

Psicología en el ámbito penitenciario y judicial. Módulo III

isfap

www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA X. LA IMPUTABILIDAD Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Introducción

En el Derecho penal, la peritación psicológica tiene como objetivo fundamental el establecimiento de la imputabilidad.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, imputar significa *"atribuir a otro culpa, delito o acción"*. Es la imputabilidad uno de los aspectos nucleares para la Psicología Forense ya que ella es el fundamento y la base sobre la que a su vez se sustenta la responsabilidad y la culpabilidad -Cabrera y Fuertes, 1997-.



La ley exige que para que un acto sea legalmente punible debe ser directamente imputable al actor, y directamente imputable quiere decir que el actor es responsable directo del acto, con las connotaciones de que al actuar sea consciente de lo que hace, por qué lo hace y para qué lo hace. Por esto, el funcionamiento habitual de la normativa jurídica genera un espacio de cooperación que ocupan conjuntamente la Psicología y el Derecho. La colaboración de ambas disciplinas se hace indispensable para desarrollar algunas exigencias de los textos legales que, en gran número de las ramas de Derecho, precisan conocer los estados mentales para tomar decisiones jurídicas.

El problema de la determinación de la responsabilidad penal es muy complejo y está constantemente puesto en discusión por teóricos e investigadores -Albarrán, 1994 -. Resulta fácil encontrar en el Código Penal el artículo aplicable a una conducta tipificada como delito o falta. Mucho más complejo es entender las razones que han conducido a efectuarla y aún más la probabilidad de su reincidencia - Urra, 1997-.

Podemos atenernos, en general, en la realización del peritaje, a la norma de relacionar la imputabilidad de un delito realizado con el trastorno mental observado. No es pertinente considerar el concepto de imputabilidad como un todo, sino considerar que a un mismo sujeto puede serle imputado un acto, pero no otro -véase que una persona toxicómana con el síndrome de abstinencia puede estar disminuida en su imputabilidad durante el robo de drogas en una farmacia, sin embargo, esta circunstancia no alterará su imputabilidad si el delito se tratase de una violación-.

En la actualidad, hay ausencia de modelos psicológicos forenses que relacionen trastornos y capacidades jurídicas. Se tratará de la valoración pericial sobre la posible influencia que un determinado trastorno mental ha podido tener en la comisión del delito.

De todo ello se deduce que la labor del psicólogo en el peritaje psicológico de la imputabilidad incurre en tres momentos:

a. Determinar la presencia de un trastorno mental, su entidad, significación, evolución y, en su caso, pronóstico.

b. Analizar cómo dicho trastorno altera la capacidad de comprender lo injusto del hecho –nos referimos a la capacidad cognitiva -; o la capacidad para controlar o dirigir su conducta; en este caso, nos encontramos ante la capacidad volitiva.

c. Poner en relación de causalidad el trastorno con los déficits de capacidades asociados y la conducta delictiva en cuestión.

Es patrimonio exclusivo del juez, el encuadrar o no al sujeto y sus actos en las condiciones de exención o atenuación de la responsabilidad criminal. Es por ello por lo que es conveniente que el perito limite todo lo posible la utilización del término imputabilidad mencionando si se dan los elementos necesarios de la misma.

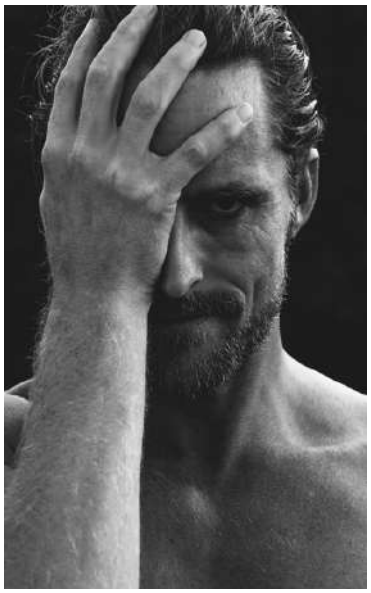
No es competencia del perito decidir sobre la imputabilidad, culpabilidad o responsabilidad del detenido –por tanto, exige ser prudentes en la redacción del informe y en su ratificación.

I. Concepto de imputabilidad

La ley penal describe comportamientos que desea prevenir y les señala sanciones que varían según su gravedad y peligrosidad. Tales comportamientos constituyen los hechos prohibidos penalmente. Son, según la terminología jurídico-penal, ***hechos antijurídicos***. El robo, el homicidio, la violación son ejemplos de ello. Son hechos que, en principio, la ley prohíbe. Y a la vez, el propio Código Penal prevé una serie de eximentes que excluyen la responsabilidad penal de quienes realizan hechos como los mencionados.

Algunos eximentes permiten la realización de tales comportamientos convirtiéndolos en ***hechos lícitos:*** *causas de justificación*, como la legítima defensa, el estado de necesidad o ejercicio de un derecho o un deber. En estos casos el hecho deja de ser antijurídico, deja de estar prohibido penalmente. El fundamento común a las causas de justificación es que suponen la concurrencia de un interés que la ley considera más importante, o al menos igual, que el interés en evitar la conducta lesiva.

Pero existen otros eximentes que excluyen de responsabilidad penal no porque hagan lícito o justifiquen el hecho, sino porque, a pesar de que éste sigue hallándose prohibido por la ley penal; su autor lo comete en circunstancias personales tales que impiden afirmar su ***culpabilidad***: no cabe culpar al autor por su hecho antijurídico. La consecuencia es que tampoco cabe entonces imponer al sujeto inculpable la sanción señalada por la ley al hecho antijurídico que realiza.



Mir Puig -1991- indica que la falta de culpabilidad en el autor puede proceder de factores individuales o situacionales.

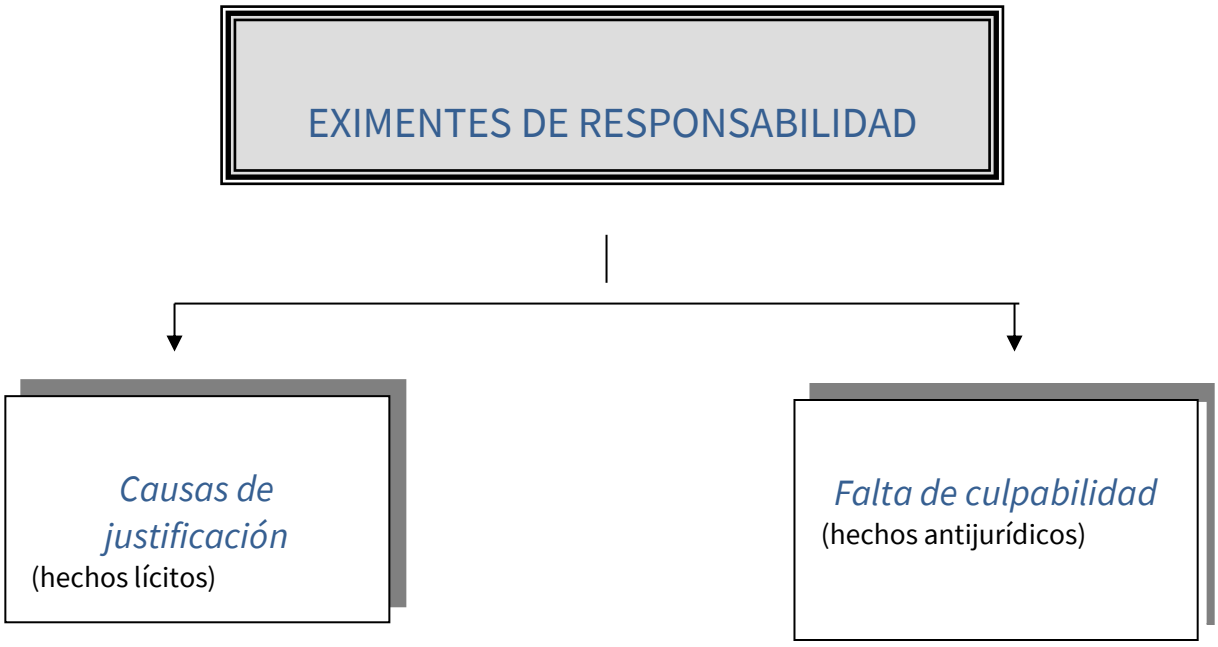
Factores individuales que excluyen la culpabilidad: la enfermedad mental, la deficiencia intelectual, la minoría de edad penal y la alteración en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia que suponga alteración grave de la conciencia de la realidad.

