



Especialista en Psicología en el ámbito penitenciario y judicial



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA VIII. LA AUSENCIA DE ACCIÓN

Delito y Estructura

“Delito es la conducta humana, típica, antijurídica, reprochable a su autor –culpable - y punible”.

Según esta fórmula, admitida hoy mayoritariamente, para que la conducta del hombre - acción u omisión - merezca la retribución que la pena supone para su autor, ha de estar apoyada en todas las características que la definición apuntada destaca: tipicidad, antijuridicidad, culpabilidad y punibilidad. La falta de una sola de ellas hace desaparecer el carácter delictivo de la conducta humana. Veamos las implicaciones de cada una de estas características.



Al hablar de conducta nos referimos a la acción u omisión humana individual, lo que significa que se eliminan del ámbito de relevancia del Derecho Penal tanto los resultados producidos por las

fuerzas de la naturaleza, como los causados por los animales, también se excluyen los resultados lesivos realizados por la actividad de las personas jurídicas. La conducta humana individual para ser relevante en Derecho Penal ha de ser **voluntaria**, lo que equivale a decir que ha de estar conducida por la voluntad.

Al decir que la conducta humana ha de ser **típica**, se exige que se adecue a un tipo penal, esto es, que pueda ser subsumida en una de las descripciones de conductas prohibidas que el legislador hace en el Código Penal o en leyes penales especiales.

La conducta humana conducida por la voluntad ha de ser **antijurídica**, esto es, contraria a lo que dispone la norma objetiva de valoración. Por regla general, toda conducta típica es antijurídica, pero, por excepción, pueden darse conductas típicas que no son antijurídicas. Esto ocurre cuando la conducta típica se encuadra por completo en algunas de las causas que el legislador ha consignado como supuestos que justifican la conducta humana - causas de justificación - y, por ello, ha eximido a su autor de responsabilidad criminal.

Para que la conducta típica y antijurídica sea delito y dé lugar a responsabilidad criminal, debe ser además **culpable**. Existe culpabilidad cuando el juicio de disvalor recaído sobre la acción puede ser extendido a su autor: cuando se le puede reprochar a éste la realización de la conducta típica y antijurídica.

La conducta típica, antijurídica y culpable ha de ser además **punible**. La punibilidad es la posibilidad de imponer una pena al autor de una conducta típica y antijurídica que le es reprochable.

La acción

La acción es el elemento base de la estructura, constituyendo además el punto de partida de toda consideración posterior del hecho delictivo. En la práctica hay que determinar ante todo si en el supuesto de hecho existe verdaderamente una acción de la que al Derecho Penal interesa, y sólo una vez apuntado esto, procederá preguntarse si esa acción es **subsumible** o no en un tipo penal. Si a la conducta externa falta alguno de los requisitos que para ser acción se exige, poco importa al penalista que encaje o no en una descripción típica - Sainz, 1990 -.

La acción humana relevante para el Derecho Penal puede presentarse de dos formas:

- Hacer algo, conducta **activa**: causar la muerte de una persona, por ejemplo.
- No hacer algo, conducta **omisiva**: véase no prestar auxilio a la persona que se encuentra necesitada de ayuda, pudiendo hacerlo sin riesgo del que lo presta o de otra persona.



La acción es conducta humana conducida por la voluntad. El concepto de acción ofrecido sirve para eliminar de este ámbito aquellos acontecimientos que se producen en el mundo real y que no interesan al Derecho Penal. Hablar de conducta

exige que se trate de una manifestación externa excluyendo intenciones criminales que carecen de una manifestación exterior. La indicación que sea conducta humana requiere que se trate de acción de un hombre. La necesidad de que la conducta esté conducida por la voluntad exige que esté dominada o sea dominable por la voluntad, sin entrar todavía en el contenido de ésta pues esta determinación corresponde al área de la culpabilidad y excluye el hacer cuando se ha producido de **modo mecánico**, de tal manera que el ser humano más que sujeto de la conducta, ha sido instrumento. Tal ocurre en los supuestos de **fuerza irresistible, movimientos reflejos y actos realizados en plena inconsciencia**.

Toda acción debe contener como elementos **la voluntad de acción y la manifestación externa de esa voluntad**: conducta corporal externa, debiendo comprender, además, en los delitos materiales, el resultado y el nexo causal entre éste y la manifestación de voluntad - Sainz, 1990 -.

La ausencia de acción

La constatación de que falta algunos de los elementos de la acción, obligará a afirmar que no existe el primer elemento del delito y paralizará el análisis del supuesto sometido a la consideración del jurista - Sáinz, 1990 -.

Los supuestos de falta de acción u omisión más frecuentes en la práctica son aquellos en que la conducta externa no está conducida por la voluntad.

Falta de conciencia

Es habitual en la ciencia penal incluir en este grupo de casos a determinados estados de falta de conciencia; así son considerados **el hipnotismo, el sonambulismo y el sueño**. A estos casos algunos autores **añaden la embriaguez o intoxicación absoluta** cuando ésta no ha sido fruto de la imprudencia del sujeto. Sin embargo, parece más adecuado situarlo entre las causas de inimputabilidad. Existe una marcada diferencia entre ambas situaciones. Mientras en los supuestos de ausencia total de acción no darán ni siquiera a responsabilidad civil, los casos de embriaguez y los de intoxicación por drogas como causas de inimputabilidad, aunque excluye la responsabilidad criminal, no implica la de responsabilidad civil.

