destacando en el mismo O. DALGARD, autor noruego, quien propone para la valoración clínica de la imputabilidad un criterio primario y un criterio secundario.

El criterio primario sería la existencia de un trastorno mental, correspondiendo a la existencia de un trastorno psicopatológico o biológico.

El criterio secundario o criterio psicológico valoraría la relación entre el diagnóstico clínico y los hechos que se imputan al sujeto, tomándose en cuenta en este criterio para su valoración los requisitos más arriba mencionados de GISBERT CALABUIG: cualitativo, cuantitativo y cronológico.

Dentro de este segundo criterio O. DALGARD señala en la valoración de la imputabilidad una postura eminentemente psiquiátrica, según la cual el simple hecho de tener una enfermedad mental equivaldría a la inimputabilidad, como sucede en algunos países, por ejemplo en Grecia. Es evidente que esta postura es demasiado rígida, por lo que no es aceptada por la generalidad.

Una segunda postura causalista se plantea a la hora de valorar la imputabilidad si existe una relación de causalidad, un nexo evidente, entre el hecho antijurídico y el estado psicopatológico del autor. Esta postura supone un cierto grado de probabilidad, ya que no se puede demostrar si el autor actuó de esa manera por causa de la enfermedad mental, ya que es posible que fuera de la patología hubiera actuado del mismo modo.

Existe una tercera postura, psicológica-filosófica que valora la imputabilidad en función de la posible relación existente entre la psicopatología del autor y la comprensión y control del hecho delictivo en virtud de aquella. Es decir, se basa en el conocimiento en sentido amplio, y la voluntad, poniendo el quid de la cuestión otra vez en el libre albedrío.

DALGARD resume su postura afirmando que se deben combinar los criterios primarios y secundarios, valorando la presencia de una alteración psicopatológica y los mecanismos que la relacionan con el hecho delictivo, de tal forma que si los criterios primarios son amplios, como ocurre en España con el término enajenado y en Francia con el término *démence*, deben aplicarse criterios secundarios más restrictivos.

E. La imputabilidad en el Código Penal español (29)

Ya hemos dicho que la imputabilidad no viene definida en el Código Penal, pero sí se enumeran en su artículo 8 las causas de exención de la responsabilidad criminal; de ellas, las eximentes de exclusión, que ya hemos comentado, son las que nos interesan aquí pues son las que se basan en la ausencia de imputabilidad.

Las circunstancias eximentes de la responsabilidad criminal (art. 8 del Código Penal), que tienen su base en la ausencia de imputabilidad son:

- 1 . La enajenación (art. 8.1º)

2. El trastorno mental transitorio (art. 8.1º).
3. La minoría de edad penal (art. 8.2º).
4. La alteración en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia (art. 8.3º).

Sin entrar en detalle a comentar cada circunstancia de artículo 8, vamos a centrarnos ahora de forma genérica en como enfoca el Código Penal la imputabilidad.

Respecto a la enfermedad mental el Código Penal utiliza el término de enajenado y de trastorno mental transitorio, como en el caso de las alteraciones de la percepción no los define, entendiéndose que entran de los mismos las alteraciones concretas que afectan a la capacidad de comprender y valorar la ilicitud de un acto y de actuar en consecuencia, asentando por tanto la imputabilidad en un modo médico, aunque acepta también un criterio psicológico según el cual las perturbaciones psicológicas pueden originar imputabilidad.

Como ya dijimos, existen muchas ocasiones en que la imputabilidad está disminuida, no pudiéndose culpabilizar a un individuo que ha cometido un hecho delictivo como a un individuo normal, pero tampoco se puede suprimir el reproche, porque no es un inimputable; el Código Penal en su artículo 9 recoge las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal, siendo las siguientes las que tienen su base en la disminución de la imputabilidad:

1. Las expresadas en capítulo anterior (eximentes) cuando no concurren los requisitos necesarios Para eximir (art. 9.1º).
2. La embriaguez (art. 9.2º).
4. El arrebató u obcecación y estados pasionales (art. 9.8º).
5. Otras circunstancias análogas (art. 9.10º).

3. ASPECTOS CLÍNICOS Y JURÍDICO-PENALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

A) *Evolución del concepto: psicopatía versus trastorno de la personalidad*

Las alteraciones que actualmente conocemos como Trastornos de la Personalidad han sido denominadas de diversas formas desde que se describieran el siglo pasado. Consisten en una serie de estados caracterizados por su permanencia, por su relativa resistencia a la modificación, y por la presencia más que de síntomas, de un determinado estilo de comportamiento con una manera peculiar de ser; su naturaleza es principalmente constitucional y algunos tipos entran frecuentemente en contacto con la ley.

Parece ser que fue PRITCHARD en su publicación «A Treatise on Insanity and Other Disorders affecting the Mind» en 1835, quien utiliza por primera vez el concepto psicópata (30) para describir una serie de trastornos en los que las facultades intelectivas están intactas, pero «los sentimientos, temperamento o hábitos están alterados, el poder de autocontrol está alterado, no pudiendo conducirse con decencia y propiedad». Este autor asimiló estos trastornos a una locura de la esfera moral del individuo, al igual que había una locura de la esfera intelectual, haciendo sinónimo el término de psicópata y el de loco moral o «*moral insanity*»,

Fue KOCH en su monografía «Las inferioridades psicopáticas» en 1893 quien describe variantes anormales del carácter.

KRAEPELIN en su nosología trata de los estados psicopáticos enfrentándolos a las psicosis.

En Francia estos trastornos son conocidos como «desequilibrio psíquico».

Sin embargo el autor que más aceptación ha tenido, sobre todo en los ámbitos centroeuropeos y españoles, y algo menos en ámbito anglosajón ha sido K. SCHNEIDER con sus «personalidades psicopáticas».

SCHNEIDER parte del concepto de personalidad, entendiendo por «personalidad de un hombre el conjunto de sus sentimientos y valoraciones, de sus tendencias y voliciones» con lo que separa las facultades intelectivas de la personalidad, contrariamente a algún otro autor (GRUHLE). Define SCHNEIDER las personalidades psicopáticas como «aquellas personalidades que sufren por su anormalidad o hacen sufrir, bajo ella, a la sociedad», entendiendo como normalidad, no la norma del valor, sino la norma del término medio, siendo personalidades anormales «las variaciones del término medio establecido o imaginado por nosotros, pero no exactamente determinable», con lo que igualmente puede ser una personalidad anormal un genio, un gran poeta, o un gran criminal, puesto que los tres se salen de la norma media del resto de los humanos; pues bien, de estas personalidades que se salen de la norma media, las que por ello sufren o hacen sufrir a la sociedad, serían las personalidades psicopáticas (31).

Insiste SCHNEIDER en que no existen en su definición criterios valorativos, pero algunos autores le critican que al infiltrar un concepto sociológico en la última parte de su definición, implícitamente está introduciendo criterios valorativos. Para el autor, las; personalidades psicopáticas no son diagnósticos clínicos, separándolas tajantemente de las psicosis, sino que son transformaciones disposicionales, sin límites netos entre las personalidades normales y las anormales psicopáticas, existiendo múltiples casos límite, y debiendo distinguirse entre personalidad psicopática, y personalidad con rasgos psicopáticos, distinción que ya realiza GRUHLE y de gran trascendencia forense.

El término psicópata o psicopatía sería una contracción del término personalidad psicopática, que ya contempla K. SCHNEIDER en aras de la brevedad.

SCHNEIDER describe una tipología no sistemática con diez tipos de personalidades psicopáticas (Hipertímicos, Depresivos, Inseguros de si mismos, Fanáticos, Necesitados de estimación, Lábiles del estado de ánimo, Explosivos, Desalmados y Asténicos) entre los que existen múltiples combinaciones, y que han sido manejadas en los ámbitos forenses españoles durante varias décadas, si bien poco a poco van dejando paso, aunque con dificultad, a otras clasificaciones más modernas de las alteraciones de la personalidad.

En 1944 CLECKLEY publica una serie de 16 rasgos de psicopatía que se han hecho clásicos. Desde los años 60 hasta los 80, EYSENCK y EYSENCK se ocupan de estudiar la relación existente entre personalidad y delincuencia describiendo diversas dimensiones de la personalidad (neuroticismo-extraversión-psicoticismo) que pueden usarse como índice de la existencia de psicopatía (32).

En 1968 se publica la segunda edición del Diagnostic and Statistical Manual (D.S.M.-II) de la A.P.A. a la vez que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) publica la octava edición de la International Classification of Disease (I.C.D.-8) coincidiendo ambas en la denominación de «Personalidad Antisocial» a todo trastorno de la personalidad con manifestaciones asociales, de comienzo por lo general en la vida infantil (33).

En 1975 se publica la novena revisión (I.C.D. 9) de la O.M.S., describiendo en su apartado 301 los Trastornos de la personalidad, que comprende diez tipos concretos, uno de los cuales (301.7) es el Trastorno de la personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas o asociales (34).

Por otro lado en 1978 se publica la clasificación de la A.P.A. (D.S.M.-III) que recoge también como cuadros específicos los Trastornos de la personalidad incluyendo con los dígitos 301.70 el Trastorno antisocial de la personalidad (35).

Quedan así netamente separados los diversos trastornos de la personalidad, de menos interés crimi-

nológico, de los trastornos de la personalidad en los que lo primordial es su característica de asocial, anti-social, disocial, sociopático, etc.

La vigente revisión (D.S.M.-III-R) de 1987 (36) mantiene la denominación de Trastorno antisocial de la personalidad, así como la reciente Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (C.I.E. 10), en su capítulo V, referente a los Trastornos Mentales y del Comportamiento, que lo denomina Trastorno disocial de la personalidad, encuadrándolo dentro de la categoría diagnóstica de los Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (dígitos F60-69) (37).

De todas formas debe tenerse en cuenta que la correlación entre las dos clasificaciones no es perfecta (38).

B. Concepción actual de los trastornos de la personalidad

Antes de abordar el concepto actual de los Trastornos de la Personalidad, vamos a revisar aunque sea de una manera somera lo que se entiende por personalidad.

El término personalidad es un término muy controvertido que proviene del latín clásico, y que ha sido abordado desde concepciones psicológicas, filosóficas, antropológicas, psiquiátricas, etc., y del que se han propuesto muchas definiciones, de tal manera que prácticamente cada autor y cada doctrina que se ha acercado al tema ha dado su propia definición (39).

ALLPORT (1937) da un enfoque integrador de las diversas concepciones por un lado estructurales de división de la personalidad en estratos o capas, y por otro lado de totalidad o unitarias, definiéndola como «la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico».

Por tanto podemos entender la personalidad como una estructura y organización dinámica de una serie de factores o rasgos que se materializan en un momento dado como una conducta concreta, pero que van más allá de esa conducta. La forma de «materializarse» los rasgos o factores de la personalidad con unas características conductuales o físicas determinadas es lo que se ha denominado temperamento, para muchos sinónimo de personalidad, y que es condicionado por procesos psicobiológicos de índole genética o por procesos ambientales.

