

APA:

SOLÍS ESPINOZA, A. (2022). Aspectos psicopatológicos de la inimputabilidad. *Revista Peruana de Ciencias Penales / Edición Especial: Teoría del Delito*, (36), 165-193.

ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA INIMPUTABILIDAD*

ALEJANDRO SOLÍS ESPINOZA (†)**

SUMARIO: 1. Nociones de inimputabilidad. 2. Inimputabilidad por anomalía psíquica. 2.1. Psicosis e inimputabilidad. 2.1.1. Las psicosis orgánicas. A. Psicosis orgánica senil y presenil. B. Psicosis alcohólicas. C. Psicosis debidas a drogas. D. Psicosis orgánicas transitorias. E. Otras psicosis orgánicas (crónicas). 2.1.2. Las otras psicosis (no orgánicas). A. Psicosis esquizofrénica. B. Psicosis afectivas. C. Estados paranoides. D. Otras psicosis no orgánicas. 2.2. Otros trastornos mentales e inimputabilidad. 2.2.1. Neurosis e inimputabilidad. A. La neurosis histérica disociativa. B. La neurosis ansiosa. C. La neurosis fóbica. 2.2.2. Trastornos de personalidad e inimputabilidad. 2.3. Retraso mental e inimputabilidad. 3. Inimputabilidad por “grave alteración de la conciencia”. 4. Inimputabilidad por alteraciones de la percepción. 5. Inimputabilidad por minoría de edad. Bibliografía.

RESUMEN:

En el presente artículo el profesor Alejandro Solís Espinoza realiza un estudio psicopatológico de la inimputabilidad como eximente de responsabilidad penal. En este panorama, desarrolla las implicancias de la anomalía psíquica, la grave alteración de la conciencia, las alteraciones de la percepción y la eximente por minoría de edad. Además, para el desarrollo del tema, se tiene en cuenta la normativa penal internacional y las indicaciones de la OMS.

PALABRAS CLAVE: Derecho Penal, culpabilidad, inimputabilidad, anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia, alteración de la percepción, minoría de edad, psicosis, trastornos mentales, neurosis.

TITLE: Psychopathological Aspects of Non-Imputability.

* Originalmente publicado en RPCP, Número 4, 1994, pp. 635-664.

** Ex Catedrático de Criminología y Derecho Penitenciario en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ABSTRACT:

In this article, Professor Alejandro Solís Espinoza conducts a psychopathological study on non-imputability as an exoneration from criminal responsibility. The article discusses the implications of mental disorders, severe alterations of consciousness, perception disorders, and the exoneration due to minority of age. Additionally, the study considers international criminal regulations and the guidelines of the World Health Organization (WHO).

KEYWORDS: Criminal Law, culpability, non-imputability, mental disorders, severe alteration of consciousness, perception disorder, minority of age, psychosis, mental disorders, neurosis.

1. NOCIONES DE INIMPUTABILIDAD

Es un principio del Derecho penal actual que la ausencia de imputabilidad exime de responsabilidad penal al agente de un hecho antijurídico. Sin embargo, las causales o condiciones de inimputabilidad son diversas para las legislaciones vigentes, aunque existen criterios básicos más o menos afines con diferencias específicas según cada legislación, lo que ha dado lugar a una doctrina y jurisprudencia con diversas tendencias.

Para Luis Jiménez De Asua, eran “causas de inimputabilidad la falta de desarrollo y salud de la mente, así como los trastornos pasajeros de las facultades mentales que privan o perturban en el sujeto la facultad de conocer el deber¹”, orientándose por criterios fisiológico-psiquiátricos, al considerar la falta de madurez que incluye al menor de edad, así como la patología mental. Criterio similar sigue el estudioso colombiano Nódier Agudelo quien considera que la “inimputabilidad es incapacidad para valorar la trascendencia del comportamiento o hecho que se realiza y/o la incapacidad de regular la conducta según las exigencias del derecho debido a inmadurez psicológica o a trastorno mental²”.

El profesor Alfonso Reyes, por su parte, afirma que la inimputabilidad supone que la persona se halla en incapacidad para conocer y comprender la antijuricidad de su conducta o para determinarse de acuerdo con esa comprensión. La razón de esa incapacidad es porque presente fallas de carácter psicosomático o sociocultural, y esas fallas “se evidencian en el desarrollo mental deficitario, inmaduro o senil, en trastornos biosíquicos permanentes o transitorios, en dificultades de acomodamien-

1 JIMENEZ DE ASUA, L. (1959). *La Ley y el Delito*. Hermes.

2 AGUDELO, N. (1986). *Los “inimputables” frente a las causales de justificación e inculpabilidad*. Temis.

to sociocultural o en obnubilación de la conciencia³". En este caso A. Reyes toma como elemento de análisis el Código penal colombiano de 1980 que incluye criterios bio-psíquicos y además socioculturales, porque dicha legislación penal consideró conveniente incluir como causal de inimputabilidad las condiciones culturales de ciertos grupos étnicos.

Desde la perspectiva de nuestra legislación y otras, podemos ver algunas tendencias. El Código penal peruano de 1924, que rigió 66 años indicaba que estaba exentos de pena (inimputables), según el artículo 85 e inciso 1º:

"El que comete el hecho punible en estado de enfermedad mental, de idiotez, o de una grave alteración de la conciencia y no posee en el momento de obrar la facultad de apreciar el carácter delictuoso de su acto o de determinarse según esta apreciación".

El Código penal colombiano de 1980, que es un cuerpo penal más actual, señala en su artículo 31 que:

"Es inimputable quien en el momento de ejecuta el hecho legalmente descrito, no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental".

El Código Penal del distrito Federal de México señala también, en parte de su artículo 15, que son circunstancias excluyentes de responsabilidad:

"padecer el inculgado, al cometer la infracción, trastorno mental o desarrollo intelectual retardado que le impida comprender el carácter ilícito del hecho o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad intencional o imprudencialmente".