Se discute si la hipnosis puede dar lugar a uno de estos estados. Los pocos supuestos imaginables de hipnosis han puesto de manifiesto que la posibilidad de ser hipnotizado y de acatar plenamente la voluntad del hipnotizador depende de la naturaleza de cada persona. Se ha llegado a negar incluso que en estos casos exista una privación total de la voluntad. En cuanto al sueño, los problemas penales más importantes se traducen en la eventual responsabilidad criminal que puede recaer sobre el sujeto que se duerme

cuando tenía alguna responsabilidad a su cargo, de manera tal que el sueño hizo imposible la evitación de un daño.

Movimientos reflejos

Son conductas producidas por reacciones corporales, totalmente mecánicas, sin participación alguna de la voluntad -movimientos reflejos-. Esto ocurre en los supuestos en que se realiza una conducta externa que se debe a convulsiones o movimientos instintivos realizados en un momento de sobresalto. Distintos de los movimientos reflejos son los **actos en cortocircuito, las reacciones impulsivas o explosivas**, en los que la voluntad participa, aunque sea fugazmente, y que, por tanto, no excluyen la acción. Un caso de este tipo sería el atracador que nervioso aprieta instintivamente el gatillo al observar un gesto equívoco de huida o defensa en el cajero del banco.

El caso fortuito

Aún tratándose de acciones conscientes puede suceder que el sujeto no actúe ni dolosa



ni culposamente. Por imperativo del artículo 10 y del 5 del Código Penal, la ausencia de dolo y culpa determina la ausencia de acción válida para integrar subjetivamente un tipo de delito. Cuando un hecho o un resultado se produce sin

dolo ni culpa recibe la calificación técnica de **caso fortuito**. En los supuestos de casos fortuitos tenemos una actuación humana pero nunca una acción relevante para el Derecho Penal.

La fuerza irresistible

La fuerza irresistible constituye según el Código Penal un supuesto de ausencia de acción. En el entendimiento de que también se trata de un problema de falta absoluta de volición, se ha optado por seguir el consejo de algunos autores que defendieron lo innecesario de una eximente concreta de fuerza irresistible. Para ellos, la condición de voluntariedad es implícita al concepto de acción, de manera que los casos de anulación de la voluntad por la aplicación de una fuerza física que ejerce otra persona quedarían resueltos simplemente por no cumplirse con los requisitos de la definición legal de delito. En estos casos, la conducta corporal externa se produce de modo mecánico, debido a que una fuerza física exterior, a la que el sujeto materialmente no puede resistir, anula totalmente la voluntad de actuación, acción, o de no actuación, omisión.

Otras interpretaciones estiman preciso distinguir entre supuestos de ausencia de acción por **fuerza irresistible** y supuestos de ausencia de culpabilidad por **fuerza coactiva**. El primer caso ocurre cuando actúa una fuerza física; cuando el sujeto es empujado, atado o forzado de cualquier modo. En este caso, el sujeto queda a merced del autor de la fuerza, actúa mecánicamente. El segundo caso se trata de una fuerza no física, indirecta. El sujeto sufre una presión en su voluntad para actuar en otro sentido. Su conducta externa está conducida por la voluntad. Voluntad coaccionada, pero voluntad, en definitiva. Puede obedecer a la presión psicológica generada por el previo ejercicio de la fuerza física. Cuando se trata de violencia indirecta puede negarse la ausencia de volición, pero también puede entrar en juego la idea de inexigibilidad de otra conducta, traducida en la eximente de miedo insuperable – Código Penal, en su artículo 20 apartado 6 - o en el estado de necesidad – entonces nos encontramos en el apartado quinto -. Lo adecuado, pues, en estos casos será admitir la acción típica, pero negar la responsabilidad criminal por imposibilidad de actuar de otro modo - ausencia de culpabilidad -. La tesis de que la fuerza irresistible solamente puede ser de carácter físico inmediato es la que mayoritariamente sostiene el Tribunal Supremo.

Ausencia de Acción y trastornos psicopatológicos

A continuación, mostraremos algunos trastornos que podrían encuadrarse dentro de los supuestos de ausencia de acción mencionados anteriormente.

Epilepsias

Concepto y formas clínicas más relevantes.

Bajo el nombre común de epilepsia se engloban un gran número de síndromes, consistentes en manifestaciones muy diversas, con muy distintas etiologías y mecanismos patogénicos, hasta el punto de que H. Jasper insiste en que siempre se hable de la epilepsia en plural, esto es, las epilepsias, para recalcar el aspecto heterogéneo de los trastornos reunidos bajo este nombre común - González de Rivera y Revuelta, 1994 -.