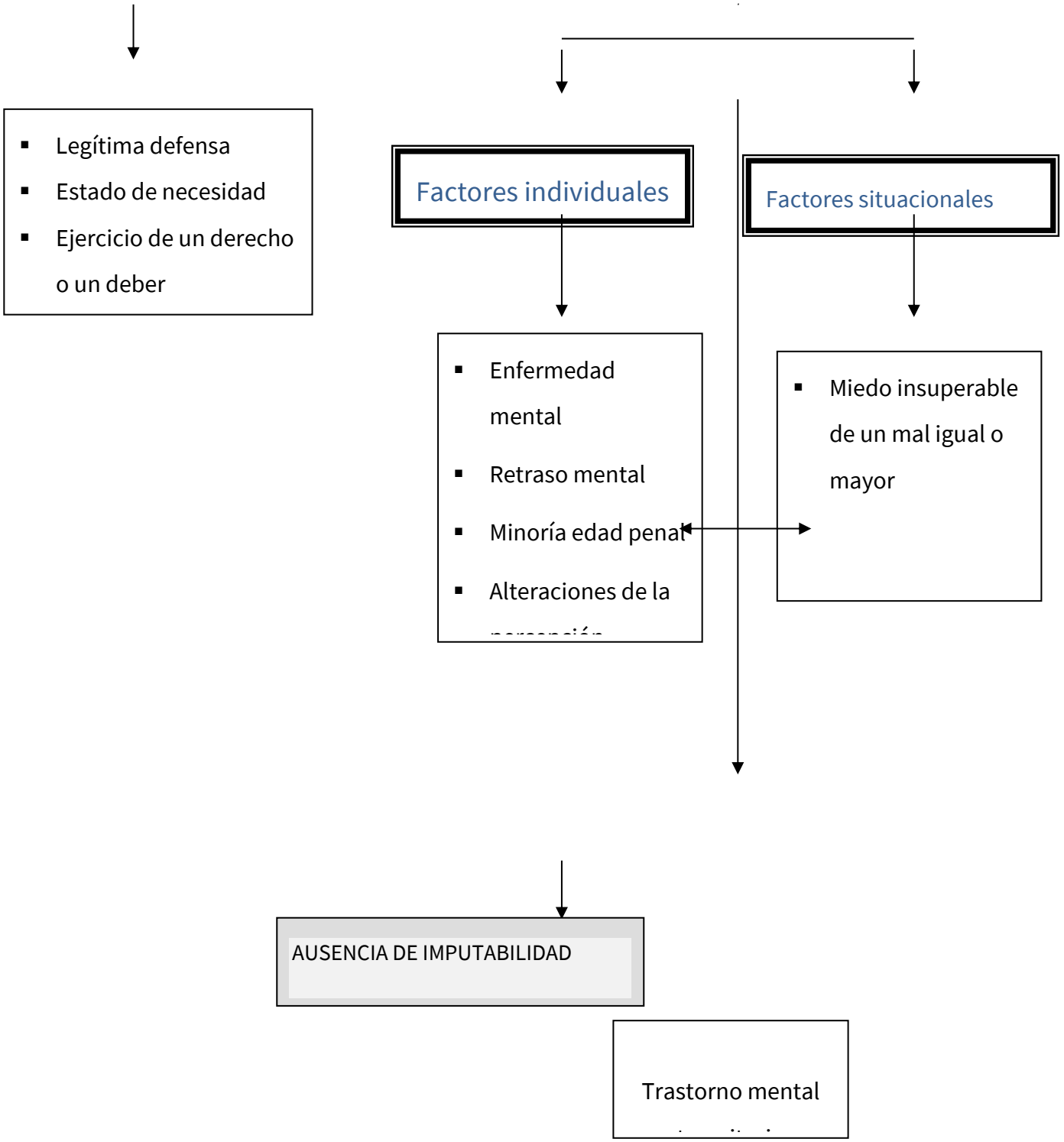
Factores situacionales: el miedo insuperable de un mal igual o mayor. En una zona intermedia entre lo individual y situacional debería situarse el trastorno mental transitorio. Sí es conveniente

advertir que la distinción entre individual y situacional no ha de entenderse de forma tajante puesto que es evidente que ambos intervienen a menudo a la vez: ni la aparición de la enfermedad mental es completamente independiente de factores situacionales ni el miedo insuperable deja de suponer una incidencia en la mente del sujeto. Quizá sea pertinente señalar factores predominantemente individuales o situacionales.

Cuando la culpabilidad falta por factores individuales se dice que ello se debe a la ausencia de ***imputabilidad***. Lo mismo se afirma cuando concurre un trastorno mental transitorio. El enfermo mental, el individuo con retraso mental, el menor, el sordo de nacimiento, así como el que actúa en trastorno mental transitorio, son ***inimputables***. El denominador común de estos sujetos es la existencia de unas condiciones psíquicas distintas a las del adulto normal. La existencia de dichas condiciones no justifica el hecho, sino que, sin restarle antijuricidad, impide que pueda culparse al autor y excluye la posibilidad de castigo penal.

Si bien la inimputabilidad excluye la responsabilidad legal, no excluye la posibilidad de imposición de medidas de seguridad. Al suponer una anormalidad psíquica, la inimputabilidad puede delatar una personalidad peligrosa, razón por la cual la ley prevé medidas de seguridad para ciertos inimputables. De ello se deriva la posibilidad de internamiento en un establecimiento psiquiátrico.




Legítima defensa
Estado de necesidad
Ejercicio de un derecho o un deber
Factores individuales
Factores situacionales
Enfermedad mental
Retraso mental
Minoría edad penal
Alteraciones de la
Miedo insuperable de un mal igual o mayor
AUSENCIA DE IMPUTABILIDAD
Trastorno mental

Eximentes de responsabilidad penal según el actual Código Penal español Estructura del concepto de imputabilidad

Según la doctrina dominante en la actualidad, la imputabilidad requiere dos elementos:

a) la capacidad de comprender lo injusto del hecho.

b) la capacidad de dirigir la actuación conforme a dicho entendimiento.

Esta caracterización de la imputabilidad sustituye a la noción históricamente anterior, como capacidad de *conocer y querer*. Se ha advertido que también los inimputables pueden conocer y querer el hecho. El enajenado puede saber que está matando a otra persona y querer hacerlo. Es más, si el sujeto no es consciente en absoluto del hecho que realiza, no faltará sólo la imputabilidad, sino incluso la propia presencia de un comportamiento humano, primer elemento del concepto de delito. No faltará sólo la culpabilidad, sino la acción y, por tanto, también la antijuridicidad.

Para que se determine actualmente un sujeto como inimputable se suele exigir que el sujeto que ha realizado un comportamiento humano -con consciencia y voluntad- antijurídico, sea incapaz de comprender este significado antijurídico del mismo o de dirigir su actuación conforme a dicha comprensión. Falta lo primero cuando el sujeto se halla en una situación mental en que no puede percatarse suficientemente de que el hecho que realiza se halla prohibido por el Derecho. Falta lo segundo, cuando el sujeto es incapaz de autodeterminarse, de autocontrolarse con arreglo a la comprensión del carácter ilícito del hecho. Si no ocurre el primer elemento relativo a la comprensión de lo injusto, tampoco concurrirá el segundo; pero puede concurrir la suficiente capacidad de entendimiento y hallarse ausente el elemento de autocontrol según dicho entendimiento.

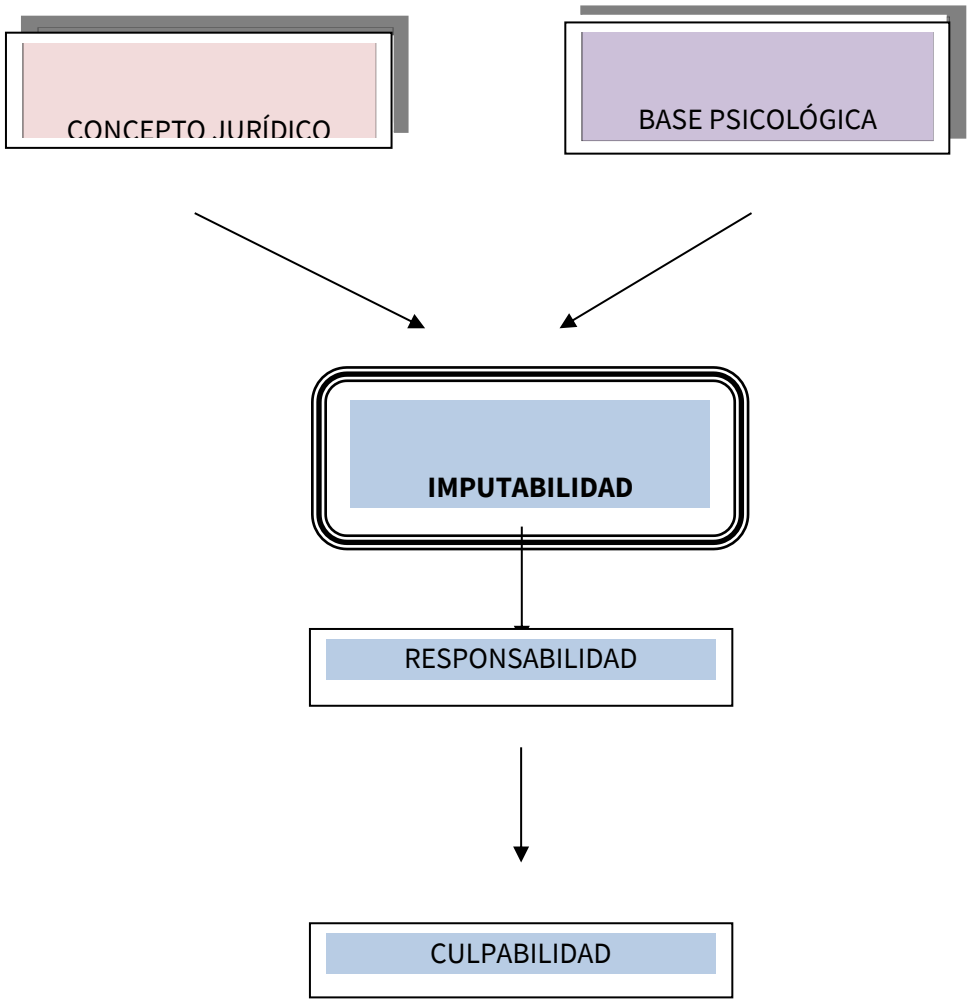
El esquizofrénico puede ser capaz de advertir lo prohibido del hecho y, sin embargo, se dice que le falta la capacidad de determinar su voluntad conforme a dicha comprensión.

Dos términos unidos íntimamente al de imputabilidad serían el de responsabilidad y el de culpabilidad:

- **Responsabilidad:** "la obligación de reparar y satisfacer por uno mismo o, en ocasiones especiales, por otro, la pérdida causada, el mal inferido o el daño originado".

- **Culpabilidad:** "juicio de reprobación por la ejecución de un hecho contrario a lo mandado por la Ley o, en último término, la declaración hecha por los Tribunales de Justicia de que un individuo es acreedor a la imposición de un penal".

Para llegar a la declaración de culpabilidad, el sujeto debe ser previamente imputable -condición normal- y además responsable -responsabilidad que nace en el momento de la perpetración de los hechos de los cuales surge una obligación de reparar lo dañado-.



Relación entre los conceptos de imputabilidad, responsabilidad y culpabilidad.

b) Niveles de eximentes

- Imputable, por tanto, responsable: es responsable de sus actos, su entendimiento y voluntad no están distorsionados ni sometidos a deficiencias, alteraciones o enfermedades mentales.

- Semiimputable, responsabilidad atenuada: su responsabilidad en mayor o menor medida está atenuada. La persona sufre o ha sufrido en el momento del hecho porque se le juzga una perturbación, deficiencia o enfermedad mental que, sin anular completamente su inteligencia ni voluntad, sí interfiere y nubla sus funciones psíquicas superiores.

- Inimputable, entonces irresponsable: su capacidad de conocer u obrar con arreglo a ese conocimiento está anulada.