Ambas normas son similares al señalar el *trastorno mental* y la *inmadurez psicológica* o *desarrollo intelectual retardado* como condiciones de inimputabilidad.

El vigente Código Penal peruano de 1991, que ha recogido la influencia de las legislaciones penales modernas, establece en el artículo 20, incisos 1º y 2º, lo siguiente:

*"Art 20.- Está exento de responsabilidad penal:
1º. El que por anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia o por sufrir alteraciones en la percepción, que afectan gravemente su concepto de la realidad,*

3 REYES, A. (1984). *Imputabilidad*. Temis.

no posea la facultad de comprender el carácter delictuoso de su acto o para determinarse según esta comprensión.

2°. *El menor de 18 años*".

INIMPUTABILIDAD

Código penal peruano de 1924	Código penal peruano de 1991	Código penal colombiano de 1980
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad mental • Idiotez • Grave alteración de la conciencia • Menor de 18 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalía psíquica • Grave alteración de la conciencia • Alteraciones en la percepción • Menor de 18 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno mental • Inmadurez psicológica • Menor de 16 años

En el esquema comparativo precedente, de nuestra legislación penal del 24 y el vigente, así como del C.P. colombiano, se anotan algunas semejanzas como diferencias sobre las condiciones de inimputabilidad. Sin embargo, centraremos el análisis de tales condiciones, según los criterios de nuestro vigente C.P. del 91, con algunas referencias respecto a las demás legislaciones.

2. INIMPUTABILIDAD POR ANOMALÍA PSÍQUICA

Antes de analizar los casos de inimputabilidad por "anomalía psíquica" que se estipula en nuestro Código penal de 1991, debemos precisar su acepción, que si bien es un término que se maneja dentro del ámbito de la psicopatología y la psiquiatría actuales, plantea sin embargo ciertas dudas y dificultades debido a la no uniforme clasificación psiquiátrica del presente siglo, aunque en las últimas décadas debido al esfuerzo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con sus clasificaciones decenales de todas las enfermedades, que incluyen las relativas a los *trastornos mentales*⁴, se ha alcanzado mayor precisión y cierta homogeneidad de los problemas mentales, comparado con lo que ocurría en las primeras décadas de nuestro siglo.

Sin embargo, la limitación que aún subsiste es que, no obstante que dentro de la psiquiatría se tiende a adoptar los criterios de la OMS, también se siguen clasificaciones nacionales como la norteamericana que tiene acogida por muchos psiquiatras, además de que algunos tratadistas, sobre todo psiquiatras forenses, tienden a seguir una clasificación a veces desactualizada, aunque ésta última limitación se observa igualmente en los trabajos de algunos penalistas.

No obstante, lo señalado, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS tiene vigencia en la mayoría de países, y hasta hace poco estuvo en

4 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (1978). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. (Vol. 1). / WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992). *Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (Vol. 1). (Tenth revision).

uso la Novena Clasificación (CIE-9) aprobada en 1975 y que rigió desde 1979, sin embargo a partir del año de 1993 está en vigencia la Décima Clasificación (CIE-10).

Tomando en cuenta la octava y novena clasificaciones de la OMS, en lo que se refiere a los problemas mentales, observamos en primer término que el título general que se emplea para lo que antes se encuadra bajo el rótulo genérico de enfermedades mentales o psiquiátricas, es el de *trastornos mentales*, que también se mantiene en la CIE-10 con el agregado de “*y conductuales*”⁵ y un reajuste importante de la nosología.

La clasificación de 1979 consideró cuatro grandes grupos, que desagregándolos en sus cuadros genéricos codificados con tres dígitos, del 290 al 319, abarca las siguientes categorías de trastornos mentales o *anomalías psíquicas*, las que influyen a su vez diversos trastornos más específicos:

1. Psicosis orgánicas (290 al 294).
2. Otras psicosis (295 al 299).
3. Trastornos neuróticos (300).
4. Trastornos de personalidad (301).
5. Desviaciones y trastornos sexuales (302).
6. Síndrome de dependencia del alcohol (303).
7. Dependencia de las drogas (304).
8. Abuso de drogas sin dependencia (305).
9. Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales (306).
10. Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte (307).
11. Reacción aguda ante gran tensión (308).
12. Reacción de adaptación (309).
13. Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión del encéfalo (310).
14. Trastorno depresivo no clasificado en otra parte (311).
15. Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte (312).

5 WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992). *Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemsm*. (Vol. 1). (Teth revisión).

16. Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia (313).
17. Síndrome hiperkinético de la niñez (314).
18. Retardo selectivo del desarrollo (315).
19. Factores psíquicos asociados con enfermedades clasificadas en otra parte (316).
20. Retraso mental (317 al 319).

De la clasificación anterior se puede inferir que el término “*trastorno mental*” es equivalente en parte, aunque de contenido más lato, a la denominación de “enfermedad mental”, que hoy no es muy empleada como sí lo fue en las primeras décadas del presente siglo. Sin embargo, aún hoy unos pocos hablan de enfermedad en sentido amplio, abarcando a todos los problemas mentales⁶. Asimismo, debemos señalar que algunos psiquiatras, en la primera mitad de nuestro siglo, fueron partidarios de considerar como enfermedad mental sólo los casos en que había una base orgánica morbosa detrás de la alteración psicológica, sobre todo bajo la influencia de Kurt Schneider⁷. Otros por su parte, sólo incluían bajo tal rubro a las psicosis (alineación), tal como H. Delgado⁸, siguiendo también a Schneider, excluyendo otros trastornos psíquicos como el retraso mental (oligofrenia), trastornos de personalidad (psicopatías), neurosis, entre otras anomalías, que como acota Frías, no eran consideradas “enfermedades mentales genuinas sino meros estados anormales del psiquismo”⁹.