El síndrome epiléptico, especialmente la epilepsia generalizada, viene asociado desde la antigüedad con la idea de alteraciones mentales. Lennox inicia y da autoridad a la opinión opuesta, indicando que la mayoría de los estudios sobre los aspectos psiquiátricos de la epilepsia han sido realizados en instituciones para enfermos mentales o crónicos y que, además, más del 90% de los epilépticos no requieren admisión en tales instituciones. Basándose en su experiencia clínica, este mismo autor concluye que no hay evidencia para suponer un tipo de personalidad especial o de un síndrome de comportamiento anormal en los epilépticos, aunque en ellos pueden encontrarse trastornos emocionales y del carácter similares a los presentados por segmentos de la población general sometidos a un estrés psico-social equivalente.

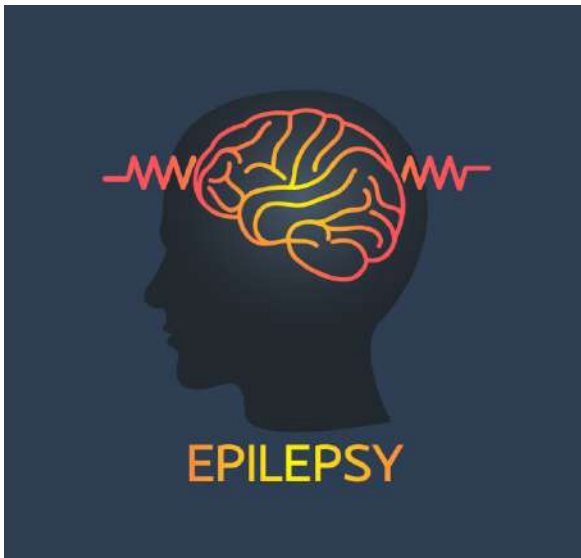
Las epilepsias son una enfermedad conocida desde antiguo y cuyo concepto ha sufrido diversas evoluciones habiendo sido incluidas en diversos grupos de las clasificaciones psiquiátricas. En la actualidad, tanto el **DSM** como la **CIE** han eliminado de sus respectivas clasificaciones las epilepsias, por entender que no se trata en rigor de una

enfermedad mental, sino **neurológica**, y que aquellas manifestaciones epilépticas que van acompañadas o dan lugar a cuadros psíquicos específicos encuentran su lugar de estudio en varios de los ejes de las respectivas clasificaciones.

El fenómeno básico común observable en las epilepsias desde el punto de vista clínico es **la convulsión epiléptica**, que podemos definir como una alteración súbita, involuntaria y carente de finalidad de las funciones motoras, sensoriales, vegetativas o cognitivas del individuo. El origen de esta alteración del comportamiento y de la experiencia fue reconocido desde hace ya más de un siglo por Jackson **como una descarga repentina, excesiva y pasajera del tejido nervioso cerebral**.

La presentación repetida de convulsiones epilépticas en un paciente es el criterio clínico esencial para el diagnóstico de epilepsia. Es un síndrome relativamente común, calculándose que entre 0,5% y 2% de la población general han sufrido una o más convulsiones de tipo epiléptico durante su vida.

Dentro de las formas clínicas de las epilepsias tienen especial interés forense las siguientes:



- Confusión epiléptica.
- Automatismo epiléptico.
- Furor epiléptico.
- Fuga epiléptica.

Confusión epiléptica

Expresión empleada a veces para describir cualquier estado confusional con o sin

agitación o delirio, fácilmente ocurrible en los epilépticos:

- a) Durante una crisis epiléptica, de la cual puede ser el único o principal síntoma.
- b) Durante el estado de mal epiléptico generalizado o parcial no convulsivo.
- c) Inmediatamente después de una crisis: confusión epiléptica postcrítica.
- d) Independientemente de cualquier crisis: constituye entonces una manifestación psicopatológica sin relación aparente con la verdadera epilepsia.

Automatismo epiléptico

Actividad motora involuntaria, más o menos coordinada y adaptada que ocurre durante un estado de obnubilación mental que acompaña o sucede a una crisis epiléptica no dejando de ordinario ningún recuerdo. Los automatismos epilépticos pueden representar la simple continuación de actividades realizadas hasta el momento de la crisis, o al contrario, una actividad nueva desarrollada en asociación con el trastorno crítico de la conciencia. Habitualmente se trata de una actividad automática ordinaria, a menudo provocada por el medio ambiente o por sensaciones experimentadas durante la crisis. Excepcionalmente se trata de un comportamiento fragmentario, primitivo o infantil, algunas veces de naturaleza antisocial.

Furor epiléptico

Estado de furia que conduce algunas veces a actos brutales imprevistos, autoagresivos y que puede ocurrir en un epiléptico en cualquiera de las tres circunstancias siguientes:

1. Excepcionalmente en el curso de una crisis parietal con automatismo crítico breve.
- 2 A menudo durante un estado de confusión epiléptica.
3. Ocasionalmente, durante los intervalos entre las crisis epilépticas, en cuyo caso se trata más bien de un hecho psicopatológico sin relación con la epilepsia propiamente dicha.