Para aproximarse a la personalidad desde un punto de vista clínico, hay que tener bien claro la diferencia entre los *rasgos* o disposiciones a reaccionar y a dirigirse de una manera concreta y, persistente y *los estados* que son las formas de ser en un momento concreto de nuestra biografía, interesándonos los primeros para hacer diagnósticos de personalidad- también hay que distinguir las conductas debidas a *reacciones situacionales*, que no son indicativas de las características estables y duraderas de la personalidad, sino más bien una manera de responder a demandas particulares de una situación. Por ello insistimos en la importancia de indagar sobre la evolución del individuo en el tiempo para hacer diagnósticos de personalidad, y no confiar en una conducta de un momento determinado (40),

Pero ¿dónde está el límite entre una personalidad normal y un trastorno de la personalidad?

No existe un límite definido, como tampoco existe una barrera entre un trastorno de la personalidad y otro, existiendo en ambos casos gradaciones, pasándose sin solución de continuidad de una personalidad normal a un trastorno de la personalidad y de éste a otro tipo distinto, existiendo solapamientos y casos «límite» que muchas veces dificultan el diagnóstico de tal manera que hasta la edición del D.S.M.-III no existían un conjunto de criterios tabulados para diagnosticar un trastorno de la personalidad, ni para diferenciar uno de otro, ya que el D.S.M.-II se limitaba a simples descripciones narrativas de los rasgos principales que caracterizaban un trastorno, haciendo que el diagnóstico de trastorno de la personalidad fuera relativamente poco fiable, debido a:

- a) límites mal definidos entre la normalidad y la anormalidad,
- b) la confusión creada por factores situacionales frente estado patológico o rasgo.
- c) inexistencia de indicadores infalibles para el diagnóstico,
- d) incapacidad del paciente para reconocer o exponer sus propios síntomas,
- e) dificultades originadas por los estudios transversales para proporcionar un reflejo fiel de las manifestaciones del trastorno a largo plazo (41).

Quando los rasgos que forman la personalidad son inflexibles y desadaptativos hasta tal punto de causar un deterioro del funcionamiento social, laboral, molestias subjetivas, o todo ello, entonces hablamos de Trastornos de la Personalidad (42). Dichos rasgos se deben de manifestar a lo largo del tiempo mediante patrones de conducta crónicos que se inician lentamente en la infancia y adolescencia, y que se suelen manifestar floridamente en la edad adulta repercutiendo su funcionamiento en todas las áreas de la personalidad, aunque K. SCHNEIDER excluye claramente las afecciones de la inteligencia del campo de las psicopatías.

a) Trastornos específicos de la personalidad

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales D.S.M.-III-R agrupa los Trastornos de la Personalidad en tres grupos, si bien especifica la frecuencia con que diversos rasgos de la personalidad se entremezclan en un mismo individuo haciendo que los diversos Trastornos de la Personalidad, no sean compartimentos estancos (43) .

OLDHAM *et al.* demuestran en un trabajo realizado en la Universidad de Columbia y en el Instituto Psiquiátrico de Nueva York con diversas escalas clínicas, la frecuente superposición entre los distintos trastornos de la personalidad, debido a la interacción de los criterios diagnósticos (44).

Analizaremos en primer lugar el grupo de los llamados trastornos prepsicóticos (grupo A) del D.S.M.-III-R, y el trastorno límite de la personalidad como entidad nosológica concreta (45).

El grupo A está formado por:

1. Trastorno paranoide de la personalidad.
2. Trastorno esquizoide de la personalidad.
3. Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Por su proximidad a las psicosis, analizaremos aquí también uno de los trastornos del grupo B:

4. Trastorno límite (bordeline) de la personalidad.

La C.I.E. 10 incluye dentro de los Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, entre otros (46) :

1. Trastorno paranoide de la personalidad.
2. Trastorno esquizoide de la personalidad.
3. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad:

a) ...

b) tipo límite

Estos trastornos pueden trazar un *continuum* con los trastornos psicóticos, por lo que a este grupo (A), se le ha denominado grupo pre-psicótico (47).

Algunos autores (48) afirman que en vez de personalidades prepsicóticas, debería hablarse de personalidades cuasi-psicóticas, indicando con ello la proximidad clínica a las psicosis, y no el hecho de que estas personalidades sean un grado previo o, las psicosis.

a) *Trastorno paranoide de la personalidad*

Puede considerarse como un equivalente de la personalidad paranoica combativa /sensitiva de KRETSCHMER, de los querulantes de KRAEPELIN, y de los psicópatas fanáticos de K. SMNEIDER (49).

Clínicamente se caracteriza por una tendencia exagerada a sospechar, ser desconfiado y estar siempre supervigilante, adoptando tendencias hostiles. El recelo es continuo, contraatacando a la menor insinuación y sintiéndose fácilmente humillado.

Presentan gran psicorrigidez, manteniendo firmemente sus convicciones, y deformando catatímicamente la realidad, según sus intereses.

b) *Trastorno esquizoide de la personalidad*

Descrito ya desde KRETSCHMER y BLEULER, este cuadro se formuló originalmente como una forma de personalidad premórbida de la esquizofrenia, siendo siempre su característica primordial la introversión (50).

Esta entidad puede corresponderse con los extravagantes retorcidos de KRAEPELIN, con los fríos de ánimo de BUMICE, estando en parte incluidos dentro de los desalmados de SCHNEIDER o de los amorales de MIRA (51).

Clínicamente se caracteriza por un gran nivel de interiorización, con dificultad en la creación y mantenimiento de relaciones interpersonales, y tendencia al aislamiento social; no establece contacto rápidamente, ni siquiera lo busca; afectivamente son fríos, con escasa expresividad emocional, e indiferentes a los estímulos del medio, si bien su vida interna es rica en fantasías.

c) *Trastorno esquizotípico de la personalidad*

Este cuadro, en la C.I.E. 10, se encuentra incardinado en el grupo de la esquizofrenia, fuera de los trastornos de la personalidad.

Viene a sustituir a la esquizofrenia latente de BLEULER, a la esquizofrenia ambulatoria de ZILBOORG, siendo incluido por primera vez en el D.S.M.-III, como abreviación de fenotipo esquizofrénico, representando a quien posee la disposición genotípica para convertirse en esquizofrénico, pero debido al buen ambiente, nunca se ha descompensado. Otros autores hablan de esquizofrenia límite.

Clínicamente se caracterizan por una conducta extraña o rara, con retraimiento e introversión, creencias raras, pensamiento mágico, a veces con ideación paranoide, lenguaje extraño, tendencia a las ilusiones y alucinaciones de leve entidad.

d) Trastorno límite de la personalidad

5 La denominación refleja la situación fronteriza de esta entidad con toda la patología psiquiátrica incluyendo síntomas neuróticos, esquizoides, y hasta francamente psicóticos, solapándose con casi todos los trastornos de la personalidad, y estando en relación con los trastornos afectivos.

Se caracterizan por una gran dificultad de adaptación derivada de su organización de la personalidad, manifestándose en diversos contextos. Predomina la inestabilidad tanto en las relaciones interpersonales como afectivamente, existiendo una alteración profunda de la identidad que puede manifestarse como síntomas psicóticos. Son frecuentes las autolesiones.

En su historial clínico son frecuentes múltiples diagnósticos contradictorios (52).

El segundo grupo, (grupo B) del D.S.M.-III-R incluye a los teatrales, emocionales o volubles, también llamados histéricos, siendo característica la extroversión, y comprende un grupo de trastornos que pueden formar un *continuum* con el mundo psicopático y de la impulsividad (53).

El grupo B está formado por:

1. Trastorno antisocial de la personalidad.
2. Trastorno límite de la personalidad.
3. Trastorno histriónico de la personalidad.
4. Trastorno narcisista de la personalidad.

La C.I.E. 10 incluye dentro de los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto:

1. Trastorno disocial de la personalidad.
2. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad:

- a) de tipo impulsivo
- b) de tipo límite

3. Trastorno histriónico de la personalidad.
4. Otros trastornos específicos de la personalidad:

- a) personalidad narcisista
- b)...

La personalidad narcisista, sería equivalente al trastorno narcisista de la personalidad del D.S.M.-III-R, estando en la C.I.E. 10 en un capítulo aparte, ya que no satisface ninguna de las pautas de los tipos específicos.

e) Trastorno antisocial de la personalidad

Ha sido uno de los más estudiadas en psiquiatría, recibiendo calificativos como «*moral insanity*» de PRITCHARD, o «locos degenerados», de MOREL, y siendo uno de los puntos de partida para estudiar las psicopatías.

También conocido como personalidad asocial, amoral, sociopática, antisocial, etc., y puede conside-

rarse como sinónimo de los psicópatas desalmados de K. SCHNEIDER, empezando a ponerse de manifiesto antes de los quince años debido a desorganizaciones precoces de la personalidad, que hacen que la psicopatía sea posible (54).

La característica de estos individuos es su historia personal llena de conductas y hechos antisociales desde pequeños, manteniéndose en la edad adulta, predominando constantemente la desadaptación a todos los niveles: fugas de la escuela, fugas de casa, peleas callejeras, robos, agresiones, contacto con el mundo de las drogas, promiscuidad sexual. El trastorno antisocial de la personalidad, se asocia a numerosas alteraciones psicosomáticas, sentimientos de minusvaloración, y problemas personales en la práctica totalidad de las esferas vivenciales (55).

Es habitual y característica una baja tolerancia a la frustración, no sabiendo aprender con la experiencia, y la agresividad e impulsividad, constituyendo el paso a la acción la vía normal de descarga impulsiva, viéndose sometidos comúnmente a procesos Judiciales por lo que su relevancia médico-legal es extraordinaria. De todas formas hay que dejar claro que el hecho de que el trastorno antisocial de la personalidad tenga connotaciones legales, no debe inducir al error de que la personalidad antisocial equivale necesariamente a delincuencia; quizá el origen de la inclusión de este trastorno en el D.S.M.-III basándose en criterios sociológicos, y su ajuste a una conducta antinormativa, en vez de enfatizar más los rasgos de personalidad subyacentes puedan favorecer ese error (56).

A menudo diversas situaciones psiquiátricas complican este trastorno: crisis de agitación con hetero y auto agresividad, depresiones, maniobras suicidas, alcoholismo y toxicomanías, y accesos delirantes en situaciones especialmente traumatizantes (psicosis carcelarias) (57).

La conducta suicida o parasuicida se observa habitualmente entre los diversos trastornos de la personalidad, aunque es más frecuente en los trastornos de personalidad del grupo B (58).

El trastorno límite de la personalidad ya ha sido analizado anteriormente.

f) Trastorno histriónico de la personalidad

Es sinónimo de la personalidad histérica, siendo sus rasgos más destacables el egocentrismo, el histrionismo, la labilidad emocional, la sugestionabilidad, la dependencia, la erotización de las relaciones sociales, y el temor a la sexualidad (59). Este tipo de trastorno, predomina sobre todo en el sexo femenino.

Estos individuos son muy influenciables por el medio externo, conduciéndose de una forma teatral, llamando la atención y dejándose llevar de una manera grotesca por las emociones, dejándose llevar de ellas con el fin de llamar la atención o conseguir algún objetivo. En su relación son hipócritas e inestables necesitando siempre una dependencia.