Asimismo, hay que anotar que, fuera del contexto psicopatológico o psiquiátrico, puede parecer excesivo o demasiado grave equiparar como enfermos mentales tanto a un esquizofrénico (que padece una forma de psicosis), con un neurótico ansioso o un travestí, o a una personalidad histriónica, entre otros. Por ello probablemente, en la práctica legal y judicial más antigua, se tendió a considerar como “enfermedad mental”, básicamente a los trastornos más graves como son las psicosis, y esto puede observarse también en la redacción del Código penal de 1924, cuando se refería a la “enfermedad mental” que impide la facultad de apreciar el carácter delictuoso del acto o determinarse según dicha apreciación. Considerando aparte otras alteraciones mentales que no llegaban a dicho grado de severidad, salvo en ciertos casos.

6 WOODRUFF, R. / GOODWIN, D. / GUZE, S. (1978). *El Diagnóstico en Psiquiatría*. El Manual Moderno.

7 SCHNEIDER, K. (1963). *Patopsicología Clínica*. Paz Montalvo.

8 DELGADO, H. (1963). *Curso de Psiquiatría*. Científico-Médica.

9 FRIAS CABALLERO, J. (1981). *Imputabilidad penal*. Ediar.

Actualmente, el psiquiatra colombiano Roberto Serpa, en su *Tratado de Psiquiatría Forense* de 1979 sigue el criterio de considerar equivalentes los términos trastorno mental y enfermedad mental, cuando literalmente afirma que “las enfermedades o trastornos mentales se han dividido en varios grupos o clases¹⁰...”. Al respecto debemos reiterar que las clasificaciones actuales emplean la denominación genérica de *trastorno mental*, como se aprecia en la CIE-9 y CIE-10 de la OMS y en el DSM-III norteamericano, que incluyen a todas las anomalías psíquicas de diversa duración y gravedad. Similar nomenclatura siguen algunas legislaciones penales, como la colombiana de 1980 y el Código penal del distrito Federal de México que ya hemos citado. Al respecto Irma Amuchategui, al comentar la ley mexicana dice que el “trastorno mental incluye cualquier alteración o mal funcionamiento de las facultades psíquicas, siempre y cuando impidan al agente comprender el carácter ilícito del hecho o conducirse acorde con esa comprensión. Puede ser transitorio o permanente, por ingestión de alguna sustancia nociva o por un proceso patológico interno¹¹”.

Nuestro Código penal de 1991, tal como hemos visto, opta también por un término lato: *anomalía psíquica*, bastante afín al término empleado en las clasificaciones psiquiátricas contemporáneas, que es el de *trastorno mental*, sin embargo, nuestro legislador separó en un rubro aparte a la “*Grave alteración de la conciencia*” como un problema diferente, cuando realmente es una especie de la anomalía psíquica o trastorno mental. Por ello creemos que la redacción del Código Penal colombiano y la Ley mexicana, son en este aspecto, mucho más adecuadas al emplear el término genérico de uso actual en la nosología psiquiátrica: Trastorno mental, y no haber explicitado las especies de anomalías que generan inimputabilidad, aunque sin embargo más adelante el texto colombiano hace mención de la modalidad trastorno mental transitorio.

Similar parecer expresan algunos psiquiatras forenses, como A. Langeluddeke¹², e incluso el ya citado Roberto Serpa, que en un artículo del año de 1982, posterior a su Tratado de 1972, al comentar sobre la inimputabilidad en el nuevo Código penal colombiano de 1980 se inclina por entender la denominación de *trastorno mental*, como un término muy amplio que comprendería no sólo a las “enfermedades mentales propiamente dichas, sino algunas otras anormalidades psíquicas menos severas tales como las neurosis, las *graves alteraciones de la conciencia*, de las emociones y ciertos trastornos de la personalidad¹³...”. Del mismo parecer es

10 SERPA, R. (1979). *Tratado de Psiquiatría forense*. Temis.

11 AMUCHATEGUI, I. (1993). *Derecho Penal*. Haría.

12 LANGELUDDEKE, A. (1972). *Psiquiatría forense*. Espasa-Calpe.

13 SERPA, R. (1982). Peritación psiquiátrica é inimputabilidad. *Derecho Penal y Criminología*, (17).

también Roberto Solorzano, para quien el “trastorno mental es un término genérico que incluye toda la patología mental, desde los trastornos de la personalidad, pasando por la neurosis y psicosis, hasta las conductas compulsivas¹⁴”, aunque erróneamente excluye el retraso mental porque considera que no es una “enfermedad”, deslizándose todavía una apreciación supérstite de la psiquiatría de la primera mitad de nuestro siglo.

En suma, retomando la legislación peruana que habla de *anomalía psíquica*, debemos interpretarla en sentido equivalente al de *trastorno mental*, pero restringida a los cuadros o anomalías que afectan gravemente el concepto de la realidad, y que no permiten comprender el carácter ilícito del acto o de determinarse según dicha apreciación, lo que significa que si el imputado padece un “trastorno mental” que no ocasiona esas limitaciones, no tendrá importancia o valor para alegar la inimputabilidad. Por ello revisaremos los trastornos que tienen mayor importancia como condiciones de inimputabilidad, destacando sobre todo las *psicosis, retardo mental y otras anomalías psíquicas*. Asimismo, comentaremos la “grave alteración de la conciencia”, que el legislador peruano inadecuadamente la ha separado del rubro “trastorno mental” que es más genérico, manteniendo una entidad antigua y ambigua en su contenido, con raigambre en la psiquiatría forense de fines del siglo XIX y que hoy *ad portas* del siglo XXI ha logrado un desarrollo importante que es el que debe auxiliar al derecho.

2.1. Psicosis e inimputabilidad

La *psicosis* es un trastorno mental que ha recibido una nomenclatura variada por las diversas leyes y códigos penales a lo largo de la historia, habiéndose empleado los términos de “alineación mental”, “vesania”, “insania”, “furia”, “enajenación mental”, “locura”, “demencia” y a veces “enfermedad mental”, que son denominaciones antiguas y en cierto modo equivalentes al término *psicosis* de la psiquiatría actual, como ya lo hemos señalado. Al respecto, nuestro Código penal de 1924, incluso cuando se refería a ciertas víctimas que padecían psicosis, hablaba de la “enajenada” (Art. 198 y Art. 392 inciso 1º).