Es preciso señalar la extrema rareza de los ataques de furor epiléptico, todos ellos invocados con excesiva frecuencia para atenuar la responsabilidad criminal.

Fuga epiléptica

Automatismo ambulatorio y gestual de naturaleza más o menos eupráxica y de larga duración (varias horas o excepcionalmente varios días - que ocurre durante un estado confusional postcrítico o acompañando al estado de mal epiléptico de tipo generalizado no convulsivo o parcial. Las fugas epilépticas son absolutamente excepcionales y la mayor parte de los casos descritos con esta denominación corresponden a fugas de otra naturaleza que sobrevienen en personas epilépticas y, a veces, incluso no epilépticas.

Estos cuatro conceptos están llenos de consecuencias psicológicas legales pues será en el curso de ellos donde los epilépticos pueden entrar en conflicto con la ley y va a ser, por tanto, su identificación y valoración el principal problema forense de las epilepsias.

Los epilépticos pueden cometer delitos más o menos graves con ocasión de una crisis o en el período intercrítico. Para poder atribuir un delito a la enfermedad epiléptica, podemos seguir unos criterios propuestos por Walker en 1961 y modificados por Loisseau así como los expuestos por Klass y Daly en su Tratado de Electroencefalografía – señalado por García Nart en 1994:

1. El sujeto debe padecer una epilepsia sin duda de ningún tipo.
2. La crisis en el curso de la cual ha cometido un delito debe ser idéntica a las crisis habituales del enfermo. Las crisis suelen ser muy estereotipadas por lo que no será difícil contrastar este criterio de la similitud con las crisis habituales. Puede tratarse de un enfermo que padece crisis generalizadas tónico-clónicas y que trate de hacer creer que ha tenido una crisis parcial compleja.
3. Las circunstancias del delito deben ser compatibles con las características de las crisis, como alteración del nivel de conciencia y la consiguiente alteración de la

memoria. Entre estas circunstancias se citan la falta de premeditación y huida organizada.

4. Si existe depresión o fatiga postictal.

5. Si se refieren en el sujeto cambios en el humor que son típicos en las crisis del lóbulo temporal.

6. El hecho de encontrar anomalías electroencefalográficas en un sujeto que ha cometido un delito no permite por sí solo afirmar que es un epiléptico y mucho menos que el delito se ha cometido durante una crisis.

7. Cuando el delito se ha cometido en un período intercrítico, constatar que el sujeto es epiléptico no tiene ningún valor por sí mismo. Sólo cuenta entonces la evaluación de los posibles trastornos mentales.

Tratamiento jurídico-penal de las epilepsias

En una sentencia del año 89, el Tribunal Supremo se ocupa del tratamiento penal de las epilepsias. Dicha enfermedad, según el texto de la sentencia, se caracteriza porque con



intervalos más o menos largos, ocasiona en el sujeto unos episodios en los cuales se produce una total pérdida de conocimiento, de modo tal que, en esos momentos, así como en los que inmediatamente los preceden

y los siguen, la conducta del enfermo es un hecho meramente mecánico y, en su valoración jurídica, va más allá de la aplicación de la eximente de enajenación para encuadrarse en la falta de acción u omisión.

La mayor parte de los autores vienen pronunciándose por la enajenación, sobre la base de tratarse de una enfermedad persistente, en la que este tipo de crisis no es una excepción sino por el contrario algo habitual y que se repetirá en el curso de la vida del sujeto. Sin embargo, algunos autores justifican la inclusión de ciertas crisis epilépticas en el trastorno mental transitorio debido a la brevedad de su curso y la brusquedad de su aparición y desaparición e incluso por su aparente relación con una motivación externa.

La problemática más difícil de resolver, en relación a estos enfermos, no es la que se produce como consecuencia de su conducta en el momento de la crisis o en los que la preceden o siguen, sino la que se refiere a la valoración de su comportamiento, cuando existe una verdadera acción u omisión penada por la ley precisamente fuera del ataque epiléptico, en los llamados períodos interparoxísticos, pues la repetición de estas crisis puede producir un deterioro cerebral progresivo y llegar a provocar una verdadera demencia, con exclusión total de la responsabilidad criminal. También puede ocurrir que existan enfermos que hayan sufrido ataques epilépticos en los cuales no hay evidencia de este deterioro cerebral, de modo que su comportamiento en los referidos momentos interparoxísticos sea equivalente al de una persona normal, lo que se releva por los detalles concretos de su conducta delictiva, bien sea porque la enfermedad se encuentra controlada por la medicación, bien porque la lesión cerebral es mínima, o por otra razón - véase Fernández Entralgo en 1994 -.

Es pertinente, por tanto, tener en cuenta el caso concreto para determinar la responsabilidad penal de un epiléptico, cuando éste no ha obrado en un momento en el que no se encontraba bajo la influencia de uno de los ataques o crisis característicos de esta enfermedad, siendo tal determinación una cuestión de valoración jurídica.

Trastornos del sueño

En la investigación sobre el sueño, uno de los aspectos tratados es el estudio de cómo los trastornos del sueño afectan al rendimiento y alteran los niveles de alerta. Estas son cuestiones de considerable interés para la ley, que puede ser reclamada para tratar con situaciones en las que un sujeto somnoliento o igual dormido ha causado daño a otras personas. Esto puede ocurrir tanto en contextos civiles como penales.