Niveles de relación entre alteración o trastorno mental y conducta delictiva

NIVEL CAUSAL	CLASE DE EXIMENTE	DESCRIPCIÓN
NIVEL I	INIMPUTABLE	Correspondencia perfecta entre trastorno y delito; el trastorno es inseparable (o causa) del delito
Nivel II	INIMPUTABLE	El trastorno tiene impacto significativo en el delito, pero median variables intervinientes actuales (ej., el acto criminal se basa en una interpretación delirante de la realidad; es efecto de un impulso irresistible, etc.).
Nivel III	IMPUTABILIDAD DISMINUIDA	El trastorno es un factor de influencia, pero la conducta no está determinada decisivamente por él (ej., la deficiente expresión emocional favorece la desinhibición explosiva de los impulsos bajo circunstancias intra-sujeto y ambientales).
Nivel IV	IMPUTABLE	La relación entre trastorno y delito es indirecta, no influyendo causalmente en él. Hay trastorno, pero éste

		determina actividades periféricas respecto al delito, no el delito en sí.

c) Eximentes de responsabilidad según el Código Penal español

El Código Penal español no contiene ninguna definición de imputabilidad, sino que se limita a enumerar varias causas de eximentes que la doctrina considera que excluyen la imputabilidad.

Causas que eximen de la responsabilidad criminal según el Código Penal español, art. 20:

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

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.



2º El que en el 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 hay 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, a causa de su dependencia a tales sustancias, 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 la realidad.

circunstancias atenuantes, art.21, de responsabilidad criminal:

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

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

Los tribunales cuando solicitan la información pericial psiquiátrica/psicológica utilizan expresiones de amplio contenido, generalmente de distinto significado al que se le da dentro de la Psicología e incluso sin que exista un correlato exacto entre la expresión jurídica y un diagnóstico o síndrome psicopatológico concreto, lo cual puede resultar muy difícil de contestar para un perito inexperto en Psicología Forense, puesto que algunas figuras legales como "enajenado" o "trastorno mental transitorio" no existen como tales en los manuales de Psicología. Por ejemplo, la frecuente utilización del término **"estado mental"** permite sugerir su consideración como un término específico de la Psicología, cuyo significado no es el mismo que el utilizado en Psicología Clínica.

Datos diferenciales entre los conceptos "estado mental" clínico y forense

"ESTADO MENTAL" CLÍNICO	"ESTADO MENTAL" FORENSE
Finalidad diagnóstica, pronóstica y terapéutica.	Finalidad fundamentalmente valorativa, sin excluir un diagnóstico.
No está vinculado a ningún hecho en concreto.	Vinculado a unos hechos que motivan la exploración.
Referido al momento de la exploración clínica.	Referido al momento en que sucedieron los hechos.
Para ajustarlo a diagnósticos de las nosografías en uso.	Para ajustarlo a los requisitos legales y jurisprudenciales actuales.
Realizado para el propio psicólogo.	Realizado para juristas, y en general, no expertos (jurado, etc.).
Pauta descriptiva para delimitar criterios diagnósticos	Pauta interpretativa para delimitar criterios conductuales

II. Evaluación psicológica de la imputabilidad

Características generales del proceso de evaluación de la imputabilidad

Las características generales del proceso de evaluación de la imputabilidad son – según Rodríguez y Ávila, 1999- :

1.Debe estar orientado a responder a las preguntas hipotéticas que en calidad de expertos nos puedan hacer sobre el caso.

2.En la mayoría de las ocasiones van a ser necesarias tanto exploraciones psicológicas, psiquiátricas, neurológicas e incluso de otras especialidades; lo cual nos indica la exigencia de un trabajo interdisciplinar.

Las diversas fuentes de datos que se pueden utilizar en el proceso de evaluación psicológica de la imputabilidad son, seguimos con Rodríguez y Ávila -1999- :

1.Examen minucioso del Sumario: incluyendo las declaraciones del acusado y testigos, así como los informes policiales, calificación del Ministerio Fiscal, escritos de alegaciones de la defensa; y en su caso de la acusación privada.

2.La utilización de las declaraciones de los testigos, tomadas como datos, depende de que tales declaraciones sean probadas o aceptadas. En caso contrario el perito puede estar utilizando datos que podrían ser rechazados en el juicio. El establecimiento claro de los hechos delictivos debe ser previo a cualquier consideración sobre imputabilidad.

3. Entrevistas con cualquier persona de interés que hubiera estado en contacto con el acusado antes, durante y después de cometidos los hechos. Nos interesa establecer la consistencia o no de la conducta del acusado, a través de observaciones de esta durante períodos prolongados y ante una gran variedad de circunstancias.

En especial, las entrevistas con los miembros de su familia, amigos, compañeros de trabajo o estudios, etc. La utilización de fuentes de información distintas del acusado; testigos, compañeros, familiares, etc., permite al perito enriquecer su perspectiva y evitar ser cuestionado por basarse sólo en lo que el sujeto dice. En este apartado no debe excluirse a las víctimas, sus familiares, amigos, etc., que pueden facilitar igualmente información del máximo interés.

1. Revisar cualquier informe sobre salud mental o antecedentes delictivos o penales del acusado, anteriores a los hechos, así como sobre estancias previas en prisión o detención, hospitalización penitenciaria, central de observación, etc., relativos al período de prisión preventiva, y otros exámenes de informes forenses.

2. Entrevistas con el acusado, especialmente para la reconstrucción del estado mental del sujeto antes, durante y después del delito, y averiguación de la relación existente entre el estado mental y el delito y cualquier suceso de interés. Previamente, ha de establecerse si hay o no verdadera capacidad actual del acusado para reconstruir su experiencia emocional y mental en la época del delito.

3. Entrevistas con el abogado defensor sobre el contenido del sumario, sus propias observaciones directas sobre el acusado y cualquier aspecto de interés para la peritación.



4. Realización de todas las pruebas y test psicológicos: cognición, emoción y personalidad; neuropsicológicos y de otros tipos que sean necesarios y relevantes para la peritación. Las respuestas del acusado a los test, además de su valor descriptivo y predictivo específico, pueden ofrecernos una descripción de su comportamiento ante diversas situaciones.

5. Intercambio de información interdisciplinar con otros especialistas que participen en el examen del caso: médicos forenses, psiquiatras, neurólogos, etc.

III. Objetivos del proceso de evaluación de la imputabilidad

Distinguiremos entre objetivos fundamentales, complementarios y periféricos.

a) Fundamentales

1.Determinar la presencia de un trastorno, alteración o déficit mental en el momento del delito.

2.Determinar los procesos cognitivos y estados emocionales del acusado, antes y durante la comisión de los hechos que puedan haber afectado a su capacidad cognitiva o volitiva.

b) Complementarios

1.Valorar la competencia del acusado para ser juzgado, colaborar en su propia defensa y valoración clínica de posibles alteraciones o trastornos mentales o de conducta en el momento presente.

a. Valorar la peligrosidad potencial futura del acusado.

b. Efectuar recomendaciones sobre el tratamiento.

c) Periféricos a la función del perito

1. Efectuar valoraciones legales sobre la imputabilidad o inimputabilidad del delito al acusado. Recordar que es competencia exclusiva del juez encuadrar o no al sujeto en alguna de las figuras legales que eximen o atenúan la responsabilidad criminal.

Durante el proceso de evaluación de la imputabilidad, elementos que hay que tener en cuenta:

1) La defensividad, reactividad, simulación o engaño por parte del acusado, sus familiares y amigos. Fundamentalmente, la simulación y disimulación.

2) Determinar posibles consecuencias que ha podido tener el delito sobre el propio acusado -el impacto emocional del hecho delictivo, el efecto de la privación de libertad, el interrogatorio, la cárcel, cambios familiares, etc.-. Factores como los mencionados pueden desestructurar mecanismos de afrontamiento o control en el sujeto, que produzcan o hagan aflorar, directa o indirectamente, estados psicológicos o psicopatológicos no presentes en la época del delito.

3) Fiabilidad de los informes directos o indirectos sobre la conducta del acusado antes, durante y después de los hechos. Los informes descriptivos fidedignos sobre la conducta del acusado en la época de los hechos permiten la contrastación de evidencias físicas con las descripciones del comportamiento característico en los sujetos afectos de una determinada alteración o trastorno mental.

4) Determinar adecuación o no entre el "estado mental en la época del delito" y el "estado mental en la época de la evaluación"; realizar, si es posible, inferencias de ello

5) Establecer que el acusado posee las competencias suficientes para realizar los test y pruebas (psicológicas o de cualquier tipo) a las que haya sido sometido durante la instrucción sumarial y las valoraciones periciales.

IV. Procesos y variables psicológicas específicas para evaluar

1) Déficits básicos: neurobiológicos y psicofisiológicos, intelectuales, de personalidad, y motores.

2) Procesos cognitivos y afectivos. Capacidad para reconocer y comprender la significación de las propias acciones. Implica todas las alteraciones del procesamiento cognitivo -alteraciones de la percepción, alteraciones de la atención, alteraciones de la memoria, alteraciones del razonamiento, alteraciones del pensamiento, alteraciones del lenguaje-.

V. Evaluación Psicológica de la imputabilidad. Instrumentos

No se han desarrollado en España, hasta el momento, instrumentos de evaluación forense específicos para la determinación de la imputabilidad. Hasta que se disponga de alguno, las principales alternativas son:

-Entrevista y observación.

-Técnicas de evaluación psicológica clínica seleccionadas por su mejor adecuación para la evaluación de las variables de interés.

-Adaptar en lo posible al contexto legal español alguno de los instrumentos de evaluación forense desarrollados en el contexto anglosajón.

A continuación, señalamos los dos principales instrumentos de evaluación forense para la valoración de la imputabilidad:



•Detección y Evaluación del Estado Mental en el Momento del *Delito (Mental State at the Time of the Offense Screening Evaluation,* ***MSE.*** (Slobogin, Melton y Showalter, 1984).

•Escalas Rogers para la Evaluación de la Responsabilidad Criminal. *(Rogers Criminal Responsibility Assessment Scales,* ***RCRAS****)* (Rogers, 1984).