Dentro de este contexto, las *psicosis* que se describen en las clasificaciones psiquiátricas actuales, abarcan varios tipos o categorías, ubicadas dentro de los dos grandes grupos que considera la OMS-75: Psicosis orgánicas, y otras psicosis (llamadas endógenas por la psiquiatría alemana o funcionales por la corriente norteamericana).

14 SOLORZANO, R. (1990). *Psiquiatría, Clínica y Forense*. Temis.

Según la experiencia psiquiátrico forense se puede apreciar que las psicosis son generalmente las causas de inimputabilidad más frecuentes. Al respecto, según la OMS-75, la psicosis es un trastorno “en el cual el menoscabado de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la comprensión (introspección) y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad¹⁵”. Asimismo, debemos anotar que el número de psicosis es bastante grande, y sólo haremos una presentación sumaria de las más importantes en el campo forense penal.

2.1.1. Las psicosis orgánicas

Son síndromes “en los cuales se presenta un deterioro de la orientación, de la memoria, de la comprensión, de la habilidad para el cálculo, de la capacidad para el aprendizaje y del juicio. También puede encontrarse superficialidad o labilidad del afecto o una persistente alteración del ánimo, mengua de las normas éticas, aparición de nuevos rasgos de la personalidad o exageración de las preexistentes¹⁶”. En estos casos hay un factor orgánico que condiciona la psicosis por deterioro cerebral, procesos tóxicos u otras anomalías orgánicas. Dentro de este grupo existen a su vez diversas categorías como las siguientes:

A. *Psicosis orgánica senil y presenil (290)*

Abarca diversas especies particulares de trastornos, como la demencia senil (290.0), demencia presenil (290.1), entre otras, en la que el psicótico orgánico senil o presenil, debido a su demencia asociada a la ancianidad, puede ser una persona inimputable si el deterioro mental es de tal grado que impida su comprensión de la realidad.

B. *Psicosis alcohólicas (291)*

Son trastornos psicóticos que se desencadenan debido principalmente a la ingestión crónica de bebidas alcohólicas, o con escasa ingesta alcohólica por condiciones de idiosincrasia personal. No deben confundirse con el alcoholismo crónico ni con la embriaguez, que también ocasionan alteraciones diversas, pero que están catalogadas como otras variedades de trastornos mentales (303, 304, 305).

15 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (1978). Clasificación Internacional de Enfermedades. (Vol. 1).

16 Ídem.

Existen diversos tipos de psicosis alcohólica, cuya repercusión como factor de inimputabilidad debe ser valorado en cada caso concreto, como el “delirium tremens” (291.0), “embriaguez patológica” (291.4), “celotipia alcohólica” (291.5), “síndrome de abstinencia alcohólica” (Otras 291.8), etc.

C. *Psicosis debidas a drogas (292)*

Son trastornos psicóticos muy variados, originados por el consumo generalmente crónico de dichas sustancias, con algunas excepciones. Sobre todo del tipo de las anfetaminas, barbitúricos, opiáceos y LSD. Aunque también se dan manifestaciones psicóticas con el uso de la cocaína y de la marihuana. En todos estos casos, el *trastorno mental* psicótico puede ser una causal de inimputabilidad del encausado por un acto ilícito cometido en tal estado.

Algunos cuadros específicos son el “síndrome de abstinencia de droga” (292.0) el “estado paranoide o alucinatorio inducido por droga” (292.1), la “intoxicación patológica por drogas” (292.2), etc.

D. *Psicosis orgánicas transitorias (293)*

Trastornos caracterizados por obnubilación de la conciencia, confusión, desorientación, ilusiones y a menudo alucinaciones vividas, debidos a un trastorno cerebral o extra-cerebral de origen tóxico, infeccioso, metabólico o general, y por lo común reversibles. La psicosis transitoria denominada “Estado confusional agudo” (293.0), que dura horas o días, incluye a su vez los casos de: Psicosis orgánica post-traumática aguda, Estado crepuscular epiléptico, Psicosis agudas por trastorno cerebrovascular o endocrino o metabólico o infeccioso, entre otros. Algunas de estas psicosis, así como varias de las alcohólicas y las debidas a drogas, entre otras fueron consideradas dentro de la “grave alteración de la conciencia” o “trastorno mental transitorio” (T.M.T.), por la psiquiatría forense de la primera mitad del siglo XX, por lo que opinamos que inadecuadamente se le mantiene como una entidad aparte en nuestro actual Código penal.

Otra psicosis orgánica transitoria es el “Estado confusional subagudo” (293.1), que es un cuadro psicótico que persiste semanas o más tiempo, y describe un trastorno pasajero orgánico que puede originar inimputabilidad.

E. *Otras Psicosis orgánicas (crónicas) (294):*

Incluye algunas formas de trastorno mental, desde la psicosis de Korsakov no alcohólica (294.0), hasta las demencias que ocurren en enfermedades clasificadas en

otra parte (294.1), tales como las demencias en la corea de Huntington, epilepsia, degeneración hepatolenticular, parálisis general progresiva, lipidosis cerebral, entre otras.

2.1.2. Las otras psicosis (no orgánicas)

Son los trastornos más importantes y probablemente los más graves, y que tienen mayor incidencia dentro del campo forense penal. En otras clasificaciones también se les ha denominado “Psicosis endógenas” o “psicosis funcionales”. Existen también varios tipos de estas psicosis.

A. *Psicosis esquizofrénica (295)*

Es un “grupo de psicosis que presenta un desorden fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, con frecuencia un sentimiento de estar controlado por fuerzas ajenas, ideas delirantes que pueden ser extravagantes, alteraciones de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación real u autismo¹⁷...”.

Este grupo de psicosis abarca diversas variantes como la “esquizofrenia tipo simple” (295.0), “esquizofrenia tipo hebefrénico” (295.1), “esquizofrenia tipo catatónico” (295.2), “esquizofrenia tipo paranoide” (295.3), entre otras.