En los tribunales penales, la cuestión puede ser la capacidad de una persona que en un estado de sonambulismo ha atacado o igual matado a otra persona, o de un demandando que se ha quedado dormido al volante de un vehículo. La ley concede la no-responsabilidad del actor inconsciente. Esto podría presentarse para exculpar al sonámbulo, pero la posición está menos clara en relación a aquellos casos en los que la conciencia esté alterada o en algún sentido disminuida. Todos estos casos demuestran las dificultades inherentes en definir la conciencia y en basar una teoría de la responsabilidad sobre la presencia o ausencia de conciencia.

La conciencia no es una cuestión de todo o nada. Es más bien un espectro con un alto grado de conciencia en un extremo y nada en el otro - Shapiro y Smith, 1997 -.



asociado con la presencia de conductas violentas - Mahowald, Bundlie, Hurwitz,

Como Generalidad, podemos afirmar que el sueño normal es un estado poco o nada favorable a la ejecución de actos motores que impliquen una cierta complejidad, siendo cierto que ciertos trastornos del sueño se han

Schenck, 1990 -. Los episodios de violencia durante el sueño se han descrito fundamentalmente en asociación con las **parasomnias**. En otros estados alterados de conciencia también se han descrito unos pocos casos de episodios violentos.

Parasomnias.

Las parasomnias que se han asociado con conductas violentas son el **sonambulismo**, el **terror nocturno** y la llamada **parasomnia REM**.

El sonambulismo

Consideramos sonambulismo cualquier episodio en el que el individuo corre o anda por la noche, desorientado, abandonando la cama durante el sueño – según la aportación de Oswald -. El episodio suele durar menos de diez minutos – existen descripciones que alcanzan mayor duración – y se caracteriza porque el paciente, que tiene una expresión facial inexpresiva, se comporta con indiferencia a lo que le rodea, reacciona poco y actúa de forma torpe y sin finalidad. Normalmente, el paciente no recuerda nada del episodio de sonambulismo ya sea por la mañana o si se le despierta durante el episodio. En este caso suele mostrarse confuso y desorientado.

El terror nocturno

En estos casos, el paciente muestra durante el episodio terror extremo y pánico asociado con vocalización y motilidad intensas y una gran activación de las funciones vegetativas. El paciente con terror nocturno suele sentarse en la cama gritando despavorido, con expresión aterrorizada, pálido, sudoroso, con aceleración del pulso y con un bajo nivel de reactividad al entorno. Con cierta frecuencia hay deambulación durante el episodio de terror nocturno, aunque los desplazamientos en este caso suelen ser más limitados que en el sonambulismo, pues es raro que el paciente abandone su habitación. Como en el caso del sonambulismo, los pacientes con terror nocturno recuerdan poco o nada del episodio a la mañana siguiente y si se les despierta en el

curso del mismo se encuentran confusos y desorientados, lo que puede aumentar su ansiedad. Al despertar de un episodio de terror nocturno el grado de recuerdo puede variar mucho, dependiendo de la duración e intensidad de aquél. En general, suelen tener recuerdos y sentimientos relacionados con el miedo.

Tanto el sonambulismo como el terror nocturno tienen lugar en las **fases 3 y 4 de sueño** o **sueño de ondas lentas**, por lo que suelen aparecer en las primeras horas de sueño.

Parasomnia REM

Este trastorno tiene sus precedentes en las observaciones hechas hace más de 25 años por diferentes investigadores, estudiando el sueño de pacientes con síndromes orgánicos cerebrales. Aquéllos mostraban con frecuencia episodios de agitación nocturna relacionados con el delirium, en los que podían aparecer conductas potencialmente violentas.

En los últimos años, se han caracterizado de forma más sistemática los cuadros de agitación durante el sueño, que se han denominado trastornos de conductas del sueño REM o parasomnia REM - Mahowald y Schenck, 1990 -. Éstos son más frecuentes en varones de avanzada edad, siendo la característica clínica más señalada un comportamiento motor intenso, potencialmente violento. La frecuencia de los episodios es variable y oscila entre una vez cada dos semanas y varias veces por noche. Estos episodios aparecen en el curso del sueño REM. El hallazgo poligráfico más señalado es la persistencia del tono de la musculatura estriada en contra de lo que sucede normalmente en el sueño REM.

Se han descrito dos formas:

- **Crónica:** las causas señaladas como más frecuentes son las enfermedades degenerativas del sistema nervioso, tales como las demencias y enfermedad de

Parkinson. También se relaciona esta forma crónica con cuadros vasculares y tumorales.

- **Aguda:** se observa en relación con la administración y abstinencia de sustancias que modifican el sueño REM, tales como los **tricíclicos**, los **IMAO** y el **alcohol**, entre otros.