La MSE es una pauta de entrevista diseñada para apoyar a los peritos en la evaluación del estado mental del sujeto en la época del delito, que facilita la detección de alteraciones en el acusado en el momento de cometer el delito, de forma que se pueda optar entre la realización de un examen más detenido o bien por el abandono de la hipótesis de posible alteración o trastorno mental (inimputabilidad).

La MSE consta de tres secciones:

- Sección I: Información histórica (antecedentes).

- Sección II: Información sobre el delito.

- Sección III: Examen del estado mental actual.

Se estructura como una pauta de entrevista breve, alrededor de una hora, en la que se especifica qué clase de información interesa obtener, pero no están dispuestas las preguntas como en un formato de entrevista estructurada. La información que se ha de conseguir no se presupone sólo de las entrevistas, sino de todos los informes que puedan obtenerse en la evaluación forense. La detección de trastorno o alteración mental en la época del delito no basta para la apreciación de la eximente, sino que es el punto de partida de nuevos exámenes más específicos sobre los procesos psicológicos actuantes en el acusado y su delito. El MSE sirve solamente para facilitar la detección de trastornos mentales actuales o pasados y para ordenar parte de la información del

perito sobre el caso, pero no es propiamente un instrumento de evaluación forense que permita valorar la imputabilidad.

Las RCRAS nacieron con el objetivo de facilitar un enfoque sistemático y empírico para la evaluación de la responsabilidad penal, que permitiera al perito cuantificar las principales variables psicológicas y ambientales de la conducta del acusado en el momento del delito, e incluyen un modelo decisional para ayudar al evaluador a utilizar la información que ha cuantificado en su informe pericial sobre imputabilidad.

Las RCRAS constan de tres partes:

•Recogida de datos: datos relevantes a la exploración forense.

•Valoración de las variables psicológicas y situacionales: relativas a los criterios legales de la prueba ALI: organicidad, trastorno mental grave, pérdida de control cognitivo, pérdida de control comportamental.

•Aplicación de los modelos decisionales: permiten contestar sí o no, argumentadamente, a las preguntas de la prueba ALI.

Las RCRAS han sido el instrumento de evaluación forense más investigado. Es un instrumento mucho más completo que el MSE, que ha sometido a verificación sus propiedades psicométricas -Rogers, Dolmetsch y Cavanaugh, 1981; Rogers, Seman y Wasyliw, 1983; Rogers, Wasyliw y Cavanaugh, 1984- pero que, en esencia, es un instrumento de evaluación sustentado sobre criterios racionales. Es escasamente aplicable en el contexto legal español, al estar referido a la prueba ALI.

Los instrumentos de evaluación forense pueden optimizar nuestro proceso de trabajo, pero es en la integración final que haga el perito de todos los factores influyentes, donde podrá contestarse a las preguntas que las instancias judiciales dirijan.

DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL EN LA ÉPOCA DEL DELITO (MSE)

SECCIÓN I – INFORMACIÓN HISTÓRICA

A. Ha tenido el acusado una historia prolongada de conducta bizarra (ej., delirios, alucinaciones, pérdida de la capacidad de la asociación de ideas [procesos de pensamiento incoherentes e ilógicos], trastornos afectivos [conducta desorganizada, agresiva, acusadamente negativista o retraimiento social]).

Si no, excluir específicamente:

1. Síndromes orgánico-cerebrales de naturaleza crónica o progresiva:

a) Demencia

b) Síndrome orgánico de la personalidad

2. Psicosis:

a) Esquizofrenia

b) Trastornos paranoides

c) Trastornos esquizofreniformes

d) Trastornos afectivos

(Las secciones B a E tienen un formato similar a A)

B. Trastornos convulsivos.

C. Conductas bizarras que sugieren condiciones psicóticas o propias de trastornos neuropsicológicos.

D. Episodio de conducta bizarra.

E. Retraso mental.

SECCIÓN II – INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO

A. Información del acusado:

1. Respuesta genérica actual del acusado ante el delito.

2. Relato detallado del delito.

3. Sucesos que le condujeron al delito.

4. Reacción posterior al delito.

B. Información de otras fuentes:

1. Acusación, querella o información.

2. Declaraciones ante la Policía y el Juez.

3. Notas de los abogados.

4. Informes de la autopsia.

5. Declaraciones de los testigos.

SECCIÓN III – EXAMEN DEL ESTADO MENTAL ACTUAL

(Se puede llevar a cabo mediante cualquier método vigente: PSE, SCID, etc.)

ESCALAS ROGERS PARA LA VALORACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD PENAL (RCRAS)

FASE I – RECOGIDA DE DATOS

1. Revisión de los informes policiales, declaraciones y sumario.

2. Una o varias entrevistas clínicas con el acusado focalizadas en:

- Antecedentes psicológicos.
- Antecedentes psiquiátricos.
- Antecedentes médicos.
- Conducta delictiva anterior.
- Diagnóstico diferencial (de los signos, síntomas o conductas).
- Examen del estado mental del acusado en la época del delito.
- Cualquier información necesaria para efectuar las valoraciones de la segunda fase o para completar los modelos decisionales de la tercera fase.

3. Cualquier otra fuente de información y variable relevantes al caso.

FASE II- ESCALAS DE EVALUACIÓN SOBRE VARIABLES PSICOLÓGICAS Y SITUACIONALES

En esta fase, el perito debe responder y emitir valoraciones sobre 30 variables, a partir de la información recogida en la Fase I.

Para cada una de ellas emite una valoración de 0 a 6 (0: carencia de información; 1: ni síntomas ni desorganización; y de 2 a 5 o 6 para sucesivos intervalos de intensidad o gravedad de los síntomas o condiciones). El perito cuenta con esquemas de apoyo sobre el sentido de cada término de la escala; descripciones DSM-III; criterios diferenciales, etc.

Finalmente, el evaluador suma las puntuaciones de los ítems, para cada una de las cinco subescalas, formando las puntuaciones finales de las mismas.

Subescalas y variables (PSV):

A. Fiabilidad del sujeto:

1. Fiabilidad de los autoinformes bajo el control voluntario del acusado.

2. Inferencias involuntarias con el informe del acusado.

B. Organicidad (5 ítems):

3. Nivel de intoxicación en el momento del delito.

4. Evidencia sobre alteración o daño cerebral.

5. Relación del daño cerebral con la comisión del delito imputado.

6. Retraso mental.

7. Relación del retraso mental con la comisión del delito imputado.

C. Psicopatología (10 ítems):

8. Conducta bizarra observable.

9. Nivel general de ansiedad.

10. Amnesia sobre el delito imputado.

11. Delirios.

12. Alucinaciones.

13. Afecto depresivo.

14. Afecto maníaco.

15. Nivel de incoherencia verbal.

16. Intensidad y adecuación del afecto.

17. Evidencia de trastorno del pensamiento formal.

D. Control cognitivo (4 ítems):

18. Preparación y planeamiento.

19. Concienciación de la criminalidad de la conducta.

20. Focalización del delito (selectivo vs. aleatorio)

21. Nivel de actividad en la comisión del delito imputado.

E. Control conductual (7 ítems):

22. Conducta social responsable durante la semana anterior al delito imputado.

23. Autocontrol autoinformado por el acusado.

24. Estimación del autocontrol del acusado por parte del evaluador.

25. Relación de la pérdida de control con las psicosis.

26. Alteración de razonamiento.

27. Alteración de la conducta.

28. Alteración del juicio de realidad (fuera de subescala).

29. Capacidad para autocuidarse.

30. Concienciación de la maldad del acto.

FASE III – APLICACIÓN DE LOS MODELOS DECISIONALES

Se facilitan modelos decisionales, en forma de árboles de decisión, que incluyen preguntas y respuestas sí y no, utilizando las puntuaciones de las subescalas e ítems PSV de las siguientes pruebas legales:

- Modelo ALI.
- Modelo M´Naghten.
- Modelo GBMI.

VI. Trastornos psicológicos que se relacionan con la imputabilidad

Por su importancia clínica y pericial nos ajustaremos a la clasificación y formas clínicas de los distintos trastornos que recoge el DSM-IV, APA, 1994. El esquema que vamos a seguir en cada uno de los trastornos mencionados es, en primer lugar, una breve conceptualización del trastorno y seguidamente hablaremos de la tasa de delincuencia y criminalidad relacionada con estos trastornos y su relación con la imputabilidad.

VI.1. Retraso mental

Los peritajes sobre el retraso mental suelen ser complejos. Deriva, en buena medida, de los diferentes criterios que se pueden utilizar a la hora de establecer la delimitación conceptual de lo que se considera como retraso mental.

Si bien durante mucho tiempo primó el criterio del déficit intelectual, en los últimos tiempos predomina el abordaje desde una perspectiva multiaxial. Mayoritariamente se admiten tres criterios para su diagnóstico, siguiendo a Cabrera y Fuertes, 1997:

-El *psicométrico* basado en el llamado cociente intelectual.

-El *sociológico, o adaptativo,* representado por la capacidad de socialización y de autonomía del sujeto: deterioro significativo en áreas como la comunicación, cuidado personal, habilidades sociales e interpersonales

-El *biológico:* existen estados de retraso mental que tienen una causa biomédica conocida.



El retrasado mental según el DSM-IV tiene como sintomatología esencial la siguiente:

- *Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio (situada en un CI de 70 o menos).* Este índice se obtiene por evaluación mediante uno o más test de inteligencia normalizados. Al evaluar un CI hay que tener en cuenta que se produce un error de medida de aproximadamente cinco puntos, aunque este error de medida puede variar de un instrumento a otro. De este modo es posible diagnosticar un retraso mental en sujetos con cocientes intelectuales situados entre 70 y 75 pero que manifiesten déficit significativo de su comportamiento adaptativo. Por el contrario, no se diagnosticaría retraso

mental en un individuo con un CI inferior a 70 que no tuviera déficits o insuficiencias significativas en su capacidad adaptativa. Y, por supuesto, la elección del instrumento de evaluación y la interpretación de los resultados deben tener en cuenta factores que pueden limitar el rendimiento

en los test: origen sociocultural de los sujetos, discapacidades sensoriales, motoras y comunicativas.

- *Deterioro significativo de la capacidad adaptativa:* en al menos dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales e interpersonales, autocontrol, habilidades académicas, trabajo, ocio, salud y seguridad.