Dada la gravedad de este trastorno mental, que ocasiona pérdida del sentido de la realidad y alteraciones diversas del pensamiento, así como del afecto, la percepción, entre otras, la inimputabilidad del sujeto esquizofrénico es notoria. Sin embargo, es necesario señalar que no siempre el cuadro esquizofrénico, en sus diversos subtipos, se presenta lo suficientemente claro, sobre todo en sus fases iniciales.

Al respecto podemos señalar que los trastornos más frecuentes en nuestro medio, que ocasionan inimputabilidad, según menciona Víctor Prado¹⁸, son los esquizofrénicos, lo que en nuestra indagación personal también hemos constatado, alcanzando la más alta incidencia porcentual respecto a otros trastornos mentales.

B. *Psicosis afectivas (296)*

También conocidas como psicosis maniáco-depresivas. son trastornos mentales en los que “hay una alteración grave del ánimo (compuesta casi siempre de depresión y ansiedad, pero que también se manifiesta como alborozo y excitación),

17 Ídem

18 PRADO, V. (1993). *Comentarios al Código Penal de 1991*. Alternativas.

acompañado de uno o más de los siguientes síntomas y signos: ideas delirantes, perplejidad, perturbación de la actitud hacia sí mismo, trastornos de la percepción y del comportamiento¹⁹...”.

Esta anomalía incluye también diversos subtipos como los siguientes: “tipo maniaco” (296.0), “tipo depresivo” (296.1), “circular en fase maniaca” (296.2), “circular en fase depresiva” (296.3), entre otros.

Es una psicosis, como se puede apreciar en su caracterización, que se diferencia de la esquizofrenia, pero que también tiene incidencia forense penal como condición de inimputabilidad.

En esta psicosis, cuya expresión psicopatológica descrita se presenta en determinadas etapas de la vida de una persona, puede ocurrir diversos problemas psicológico-forenses sobre todo si la acción crimonosa se produce en un período donde no se manifiesta el brote maniaco o el brote depresivo. Pero en este como en cualquier trastorno mental, lo que importa es el estado de anomalía psíquica durante el evento delictivo. Al respecto Roberto Serpa dice que hay psicosis periódicas como la “maniaco-depresivas, que cursan con largos períodos asintomáticos y no puede, en sana lógica, considerarse en estado de enajenación mental a un maniaco-depresivo durante las fases de salud compensada, asintomática, o sea, cuando no está en las fases de excitación maniaca o de depresión melancólica²⁰”.

C. *Estados paranoides (297)*

Son trastornos psicóticos en los cuales la anomalía esencial es un delirio generalmente de persecución o de grandeza. De dicho delirio se derivan alteraciones del estado de ánimo, la conducta y el pensamiento. Incluye variedades como el “estado paranoide simple” (297.0), la “paranoia” (297.1), “parafrenia” (297.2), “psicosis inducida” (297.3), entre otras. En estos casos, como no existe una manifestación de signos y/o síntomas muy floridos ni desorganización de la personalidad, puede ser más difícil el diagnóstico y generar la duda en lo concerniente a la inimputabilidad del sujeto con este síndrome de estado paranoide.

D. *Otras psicosis no orgánicas (298)*

Incluye algunos trastornos psicóticos “atribuibles, en gran parte o enteramente, a una reciente experiencia en la vida”. Se manifiesta en formas depresivas, agita-

19 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (1978). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. (Vol. 1).

20 SERPA, R. (1979). *Tratado de Psiquiatría forense*. Temis.

das, confusionales, paranoides, entre otras. Probablemente son los casos más difíciles de precisar, y en la que la inimputabilidad del sujeto se puede discutir, y que en otros casos se considerarían como estados incompletos de inimputabilidad.

2.2. Otros trastornos mentales e inimputabilidad

Además de las psicosis, como ya lo hemos señalado existen diversos trastornos mentales, como las *neurosis*, *los trastornos de personalidad*, entre otros, dentro de los cuales algunos cuadros particulares de tales anomalías pueden llegar a producir inimputabilidad en ciertos casos especiales, no obstante que la neurosis y los trastornos de personalidad no tienen la gravedad de las psicosis.

2.2.1. Neurosis e inimputabilidad

Probablemente en la mayoría de casos no constituye un trastorno suficiente para avalar la inimputabilidad, sin embargo dentro de algunas neurosis se puede llegar a ciertos niveles de alteración mental que pueden producir la inimputabilidad del sujeto, tales como:

A. La neurosis histérica disociativa

Que a veces puede propiciar en algunos pacientes “estados crepusculares” que alteren su capacidad y sentido de la realidad.

B. La neurosis ansiosa

Esta anomalía psíquica no puede ser considerada de similar gravedad que una psicosis, sin embargo, en ciertos casos los *estados de pánico* que son muy severos en algunos pacientes, pueden condicionar situaciones de inimputabilidad del agente.

C. La neurosis fóbica

También en algunos casos.

2.2.2. Trastornos de personalidad e inimputabilidad

Probablemente en este tipo de alteraciones, conocidas hace algunas décadas atrás como *psicopatías* se discuta todavía si se justifica hablar de causal de inimputabilidad, aunque probablemente tampoco pueda afirmarse una responsabilidad plena, como lo veremos más adelante. No obstante lo dicho, debemos anotar el caso del

trastorno de *personalidad impulsiva*, antes llamado “psicopatía epileptoide”, ya que puede ser un trastorno que genere la inimputabilidad del agente, y que dentro de la psiquiatría forense de los primeros cincuenta años del presente siglo, a veces bajo diversos nombres se le consideró como una *grave alteración de la conciencia*, lo que debe ser evaluado en cada caso concreto. Algunos otros trastornos de personalidad lo veremos en el rubro concerniente a la imputabilidad disminuida.

2.3. Retraso mental e inimputabilidad

Este tipo de trastorno psíquico no está especificado en el Código penal de 1991, y creemos que acertadamente ya que se halla incluido dentro del concepto genérico de Anomalía psíquica o *trastorno mental*, tal como ya lo hemos considerado.