Son frecuentes los síntomas somáticos, sobre todo en el plano sexual, aunque a veces los síntomas presentados son totalmente inespecíficos.

g) Trastorno narcisista de la personalidad

Sinónimo de personalidad narcisista, se utilizó originariamente por HAVELOCK ELLIS para describir el autoerotismo masculino (60), y fue incluido por primera vez en el D.S.M.-III, por el empuje de la escuela psicoanalítica. La C.I.E. 10 lo incluye junto a otros trastornos, dentro de un capítulo que titula «Otros trastornos específicos de la personalidad».

Se caracterizan por un sentimiento constante de grandiosidad de ellos mismos con fantasías ilimitadas de grandeza, poder, belleza, etc. Son exhibicionistas, con frecuentes sentimientos de inferioridad e hiper-

sensibilidad a sus fracasos.

El tercer grupo (grupo Q del D.S.M.-III está constituido por individuos ansiosos, miedosos e introvertidos, llamados también obsesivos, anales o sadomasoquistas que se caracterizan por la introversión y la tendencia al neuroticismo.

El grupo C está formado por:

1. Trastorno de la personalidad por evitación.
2. Trastorno de la personalidad por dependencia.
3. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
4. Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.
5. Trastornos de personalidad no especificados.

En la C.I.E. 10 se recogen estos trastornos dentro del capítulo de los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, en el epígrafe «trastornos específicos de la personalidad», con los siguientes nombres:

1. Trastorno anancástico de la personalidad (equivalente al trastorno obsesivo compulsivo del D.S.M.-III-R).
2. Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad (equivalente al trastorno de la personalidad por evitación).
3. Trastorno dependiente de la personalidad.

h) Trastorno de la personalidad por evitación

Tiene sus precedentes en el psicópata asténico de K. SCHNEIDER, y en carácter fóbico de FENICHEL (61). Dicho carácter fóbico se fundamenta en un estado permanente de alerta frente al mundo exterior e interior, y una actitud de huida, como consecuencia de la proyección al exterior del peligro interno de los impulsos reprimidos (62).

Clínicamente se caracterizan por ser individuos con grandes dosis de deseo afectivo, que se ve limitado por una hipersensibilidad al rechazo, la humillación y la vergüenza, por lo que existe tendencia al aislamiento y a la depresión, soportando grandes dosis de ansiedad. Interpreta fácilmente cualquier suceso como ridículo para él, con miedo constante a hallarse en situaciones embarazosas, siendo su nivel de autoestima muy bajo.

i) Trastorno de la personalidad por dependencia

Los rasgos esenciales de este trastorno consisten en una imposibilidad de asumir su propia responsabilidad, necesitando siempre el apoyo de los demás, no siendo capaces de asumir situaciones ni puestos de responsabilidad. Carecen de confianza en si mismos, tendiendo a disminuir su propia capacidad.

Clínicamente se manifiestan por síntomas ansiosos y depresivos frecuentes.

j) Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Es sinónimo del subtipo anacástico del psicópata inseguro de si mismo de K. SCHNEIDER, en el que predominan las obsesiones, y de la personalidad obsesiva y personalidad compulsiva.

Se trata de individuos perfeccionistas, detallistas, con devoción por el trabajo dejando de lado el placer. Son escrupulosos e indecisos. No se permiten derroches afectivos, teniendo fama de duros y fríos, comportándose de forma rígida, formal y dominante con quienes les rodean.

k) Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad

Deriva del carácter «oral-sádico» descrito por ABRAHAM (63).

Consiste en la manifestación de una resistencia al rendimiento social y laboral normal con aplazamientos, pérdidas de tiempos, olvidos, etc. y con dejación de las responsabilidades como expresión pasiva de su hostilidad.

Suelen ser dependientes, tozudos, con un índice de autoestima bajo.

Trastornos de la personalidad no específicos

No siempre los rasgos de personalidad están bien definidos y especificados, existiendo multitud de ocasiones, en que nos encontramos ante tipos mixtos que presentan rasgos comunes de mas de un tipo específico, en estos casos el D.S.M.-III-R propone incluirlo dentro del siguiente grupo:

l) Trastornos de personalidad no especificados

Incluye los tipos mixtos, y otros que a juicio del clínico no se encuentren incluidos en la clasificación, como los siguientes:

Trastorno autodestructivo (masoquista)

Trastorno sádico

La C.I.E. 10 incluye en dos epígrafes independientes los trastornos de personalidad que no satisfacen ninguna de las pautas de los tipos específicos, y los trastornos mixtos:

13. *Otros trastornos específicos de la personalidad*

14. *Trastornos de la personalidad sin especificación*

15. *Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad*

C. Imputabilidad de los trastornos de la personalidad

Por causa de unos patrones de conducta inflexibles y desadaptativos, una disarmonía entre los elementos que integran el carácter, y una importante intolerancia psicofísica, los otros grupos que forman los trastornos de la personalidad, también suelen entrar en conflicto con la Ley, aunque también es cierto que no todos están predestinados a la criminalidad (64).

Su peculiaridad psíquica determina que las características delictivas de estos individuos comprendan la reiteración, la comprensibilidad, el comienzo temprano y la diversidad delictiva.

Los patrones de conducta inflexibles y desadaptativos y la disarmonía entre los elementos que integran el carácter ¿permiten al individuo comprender lo injusto del hecho realizado, y actuar de acuerdo a dicho entendimiento? o, debido a esas alteraciones de la personalidad ¿pueden ser motivados por la norma jurídica?

Desde que a principios de siglo se generalizó el estudio y conocimiento de los psicópatas, y teniendo en cuenta que se trataba de personas limítrofes entre la salud y la enfermedad (*demi-fous* los llamó GRASSET) se concibió para ellos la imputabilidad atenuada o semiimputabilidad, con lo que se adaptaba el tratamiento jurídico a la psicopatología. Sin embargo desde el punto de vista de la política criminal ello no solucionaba el problema, pues salían antes de prisión y además seguían delinquiriendo; además sólo el psicópata rico podía demostrar su psicopatía mediante pruebas periciales, lo que favorecía una Justicia clasista.

Ello hizo que se pasara al extremo de proponer al psicópata como imputable total, sin embargo ésta postura tampoco es la real, pues el psicópata no es un individuo normal.

Por lo general la mayoría de los autores están de acuerdo en que quien padece un trastorno de la personalidad, la capacidad de comprensión de lo injusto está presente, teniendo el individuo conocimiento de que actuaba realizando una acción prohibida, o con otras palabras, el sujeto tenía capacidad de ser motivado por la norma. Más difícil es constatar si el sujeto en el momento de la acción tenía capacidad para actuar según su discernimiento, o para responder a la norma.

LANGELÜDDEKE, SCHNEIDIER, LANGE, WEILER y la mayoría de los psiquiatras alemanes coinciden en que ordinariamente en toda psicopatía el individuo puede conducirse de acuerdo con la norma jurídica, no debiendo ser considerados como enfermos, siendo por lo tanto imputables, aunque hay que tener en cuenta que a veces la psicopatía va acompañada de desviaciones caracterológicas graves, de alteraciones intelectuales importantes o de trastornos de conciencia, que permiten al menos la atenuación de la pena desde el punto de vista jurídico (65).

ALONSO FERNANDEZ propone la imputabilidad disminuida para los psicópatas, en base a que su alteración endotímico-vital no permite el control total de los motivos e impulsos que deciden la elección en un acto voluntario, aunque no pueden considerarse enajenados, ya que sus actos se insertan en el desarrollo de su personalidad y su biografía (66). Es decir, el sujeto no tiene una plena libertad de actuación conforme a su entendimiento.

Para GISBERT CALABUIG y S.ANCHEZ BLANQUE (67) la psicopatía no afecta a la imputabilidad salvo casos excepcionales en que se pueda objetivar de forma manifiesta una disminución de la voluntad para obrar en relación con la conciencia. Dichos autores citan a otros como STUMPFL y MEZGER, que proponen una agravación de la pena a los psicópatas delincuentes.

Con el trabajo de investigación realizado en esta Tesis Doctoral, veremos cual es el criterio seguido por nuestro Tribunal Supremo respecto a la imputabilidad de las psicopatías.

II. MATERIAL Y METODO

En el ámbito de la investigación científica descriptiva que vamos a realizar, utilizaremos la modalidad, de *estudio de casos*, que es una modalidad que comparte connotaciones de la investigación *ex-post-facto* en que los fenómenos ya han ocurrido y de *observación* o contemplación de lo ocurrido, caracterizándose por un estudio intensivo más que extensivo a fin de comprender mejor la situación, problemas o realidad estudiada (68).

La muestra (sentencias) obtenida para el estudio es muy representativa, pues se han extraído todas las

sentencias en relación con enfermos mentales, respecto a la población total de sentencias del Tribunal Supremo.

El proceso de muestreo seguido ha consistido en seleccionar las sentencias de la Sala Segunda del Tribunal Supremo, de lo Penal, procedentes de los recursos de casación de las Salas de lo Penal de las Audiencias Provinciales, que cumplieran los siguientes criterios:

a) Las sentencias en que el procesado sufriera una alteración mental, o simplemente una alteración psicopatológica, que repercutiera en su forma de actuar, siguiendo de esta manera el método mixto (biológico /psicológico).

b) Las sentencias en las que aunque no se haya probado en la Audiencia Provincial correspondiente la existencia de alguna alteración psicopatológica, alguna de las partes implicadas en el proceso alegan la existencia de la misma como circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal, recurriendo así la sentencia de instancia.

Como vemos se trata de un muestreo intencional o deliberado.

Nos hemos propuesto realizar el estudio en un período de tiempo de diez años, comprendido entre el 25 de junio de 1983 y el final de 1992. El hecho de elegir 1983 como año de inicio de recogida de material obedece a que en ese año se produjo la última gran reforma pena importante, que en lo referente a los enfermos mentales, se centró fundamentalmente en el terreno de las medidas de seguridad aplicables a los enajenados.

Lo que nos interesa es estudiar como se encuentra el estado de la cuestión en la actualidad.

El sistema de recogida de las sentencias comprendidas en los últimos diez años, ha consistido en acudir a los resúmenes de las mismas publicados en volúmenes anuales y fichas por COLEX, jurisprudencia Penal (69), seleccionando aquellas en que el proceso presentaba alguna perturbación psicopatológica, alguna enfermedad mental o cualquier estado psíquico que pueda repercutir en la comisión de un acto antijurídico, o bien aquellas en que aunque el procesado no tuviera perturbación alguna, las partes litigantes consideraban que sí padecía dicha perturbación, siendo la representatividad de la muestra total.

El tamaño total de la muestra obtenido ha sido de 464 sentencias.

Los datos recogidos de cada sentencia, son los siguientes:

A) *Fecha de la sentencia*

B) *Etiqueta psicopatológica* aplicada al procesado: consiste en el diagnóstico clínico, alteración psicopatológica o estado psíquico del procesado, recogido tal y como lo denomina la redacción de la sentencia.

Queremos llamar la atención sobre la terminología que usa a veces el Tribunal Supremo, que para nada se ajusta a la nosología actual (70).

No siempre se ha encontrado claramente el diagnóstico del procesado en los resúmenes de las sentencias, por lo que a estas situaciones las denominamos como «casos sin especificar».