La capacidad adaptativa se refiere a cómo afrontan los sujetos las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de una persona en su grupo de edad, origen sociocultural, etc.

Existen varias escalas para medir capacidad o comportamientos adaptativos. Estas escalas suelen suministrar un punto de corte clínico basado en el rendimiento demostrado en distintas áreas de la capacidad adaptativa.

- *Comienzo anterior a los 18 años.*

El DSM-IV establece 4 grados de intensidad del retraso mental en función del nivel de insuficiencia intelectual:

Retraso mental leve	CI entre 50-55 y aproximadamente 70
Retraso mental moderado	CI entre 35-40 y 50-55
Retraso mental grave	CI entre 20-25 y 35-40
Retraso mental profundo	CI inferior a 20 o 25

No existen características de comportamiento o de personalidad que estén asociadas unívocamente al retraso mental. Algunos individuos con retraso mental son pasivos, plácidos mientras que otros son impulsivos y agresivos. La ausencia de habilidades de comunicación puede predisponer a comportamientos agresivos.

Las personas con retraso mental presentan una prevalencia de trastornos mentales comórbidos que se estima entre 3 a 5 veces mayor que la observada en la población general. En algunos casos, puede ser el resultado de una etiología compartida, es decir, común al retraso mental y al

trastorno mental asociado - traumatismo craneal puede dar lugar a retraso mental y cambio de personalidad-.

Se puede observar cualquier tipo de trastorno mental y no hay evidencia que la naturaleza del trastorno mental sea diferente en estos individuos. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental comórbido suele complicarse por el hecho de que su presentación clínica puede estar modificada por la gravedad del retraso mental y las discapacidades o insuficiencias asociadas. Los déficits en habilidades de comunicación pueden impedir una historia adecuada. Los trastornos mentales más frecuentemente asociados son:

•El trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

•Los trastornos del estado de ánimo.

•Los trastornos generalizados del desarrollo.

•El trastorno de movimientos estereotipados.

•Los trastornos mentales debidos a una enfermedad médica.

La capacidad delictiva va a depender del nivel de gravedad del retraso mental. Así, en los niveles profundos de retraso mental, la misma incapacidad psicofísica que los pacientes tienen les priva de la posibilidad de delinquir. No obstante, en algunos casos se constatan delitos contra la propiedad, hurtos burdos, contra la libertad sexual e incluso en ocasiones delitos contra la seguridad: incendios; muchos de ellos realizados por diversión.

Es frecuente que estos pacientes sean víctimas de delitos que no son autores de los mismos. En las formas moderadas y leves, el delito aumenta en frecuencia y variedad. Desde un punto de vista psicológico forense los casos más difíciles de peritar son los sujetos que tienen un CI límite, ya que como síntomas asociados a su deficiencia intelectual se encuentran otros como una gran sugestionabilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, agresividad y escaso autocontrol.

Imputabilidad

Los sujetos con retraso mental profundo son inimputables desde cualquier punto de vista que se contemple. Existen casos límites o fronterizos, en los que la pericia psicológica es delicada: es

importante no dejarse llevar únicamente por los resultados de los test. Sólo del estudio global del sujeto y de los hechos presumiblemente delictivos, podremos deducir si cumplen o no los requisitos que marca la ley para ser imputables.

En muchos casos, la existencia de un retraso mental será sólo atenuante de responsabilidad, ya que las características del tipo de delito ejecutado -agresión sexual- no precisan de un elevado nivel intelectual para comprender su ilicitud. En otros, delitos de estafa, contra la hacienda pública, delitos informáticos… la complejidad delictiva es mayor y requiere también una más elevada capacidad intelectual para ejecutarlo. En estos casos se puede abogar por la inimputabilidad o semiimputabilidad. Habrá casos en los que la imputabilidad sea plena a pesar de existir un retraso mental ya que cualquier sujeto a pesar del déficit intelectual que pueda presentar, "entiende" que está ejecutando una acción ilegal –homicidio-. La jurisprudencia señala que habrá que ir al caso concreto y no aplicar principios doctrinales generales.



VI.2. Delirium, demencias

La parte común a este conjunto de trastornos es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivas o la memoria. El trastorno es debido a una enfermedad médica, al consumo de una sustancia o a una combinación de estos factores.

Delirium

Según el DSM-IV, la característica esencial de un delirium es una alteración de la conciencia que se acompaña de un cambio de las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve período de tiempo. El paciente con delirium presenta importantes dificultades para mantener la atención, grave deterioro de la memoria - memoria a corto plazo-, desorientación espaciotemporal y alteraciones del lenguaje: desde la incoherencia hasta un lenguaje vago e irrelevante. El curso suele ser rápido, empezando bruscamente o como mucho en horas o pocos días.

Este trastorno supone un cierto grado de incapacidad que puede llegar a ser absoluta. Es un trastorno que puede anular las capacidades cognoscitivas y volitivas del sujeto. Aún así, será preciso en cada caso determinar el grado de deterioro de las funciones psíquicas superiores.

Desde un punto de vista psicológico forense, el problema se produce cuando el sujeto comete cualquier tipo de acción antijurídica y se recurre al delirium como eximente de responsabilidad, situación ésta no muy frecuente ya que son normalmente pacientes graves y hospitalizados, pero que en algunas ocasiones se puede producir, sobre todo en el delirium inducido por sustancias. Si se demuestra que la acción se produjo en un estado de delirium establecido y pleno, la inimputabilidad será total ya que la clínica de un delirium le impide obviamente comprender lo injusto del hecho y orientar su voluntad con arreglo a ese conocimiento. No obstante, hay situaciones intermedias en las que la sintomatología no es tan intensa como para anular completamente la imputabilidad dando lugar a situaciones de semiimputabilidad, teniendo siempre que analizar cada caso en particular y valorar con precisión todas las circunstancias que concurran.

Demencias

Se caracterizan por el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria: deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente, y al menos una de las siguientes alteraciones: ataxia, alteración del lenguaje; apraxia, deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, aunque la función motora está intacta; agnosia, fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, aún de que la función sensorial está intacta; o una alteración de la capacidad de ejecución. Las demencias más relevantes son la del tipo Alzheimer y la demencia vascular.

Son uno de los casos más claros de eximente de responsabilidad. El problema surge en los períodos iniciales de la enfermedad en los que la sintomatología todavía no es muy evidente, y en los que además se van a producir una serie de trastornos conductuales lo que contribuye a complicar aún más el peritaje. En todos estos casos sólo un completo examen neuropsicológico y clínico nos darán la clave de la enfermedad y, por tanto, de la inimputabilidad en materia penal.

Sí es necesario matizar que, aunque la infracción delictiva cometida en los primeros momentos de desarrollo de la demencia debiera inclinar a la propuesta de semiimputabilidad, la mayoría de los autores opinan que nunca una persona con demencia debería ser sancionada bien por su estado actual o bien por su futuro estado mental. Es un hecho la condición progresiva de la mayoría de las demencias. Esta persona que está desarrollando una demencia aún no suficientemente grave

como para serle inimputable su acción, muy pronto carecerá de los medios de conocer el valor de la sanción que no podrá comprender en toda su plenitud. Nuestra labor es comprobar la capacidad de conocer y querer en el momento de comisión del delito. Pero también es deber del perito informar al jurista sobre la índole del trastorno y el desarrollo que éste experimenta con el tiempo.

No debemos olvidar la existencia de demencias tratables y reversibles, lo que obliga a extremar precauciones desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico y pronóstico.

VII. Trastornos relacionados con sustancias

En el DSM-IV estos trastornos incluyen los trastornos relacionados con la ingesta de una droga de abuso, se incluye el alcohol; los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Nos vamos a referir específicamente a los trastornos relacionados con la ingesta de una droga. En un apartado posterior, trataremos la ingesta de alcohol.

En la actualidad, la toxicomanía tiene una gran importancia, bien por sus repercusiones sociosanitarias, y por la elevada tasa de delincuencia saciada a ella. Toda ingestión de drogas tiene una gran repercusión psicológica forense ya sea por sus efectos tóxicos, ya sea por su acción desinhibidora de psicopatología latente o exacerbación de la ya existente, ya sea por la progresiva desestructuración psicosocial del consumidor o por la proclividad a cometer delitos.

El índice de delincuencia, relacionada con la toxicomanía, depende de varios factores:

1. Obtención de la droga. Su valor puede hacer al sujeto robar, prostituirse, amenazar, estafar, etc., para la obtención de la sustancia.

2. Efectos directos de la droga en el sujeto. La sustancia puede dar lugar a la aparición de trastornos psicóticos, reacciones de ansiedad, delirium, estados de agresividad y confusionales. Durante estas situaciones el drogodependiente puede cometer con frecuencia delitos tales como daños, homicidios y delitos contra la libertad sexual.

3. Personalidad previa del toxicómano. Se discute sobre la existencia de un "perfil de personalidad del drogodependiente". No hay datos concluyentes, pareciendo que existen rasgos de personalidad relativamente estables y homogéneos en los drogodependientes.

Existen trastornos de la personalidad que compensan sus insuficiencias con el consumo de tóxicos. En otras ocasiones, estados psicopatológicos latentes –esquizofrenias- afloran al ser precipitados por el consumo de tóxicos, y finalmente, personalidades con rasgos específicos de inestabilidad, impulsividad y escasa tolerancia a la frustración se descompensan con la ingesta de determinadas drogas, realizando conductas violentas que son seguidas de estados amnésicos completos.



Hay que llamar la atención sobre el llamado "síndrome de abstinencia" durante el cual el drogodependiente, perturbado por la necesidad de la droga, asalta armado pudiendo llegar a producir lesiones de consideración. La reforma del Código Penal considera eximentes de responsabilidad la intoxicación plena como el síndrome de abstinencia, con la condición de que la afectación sea tan intensa que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión y no hayan sido buscados de propósito para delinquir.

Los llamados a legislar, conscientes de la cuestión de las toxicomanías han previsto la adopción de una serie de *medidas de seguridad* que sustituyen a la prisión quedando a criterio del Tribunal sustituir las penas privativas de libertad por internamientos en centros de deshabituación.