El retraso mental (317 a 319), es similar en parte, a la “idiotez” que mencionaba nuestro Código penal de 1924 y que constituía el nivel más grave y profundo de la *oligofrenia* (oligos = poco, y phrenos = inteligencia), que los italianos llamaban *fre-nastenia*, denominaciones antiguas que ya desde varias décadas atrás han sido reemplazadas por “retraso mental” o “retardo mental”, aunque a veces algunos psiquiatras forenses contemporáneos todavía emplean dicho término obsoleto, como puede apreciarse en los tratados de Bonnet²¹, Cabello²², Langeluddeke²³, Solórzano²⁴, entre otros. Esto se observa también en algunos penalistas ilustres, que manejan tales denominaciones, como Bacigalupo²⁵ y sus seguidores, así como por Alfonso Reyes²⁶, quien incluso erróneamente lo incluye dentro de las psicosis.

En el campo psicológico contemporáneo se entiende que el retraso mental es un trastorno específico caracterizado por un déficit en el desarrollo intelectual, con varios niveles de deficiencia, cuyas causas son diversas o multidimensionales, que se presenta desde el nacimiento o desde los primeros meses de existencia.

Los niveles del retardo mental, según la psicopatología contemporánea, generalmente son cuatro, diferenciándose entre ellos por diversos criterios, entre los que se considera el grado del cociente intelectual (C.I.) que se puede medir por alguna prueba o test de inteligencia, las características de su desarrollo psicomotor (en la primera infancia), su capacidad de adiestramiento escolar, así como su grado de adecuación social.

21 BONNET, E. (1983). *Psicopatología y Psiquiatría Forenses*. (Tomo I). López Libreros Editores.

22 CABELLO, V. (1982). *Psiquiatría forense en el derecho penal*. (Tomo II-B). Hammurabi.

23 LANGELUDDEKE, A. (1972). *Psiquiatría forense*. Espasa-Calpe.

24 SOLÓRZANO, R. (1990). *Psiquiatría, Clínica y Forense*. Temis.

25 BACIGALUPO, E. (1981). *Manual de Derecho Penal. Parte general*. Temis.

26 REYES, A. (1984). *Inimputabilidad*. Temis.

El C.I. sirve para delimitar cuantitativamente los cuatro niveles de retardo, cuya equivalencia con los grados de la antigua denominación de oligofrenia (de origen alemán), o frenastenia (nomenclatura italiana), o debilidad mental (denominación norteamericana), es la siguiente²⁷:

Retraso mental	Oligofrenia
1. Retardo mental leve o discreto.....: CI 50-70	-Debilidad mental.....: CI 50-69
2. Retardo mental moderado.....: CI 35-49	-Imbecilidad.....:CI 25-49
3. Retardo mental grave.....: CI 20-34	-Idiocia.....: CI menos de 25
4. Retardo mental profundo.....: CI menos de 20	

Sin embargo, debemos precisar que no siempre todos los grados de retraso mental pueden ser condiciones de inimputabilidad plena, esto debido a que la capacidad de los diversos niveles presentan diferencias importantes, en las que algunos de ellos si justifican la inimputabilidad en todos los casos, pero no, por ejemplo, según algunos autores, el grado leve o discreto²⁸. Similar idea plantea Osvaldo Tieghi, quien empleando la nomenclatura antigua afirma que la “debilidad mental, por si, no equivale a insuficiencia significativa, como causal de inimputabilidad²⁹...”. En sentido opuesto se pronuncia Jaime Naquira³⁰, que basado en criterios jurídicos de igualdad, así como el de considerar la ley más benigna para el reo, el *in dubio pro reo*, entre otros, plantea que el “débil mental” (Retardo mental leve) debe ser considerado inimputable, ya que si su capacidad mental es inferior a la de una persona de 16 años y siendo inimputables los menores de edad, el “débil mental” también lo debe ser. Argumento discutible desde nuestro punto de vista.

Generalmente las personas con niveles de retraso mental grave y profundo, tienen un déficit muy serio de su capacidad intelectual y de su comprensión en general, y requieren por ello de asistencia o ayuda para alcanzar a satisfacer sus necesidades vitales. Precisamente estos casos de retardo intelectual justifican la inimputabilidad del actor por el hecho antijurídico cometido, y son similares en gran parte con las denominaciones obsoletas de “idiocia” e “imbecilidad” de la antigua oligofrenia. Al respecto, nuestro Código penal del 24 sólo hacía mención del “idiotia profundo”, lo mismo que su fuente legal suiza, lo que en una interpretación literal podría haberse entendido que el oligofrénico imbecil no era inimputable, sin embar-

27 SOLIS ESPINOZA, A. (1988). *Criminología: Panorama Contemporáneo*. Desa.

28 LANGELUDDEKE, A. (1972). *Psiquiatría forense*. Espasa-Calpe.

29 TIEGHI, O. (1989). *Tratado de Criminología*. Editorial Universidad.

30 NAQUIRA, J. (1991). Debilidad mental e inimputabilidad penal. En: *Derecho penal: homenaje al Doctor Raúl Peña Cabrera*. Ed. Jurídicas.

go en la práctica judicial, incluso en el derecho comparado, se le consideró también como causal de inimputabilidad.

Debemos agregar que en los casos de retardo grave y profundo, las características del retraso mental son perceptibles, en términos generales, incluso para el profano en estos conocimientos, por lo que en el proceso penal no debe existir mayor problema que declarar la inimputabilidad. Esto no ocurre en los casos de retardo moderado, sobre todo si el retrasado ha sido entrenado con estimulación especial lo que puede generar dudas, en ciertos casos, sobre su deficiencia intelectual y como consecuencia a veces se discute la posibilidad de declararlo totalmente inimputable.