Para trabajar de una manera uniforme y manejarlos mejor, hemos agrupado los diversos diagnósticos clínicos o etiquetas siguiendo un criterio personal aproximativo al D.S.M.-III-R (de readaptación), obteniendo los siguientes grupos según estos criterios:

1. OLIGOFRENIAS: incluye los trastornos del desarrollo y retraso mentales.

2. TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS: incluye las demencias, las intoxicaciones agudas y síndromes de abstinencia o sustancias psicotrópicas, las epilepsias, y los trastornos mentales de causa somática.

pard 3. TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: incluye las drogodependencias alcohólicas y por drogas de abuso.

4. TRASTORNOS PSICOTICOS: incluye la esquizofrenia, los estados delirantes, y los trastornos del estado de ánimo.

5. TRASTORNOS NEUROTICOS: incluye los trastornos de ansiedad, somatoformes y disociativos.

6. TRASTORNOS ADAPTATIVOS: incluye las emociones y estados pasionales.

7. TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS: incluye la ludopatía, cleptomanía y trastornos explosivos.

8. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: incluye la psicopatías.

9. NORMALIDAD: este grupo incluye aquellos casos en que la etiqueta diagnóstica no permite su inclusión en otro grupo, debido a la inexistencia de patología (por ejemplo: «reacción airada»).

Hay que tener en cuenta que, en algunas sentencias el procesado presenta un diagnóstico múltiple. Nosotros hemos tenido en consideración para nuestro trabajo aquel diagnóstico preeminente, o que en la sentencia se tiene como más relevante a efectos jurídicos.

10. SIN ESPECIFICAR: incluye aquellos casos en que no se ha podido objetivar la etiqueta diagnóstica o diagnóstico clínico (71).

C) La apreciación o no, de una circunstancia modificadora de la responsabilidad criminal, por parte de juzgador.

Para ello hemos agrupado dichas circunstancias teniendo en cuenta las eximentes de exclusión, que son las que tienen su origen en una pérdida de imputabilidad, resultando lo siguiente:

A: EXIMENTES (Art. 8 C.P.):

1. Por enajenación.
2. Por trastorno mental transitorio.
3. Por alteración en la percepción.

B: ATENUANTES (Art. 9 C.P.):

1. Por eximente incompleta (enaj./trast. mental transitorio /percep.).
2. Por embriaguez.
3. Por arrebató.
4. Por atenuante por analogía.

C: SIN RELEVANCIA PENAL (imputables).

Usamos variables politómicas o discontinuas, que se caracterizan por su exclusividad, exhaustividad, concreción, ser cuantificables y observables. La variable dependiente es la alteración psicopatológica o etiqueta diagnóstica, que admite las modalidades de los grupos descritos; y la variable independiente son las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal. Una vez introducidos los datos en el ordenador personal, se procedió al tratamiento de los mismos con un paquete de programas estadístico standard, habiendo empleado fundamentalmente estadística de atributos Test de Chi cuadrado ((2)) para obtención de las diferencias significativas mediante la estadística descriptiva, habiéndose obtenido los resultados expuestos en el capítulo siguiente.

III. RESULTADOS

Las sentencias del Tribunal Supremo recogidas del período 1983-92 han sido 464 (tamaño de la muestra N= 464).

Hemos resumido los datos en una distribución de frecuencias agrupados según la siguiente categoría: el tipo de circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal o calificación Jurídica, y sin tener en cuenta el diagnóstico clínico o etiqueta diagnóstica del procesado

| <i>Calificación Jurídica</i> | <i>Frecuencia</i> | <i>%</i> |
|------------------------------|-------------------|---------------|
| Imputable | 149 | 32,11 |
| Eximente completa | 18 | 3,88 |
| Eximente incompleta | 153 | 32,97 |
| Atenuante analógica | 108 | 23,28 |
| Embriaguez | 14 | 3,02 |
| Arrebato | 22 | 4,74 |
| <i>TOTAL</i> | <i>464</i> | <i>100,00</i> |

Todas las sentencias recogidas, es decir, aquellas en las que el procesado padecía un trastorno o patología mental, o al menos alguna de las artes así lo estimaba, las hemos agrupado, según un criterio personal, en base al D.S.M.-III-R, resultando la siguiente distribución de frecuencias:

| <i>Agrupación de los Trastornos Psíquicos</i> | <i>Nº de casos</i> | <i>%</i> |
|---|--------------------|---------------|
| Oligofrenias | 36 | 7,82 |
| Trastornos Mentales Orgánicos | 76 | 16,53 |
| Trastornos por Uso de Sustancias | 172 | 37,39 |
| Trastornos Psicóticos | 27 | 5,86 |
| Trastornos Neuróticos | 16 | 3,47 |
| Trastornos Adaptativos | 31 | 6,73 |
| Trastornos del Control de Impulsos | 3 | 0,65 |
| Trastornos de la Personalidad | 62 | 13,47 |
| Normalidad | 32 | 6,95 |
| Si especificar | 9 | 1,95 |
| <i>TOTAL</i> | <i>464</i> | <i>100,00</i> |

A continuación hemos separado de la variable «agrupación de los trastornos psíquicos», los Trastornos de la Personalidad, y hemos relacionado los diversos trastornos psíquicos (a excepción de los Trastornos de la Personalidad), sin tener en cuenta el tipo de trastorno, con la variable «calificación jurídica» o circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal, obteniendo la siguiente distribución de frecuencias:

| <i>Calificación jurídica</i> | <i>Frecuencia Excluidos los T. Personalidad</i> | <i>%</i> |
|------------------------------|---|---------------|
| Imputable | 135 | 33,58 |
| Eximente completa | 18 | 4,47 |
| Eximente incompleta | 123 | 30,59 |
| Atenuante analógica | 91 | 22,63 |
| Embriaguez | 13 | 3,23 |
| Arrebato | 22 | 5,47 |
| <i>TOTAL</i> | <i>402</i> | <i>100,00</i> |

Vamos a continuación a analizar el tratamiento jurídico penal dado a los Trastornos de la Personalidad por el Tribunal Supremo; para ello construimos una distribución de frecuencias en la que la muestra consiste en la sentencia en la que intervienen sólo los Trastornos de Personalidad (tamaño de la muestra N=62), siendo la otra categoría variable la calificación jurídica dada a estos trastornos o lo que es lo mismo, las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal.

| <i>Calificación jurídica</i> | <i>Frecuencia Trastornos Personalidad</i> | <i>%</i> |
|------------------------------|---|--------------|
| Imputable | 14 | 2,58 |
| Eximente completa | 0 | 0 |
| Eximente incompleta | 30 | 40,39 |
| Atenuante analógica | 17 | 27,42 |
| Embriaguez | 1 | 1,61 |
| Arrebato | 0 | 0 |
| <i>TOTAL</i> | <i>62</i> | <i>62,00</i> |

Hay que tener en cuenta que en algunas de las sentencias en que el procesado presenta una psicopatía o Trastorno de la Personalidad, éste va acompañado de otras alteraciones mentales (n = 17).

Finalmente, hemos elaborado otra distribución de frecuencias desglosando en una de las variables las diferentes categorías diagnósticas según la agrupación elaborada, y la otra variable la calificación jurídica que se le ha dado en cada caso a tipo de alteración psíquica, obteniendo lo siguiente:

| <i>Diagnóstico</i> | <i>Imput.</i> | <i>Ex.Comp.</i> | <i>Ex. Inco</i> | <i>At. Anal.</i> | <i>Embria.</i> | <i>Arreba.</i> |
|----------------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|----------------|----------------|
| Oligofrenias | 3 | 2 | 23 | 8 | 0 | 0 |
| T. Orgánicas | 25 | 3 | 25 | 8 | 13 | 2 |
| T. Uso de sustancias | 59 | 4 | 41 | 68 | 0 | 0 |
| T. Psicóticos | 2 | 7 | 16 | 2 | 0 | 0 |
| T. Neuróticos | 8 | 0 | 6 | 2 | 0 | 0 |
| T. Adaptativos | 5 | 0 | 6 | 2 | 0 | 20 |
| T. control impulsos | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| T. Personalidad | 14 | 0 | 30 | 17 | 1 | 0 |
| Normalidad | 32 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sin especificar | 1 | 2 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| TOTAL | 149 | 18 | 153 | 108 | 14 | 22 |

Así nos encontramos con las diversas categorías diagnósticas y con las frecuencias en que a estas categorías se le aplican las diversas circunstancias modificadoras de la responsabilidad criminal.

Como los datos que manejamos en nuestro trabajo reúnen las condiciones, se ha realizado la prueba de Chi cuadrado (χ^2) para valorar las discrepancias entre las frecuencias de trastornos de la personalidad y todos los demás diagnósticos respecto a la valoración jurídica de imputabilidad y atenuante analógica.

El resultado obtenido es de Chi cuadrado (χ^2) = 2,2.

IV. DISCUSION

Como vemos en nuestros resultados, el tipo de trastorno mental que más frecuentemente ha cometido hechos delictivos, o que más ha sido enjuiciado en recurso de casación por la Sala Segunda del Tribunal Supremo, ha sido el Trastorno por uso de sustancias psicoactivas (N = 172), que representa el 37,39%, lo que equivale a más de una cuarta parte de todos los trastornos mentales. En dicha categoría diagnóstica se incluyen el alcoholismo y otras toxicomanías.

Ello coincide con los trabajos de BRILL y MALZBERG (RABKIN, 1979) y otros autores, pues no cabe

duda de la relación directa existente entre violencia, conducta antisocial y el trastorno por uso de sustancias, como afirma DE LAS CUEVAS y del factor criminógeno de primer orden que representa el alcohol no sólo por su capacidad de producir embriaguez, sino por su acción crónica.

Por tanto tiene mucha razón F. DE FAZIO, cuando dice que la droga y criminalidad tienden a formar un binomio inseparable.

En nuestra casuística se recoge el momento psicopatológico en que se delinquiría, coincidiendo éste con un síndrome de abstinencia que se origina ante la privación brusca de opiáceos.

En segundo lugar, después del Trastorno por uso de sustancias psicoactivas se encuentran en nuestros resultados por orden de frecuencia delictiva los *Trastornos mentales orgánicos* (N= 76), que representa el 16,53%, en los que se incluyen las demencias, las intoxicaciones agudas y otros trastornos mentales orgánicos asociados a alteraciones somáticas, como la epilepsia. Corresponde estos trastornos con lo que hemos llamado síndrome exógeno-confusional (clásicamente reacciones exógenas BONHOEFFER) y con las demencias.

Casi todos los casos de nuestro estudio dentro de éste grupo lo forman la embriaguez principalmente, la epilepsia y las demencias, lo que contribuye a aumentar las contradicciones respecto a la frecuencia con que delinquen los epilépticos.

El tercer puesto en orden de frecuencia según los grupos de nuestro estudio lo ocupa los *Trastornos de la Personalidad* (N= 62) de los que trataremos ampliamente más adelante.

El resto de las categorías diagnósticas se distribuyen con una frecuencia decreciente. Queremos hacer notar la baja frecuencia proporcional de *Trastornos psicóticos* (N= 27) en cuanto a la criminalidad, coincidiendo ello con la mayoría de las publicaciones (RABKIN 1979), (ZITRIN 1976).

Nos ha llamado la atención no encontrar ningún caso que pudiera encajar en el grupo de los *Trastornos sexuales* (D.S.M.-III-R), sobre todo en las parafilias; es posible que ello sea debido a que las alteraciones patológicas de tipo sexual se encuentren incluidas como un síntoma más dentro de los diversos grupos sindrómicos estudiados.