Conductas antisociales asociadas a las Parasomnias

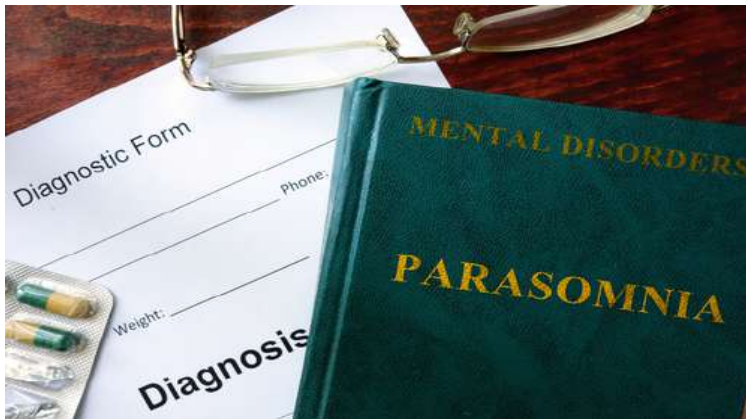
Los episodios de sonambulismo y terror nocturno suponen con cierta frecuencia una situación de riesgo para que el paciente padezca lesiones o para producirlas a otros - Kales, 1980; Schenck, Milner, Hurwitz, Bundlie y Mahowald en 1989 -.

Estas lesiones, que en ocasiones son graves e incluso causan la muerte, son la consecuencia de la escasa reactividad que muestra el sujeto y de la torpeza de movimientos que ejecuta.

En conjunto las lesiones más frecuentes en el curso del sonambulismo dependen de choques con objetos, quemaduras o caídas. Sólo si el episodio es muy prolongado puede haber ejecución de conductas más complejas, como conducir un automóvil entre otras. En el caso del terror nocturno a los factores señalados para el sonambulismo hay que añadir el comportamiento aterrorizado que exhibe el individuo como factor de riesgo de lesiones. En este caso, a los accidentes que ocurren en la deambulación simple, hay que añadir todo lo que suponen actividades defensivas como correr huyendo u otras que implican enfrentamiento. En conjunto, las lesiones y el comportamiento violento son más frecuentes en pacientes con terror nocturno que con sonambulismo.

En una serie de 100 adultos que habían presentado conductas violentas durante el sueño que representaban un riesgo o la existencia de lesiones para el paciente u otras personas, más de la mitad de los casos correspondía a sonambulismo y/o terror

nocturno – Schenck, 1989. De éstos, más de la mitad se habían caído repetidamente de la cama o habían chocado contra las paredes y los muebles, algo menos de la quinta parte habían saltado por las ventanas, una proporción similar habían salido de la casa



conduciendo automóviles o caminando por la calle y una pequeña proporción habían manejado armas.

En general, es difícil determinar si los actos violentos, incluyendo

homicidios, descritos en la literatura tuvieron lugar en el curso de episodios de sonambulismo, dado que para llevarse a cabo dichos actos habrían necesitado una duración muy prolongada y la ejecución de conductas complejas. Las investigaciones sobre el sueño sugieren que estas circunstancias son muy poco probables. La explicación más satisfactoria es que un acto homicida se cometa ya sea en un episodio de terror nocturno o de terror nocturno con sonambulismo y que el acto se cometiera en poco tiempo y estando el paciente muy confuso y asustado. Esto podría suceder si un paciente con terrores nocturnos sintiera que puede ser atacado.

La conducta violenta es uno de los rasgos clínicos que definen la llamada parasomnia REM - Mahowald y Schenck, 1990 -. Las consecuencias de dicha conducta violenta pueden ser las lesiones en el propio paciente o en la persona con la que duerme.

Parasomnias inducidas por fármacos

La aparición de episodios de sonambulismo o terror nocturno asociados con el uso de fármacos es un hecho infrecuente. La mayor parte de los casos se dan en pacientes tratados con asociaciones de diversos fármacos. Sólo en episodios aislados se han

descrito episodios violentos con daños para otras personas en el curso de estas parasomnias.

La mayoría de las parasomnias inducidas por psicofármacos descritas hasta la fecha aparecieron en pacientes tratados con combinaciones diversas de medicamentos que incluían al menos dos de los siguientes tipos:

Parasomnias inducidas por fármacos (incluyen dos de los siguientes tipos)	•Antidepresivos. •Antipsicóticos. •Alcohol. •Antihistamínicos no benzodiazepínicos.
--	---

Se ha descrito también una acentuación del sonambulismo o su aparición con un solo fármaco como propanolol o tioridacina - Pradalier, Giroud y Dry, 1987; Scott, 1988 -. También se han descrito episodios de terror nocturno y de deambulación como complicación de la administración de una dosis única de antidepresivos tricíclicos o neurolépticos a la hora de acostarse.

Los mecanismos que se pueden invocar para explicar la aparición de estos episodios son el aumento de sueño lento que producen algunos de estos fármacos – el litio, por ejemplo –, la acción anticolinérgica de otros - como los neurolépticos y los tricíclicos - y la supresión de la atonía REM por los tricíclicos, entre otros factores – ver a Vela-Bueno y Oliván en 1994 -.