En caso del retardo mental leve, teniendo en cuenta sus características intelectivas y de adecuación social, y en todo caso de acuerdo a su nivel de escolaridad recibido, nos inclina a señalar que no puede ser considerado siempre inimputable, como veremos más adelante. Salvo que haya sido criado en un ambiente de privación social severa que haya incidido en ahondar su déficit intelectual, lo que tendría que valorarse en el caso concreto. No creemos como afirma Naquira, que todavía hace uso de la denominación antigua de “debilidad mental”, que en todo caso deba ser considerado totalmente inimputable, pero si parcialmente responsable; y como lo hemos dicho ya, según cada caso concreto, podría en ciertas condiciones avalar la inimputabilidad, criterio que en cierto modo también plantea Frías Caballero³¹.

3. INIMPUTABILIDAD POR “GRAVE ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA”

En nuestro Código Penal de 1991 se mantiene la causal “grave alteración de la conciencia” (G.A.C.), que también había sido considerada en el Código Penal de 1924, separándola de la eximente genérica *anomalía psíquica*, término este que según nuestro punto de vista y de la nomenclatura psiquiátrica actual, abarca todos los tipos de alteraciones mentales, desde las más graves hasta los trastornos mentales menos severos, sean permanentes o transitorios, y condicionados por factores de carácter orgánico o de índole socio-emocional.

Debemos anotar que la tesis de la “grave alteración de la conciencia” surgió en una época en que la psiquiatría de fines del siglo pasado se hallaba en un período de ausencia de sistematización. En dicho contexto, las ideas de Richard Von Krafft Ebing (1840-1903), influyeron decisivamente, sobre todo con la publicación de su obra *Medicina Legal de los Alienados* (1885), en dos volúmenes, en cuyo primer tomo: *Medicina Legal de los Alineados en Derecho Penal*, analizó la capacidad de imputación, y planteó también por vez primera los “estados de inconsciencia pato-

31 FRIAS CABALLERO, J. (1981). *Imputabilidad penal*. Ediar.

lógica” que debido a su fugacidad, gravedad y falta completa de memoria posterior, debían distinguirse de las enfermedades mentales crónicas y autónomas, idea que es recepcionada dentro de una psiquiatría que aún no había consolidado una nosología más o menos consensual, lo que va a ocurrir en su primera versión a fines del siglo XIX e inicios del XX con Kraepelin; posteriormente dicho problema va a ser denominado “grave perturbación de la conciencia”.

Bajo dicho ámbito de ideas es acogida en nuestra legislación penal de 1924 y se mantiene inadecuadamente hasta el presente. Asimismo, se incluyó en otros ordenamientos legales con igual denominación o bajo el rubro de “*trastorno mental transitorio*” (T.M.T.), que por primera vez habría sido estipulado en el Código Penal soviético de 1927, según aseveración de Enrique Henríquez³², y en 191 por el Código Penal mexicano en su Art. 15, que habló de estado de inconciencia determinado por ciertas condiciones o por trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio³³, y posteriormente por el Código Penal español de 1932.

La fórmula de “trastorno mental y transitorio” (T.M.T.) considerada en la Ley española de 1923, que habría sido redactada por Jiménez De Asúa y el psiquiatra José Sanchis Banus, para superar el empleo del término “inconciencia”, tenía en su artículo 8°:

“Está exentos de responsabilidad criminal: el enajenado y el que se halle en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito...”

El Código de Defensa Social cubano de 1932 también estipuló, en su artículo 34, que eran inimputables:

“...el enajenado y el que se halle el tiempo de cometer el delito en estado de trastorno mental, aunque fuere de carácter transitorio”.

El anterior Código Penal colombiano de 1936, en su artículo 29 hacía referencia a la:

“... enajenación mental, grave anomalía psíquica o intoxicación crónica por alcohol u otras sustancias...”

Asimismo, el Código Penal Tipo Latinoamericano dice que:

32 HERIQUEZ, E. (1955). Factores patológicos y criterios de peligrosidad en el trastorno mental transitorio médico-legal. *Criminalia*, (7).

33 LANGELUDDEKE, A. (1972). *Psiquiatría forense*. Espasa-Calpe.

“No es imputable quien, en el momento de la acción u omisión, y por causa de enfermedad mental, de desarrollo psíquico incompleto o retardado, o de grave perturbación de la conciencia, no tuviere la capacidad de...”.

Como se puede deducirse de los textos normativos anteriores, la tendencia interpretativa dominante en la presente centuria, ha seguido el criterio surgido en el siglo pasado de que la “enajenación mental” (hoy psicosis) o enfermedad mental, es diferente a la G.A.C. o .T.M.T. Sin embargo, estas últimas anomalías no se incluyen en las clasificaciones psiquiátricas actuales, y constituyen entidades inexistentes en las ciencias médicas, como también lo afirma Luis Carlos Pérez³⁴. En otros términos, son denominaciones empleadas en las legislaciones penales con un contenido ambiguo y variado, según el criterio dispar de cada psiquiatra que lo interpreta o el parecer de los penalistas que lo comentan.

En nuestra legislación penal, además de los criterios psicopatológicos que supone dicha G.A.C., se consideran algunos aspectos jurídicos incluidos en la letra de nuestro código, al adicionar a dicha alteración la condición de no poseer “la facultad de comprender el carácter delictivo de su acto o para determinarse según esta comprensión”. En este caso, siguiendo el criterio antiguo, se entiende que abarca una variedad de alteraciones psíquicas breves, que ocasionan distorsión y perturbación de la conciencia o de la lucidez mental en forma transitoria, y que por ello se justifica la inimputabilidad del agente que se halla en tal estado durante el evento delictivo. O bien se considera también que se trata de un conjunto de síntomas de algunas enfermedades mentales (trastornos mentales).

Estas últimas más bien se dice que son anomalías más o menos largas o crónicas y con base patológica, idea que se puede apreciar en la redacción de nuestra legislación de 1924 y que se mantiene prácticamente igual en el Código Penal de 1991³⁵, y se observa también en legislaciones de raigambre antigua.

GRAVE ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA	TRASTORNOS MENTALES
Diversas Síntomas especiales anomalías psíquicas breves.	-Psicosis orgánicas -Psicosis no orgánicas -Neurosis -Trastornos de personalidad -Etc.