Independientemente del grupo, tomando en consideración todos los trastornos, observamos que en nuestro trabajo al 67,89% se le aplica una circunstancia reductora de la responsabilidad criminal, y al 32,11% se le considera penalmente imputable.

La eximente incompleta de enajenación mental es la circunstancia modificadora de responsabilidad criminal que más frecuentemente se aplica, según los resultados de nuestro estudio (n=153), con un 32,97%, siendo incluso más frecuente que la declaración de imputabilidad, pudiéndose beneficiar éstos enfermos de la reforma del artículo 9,1º del Código Penal al poder compatibilizar las medidas de internamiento terapéutico, con la pena privativa de libertad.

Es llamativo el pequeño número de casos de eximente completa de enajenación mental (n=18) con un 3,88% de los casos, siendo la mayoría de ellos apreciados a los enfermos con trastornos psicóticos.

También es importante el número de casos en que se ha apreciado la atenuante analógica (n=108), y si analizamos los grupos de trastornos, el que más se ha beneficiado de ésta atenuante ha sido el grupo de los Trastornos por uso de sustancias psicoactivas, ya que entiende el Tribunal Supremo que es frecuente en el caso de las drogodependencias que se den situaciones mentales análogas o semejantes a las de artículo 9,1º, en relación al 8,1º del Código Penal, como ya hemos visto más arriba.

La atenuante de arrebatos u obcecación y estados pasionales (n=22) es apreciada casi exclusivamente en los Trastornos adaptativos, pues es en éstos en los que se incluyen la mayor parte de alteraciones emocionales, reactivas o pasionales.

Si analizamos los resultados obtenidos al relacionar calificaciones jurídicas dadas al conjunto de todos los grupos diagnósticos, excluyendo los Trastornos de la personalidad (n=402), vemos como la imputabilidad se estimó en un 33,58%, la eximente completa de enajenación mental en un 4,47%, la eximente

incompleta de enajenación mental en un 30,59%, la atenuante analógica en un 22,63%, la embriaguez en un 3,23%, y el arrebató en un 5,47%.

Ello nos indica cómo la imputabilidad, la eximente incompleta, y la atenuante analógica han sido estimadas en un 86,8% de los casos en conjunto, al igual que ocurría al tener en consideración la totalidad de los grupos diagnósticos (incluidos los Trastornos de la Personalidad).

La eximente completa, la embriaguez, y el arrebató también son estimadas, pero en mucha menos proporción que las anteriores, siendo su conjunto de 13,17%.

Cuando se tiene en cuenta el resto de las alteraciones mentales en conjunto, sin incluir los trastornos de la personalidad, todas las posibilidades en cuanto a calificación jurídica entran en juego, aunque sea en proporciones diferentes, o dicho en otras palabras, al conjunto de los trastornos mentales (a excepción de las psicopatías) se les puede aplicar cualquiera de las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal.

Al realizar la comparación de los datos obtenidos en el tratamiento jurídico-penal de los trastornos de la personalidad en relación con las oligofrenias, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,05$); de igual forma en los trastornos adaptativos, los trastornos del control de impulsos, trastornos neuróticos y el apartado de enfermedad mental sin especificar, no ponen de relieve diferencias estadísticamente significativas al realizar dicha comparación.

Por contra cuando el trastorno mental alegado se debe a un trastorno orgánico o se trata de un trastorno psicótico o de trastorno por uso de sustancias, sí que existen diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,01$) en relación con los trastornos de la personalidad.

En las oligofrenias la circunstancia modificativa de responsabilidad criminal más apreciada es la eximente incompleta $N = 23$, lo cual es lógico teniendo en cuenta que los oligofrénicos que más han delinquido son los débiles mentales o los que tienen un cociente intelectual moderado.

En los Trastornos orgánicos es en el grupo en que casi exclusivamente se ha aplicado la embriaguez, pues ya hemos mencionado que en él se incluyen las intoxicaciones agudas.

En los Trastornos por uso de sustancias psicoactivas hay que tener en cuenta en relación con las drogodependencias que la doctrina del Tribunal Supremo difícilmente ha admitido la posibilidad de la inimputabilidad, como queda evidenciado ($N=4$), dadas las dificultades de su comprobación.

Con anterioridad a la reforma del Código Penal de 1983 era muy frecuente la aplicación de la plena imputabilidad so pretexto de que la conducta del drogodependiente se desenvolvía dentro de las llamadas acciones «liberae in causa», en virtud de la cual la responsabilidad del sujeto había que retrotraerla a cuando en plenitud de facultades intelectivas y volitivas sabía lo que hacía.

Después de esa fecha, con la reforma del Código Penal el Tribunal Supremo empieza a aplicar más frecuentemente las eximentes según un criterio fundamentalmente cuantitativo calibrando en cada caso, la afectación concreta de las facultades del sujeto en el momento de cometer el hecho delictivo (sentencia del T.S. de 1 de febrero de 1992). Vemos como en nuestro estudio obtenemos 41 casos de eximente incompleta, y 68 de atenuante por analogía.

En los Trastornos psicóticos observamos como en casi todos los casos se califica de eximente completa o incompleta, pues no en vano el psicótico representa el paradigma de la enajenación; nos llama la atención el escaso número de eximentes completas obtenidas.

En los Trastornos neuróticos predomina la imputabilidad como era de esperar.

En los Trastornos adaptativos ya hemos comentado la gran frecuencia de calificación de arrebató, pues en este grupo es donde se incluyen las alteraciones emocionales, reactivas o pasionales.

En los Trastornos del control de impulsos (que han sido muy escasos) $N=3$, predomina la eximente incompleta.

Los Trastornos de la Personalidad será analizado más exhaustivamente a continuación.

Como hemos visto los *Trastornos de la personalidad* (n = 62), configuran el 13,47%, de todos los trastornos mentales que han sido enjuiciados por un hecho delictivo por el Tribunal Supremo, ocupando el tercer lugar en orden de frecuencia.

Coincidimos nuevamente con otros trabajos (LLORENTE DOMINGO, YARVIS R.M.) en los que se trata de analizar la conducta antisocial o alguna de sus manifestaciones en relación con la enfermedad mental, ocupando siempre uno de los tres primeros lugares en frecuencia las psicopatías.

Además dentro de los Trastornos de la Personalidad, algunos tipos concretos (antisocial, borderline, paranoide) destacan como más criminógenas.

La circunstancia modificadora de responsabilidad que más fue apreciada ha sido la eximente incompleta de enajenación mental (n = 30).

En segundo lugar en orden de frecuencia de apreciación se encuentra la atenuante por analogía (n = 17).

Hemos obtenido la imputabilidad plena en (n = 14).

Nos llama la atención el hecho de que no exista ningún caso en que se haya apreciado la eximente completa entre los psicópatas.

Tampoco se ha apreciado la circunstancia de arrebato, y la embriaguez en (n = 1).

Como vimos, la eximente incompleta de enajenación mental representa un 48,38%, lo que significa que en casi la mitad de los casos de trastorno de personalidad, se aplica esta atenuante. La atenuante por analogía de apreciar en un 27,42%, de los casos de nuestro estudio.

La imputabilidad plena en un 22,58%, de los casos, no llegando por lo tanto a una cuarta parte de los trastornos de la personalidad los casos en que se les condena íntegramente, sin la apreciación de ninguna atenuante.

Obtuvimos embriaguez en un 1,61%,.

En algunos casos (n = 17), en que la psicopatía iba acompañada de algún otro trastorno mental.

Por tanto podemos concluir que en los Trastornos de la Personalidad, enjuiciados por el Tribunal Supremo, se aplica una circunstancia modificadora de responsabilidad criminal en una frecuencia del 77,4%, concretamente una atenuante, lo que representa que de cuatro psicópatas enjuiciados, en más de tres se atenúa la pena. Además hay que tener en cuenta que el mayor porcentaje de casos en los que se ha obtenido una atenuación de la pena ha sido mediante la eximente incompleta, cuya fuerza atenuatoria es más intensa.

Podemos agregar, pues, que la tendencia actual del Tribunal Supremo, y en ese sentido deben interpretarlo los Tribunales y Juzgados de menor rango, va dirigida a considerar, al psicópata, la mayor parte de las veces, como afecto de una alteración que le disminuye, en parte, la capacidad de actuar de acuerdo al conocimiento de la norma jurídica, sobre todo cuando junto a la psicopatía se presenta algún otro trastorno.

La doctrina del Tribunal Supremo puede resumirse en la sentencia de 6 de marzo de 1989 que refiere: *«La doctrina tradicional retirada de esta Sala ha declarado que la entidad nosológica conocida por psicopatía, aunque actualmente se le sustituya por en las clasificaciones internacionales, como trastornos de la personalidad, D.S.M.-III-R, o personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas, C.I.E.-9 de la O.M.S., constituye una desviación caracterológica del sujeto, que en principio no afecta a los presupuestos de su imputabilidad; sólo se tendrá en cuenta a efectos de eximente, en aquellos casos en que fuera tan profunda que comprometa sus estructuras cerebrales, o coexista con una enfermedad mental, y siempre que el hecho delictivo se halle en relación causal psíquica con la anormalidad caracteriológica padecida... será irrelevante (penalmente) cuando se trate de una alteración de carácter, pudiendo concretarse, en todo caso, en la causa de atenuación analógica, ... o bien en la eximente incompleta ... (en) aquellos supuestos en que las anomalías orgánicas o de otra índole, instauradas en personalidades psicopáticas, produzcan en el mismo una disminución grave de su capacidad de autodeterminación».*

Por lo tanto, ponemos de manifiesto que existe cierta discrepancia entre los criterios del Tribunal Supremo a la hora de enjuiciar un Trastorno de la Personalidad, dando preponderancia a la atenuación de la responsabilidad criminal, y los criterios de la mayoría de los psiquiatras, que como vimos en el capítulo en que tratamos la imputabilidad de los Trastornos de la Personalidad, propugnan en la mayoría de las ocasiones la imputabilidad plena para los psicópatas.

No siempre ha sido éste el estado de la cuestión.

Anteriormente a la Jurisprudencia que comprende el período tomado en consideración en nuestro trabajo, pero sobre todo antes de esta sentencia, no se evidencia que por parte del Tribunal Supremo se considere a los Trastornos de la Personalidad como verdaderas enfermedades mentales, sino sólo como anomalía del carácter.

Así, existen sentencias como la de 22 de octubre de 1974 que refiere que *«Las meras distorsiones del carácter que pueda tener un ser humano, representadas por las psicopatías»*.

Por otro lado, y comparando la valoración jurídica que de los Trastornos de la Personalidad hace el Tribunal Supremo, según resulta de nuestro trabajo, con la valoración hecha en las décadas anteriores, de la lectura de la Jurisprudencia podemos deducir que anteriormente se era más restrictivo en cuanto a la aplicación de circunstancias modificadoras de la responsabilidad por ésta causa.