Conducta antisocial inducida por fármacos

Se describen aisladamente actos violentos durante el sueño en relación con parasomnias inducidas por psicofármacos. En una de ellas, una paciente esquizofrénica

acuchilló a su hija hasta matarla en el curso de un episodio de deambulación durante el sueño – señalada por Luchins, Scherwood, Guillin, Mendelson y Wyatt, 1978 -. La paciente tuvo sólo un episodio de sonambulismo en la adolescencia. Diagnosticada de esquizofrenia comenzó a ser tratada de tioridacina. Un año más tarde, por su insomnio comenzó a tomar además tricloroetanol - metabolito activo del hidrato de cloral -, tres meses más tarde, y habiendo tomado una noche ambos medicamentos, tuvo el episodio en que cometió el filicidio. El registro poligráfico de sueño puso de manifiesto la existencia de episodios de sonambulismo las noches en que le administraban tioridacina sola o asociada a hidrato de cloral. Todos los episodios registrados tuvieron lugar en la fase 4 de sueño, lo que sugiere que se trataba de una parasomnia de sueño no REM.

Otro caso descrito es el de un paciente tratado con tioridacina que intentó estrangular a su mujer durante el sueño - señalado por Scout en 1988 -. Este paciente tenía antecedentes de sonambulismo durante la niñez y la adolescencia.

Un año antes del episodio violento había vuelto a presentar sonambulismo. Como consecuencia de ello comenzó a ser tratado con tioridacina. Como los episodios de sonambulismo persistieron se trató sin éxito con carbamacepina. El diagnóstico fue de sonambulismo y terror nocturno inducidos por fenotiacinas, aunque el paciente los



tenía antes de iniciar el tratamiento. Más adecuado sería considerar que la tioridacina agravó el cuadro.

Trastornos de excesiva somnolencia.

La aparición de episodios violentos en pacientes con trastorno de excesiva somnolencia es un hallazgo

excepcional. Sin embargo, estos trastornos se asocian con estados de conciencia alterados que implican la aparición de comportamientos automáticos que suponen un riesgo para el paciente y para otros.

Los más frecuentes son la **narcolepsia y el síndrome de apnea** obstructiva del sueño. La narcolepsia se caracteriza por excesiva somnolencia diurna con ataques de sueño irresistibles que suelen aparecer con uno o más de los tres síntomas auxiliares como son la **cataplejia, la parálisis del sueño o las alucinaciones hipnagógicas** - Kales, Vela-Bueno y Kales, 1987 -. La cataplejia consiste en la pérdida brusca de tono muscular que puede llegar a provocar la caída del paciente aún despierto. La parálisis del sueño aparece en la transición de vigilia a sueño y consiste en una pérdida de tono muscular que impide al paciente moverse. Las alucinaciones hipnagógicas son pseudopercepciones intensas que aparecen cuando el individuo se está quedando dormido.

El síndrome de apnea de sueño es la consecuencia de la obstrucción repetida parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño - Gilleminault, 1990 -. Aunque se quedan dormidos con facilidad, el sueño nocturno de estos pacientes está muy perturbado debido a la presencia de pausas respiratorias. El final de éstas se asocian con alertamientos breves, que no despiertan totalmente a los pacientes, por lo que éstos no se quejan de insomnio. Además, durante la noche los pacientes se mueven mucho. Durante el día, la somnolencia excesiva es una de las principales quejas de estos pacientes. Algunos de los efectos secundarios de esta somnolencia diurna excesiva es la conducta automática y el deterioro en el rendimiento global. Se puede observar amnesia retrógrada con conducta automática. Los pacientes pueden quejarse también de incapacidad para concentrarse y de un deterioro de la memoria y el juicio. A veces, pueden señalar una desorientación temporal. Esta última constelación de síntomas se denomina a menudo borrachera del sueño - según apunta Gilleminault, 1990 -.

La **hipersomnia** es un trastorno de excesivo sueño diurno y nocturno. Se caracteriza por períodos prolongados y recurrentes de excesivo sueño. Durante el día suelen necesitar las siestas por la excesiva somnolencia diurna. Por la noche se quedan dormidos con mucha facilidad y por la mañana tienen dificultad para despertarse. La hipersomnia puede ser **idiopática, secundaria o periódica**. Un tipo de hipersomnia perteneciente a este último grupo, el **síndrome de Kleine Levin**, se caracteriza entre otras manifestaciones, por la presencia de irritabilidad y agresión en el curso de los episodios de hipersomnia - Orlosky, 1982 -.

Conducta antisocial asociada a los trastornos de excesiva somnolencia

Estos trastornos implican el riesgo de lesiones para el propio paciente y para otros como consecuencia inmediata de las principales manifestaciones clínicas de cada uno de ellos. En el caso de la narcolepsia y de la apnea obstructiva del sueño hay una alta probabilidad de que los pacientes se duerman mientras conducen lo que se traduce en un número de accidentes de tráfico muy superior al que tienen los conductores normales. Se ha descrito algún caso aislado de conducta violenta durante el sueño de algún paciente con apnea obstructiva del sueño, aunque esto es excepcional. No obstante, existe la posibilidad de que haya episodios de deambulación nocturna en un estado alterado de conciencia en pacientes con el síndrome de apnea obstructiva del sueño.