VII.1. Imputabilidad

Existe en consenso en considerar, en principio y en líneas generales, a los drogodependientes como imputables de sus delitos, salvo en aquellas particulares circunstancias en las que el nivel de conciencia y de la voluntad estén gravemente afectados; es decir, bajo el "síndrome de abstinencia" y la "intoxicación plena", salvo que haya sido buscado de propósito para delinquir, ya que en ambos casos hay una perturbación grave de la conciencia y, por lo tanto, de la libertad de acción.

También están excluidos de responsabilidad criminal los trastornos psicóticos inducidos por sustancias y los cuadros de delirium por intoxicación de sustancias, situaciones todas ellas en las

que hay una total anulación de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y la de actuar conforme a dicha comprensión.

Por último, indicar como reflexión las dificultades que origina saber si en el momento de los hechos, el sujeto implicado drogodependiente se encontraba bajo los efectos de un síndrome de abstinencia, ya que el índice de simulación, disimulación y falsedades es elevado, todo ello, asociado a un gran conocimiento de la clínica propia de estas afecciones que tienen los drogodependientes y que puede contribuir a hacernos dudar si es una situación real o simulada. Todo esto porque los peritajes se realizan en la mayoría de las ocasiones después de la ocurrencia de los hechos puestos en discusión.

Con la reforma del Código Penal en el que se contempla explícitamente el síndrome de abstinencia y la intoxicación como eximentes de responsabilidad, el informe pericial para determinar la imputabilidad del drogodependiente deberá ser muy prudente y cauto valorando con extrema delicadeza los siguientes aspectos:

a) Intensidad del síndrome de abstinencia: a más intensidad menor imputabilidad.

b) Clase de droga consumida: hay drogas que generan mayor dependencia que otras.

c) Tiempo de adicción: a más tiempo de adicción mayor deterioro del sujeto.

d) Tipo de conducta delictiva desarrollada: la acción delictiva debe estar encaminada a conseguir la sustancia y guardar relación con el consumo de tóxicos.

e) Personalidad anómala previa del sujeto: personalidades impulsivas y con grave inestabilidad emocional.

f) Presencia de embriaguez concomitante o mezcla de diversas sustancias: se potencian los efectos de una sustancia concreta dando lugar a reacciones paradójicas.

VIII. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol

En España hay entre 3 y 4 millones de alcohólicos, ocupando el tercer lugar en Europa – por detrás de Francia y Portugal) - en consumo de alcohol por habitante y año. Siguiendo con la acumulación

de datos epidemiológicos hay que recordar que entre el 20% y el 30% de la población que ingresa en un hospital, el alcohol está presente de una forma u otra en su patología. El 50% de las urgencias psiquiátricas y el 15% de las urgencias generales están relacionadas directamente con el consumo de alcohol. El alcohol está presente en el 10%-30% de los suicidios, en el 30% de los accidentes de circulación y en el 70% de los actos delictivos – fuentes citadas por Cabrera y Fuertes, 1997 –.

En ocasiones, detrás de un consumo abusivo y patológico del alcohol hay una depresión severa, un trastorno de personalidad o incluso un cuadro psicótico cuyos síntomas intentan ser pseudocompensados con ingestas abusivas de alcohol. Siempre que se aborde el consumo abusivo de alcohol o de cualquier otra sustancia, hay que tener presente la posibilidad de que dicho consumo sirva para enmascarar una psicopatología importante.

La APA en el DSM-IV incluye los trastornos relacionados con el alcohol dentro del epígrafe general de trastornos relacionados con sustancias, distinguiendo a su vez dos aspectos:

•Trastornos por consumo de alcohol, dependencia y abuso.

•Trastornos inducidos por alcohol: intoxicación, abstinencia, delirium, demencia, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno sexual y trastorno del sueño.



En el artículo 20 del Código Penal se hace referencia a los eximentes de responsabilidad:

"Están exentos de responsabilidad criminal: El que al tiempo de cometer la infracción penal se hallare en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas... siempre que no haya sido buscado de propósito... o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia... que le impida comprender la ilicitud de un hecho o actuar conforme a dicha comprensión".

Y en el artículo 21, apartados 1° y 2°, se citan como circunstancias atenuantes de responsabilidad:

1º las expresadas en al artículo anterior cuando no concurran todos los requisitos.

2º la grave adicción a las sustancias mencionadas en el artículo anterior.

La labor del psicólogo forense, a diferencia del psicólogo clínico, consistirá no sólo en efectuar un diagnóstico, sino también deberá describir en su informe si las circunstancias que concurrieron en los hechos y la alteración de la conciencia y de la capacidad volitiva del presunto delincuente, reunían las condiciones que la legislación impone para aplicar la atenuante o la eximente de responsabilidad.

Como señalamiento especial, notificamos el delirio celotípico del alcohólico, ya que ha dado lugar a delitos de lesiones al creer el sujeto que estaba siendo engañado sexualmente por su cónyuge.

VIII.1. Imputabilidad

Se aplicará atenuante o eximente en todos aquellos casos en los que el trastorno por consumo o inducido por alcohol, impidan comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

La dificultad es la misma que comentada anteriormente: en los casos en que la intoxicación no ha sido plena o hay dudas razonables de su dependencia, abstinencia o cualquier otro cuadro clínico relacionado con el alcohol. En estos casos son de gran utilidad las exploraciones neurológicas clásicas y el estudio de los llamados signos neurológicos menores, así como las pruebas de evaluación clásicas - Bender, Benton, Luria, Nebraska…. -.

IX. Esquizofrenia. Otros trastornos psicóticos

Las esquizofrenias son el grupo de enfermedades mentales más representativo de lo que popularmente se conoce como “locura” y que, en lenguaje jurídico y hasta la última reforma del Código Penal, se conocía como enajenación.

Existe una idea generalizada y, francamente errónea sobre la peligrosidad y criminalidad del paciente psicótico, y del esquizofrénico en particular. Son una minoría los sujetos esquizofrénicos que cometen algún tipo de conducta antisocial punible. Estas personas son probablemente más arrestadas por sus delitos que el resto de los delincuentes. Esto puede causar una impresión aparente de gran criminalidad asociada a este diagnóstico lo que se ve aumentado debido al

efecto de "mayor visibilidad" por el cual el sujeto tiene más probabilidades de ser diagnosticado si comete algún delito que como consecuencia de otro tipo de actividad.

El estilo de relacionarse en el ámbito de lo social en esquizofrénicos debe distinguirse entre la conducta antisocial que estos sujetos presentan fuera de las fases activas del trastorno, y la que pueden presentar durante ellas. La fase activa favorece la aparición de agresión verbal o física en algunos pacientes, no en todos, y esta agresión puede estar relacionada con la naturaleza del síndrome psicopatológico del sujeto.

Cuando el psicótico comete un acto delictivo, aunque si bien es cierto que adquiere una peculiar hostilidad, no puede ser ello justificación para considerarle un sujeto "extremada" y "socialmente" peligroso, cuando en la realidad material el psicótico tiene serias dificultades para el pasaje "al acto".

Consideraciones y matices muy diferentes merecen la criminalidad y peligrosidad del **Trastorno Delirante, Paranoia.** En todo caso, son potencialmente agresivos en tanto su delirio está en marcha; esto quiere decir, que, si un sujeto o grupo de ellos entran a formar parte del delirio del sujeto, es entonces cuando, en ciertos casos, se puede desarrollar esa potencialidad agresiva.

Si no se hace referencia a su temática delirante el sujeto paranoide, responde con corrección y discreción. Suele ser un trabajador correcto, frío y distante; en cuanto a la paternidad, rígido y autoritario; y en cuanto pareja, celoso y desconfiado. Si se entra en la temática de su delirio, o nos hace entrar, todo se trastoca y las respuestas pueden ser tan desproporcionadas que pueden llegar en algunos casos hasta el homicidio. Son sujetos inteligentes, y señalar una ausencia completa de conciencia de enfermedad – decimos que el paranoico "siempre lleva razón" - lo que puede potenciar la agresividad.

Aunque, también en estos casos, existe discrepancia sobre el alcance psicótico – lo ya mentado: si se comete un delito cuando el sujeto está en crisis delirante psicótica no es lo mismo que si la realización del acto delictivo no es bajo esta circunstancia. Según nuestra opinión, en el caso psicótico, son sujetos que tienen una afectación muy importante en su personalidad, y que no es rebajable a ciertos momentos de su vida cotidiana; esto es: están enfermos desde por la mañana a por la noche, y todos los días del año; aún en el caso de que tomen fármacos. Bajo nuestra

óptica, el psicótico es el único sujeto donde podemos decir que no existe elección de enfermedad; no en cambio, en los sujetos perversos o neuróticos. Desde aquí, sostenemos que son inimputables.

Es necesario señalar que la justicia no tiene las mismas convicciones que hemos señalado anteriormente, que están sujetas a un criterio clínico. Es a veces muy difícil convencer a jueces y magistrados de que el paranoide es inimputable o semiimputable, tanto más cuanto que el resto de su vida social suele ser un sujeto organizado. Para ello el informe pericial se deberá basar en una completa y detallada historia clínica y en una prolongada observación a través de la cual se pondrá en relación el delito con la temática delirante, siendo esta relación causa-efecto la condición esencial, como ocurría en el esquizofrénico, para determinar la imputabilidad. Si su delito está vinculado a su trama delirante, será fruto de esas ideas patológicas. Demostrada la existencia del estado delirante y la adecuación del delito al contenido del delirio, el perito no puede concluir sino la inimputabilidad.

X. Trastornos del estado de ánimo

Los episodios depresivos se caracterizan por la presencia de un estado de ánimo deprimido, acompañado de una pérdida del interés o placer por todas o casi todas las actividades habituales. Este estado de ánimo se evidencia porque el paciente se siente siempre triste, melancólico, desesperanzado, apático, irritable. Junto a ello, se suelen apreciar síntomas como pérdida de apetito, insomnio, peso, excitación o lentitud psicomotora, sensación de fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad de concentración. A veces, el pesimismo, los sentimientos de culpa y el autodesprecio son tan intensos que llegan a ser delirantes, esto es, desproporcionados y patológicos.