Así, tenemos sentencias como la del 13 de marzo de 1948 del siguiente tenor: *«Las facultades volitivas y psíquicas de reo, aunque libre de taras intelectuales continuas o pasajeras que permitan incluirle total o parcialmente en el núm. 1º del artículo 9º del Código, sí ausente de afectividad e incapaz de distinguir la malicia de las acciones hasta reputarlo enfermo «de locura moral», pero que es lo cierto que ese grupo de personas, por desgracia numeroso, que viven al margen de los postulados éticos, rebeldes ante la Ley, sin más freno que el temor del castigo, ni más regla de conducta que la satisfacción de sus bajos instintos, constituyen el semillero de la delincuencia de gravedad extrema y no guarda parangón con el de los débiles mentales, y menos con los perturbados de origen patológico, verdaderos irresponsables de sus actos»*.

Más recientemente sentencias de los años sesenta y setenta vienen a sentar jurisprudencia en el sentido de que la psicopatía no basta por sí sola para atenuar o eximir la responsabilidad criminal, sino que además es necesario que dicha psicopatía sea muy intensa y grave o vaya acompañada de alteraciones mentales importantes (epilepsia, etc...).

¿QUÉ SE PUEDE HACER ANTE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD?

A la vista de los resultados obtenidos en nuestro trabajo (centrándonos en los Trastornos de la Personalidad), en que aproximadamente a tres de cada cuatro Trastornos de la Personalidad se les aplica alguna circunstancia atenuante de la responsabilidad criminal, nos preguntamos sobre el tratamiento pena y clínico ideal que deberían recibir estas personas.

La Constitución obliga a que las penas tengan un carácter recuperador o rehabilitador, y el Código Penal en su reforma de 1983, permite el internamiento en un centro especial, cuando la pena fuere privativa de libertad, o la sumisión a tratamiento ambulatorio en su caso. Pero ¿qué tratamiento tienen los psicópatas?

VELASCO ESCASSI (72) en los años sesenta, proponía la creación de centros de readaptación de tipo penitenciario (al estilo de los existentes en Dinamarca), en los que se organizaran comunidades terapéuticas para que los psicópatas pudieran trabajar y convivir en las condiciones más parecidas a la vida normal, y mediante psicoterapia de grupo se intentara la resocialización de dichas personas.

De hecho en España e 1984 entró en funcionamiento el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Fontca-

lent (Alicante), iniciándose el trabajo en el mismo con el proyecto de crear una comunidad terapéutica, rompiendo con las estructuras carcelarias tradicionales (73).

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias dispuso el traslado al mismo, desde los diversos Centros Penitenciarios españoles, de todos los internos clasificados como psicópatas existentes en los mismos, para su tratamiento conjunto. Sin embargo el proyecto fue un fracaso, quizá más por razones de política penitenciaria (cualquier preso molesto en una prisión se le etiquetaba de psicópata y se le trasladaba) que estrictamente clínicas.

Para algunos autores, el internamiento en un psiquiátrico penitenciario, debería reservarse solamente para los trastornos de la personalidad que presenten asociado algún cuadro de tipo psicótico, ya que el psicópata desorganizará el funcionamiento mismo, así como las relaciones entre los otros enfermos, y las de éstos con el resto de los funcionarios y personal sanitario (74).

Pero desde el punto de vista psiquiátrico y criminológico, parece muy claro que por un lado la represión y el encarcelamiento favorecen las tendencias psicopáticas, pero por otro lado el liberalismo sin control también las favorece.

Hay que tener en cuenta que una de las características de los trastornos de la personalidad es la falta de aprendizaje con la experiencia, y que un castigo privativo de libertad para ellos no sirve como medio que actúe evitando la repetición de la conducta que originó esa situación; además como en los aspectos etiológicos de los trastornos de la personalidad predomina lo disposicional, desde el punto de vista clínico es muy difícil actuar contra ello y modificarlo, debiendo llevarse a cabo una psicoterapia en sus diversas modalidades (75) y socioterapia, que intente crear en el psicópata unos moldes para su actuación concreta en la sociedad.

Algunos estudios señalan que algunos Trastornos de la Personalidad pueden responder al menos parcialmente a la farmacoterapia, aunque éstos tratamientos psicofarmacológicos más bien van encaminados a paliar o disminuir síntomas concretos que a tratar globalmente a la personalidad (76).

Como vemos, no se ha avanzado demasiado ni desde el punto de vista pena ni desde el punto de vista clínico en la solución de un problema que no por antiguo, ha perdido interés en la actualidad.

Creemos que el abordaje de las soluciones a los problemas relativos a los Trastornos de la Personalidad, debe ser un abordaje multidisciplinario, en el que desde los diversos campos científicos, jurídicos, sociales, etc... se trate de comprender la naturaleza de esas personalidades que no son como los demás.

La atenuación por parte de los tribunales, de las penas que son acreedores estos individuos en muchos casos, no se puede quedar en un mero control penitenciario; hay que encontrar la fórmula en que los pequeños avances psicoterapéuticos o psicofarmacológicos antes mencionados, puedan llevarse a cabo también. Sólo de ésta manera se podrá conseguir que los psicópatas pasen de ser principalmente una cuestión social, a ser una cuestión clínica; de ser vistos por el médico forense a ser vistos por el psiquiatra clínico.

V. CONCLUSIONES

1ª.- En las sentencias del Tribunal Supremo del período estudiado en las que el procesado padecían un Trastorno Mental, la patología más frecuentemente encontrada, siguiendo los criterios del D.S.M.-MR ha sido el *Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas* 0 (37,39%).

En segundo lugar encontramos los Trastornos Mentales Orgánicos (16,53%).

Los *Trastornos de la Personalidad* (13,47%) ocupan el tercer lugar en orden de frecuencia.

2ª.- La calificación jurídica más frecuentemente otorgada por el Tribunal Supremo en las sentencias

estudiadas fue la aplicación de alguna circunstancia modificativa de responsabilidad criminal en el inculcado (32,97% eximente incompleta de enajenación mental y en un 23,28% de atenuante analógica); solamente en un 3,88%, se consideró la eximente completa; en el 4,74% se aplicó arrebató, habiendo sido considerado imputables el 32,11%, de los casos.

3ª.- La eximente incompleta de enajenación mental fije considerada en el 48,39%, de los casos en los que el inculcado padecía un *Trastorno de Personalidad*, aplicándose la atenuante por analogía en el 27,42%, considerándose imputables a un 22,58% y no existiendo ningún caso de eximente completa.

4ª.- Los Trastornos de la Personalidad Antisocial, Bordeline y Paranoide destacan como los más frecuentes dentro de los *Trastornos de la Personalidad*.

5ª.- En los casos de *Trastornos orgánicos*, el tratamiento jurídico-penal dado por el Tribunal Supremo fue de eximente incompleta en un 32,89%, y de atenuante por analogía en un 10,50%.

6ª.- Destaca la calificación de atenuante por analogía con un 39,50% cuando el inculcado es diagnosticado de un *Trastorno por uso de sustancias psicoactivadas*.

7ª.- Como era de esperar entre los inculcados declarados inimputables el mayor porcentaje viene representado por los que padecen un *Trastorno Psicótico* (33,33%), seguido por los diagnosticados de *Trastorno por uso de sustancias*.

8ª.- Entre los individuos que padecen un *Trastorno Adaptativo*, la catalogación jurídicas más frecuentemente encontrada es la de arrebató (64,50%).

VI. BIBLIOGRAFIA

1. ADDAD M. Y BENEZECH M.: *L'irresponsabilité penale des handicapes mentaux en droit français et anglo-saxon*. Libraries Techniques (Litec). París, 1978.
2. AJURIAGUERRA J.: *Manual de Psiquiatría infantil*. Edit. Masson S.A. 3ª reimpresión. Barcelona 1983.
3. ALONSO-FERNANDEZ F.: *Compendio de psiquiatría*. Edit. Oteo, 2ª edición. Madrid, 1982.
4. ALUJA FABREGAT A.: *Evaluación clínica y psicométrica del trastorno antisocial de la personalidad*. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barcelona. 1991 18(2).
5. S. ALUJA FABREGAT A.: *Personalidad desinhibida, agresividad y conducta antisocial*. Edit. PPU. Barcelona, 1991.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *(D.S.M.-III) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Edit. Masson S.A. Barcelona, 1980.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *(D.S.M.-III-R) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Edit. Masson S.A. Barcelona, 1980.
8. S. ARRANZ T., BOSQUE C. y COLS.: *Trastornos de personalidad y conducta suicida*. Psiquis 2/1992. Año XIV, Vol. 13.
9. BLASHMELD R.K.: *An American view of the ICD-10 personality disorders*. Acta Psychiatr. Scand. 1990 Sept. 82 (3).
10. CACERES LESCARBOURA A.: *Los habitantes del Pozo (Vida y muerte en una cárcel-manicomio)*. Editorial Aguacalra, Alicante, 1991.
11. CARBONELL MATEU J.C., GOMEZ COLOMER y COLS.: *Enfermedad mental y delito (Aspectos psiquiátricos penales y procesales)*. Edit. Civitas. Madrid, 1987.
12. COCCARO E.F., SIEVWER L.J. et al.: *Serotonergic studies in patients with affective & personality disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 1989. Vol. 46.
13. CODERCH J.: *Psiquiatría dinámica*. Edit. Herder. Barcelona, 1982.