En las hipersomnias la posibilidad de aparición de conductas violentas se asocia principalmente a los episodios de borrachera del sueño y a los intentos de forzar el despertar del paciente. En el caso del síndrome de Kleine Levin el paciente puede mostrarse agresivo, pero no se han descrito episodios de violencia en este síndrome.

En pacientes con excesiva somnolencia diurna - narcolepsia y apnea del sueño - aparecen episodios de comportamiento automático. Éstos tienen una duración variable

de entre unos cuantos segundos y varias horas. En el curso de estos episodios el paciente puede ejecutar tareas complejas de las que el paciente no es consciente y suele tener amnesia de lo sucedido.

La evaluación del paciente con conductas como las descritas debe contribuir a establecer la responsabilidad del paciente. Para ello la cuestión fundamental es si el individuo autor de un acto violento actuó de forma automática o no. La respuesta debe basarse en una cuidadosa historia clínica, la aplicación de técnicas de evaluación apropiadas e incluso un estudio del sueño.

Bibliografía

- Fernández Entralgo, J. (1994). El tratamiento jurídico-penal de los trastornos mentales. En S. Delgado (dir.), *Psiquiatría legal y forense*, vol. I (pp. 557-600). Madrid: Editorial Colex.
- Findley, L. J., Unvestadt, M y Suratt, P. (1988). Automobile accidents in patients with obstructive sleep apnea. *American Review of Respiratory Disease*, 138.
- Flemenbaum, A. (1976). Pavor nocturnus: A complication of single daily tricyclic or neuroleptic dosage. *American Journal of Psychiatry*, 133.
- García Nart, M. (1994). El paciente epiléptico en psiquiatría forense. En S. Delgado (dir.), *Psiquiatría legal y forense*, vol.I. Madrid: Editorial Colex.
- Gisbert-Calabuig, J. A. y Sánchez, A. (1991). Trastornos mentales orgánicos. En J. Gisbert-Calabuig, *Medicina legal y toxicología* (4ª edición). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A.
- González de Rivera y Revuelta, J. L. (1994). Psicopatología de la epilepsia. En S. Delgado (dir.), *Psiquiatría legal y forense*, vol. I. Madrid: Editorial Colex.
- Guilleminault, C. (1990). Síndrome de apnea del sueño. En G. Buela-Casal y J. F. Navarro (comps), *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. Madrid: Siglo XXI.
- Kales, J. D., Kales, A., Soldatos, C. R., Caldwell, A. B., Charney, D. S. y Martin, E. D. (1980b). Night terrors: clinical and personality patterns. *Archives of General Psychiatry*, 37.
- Kales, A., Vela-Bueno, A. y Kales, J. D. (1987). Sleep disorders: sleep apnea and narcolepsy. *Annual International of Medicine*, 106.

- Mahowald, M. W., Bundlie, S. R., Hurwitz, T. D. y Schenck, C. H. (1990). Sleep violence. Forensic implications: Polygraphic and video documentation. *Journal of Forensic Sciences*, 35.
- Mahowald, M. W., y Schenck, C. H. (1990). REM sleep behavior disorder. En M. Torpy (ed.), *Handbook of sleep disorder*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Orlosky, M. J. (1982). The Kleine Levin syndrome. A review. *Psychosomatic*, 23.
- Oswald, I. (1990). Terrores nocturnos y sonambulismo. En G. Buela-Casal y J. F. Navarro (comps), *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. Madrid: Siglo XXI.
- Pradalier, A., Giroud, M. y Dry, J. (1987). Sonambulism, migraine and propranol. *Headache*, 27.
- Quintero, G., Morales, F. y Prats, M. (1996). *Curso de Derecho Penal. Parte General* (Acorde con el nuevo Código Penal de 1995). Barcelona: Cedecs Editorial, S. L.
- Sáinz, J. A. (1990). *Lecciones de Derecho Penal. Parte General* (3ª edición). Barcelona: Bosch, Casa Editorial, S. A.
- Scott, A. I. F. (1988). Attempted strangulation during phenotiazine induced sleep walking and night terrors. *British Journal of Psychiatry*, 153.
- Shapiro, C y Smith, A. M. (eds.) (1997). *Forensic aspects of sleep*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Vela-Bueno, A. y Oliván, J. (1994). Sueño y violencia. En S. Delgado (dir.), *Psiquiatría legal y forense*, vol. II. Madrid: Editorial Colex.

Cuestiones

1. Aporta tu opinión al tema. Qué partes te resultan más interesantes.
2. Define el delito. En qué características se sustenta.
3. Para el Derecho Penal, la acción humana bajo qué formas puede presentarse.
4. Define los elementos que debe comportar toda acción.
5. Qué es un caso fortuito.
6. Señala los estados de falta de conciencia.
7. Indica los fenómenos básicos en las epilepsias.
8. Qué se considera sonambulismo. Indica la fase del sueño en que se producen.
9. Aporta los trastornos más frecuentes de excesiva somnolencia. Defínelos.