La otra cara son los episodios de manía, que se caracterizan por la presencia de un estado de ánimo inconfundiblemente elevado, eufórico, expansivo o irritable, que dura un tiempo prolongado y altera la conducta del paciente. Se acompañan de aumento de la actividad social, laboral o sexual. Incrementa la velocidad del habla dando lugar a un lenguaje disgregado e incomprensible. El paciente tiene la sensación de que los pensamientos fluyen a gran velocidad, se sienten importantes, seguros, hábiles, poderosos. A veces la grandiosidad de su autoestima

llega a ser delirante. Se pueden mostrar irritables, agresivos, desconfiados; aspectos que pueden causar problemas legales.

La delincuencia de los sujetos con trastornos del estado de ánimo no es muy importante sobre todo si se compara con el resto de los cuadros psicopatológicos. Ahora bien, existen una serie de peculiaridades en el comportamiento violento cuando se produce en este tipo de pacientes. La más destacable es la de que esta agresión suele estar dirigida hacia las personas más allegadas al paciente.



La depresión en todas sus formas y variedades puede ocasionar autoacusación de delitos - allegadas por las ideas delirantes de indignidad, culpa y ruina personal.

El suicidio: un problema específico de las depresiones es el denominado "suicidio ampliado". El paciente mata a sus seres más queridos para "aliviarles de la insoportable carga de la vida y evitarle los sufrimientos que tendrían, máxime cuando él falte". Después de matar a sus seres queridos, el depresivo se quita la vida. Puede darse el caso de que falle en este intento, debiendo responder penalmente por su conducta.

La manía, por sus propias características clínicas, tiene tasas más elevadas de delincuencia, debido sobre todo a la exacerbación incontrolada del ánimo del sujeto. En general, el maníaco no se esconde tras el delito, no trata de excusarse cuando está en el período Inter crítico y actúa sin o con muy poca premeditación.

En los períodos interfásicos el sujeto es prácticamente normal y su delictividad es igual a la de cualquier otro ciudadano. Aspecto a tener en cuenta al efectuar el informe pericial.

X.1. Imputabilidad

No es posible dudar de la inimputabilidad de los trastornos del estado de ánimo (tanto episodios depresivos como maníacos) en sus fases agudas y graves ya que el sujeto ha perdido el contacto con la realidad y, por lo tanto, el juicio crítico. Más problemática a nivel forense acarrean los llamados períodos Inter críticos, así como el resto de las alteraciones afectivas – cuadros hipomaníacos, trastornos distímicos…- en donde no hay una pérdida total del contacto con la

realidad. Nuestra opinión, es equiparable al comentario realizado Con respecto de las psicosis para los cuadros hipomaniacos. Es posible que no haya restricción total de la realidad, pero en verdad, el sujeto está atravesado en su totalidad por un cuadro maníaco.

Una vez más habrá que ir a cada caso en particular y relacionar el hecho delictivo producido y la sintomatología que el paciente presenta. Sólo cuando la anomalía o alteración le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión, será inimputable, o lo que es lo mismo, sólo cuando el trastorno mental origine una plena perturbación de las facultades intelectivas o volitivas se podrá eximir de responsabilidad.

El problema radica en la dificultad del diagnóstico retrospectivo. Habrá que analizar las circunstancias en que tuvo lugar la acción delictiva por si de ellas se derivan estigmas que hablen de anormalidad y sobre todo habrá que precisar la situación psíquica del procesado en el momento del delito. Esto además de no ser tarea fácil, sólo permite a menudo concluir en una probabilidad.

XI. Trastornos de ansiedad, somatomorfos, disociativos, facticios

XI.1. Trastornos de ansiedad

En el contexto de todos estos trastornos aparecen crisis de angustia. La crisis de angustia se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perdida del control.

XI.2. Trastornos Somatomorfos

El común denominador de este grupo de alteraciones es la presencia de síntomas físicos que sugieren la existencia de una enfermedad médica en la que no existen hallazgos orgánicos o mecanismos fisiológicos conocidos. En cualquier caso, los síntomas existentes en ningún caso son intencionados.

XI.3. Trastornos Disociativos

Se caracterizan por una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno, pudiendo llegar a perder temporalmente su identidad y a asumir otra nueva. Tienen cierta importancia pericial ya que los síntomas son muy llamativos y, a veces, son invocados ante los tribunales de justicia para eludir ciertas responsabilidades.



XI. 4. Trastornos Facticios

Son cuadros caracterizados por la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos, existiendo siempre una necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo, sin que haya ganancia o incentivo externo para esta conducta. Los Trastornos Facticios se distinguen de la "simulación" en que en ésta la producción voluntaria de sintomatología tiene un objetivo prefijado y reconocible.

Desde un punto de vista forense, estos tipos de trastornos no son cuadros verdaderamente importantes ni que planteen en líneas generales una delictogénesis significativa. Este tipo de pacientes no entra en conflicto fácilmente con el Código Penal ya que en su misma naturaleza angustiada, insegura e inestable conspira contra ellos mismos. Llegado el caso, serían más autoagresivos que heteroagresivos y cuando su agresividad se vierte al exterior generan más lesiones que verdaderos homicidios.

Especial importancia psicológica forense merecen los estados disociativos en los que hay una amnesia posterior, y durante los cuales el sujeto puede delinquir siendo en principio inimputable a la luz del actual Código Penal. En estos casos es preciso contrastar los presuntos actos delictivos con la trayectoria vital del sujeto y con su personalidad de base, como forma de evitar la sobresimulación que, por otro lado, suele ir con relativa frecuencia asociada a este tipo de conductas.

Otro de los aspectos a considerar serían los llamados delitos por omisión. La inseguridad, la inestabilidad emocional, los elevados niveles de ansiedad son factores predisponentes en la comisión de este tipo de delitos. El miedo a equivocarse, la duda ante una situación, la ansiedad descontrolada origina que la persona incurra en un delito de omisión del deber de socorro y también en delitos por imprudencia.

En el caso de trastorno de angustia y de los trastornos somatomorfos pueden desembocar en denuncias por mala praxis al creerse el paciente mal atendido y no aceptar que su conflicto requiere un planteamiento psicológico.

XI.5. Imputabilidad

En general, son sujetos totalmente imputables. Son personas capaces de comprender la ilicitud de la actividad delictiva y actuar conforme a esa comprensión. En algunos casos graves, se precisa un estudio detallado, para determinar el grado de imputabilidad - referido a la semiimputabilidad o incluso a la inimputabilidad -.

XII. Trastornos sexuales

Vamos a señalar todos aquellos trastornos sexuales que con más frecuencia pueden verse inmersos en procesos judiciales.

Siguiendo el DSM-IV se clasifican los Trastornos Sexuales en tres tipos:

•Disfunciones Sexuales

•Parafilias.

•Trastornos de la Identidad Sexual.

Las llamadas *disfunciones sexuales* tienen un interés e importancia psicológico forense relativamente pequeño, teniendo en cambio una gran importancia desde el punto de vista clínico y terapéutico. Se denominan disfunciones sexuales a las alteraciones en cualquiera de las fases de las que se compone la relación sexual: deseo, excitación, orgasmo y resolución.

Las *parafilias* son los trastornos de mayor interés desde el punto de vista forense por la relativa facilidad con la que se ven envueltos en problemas legales obligando la intervención judicial y

pericial. Se definen como la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que por lo general engloban objetos no animados, sufrimiento o humillación de uno mismo o de la pareja y participación de niños.

La pedofilia está relacionada con los delitos de abusos sexuales en niños, pornografía infantil y corrupción de menores. El sadismo es el que mayor problemática legal presenta al verse envuelto en denuncias por agresión sexual o delitos de lesiones.

Dentro de los *trastornos de la identidad sexual* se encuentra el llamado Transexualismo cuya relevancia social y forense es elevada, no tanto por la entidad en sí misma, como por la marginalidad que le rodea.

Las parafilias son las que con más frecuencia van a originar nuestra intervención. Factores a tener en cuenta:

- Las características del propio trastorno: aunque no todo parafílico tenga que ser necesariamente un delincuente sexual, sí es frecuente que los delincuentes sexuales tengan algún tipo de conducta parafílica –en referencia al sadismo y pedofilia-. Además, el impulso sexual en estos sujetos es más violento y exigente ya que sus posibilidades de expresión sexual son muy limitadas, y a mayor dificultad para satisfacer sus necesidades más apremiante e incontrolable es el impulso, impulsándolo a transgredir la ley.

- Los sujetos con sadismo sexual son los más proclives a realizar actos violentos viéndose inmersos en agresiones de diversa importancia. El exhibicionismo y voyeurismo, lejos de lo que se piensa vulgarmente no suelen presentarse como peligrosos. Una forma particularmente peligrosa de masoquismo sexual es la llamada "hipoxifilia", que supone la excitación sexual a través de la privación de oxígeno, obtenida mediante comprensión torácica, nudos, ligaduras, bolsas de plástico, máscaras o productos químicos. A causa de fallos en la colocación del nudo o de las ligaduras o a otras equivocaciones, con alguna frecuencia hay muertes accidentales.

XII.1. Imputabilidad

Si la imputabilidad radica en la capacidad para comprender lo ilícito del hecho realizado y de actuar conforme a dicha comprensión, en líneas generales, se puede afirmar que los parafílicos son imputables, ya que poseen plena capacidad de querer, de entender, de obrar y una absoluta

claridad de conciencia -clínicamente estarían encuadrados dentro de lo que denominamos en la Psicología clínica perversión -.

Hecha esta afirmación general, debemos matizar que hay casos en los que la conducta parafílica es fruto de una situación pseudocompulsiva en la que libertad volitiva - capacidad de actuar con libertad- puede estar seriamente comprometida. En estas situaciones se podría hablar de semiimputabilidad y, lo que es más importante, insistir en que las penas privativas de libertad no son las más adecuadas para estas personas, debiendo ser sustituidas por tratamiento dentro de las llamadas medidas de seguridad.

En síntesis, habrá que ir al caso concreto, estudiando los antecedentes clínicos, el entorno sociocultural, la comorbilidad con otros trastornos como el consumo de tóxicos y alcohol o los trastornos de personalidad. Cuando el trastorno sexual es sintomático de una psicosis o de otro trastorno, en la imputabilidad imperará el trastorno a la base.

XIII. Trastornos en el control de los impulsos: trastornos explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico

Los elementos centrales de este tipo de trastornos es la dificultad de resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. Desde un punto de vista conceptual un impulso incontrolable y, por lo tanto, patológico, se define por una serie de criterios clínicos:

•Fracaso en resistir un impulso peligroso.