14. COLEX 1983, 84.... 1992: *Jurisprudencia penal*. edit. Constitución y Leyes, S.A.
15. CUELLO CALON E.: *Derecho Penal (Parte General)*. Tomo I. Edit. Bosch. Barcelona, 1975.
16. DIEGO VALLEJO DE R. y DIEGO VALLEJO DE J.A.: *Antisociabilidad y trastornos psicósomáticos*. *Psiquis* 3/1990 año XII. Vol. 11.
17. DIEZ QUEVEDO C.: *Trastornos de la personalidad*. Medickne, 5ª edición (Psiquiatría 111), nº 70.
18. ELLISON J.M., ADLER D.A.: *A strategy for the pharmacotherapy of personality disorders*. New Dir. Ment. Health Serv. 1990 Fall. (47).
19. EY H.: *Tratado de psiquiatría*. Editorial Toray-Masson. 8ª edic. Barcelona, 1988. FERNANDEZ URZAINQUI F.J.: *Código Civil, concordancias, notas y jurisprudencia*. Edit. Aranzadi. Madrid, 1992.
20. FERNANDEZ URZAINQUI F.J.: *Código Civil, concordancias, notas y jurisprudencia*. Edit. Aranzadi. Madrid, 1992.
21. GASTO C.: *Clasificación de las enfermedades mentales*. Psiquiatría (I). Medicien 67. 5ª edic.
22. GISBERT CALABUIG J.A. y SANCHEZ BLANQUE A.: *Medicina Legal y Toxicología*. J.A. Gibert Calabuig-4ª edición, Edit. Salvat Barcelona 1991.
23. GORTON G. y AKHTAR S.: *The literature on personality disorders, 1985-88: trends, issues, and controversies*. *Hosp. & Commun. Psychiatry* 41. (1990).
24. GRADWOHL S.: *Legal medicine*. Bristol: John & son Ltd. 3ª edic. Bristol, 1986.
25. JIMENEZ FERNANDEZ C, y COLS.: *Pedagogía experimental II (vol. I)*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, 1987.
26. LANGELÜDDEKE A.: *Psiquiatría Forense*. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1972.
27. LEMPERIERE TH. y FELINE A.: *Manual de Psiquiatría*. Edit. Toray-Masson, Barcelona, 1979.
28. LOPEZ SAIZ I. y CODON J.M.: *Psiquiatría jurídica penal y civil*. Ed. Aldecoa. Burgos 1969.
29. MARKOVITZ P.J., CALABRESE J.R. et al: *Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders*. *Am. J. Psychiatry* 1991 Aug. 148(4).
30. MAVISSAKALIAN M., HAMANN M.S. et al.: *DSM III personality disorders in obsessive-compulsive disorder: changes with treatment*. *Compr. Psychiatry*. 1990 Sep-Oct. 31_(5).
31. MIR PUIG S.: *La imputabilidad en el derecho penal. (Psiquiatría Forense)*. Centro de Estudios Judiciales. Centro de publicaciones (Ministerio de justicia). Madrid, 1990.
32. MIRA Y LOPEZ E.: *Compendio de psiquiatría*. Edit. El Ateneo. Buenos Aires, 1958.
33. MODESTIN J.: *Nosological concepts of borderline disorders*. *Schweiz Rundsch. Med. Prax.* 1991 Feb. 19. 80 (8).
34. MUÑOZ CONDE F. y HEREDIA MARTINEZ F.: *La imputabilidad en la perspectiva de la actual legislación*. *En Rev. Española de Medicina Legal* 44-45. Jul.-dic. 1985.
35. OLDHAM, J.M., SKODOL A.E. et al.: *Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: Patterns Of comorbidity*. *Am. J. Psychiatry*. 149 (2) Feb. 1992.
36. ORENGO GARCIA F.: *Trastorno de personalidad múltiple, borderline y esquizofrenia*. *Psiques* 1011991 año XII, vol. 12.
37. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *C.I.E. 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor. Madrid, 1992.
38. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *C.I.E. 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor. Madrid, 1992.
39. ORTEGA MONASTERIO L.: *Semiología y aspectos médico-legales de los grandes síndromes psicopatológicos. (Psiquiatría Forense)*. Centro de Estudios judiciales. Centro de publicaciones (Ministerio de justicia). Madrid, 1990.
40. ORTEGA-MONASTERIO L.: *Psiquiatría Jurídica y Forense (Introducción a la psicopatología y psiquiatría)*. VALLEJO RUILOBA J. Edit. Masson-Salvat medicina. 3ª edic. Barcelona.

41. PICHOT P.: *La personalidad*. Productos Roche. Madrid, 1977.
42. PRATS CANUT M.: *Imputabilidad y alteración psíquica. Soluciones en derecho comparado: Francia, Italia y R.F. Alemana. (Psiquiatría Forense)*. Centro de Estudios judiciales. Centro de publicaciones (Ministerio de Justicia). Madrid, 1990.
43. QUINTERO OLIVARES G.: *Introducción al Derecho Penal (Parte General)*. Edit. Barcanova. 1981.
44. RODRIGUEZ DEVESA: *Derecho Penal Español (Parte General)*. Edit. Dykinson. 14ª. edic. Madrid, 1991.
45. SCHNEIDER K.: *Las personalidades psicopáticas*. Ed. Morata S.A. Reimpresión de la décima edición. Madrid, 1991.
46. SCHNEIDER K.: *Patopsicología clínica*. Edit. Paz Montalvo 4ª edic. española. Madrid, 1975.
47. TALBOTT J.A., HALES R.E. y COLS: *Tratado de psiquiatría*. Edit. Ancora. Barcelona, 1988.
48. VALLEJO J., BULBENA A. y COLS.: *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Edit. Salvat. Barcelona, 1980.
49. VELASCO ESCASSI J.: *Los problemas médico-forenses de las personalidades psicopáticas. (Anales de Medicina Forense)*, Asociación española de médicos forenses, Madrid, 1965.
50. WINSTON A. POLLACK J. et al.: *Brief psychoterapy of Personality disorders*. J. Nerv. Ment. Dis. 1991 Apr. 179 (4).
51. WOODRUFF J.R., GOODWIN W.D. y COLS.: *El diagnóstico en psiquiatría*. Edit. El Manual Moderno S.A. México, 1988.
52. WYRSCH J.: *Psiquiatría Forense. Manual para juristas y médicos*. Ed. Espasa-Calpe. Madrid, 1949.

NOTAS:

* El presente trabajo es el resumen de la Tesis Doctoral titulada «Valoración Médico-Legal de los trastornos de la Personalidad. Estudio jurisprudencia », realizada bajo la dirección de los profesores P. MARTINEZ BAZA y L. ORTEGA-MONASTERIO, y defendida por el autor, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid el 29 de junio de 1995, obteniendo la calificación «apto cum laude».

(1) JIMENEZ FERNANDEZ C. y COLS.: *Pedagogía experimental II (vol. I)*. Universidad de Educación a Distancia, Madrid, 1987.

(2) FERNANDEZ URZAINQUI F.J.: *Código Civil, concordancia, notas y jurisprudencia*. Ed. Aranzadi. Madrid, 1992.

(3) FERNANDEZ URZAINQUI F.J.: *Código Civil, concordancia, notas y jurisprudencia*. Edit. Aranzadi. Madrid, 1992.

(4) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *C.I.E. 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor. Madrid, 1992.

(5) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *(D.S.M.-III-R) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Edit. Masson S.A. Barcelona, 1992.

(6) GASTO C.: *Clasificación de las enfermedades mentales*. Psiquiatría (I). Medicine 67, 5ª edic.

(7) ALONSO FERNANDEZ F.: *Compendio de psiquiatría*. Edit. Oteo. 2ª edición. Madrid, 1982.

(8) ORTEGA MONASTERIO L.: *Semiología y aspectos médico-legales de los grandes síndromes psicopatológicos. (Psiquiatría Forense)*. Centro de Estudios Judiciales. Centro de publicaciones (Ministerio de Justicia). Madrid, 1990.

(9) CUELLO CALÓN E.: *Derecho Penal (Parte General)*. Tomo I. Edit. Bosch. Barcelona, 1975.,

(10) RODRIGUEZ DEVESA: *Derecho Penal Español (Parte General)*. Edit. Dykinson. 14ª. edic. Madrid, 1991.

(11) QUINTERO OLIVARES G.: *Introducción al Derecho Penal (Parte General)*, Edit. Barcanova, 1981.

(12) RODRÍGUEZ DEVESA: *Derecho Penal Español (Parte General)*. Edit. Dykinson, 14ª edic. Madrid, 1991.

(13) MUÑOZ CONDE F. y HEREDIA MARTÍNEZ F.: *La iniputabilidad en la perspectiva de la actual legislación*, En Rev. Española de Medicina Legal. 44-45, jul-dic. 1985.

(14) MIR PUIG S.: *La imputabilidad en el Derecho Penal. (Psiquiatría Forense)*. Centro de Estudios Judiciales. Centro de Publicaciones (Ministerio de Justicia). Madrid, 1990.

(15) ORTEGA-MONASTERIO L.: *Psiquiatría jurídica y Forense (Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría)*, VALLEJO RUILOBA J. Edit. Masson-Salvat medicina. 3ª edic. Barcelona, 1992.

(16) MIR PUIG S.: *La imputabilidad en el Derecho Penal. (Psiquiatría Forense)*. Centro de Estudios Judiciales. Centro de publicaciones (Ministerio de Justicia). Madrid, 1990.

(17) CARBONELL MATEU J.C., GÓMEZ COLOMER y COLS.: *Enfermedad mental y delito. (Aspectos psiquiátricos penales y procesales)*. Edit. Civitas. Madrid, 1987.

(18) CARBONELL, MATEU, J.C., GÓMEZ COLOMER y COLS.: *Enfermedad mental y delito. (Aspectos psiquiátricos penales y procesales)*. Edit. Civitas. Madrid, 1987.

(19) ORTEGA-MONASTERIO L.: *Psiquiatría Jurídica y Forense (Introducción a la psicopatología y psiquiatría)* VALLEJO RUILOBA J. Edit. Masson-Salvat medicina. 3ª edic. Barcelona, 1992.

(20) Citado por CARBONELL MATEU J.C., GÓMEZ COLOMER y COLS. en *Enfermedad mental y delito (Aspectos psiquiátricos penales y procesales)*. Edit. Civitas. Madrid, 1987).

(21) ADAD M. y BENEZECH M.: *L'irresponsabilité pénale des handicapés mentaux en droit français et anglo-saxon*. Librairies Techniques (LITEC). Paris, 1978.

(22) ADAD M. y BENEZECH M.: *L'irresponsabilité pénale des handicapés mentaux en droit français et anglo-saxon*. Librairies Techniques (LITEC). Paris, 1978.

(23) GRADWOHL S.: *Legal Medicine*. Bristol: John & son Ltd. 3ª edic. Bristol, 1986.

(24) PRATS CANUT M.: *Imputabilidad y alteración psíquica. Soluciones en Derecho comparado: Francia, Italia y R.F. Alemana. (Psiquiatría Forense)*. Centro de Estudios Judiciales. Centro de publicaciones (Ministerio de Justicia). Madrid, 1990.

(25) Los peritos forenses en este campo son los psiquiatras y los médicos forenses, no los psiquiatras forenses como a veces se dice, pues aunque existe la disciplina de Psiquiatría Forense como tal, la especialidad de psiquiatría forense no existe reconocida ni por el Ministerio de Educación y Ciencia, ni por el Ministerio de Justicia,

(26) WYRSCH J.: *Psiquiatría Forense. Manual para juristas y médicos*. Ed. Espasa Calpe. Madrid, 1949.

(27) En conferencia pronunciada en el Centro de Estudios Judiciales y Formación Especializada del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya en Barcelona el 19-10-90, dentro del Curso de Actualización en Psiquiatría Forense.

(28) GISBERT CALABUIG J.A.: *Medicina legal y toxicología*. -J.A. Gisbert Calabuig- 4ª edición, Edit. Salvat Barcelona, 1991.

(29) Dado que durante el tiempo transcurrido desde la realización del presente trabajo hasta su publicación, vio la luz la Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código Penal, creemos necesario hacer algunas reflexiones sobre la influencia del nuevo Código en los resultados del trabajo.

Al igual que en el Código anterior, no se define en el actual el término imputabilidad, limitándose a enumerar en el Capítulo II las causas que eximen de la responsabilidad criminal, siendo las de nuestro interés las recogidas en el artículo 20 (antes artículo 8 CP).

Art. 20.: *Están exentos de responsabilidad criminal:*

1.º *El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.*

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el

propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

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

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

4 º El que obre en defensa de la persona o derechos propios o ajenos, siempre que concurran los requisitos siguientes:

Primero: Agresión ilegítima. En caso de defensa de los bienes se reputará agresión ilegítima el ataque a los mismos que constituya delito o falta y los ponga en grave peligro de deterioro o pérdida inminente. En caso de defensa de la morada o sus dependencias, se reputará agresión ilegítima la entrada indebida en aquella o estas.

Segundo: Necesidad racional del medio empleado para impedir la o repelerla.

Tercero: Falta de provocación suficiente por falta del defensor.

5 º El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurran los siguientes requisitos:

Primero. Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.

Segundo. Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto.

Tercero, Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.

6º El que obre impulsado por miedo insuperable.

7º El que obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo.

En los supuestos de los tres primeros números se aplicarán, en su caso, las medidas de seguridad previstas en este Código.

Los tres primeros números recogen las circunstancias que eximen de responsabilidad criminal y que tienen su fundamento en la ausencia de imputabilidad.

En el nº 1 desaparece el término enajenado (antes art. 8,1º) adoptando una fórmula en la que es necesaria la relación de la alteración mental con el hecho delictivo, por lo que dicha modificación no afecta a nuestros resultados.

En el segundo epígrafe del nº 1 se mantiene la situación de trastorno mental transitorio al igual que en el Código derogado.

Donde si que se aprecia una modificación evidente es en el nº 3 del artículo 20 que recoge de una forma expresa como causa de exención de responsabilidad, el estado de intoxicación aguda por alcohol o drogas. En el Código anterior la embriaguez era considerada atenuante al igual que la intoxicación por drogas o como eximente de una forma no específica incluida en el trastorno mental transitorio.

En cuanto a la intoxicación aguda por drogas se incluía habitualmente, en el Código derogado como eximente incompleta inespecífica y excepcionalmente como eximente completa.

Por lo tanto en nuestro trabajo, al desglosar las diferentes características diagnósticas y relacionarlas con las calificaciones jurídicas que se han dado en cada caso a cada tipo de alteración psíquica debería de existir un grupo específico de circunstancias modificativas de responsabilidad criminal que recogiera las intoxicaciones agudas por alcohol y drogas, desapareciendo la circunstancia atenuante específica de embriaguez.

El nº 3 del artículo 20 mantiene una fórmula similar al Código anterior.

El Capítulo III recoge las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal en el artículo 21 (antes art. 9 C.P.).

Art. 21.: Son circunstancias atenuantes:

1º Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

2º La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2º del artículo anterior.

3º La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebatos, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante.

4º La de haber procedido el culpable, antes de conocer que el procedimiento judicial se dirige contra él, a confesar la infracción a las autoridades.

5º La de haber procedido el culpable, a reparar el daño ocasionado a la víctima, o disminuir sus efectos, en cualquier momento del procedimiento y con anterioridad a la celebración del acto del juicio oral.

6.º Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores.

Con relación a nuestro trabajo, y respecto de las circunstancias atenuantes, en la presente reforma legislativa desaparece la atenuante de embriaguez (art. 9,2º), como hemos visto más arriba, siendo sustituida por la fórmula «adicción a sustancias», entendiéndose que el Código se refiere a la cronicidad de la enfermedad (alcoholismo y toxicomanías) encuadrándose en nuestro trabajo en el grupo diagnóstico de Trastorno por uso de sustancias.

No existen otros nuevos datos introducidos por el Código Penal vigente en relación con nuestro trabajo.

(30) WOODRUFF JR, GOODWIN W.D. y COLS.: *El diagnóstico en psiquiatría*. Edit. El Manual Moderno S.A. México, 1988.

(31) SCHNEIDER K.: *Las personalidades psicopáticas*. Ed. Morata, S.A. Reimpresión de la décima edición. Madrid, 1971.

SCHNEIDER K.: *Patopsicología clínica*. Edit. Paz Montalvo 4ª edic. española. Madrid, 1975.

(32) ALUJA FABREGAT A.: *Personalidad desinhibida, agresividad y conducta antisocial*. Edit. PPU. Barcelona, 1991.

(33) WOODRUFF J.R., GOODWIN W.D. y COLS.: *El diagnóstico en psiquiatría*. Edit. El Manual Moderno S.A. México, 1988.

(34) VALLEJO J., BULVENA A. y COLS.: *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Edit. Salvat. Barcelona, 1980.

(35) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *(D.S.M.-III) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Edit. Masson S.A. Barcelona, 1980.

(36) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *(D.S.M.-III-R) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Edit. Masson S.A. Barcelona, 1992.

(37) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *C.I.E. 10. Trastornos mentales del comportamiento*. Meditor. Madrid, 1992.

(38) BLASHFIELD R.K.: *An American View of the ICD-10 personality disorders*. Acta Psychiatr. Scand. 1990 Sept. 83 (3),

(39) PICHOT P.: *La personalidad*. Productos Roche. Madrid, 1977.

(40) TALBOTT J.A., HALES R.E. y COLS.: *Tratado de psiquiatría*. Edit. Ancora. Barcelona, 1988.

(41) GORTON G. y AKHTAR S.: *The literature on personality disorders, 1985-88: Trends, issues, and controversies*. Hosp. & Commun. Psychiatry 41. (1990).

(42) TALBOTT J.A., HALES R.E. y COLS.: *Tratado de psiquiatría*. Edit. Ancora. Barcelona, 1988.

(43) GORTON G. y AKHTAR S.: *The literature on personality disorders, 1985-88: Trends, issues, and controversies*. Hosp. & Commun. Psychiatry 41 (1990).

(44) OLDHAM J.M., SKODOL A.E. et al.: *Diagnosis of DSM III-R personality disorders by two structured interviews: Patterns of comorbidity*. Am. J. Psychiatry. 149 (2). Feb. 1992.

(45) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *(D.S.M.-III-R) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Edit. Masson S.A. Barcelona, 1992.

(46) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *C.I.E. 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor. Madrid, 1992.

(47) DIEZ QUEVEDO C.: *Trastornos de la personalidad*. Medicine, 5ª edición. (Psiquiatría III), nº 70.

(48) ORTEGA MONASTERIO L.: *Semiología y aspectos médico-legales de los grandes síndromes psicopatológicos. (Psiquiatría Forense)*. Centro de Estudios Judiciales. Centro de publicaciones (Ministerio de Justicia). Madrid, 1990.

(49) LEMPERIERE TH. y FELINE A.: *Manual de psiquiatría*. Edit. Toray-Masson, Barcelona, 1979.

(50) LEMPERIERE TH. y FELINE A.: *Manual de psiquiatría*. Edit. Toray-Masson, Barcelona, 1979.

(51) LÓPEZ SAIZ I. y CODON .M.: *Psiquiatría jurídica penal y civil*. Ed. Aldecoa. Burgos, 1969.

MIRA Y LOPEZ E.: *Compendio de psiquiatría*. Edit. El Ateneo. Buenos Aires, 1958.

(52) MODESTIN J.: *Nosological concepts of borderline disorders*. Schweiz Rundsch. Med. Prax. 1991 Feb, 19.80(8).

ORENGO GARCIA F.: *Trastorno de personalidad múltiple, borderline y esquizofrenia*. Psiquesx 10/1991 año XX, vol. 12.

(53) DIEZ QUEVEDO C.: *Trastornos de la personalidad*. Medicine, 5ª edición. (Psiquiatría III), nº 70.

(54) AJURIAGUERRA J.: *Manual de psiquiatría infantil*. Edit. Masson S.A. 3ª reimpres. Barcelona 1983.

(55) DIEGO VALLEJO DE R. y DIEGO VALLEJO DE J.A.: *Antisociabilidad y trastornos psicósomáticos*. Psiquis 3/1990 año XII. Vol. 11.

(56) ALUJA A.: *Evaluación clínica y psicométrica del trastorno antisocial de la personalidad*. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barcelona. 1991, 18 (2).

(57) LEMPERIERE TH. y FELINE A.: *Manual de psiquiatría*. Edit. Toray-Masson, Barcelona, 1979.

(58) ARRANZ T., BOSQUE C. y COLS.: *Trastornos de personalidad y conducta suicida*. Psiquis 2/1992. Año XIV, Vol. 13.

(59) VALLEJO J., BULBENA A. y COLS.: *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Edit. Salvat. Barcelona, 1980.

(60) TALBOTT J.A., HALES R.E. y COLS.: *Tratado de psiquiatría*. Edit. Ancora. Barcelona, 1988.

(61) TALBOTT J.A., HALES R.E. y COLS.: *Tratado de psiquiatría*. Edit. Ancora. Barcelona, 1988.

(62) CODERCH J.: *Psiquiatría dinámica*. Edit. Herder. Barcelona, 1982.

(63) TALBOTT J.A., HALES R.E. y COLS.: *Tratado de psiquiatría*. Edit. Ancora. Barcelona, 1988.

(64) WYRSCH J.: *Psiquiatría Forense. Manual para juristas y médicos*. Edit. Espasa-Calpe. Madrid, 1949.

(65) LANGELÜDDEKE A.: *Psiquiatría forense*. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1972.

(66) ALONSO-FERNANDEZ F.: *Compendio de psiquiatría*. Edit. Oteo, 2ª edición, Madrid, 1982.

(67) GISBERT CALABUIG J.A. y SANCHEZ BLANQUE A.: *Medicina Legal y Toxicología*-J.A. Gisber Calabuig-4ª edición, Edit. Salvat Barcelona 1991.

(68) JIMENEZ FERNANDEZ C. y COLS.: *Pedagogía experimental II*. (vol. I). Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, 1987.

(69) Resumen COLEX 1983, 84, 1992. *Jurisprudencia Penal*. Edit. Constitución y Leyes, S.A.

(70) Desestabilización anímica (Sentencia T.S. 16 de junio de 1989). Impulso incontrolado pasajero (Sentencia T.S. de 22 de febrero de 1991J. Voluntad débil con paranoia (Sentencia T.S. de 3 de noviembre de 1987). Psicopatía adjetivada (Sentencia T.S. de 5 de diciembre de 1986). Alteración sensible de la serenidad de ánimo (Sentencia T.S. de 6 de noviembre de 1986).

(71) Téngase en cuenta que no se trabaja con sentencias completas, sino con fichas resúmenes.

(72) VELASCO ESCASSI J.: *Los problemas médico-forenses de las personalidades psicopáticas*. (Ana-

les de Medicina Forense). Asociación española de médicos forenses, Madrid, 1965.

(73) CACERES LESCARBOURA A.: *Los habitantes del Pozo* (Vida y muerte en una cárcel-manicomio). Editorial Aguaclara, Alicante, 1991.

(74) EY H.: *Tratado de psiquiatría*. Editorial Toray-Masson. 8ª edic. Barcelona, 1988.

(75) WINSTON A. POLLACK J. et al.: *Brief psychoterapy of personality disorder*. J. Nerv. Ment. Dis. 1991. Apr. 19 (4).

GORTON G. y AKHTAR S.: *The literature on personality disorders, 1985-88.trends, issues, and controversies*. Hosp. & Commun. Psychiatry 41. (1990).

(76) ELLISON J.M., ADLER D.A.: *A strategy for the pharmacotherapy of personality disorders*. New Dir. Ment. Health Serv. 1990 Fall. (47).

MARKOVITZ P.J., CALABRESE J.R. et al.: *Fluoxetine i the treatlment of bordeline and schizotipal personality disorders*. Am. J.Psychiatry 1991 Aug. 148(4).

MAVISAKALIAN M. HAMANN M.S. et al.: *DSM III personality disorders in obsessive-compulsive disorder: changes with treatment*. Compt. Psychiatry. 1990 Sept-Oct. 31 (5).

COCCARO E.F. SIEVWER LJ. et al.: *Serotonergic studies in patient wiht affective & personality disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 1989. Vol. 46.

GORTON G. y AKHTAR S.: *The literature on personality disorders, 1985-88: trends, issues, and controversies*. Hosp. & Commun. Psychiatry 41. (1990).