•Tensión creciente antes del acto.

•Placer o alivio al realizar el acto que puede ir seguido de sentimientos de culpa o de remordimientos.

Se incluyen como formas clínicas más importantes y frecuentes el trastorno explosivo intermitente:

aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos dando lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

•la cleptomanía, robo.

•la piromanía, incendio.

•el juego patológico, juegos de azar.

•la tricotilomanía, arrancarse el pelo.

•los trastornos impulsivos no especificados.

La cleptomanía, la piromanía y el juego patológico son los más relevantes desde la psicología forense. Se podría decir que los trastornos en el control de los impulsos originan difíciles y complicadas peritaciones.



Los trastornos en el control de los impulsos son entidades todas ellas muy vinculadas a conductas ilegales, aunque, salvo excepciones, su importancia es irrelevante. En el peor de los casos, sobre todo en el llamado trastorno explosivo intermitente, nos vamos a encontrar con delitos de lesiones e incluso con el homicidio. También nos encontramos con otro tipo de conductas delictivas que forman parte de la esencia misma de los trastornos. Así tenemos el hurto del cleptómano, hurto que se caracteriza por ser inmotivado, carente de valor, no premeditado y claramente unido a la patología psicológica. Por último, podemos observar la existencia de otro tipo de actividades delictivas tales como la provocación de incendios en los pirómanos y el robo, la estafa, las falsificaciones y, en general, delitos contra la propiedad en los jugadores patológicos.

XIII.1. Imputabilidad

La imputabilidad en este tipo de alteraciones está en líneas generales disminuida, e incluso en algunos casos se puede hablar de una anulación completa de la imputabilidad; en la base de esos trastornos existe una perturbación severa del control volitivo, condición ésta sobre la que se

fundamenta la imputabilidad. El cleptómano, el pirómano, el ludópata, aunque saben lo que hacen, es decir, son conscientes de la ilicitud del hecho, actúan todos ellos motivados por un impulso irresistible o cuando menos difícilmente controlable por medio de la voluntad. Por ello, la imputabilidad se encuentra significativamente perturbada.

En España, el Tribunal Supremo ha concedido a la ludopatía significación atenuante a partir de la sentencia de 29 de abril de 1991.

XIV. Trastorno de la personalidad: trastorno antisocial

EL DSM-IV establece los siguientes tipos de Trastornos de la Personalidad:

- **Grupo A:** Trastorno paranoide, trastorno esquizoide y trastorno esquizotípico.
- **Grupo B:** Trastorno antisocial, trastorno límite, trastorno histriónico y trastorno narcisista.
- **Grupo C:** Trastorno por evitación, trastorno por dependencia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno no especificado.

El trastorno antisocial es el que más interés tiene desde un punto de vista forense. La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Este patrón ha sido denominado también psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. La conflictividad social marca el rasgo fundamental de la clínica de estas personalidades: hurtos, peleas, pertenencia a pandillas marginales violentas, escaso rendimiento laboral, mentiras patológicas, falta de remordimientos y de ansiedad, marcada pobreza afectiva y falta de motivación en la mayoría de sus conductas antisociales.

La peligrosidad de las personalidades antisociales es obviamente muy elevada ya que es su conducta antisocial la que caracteriza al cuadro clínico. No obstante, no podemos identificar psicopatía con delincuencia. Si bien es verdad que existen psicópatas delincuentes, no todos los delincuentes son psicópatas. Las personalidades antisociales se ven con frecuencia envueltas en multitud de actitudes delictivas como autores, encubridores o cómplices. Su desprecio por las normas de convivencia, su frialdad de ánimo y su incapacidad para aprender por la experiencia los hace eminentemente peligrosos.

XIV.1. Imputabilidad

Respecto a la imputabilidad de los trastornos de la personalidad, y más concretamente el trastorno antisocial de la personalidad, el tema ha sido muy debatido ya que, en un sentido estrictamente jurídico-psicológico, estos sujetos tienen conocimiento de la ilicitud de sus acciones y voluntad clara de infringir la normativa legal. Por esto, muchos autores ven en ellos absoluta imputabilidad, criterio éste también predominante entre los jueces. Por otro lado, están los autores que encuentran alterada la voluntad por la incapacidad para sentir, abogando por la existencia de semiimputabilidad. Finalmente, están los autores que los consideran inimputables al equiparar el trastorno antisocial a una enfermedad mental, aconsejando sustituir las penas privativas de libertad por medidas de seguridad.

En general, se aboga por declarar a los psicópatas como imputables. Se podría establecer una semiimputabilidad cuando:

•El delito cometido guarde relación directa con el tipo de trastorno de la personalidad.

•Que el trastorno de la personalidad sea intenso.

En suma, la psicopatía sólo atenúa la responsabilidad en casos excepcionales en los que puede objetivarse una disminución de la voluntad. Estos casos excepcionales tendrían que venir aparejados con medidas de prevención y tratamiento.

Bibliografía básica

• Andrés Pueyo, A. (2013). Manual de psicología jurídica e investigación criminal. Madrid: Pirámide.

• Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). The Psychology of Criminal Conduct (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.

• Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (2019). Introduction to Forensic Psychology: Research and Application (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

• Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (1997). Manual de Evaluación Psicológica. Madrid, Siglo XXI.

• Clemmer, D. (1940). The Prison Community. Boston: Christopher Publishing.

• García, J. y Sancha, V. A. (1983). Psicología Penitenciaria. Madrid: UNED.

• Garrido Genovés, V. (2005). Psicología criminal. Valencia: Tirant lo Blanch.

• Garrido Genovés, V., Stangeland, P., & Redondo Illescas, S. (2006). Principios de criminología. Valencia: Tirant lo Blanch.

• Goldstein, A. M. (2007). Forensic Psychology. Hoboken, NJ: Wiley.

• Heilbrun, K. (2001). Principles of Forensic Mental Health Assessment. New York: Kluwer Academic/Plenum.

• Landrove Díaz, G. Las consecuencias jurídicas del delito. Ed Tecnos, Madrid 2005.

• Manzanero, A. L. (2010). Psicología del testimonio. Madrid: Pirámide.

• Martínez Escamilla, M. y Sánchez Álvarez, M. P. (Coord.) (2011). Justicia restaurativa, mediación penal y penitenciaria: Un renovado impulso. Madrid: Reus.

• McGuire, J. (2002). Offender Rehabilitation and Treatment. Chichester: Wiley.

• Otto, R. K., & Douglas, K. S. (2010). Handbook of Violence Risk Assessment. New York: Routledge.

• Redondo Illescas, S., & Garrido Genovés, V. (2013). Principios de criminología aplicada. Valencia: Tirant lo Blanch.

• Rogers, R. (2008). Clinical Assessment of Malingering and Deception (3rd ed.). New York: Guilford Press.

• Téllez Aguilera, A. (2005). Nuevas penas y medidas alternativas a la prisión. Madrid: Edisofer.

• Weiner, I. B., & Otto, R. K. (2013). The Handbook of Forensic Psychology (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

• Zehr, H. (2010). El pequeño libro de la justicia restaurativa. Intercourse, PA: Good Books

Bibliografía complementaria

• Abel Souto, M. (2006). Teorías de la pena y límites al "ius puniendi" desde el Estado democrático. Madrid: Dilex.

Alonso-Quecuty, Mª. L. (1995). Psicología y testimonio. En M. Clemente (Ed.): Fundamentos de la psicología jurídica. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

• Aluja, A. (1989). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad: Estudio comparativo. Revista de Psicología Universitas Tarraconensis, XI.

• Andrés Pueyo, A., & Redondo Illescas, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo. Barcelona: Ariel.

• Arce, R., & Fariña, F. (2006). Psicología del testimonio y prueba pericial. Madrid: Biblioteca Nueva.

• Arce, R., & Fariña, F. (2014). Evaluación psicológica forense de la credibilidad y el testimonio. Madrid: Pirámide.

• Clemente, M. y Sancha (1989). Psicología social y penitenciaria. Madrid, Ministerio de Justicia.

• Echeburúa, E., Amor, P. J., & Corral, P. (2009). Trastornos de personalidad y violencia. Madrid: Pirámide.

• Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI.

• Esbec, E., & Gómez-Jarabo, G. (2000). Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad. Madrid: Edisofer.

• Esbec, E. (2012). El informe psicológico pericial en los procesos judiciales. Madrid: Dykinson.

• Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos mentales. Madrid: Pirámide.

• Garrido Genovés, V. (2005). El psicópata: un camaleón en la sociedad actual. Valencia: Algar.

• Igartua, I., Olalde, A., y Varona, G. (2012). Diccionario breve de justicia restaurativa. Una invitación interdisciplinaria e introductoria a sus conceptos claves. Saarbrücken: Editorial Académica Española.

• Luengo, M.A. y Carrillo, M.T. (1995). La psicopatía. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill.

• Muñoz Vicente, J. M. (2010). Manual práctico de psicología jurídica. Madrid: Síntesis.

• Redondo Illescas, S. (2008). Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes. Madrid: Pirámide.

• Redondo Illescas, S., & Andrés Pueyo, A. (2007). La psicología de la delincuencia. Barcelona: Ariel.

• Raine, A. (2000). Psicopatía, violencia y neuroimagen. En A. Raine y J. Sanmartín (Eds.), Violencia y psicopatía. Barcelona: Ariel.

• Sancha, V. A. y Miguel-Tobal, J.J. (1984). Tratamiento Penitenciario: su práctica. Madrid: Escuela de Estudios Penitenciarios

• Tamarit Sumalla, J. M. (2012). La victimología: cuestiones conceptuales y metodológicas. Valencia: Tirant lo Blanch.

• Varona, G. (2011). Justicia restaurativa. Valencia: Tirant lo Blanch.

• Tamarit Sumalla, J. M. (2012). La victimología: cuestiones conceptuales y metodológicas. Valencia: Tirant lo Blanch.

Cuestiones

1.Define con tus palabras el concepto de imputabilidad.

2. Eximentes que la ley prevé como hechos lícitos.

3. Define los factores individuales y situacionales.

4. Señala algunos de los trastornos del ánimo.

5.Define las parafilias. Que crees acerca de la imputabilidad.

Texto realizado por Enrique de la Torre M.
ISFAP