34 PEREZ, L. (1980). Imputabilidad e inimputabilidad. *Derecho Penal y Criminología*, (12).

35 BRAMONT ARIAS, L. / BRAMONT-ARIAS TORRES, L. (1995). *Código Penal anotado*. San Marcos. / PEÑA CABRERA, R. (1994). *Tratado de Derecho Penal. Estudio Programático de la Parte General*. Grijley.

Precisamente ese fue el criterio manejado por diversos psiquiatras forenses de fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. Es así que, en las postrimerías del siglo pasado, Krafft-Ebing presentó una clasificación de los estados en *inconciencia patológica*, en los que se consideró los siguientes cuadros:

1. Estados anormales del sueño y del ensueño.
2. Estados de inconciencia patológica por perturbación circulatoria aguda del cerebro.
3. Estados de inconciencia patológica por sustancias tóxicas.
4. Estados de inconciencia patológica por procesos patológicos exclusivamente físicos.
5. Estados de inconciencia patológica por estados pasionales.
6. Estados de inconciencia patológica en las mujeres de parto y después del parto (estado puerperal).

Cada estado de inconciencia abarcaba a su vez una variedad de anomalías específicas. En Latinoamérica también dicho criterio, diversos psiquiatras forenses, como E. Henríquez (1995), quien incluyó entre los casos de “trastorno mental transitorio” (T.M.T.), a las siguientes anomalías psíquicas³⁶:

- Delirio toxiinfeccioso.
- Anomalía en el palúdico.
- Intoxicaciones pasajeras e involuntarias.
- Estado crepuscular hípico (semisueño).
- Paralización del juicio por choque emocional.
- Embriaguez del sueño.
- Reacción violenta luego de ingerir pequeñas dosis de alcohol las cosas y agresión con furia.
- Estado crepuscular epiléptico.
- Efectos directos e indirectos de ingestión o inhalación de sustancias estupefacientes.
- Estados de carencia de morfínómanos, heroinómanos y opiómanos.

36 HERIQUEZ, E. (1955). Factores patológicos y criterios de peligrosidad en el trastorno mental transitorio médico-legal. *Criminalía*, (7).

Asimismo, es importante mencionar dentro de esta tendencia, pero ya más “moderna”, los criterios que presenta P. Bonnet (1964), para quien todos los casos de T.M.T. eran patológicos, pudiendo obedecer a causas endógenas o exógenas. Diferenció asimismo entre un T.M.T. completo y un T.M.T. incompleto, afirmando que en el primer caso se trataba “de un estado de alienación mental brevísimo³⁷”, acercándose prácticamente al criterio actual, en el que incluyó ciertas entidades como:

1. Ebriedad fisiológica completa.
2. Ebriedad patológica.
3. Ebriedad del sueño.
4. Manía o locura transitoria.
5. Sonambulismo.
6. Hipnosis.
7. La psicosis post-partum (no el “estado puerperal” que es T.M.T. incompleto).
8. La epilepsia paroxística sea como forma clásica, sea como “equi-valente”.
9. El “raptus” emocional o pasional.
10. Los estados oníricos (no oniroides).

El T.M.T. incompleto estaba representado, según Bonnet, de manera absoluta, por los llamados “*estados crepusculares*”, cuadros mentales en los que existen resabios de atención, memoria, de conciencia, como “un estado de semialienación”. En el incluyó:

- Estados oniroides.
- Delitos reflexoides de Hans Gross.
- Emociones violentas.
- Estado puerperal.
- Estados preparoxísticos epilépticos.
- Estados post-paroxísticos epilépticos.

En un estudio posterior, Roberto Serpa (1979), psiquiatra forense colombiano decía, respecto a la *grave anomalía psíquica* contemplada en el anterior Código penal colombiano de 1936, que en dicha anomalía “no deben incluirse las enfermedades mentales o sicosis (que son más bien enajenación mental o alienación)”,

37 BONNET, E. (1964). El trastorno mental transitorio. *Criminalía*, (4).

siguiendo un punto de vista erróneo y discordante con la clasificación psiquiátrica internacional vigente ya en ese año. Aunque luego señala “en qué enfermedades mentales o trastornos psíquicos podría invocar la grave anomalía psíquica”, lo que resulta incongruente con su primera apreciación, considerando entre otras, a la “embriaguez patológica”, que como se puede advertir es clasificada ya desde varias décadas atrás como una forma de Psicosis alcohólica; “los actos impulsivos”; “las explosiones o actos explosivos en corto circuito” (personalidad explosiva); “las crisis agudas de angustia”, tales como el pánico³⁸.

Alfonso Reyes distingue entre T.M.T. con secuela patológica y T.M.T. sin secuela patológica, el primero incluye algunas “formas leves de sicosis y de psicopatías de origen traumático, neurosis histérica, ciertos estados delirantes...”.

El T.M.T. sin secuela patológica se presenta cuando la perturbación sicosomática que estuvo presente en el momento en que el actor realizó comportamiento típico y antijurídico, desapareció sin dejar huellas clínicamente perceptibles. Las alteraciones tales como la sugestión hipnótica, el sonambulismo, la embriaguez del sueño, las alteraciones emocionales agudas o los estados febriles propios de ciertas enfermedades físicas, caben dentro de esta especie de trastorno mental³⁹.

Del T.M.T. sin secuela, que menciona A. Reyes, la sugestión hipnótica y el sonambulismo, que fueron inicialmente considerados por Krafft-Ebing, realmente no tienen mayor incidencia como causal de inimputabilidad y en rarísimos casos a lo más condicionarán situaciones de ausencia de acción y no de inculpabilidad. Al respecto, para Langeluddeke, los casos de delito bajo hipnosis “son tan extremadamente raros que carecen de importancia práctica⁴⁰”; por su parte Serpa afirma que “en cuanto a los posibles delitos cometidos en estado de sonambulismo o de perturbación del sueño son una hipótesis meramente académica que hasta donde sabemos no se presenta en la práctica⁴¹”. Los demás casos que enumera Reyes, según la intensidad de la anomalía se subsumirían dentro de alguno de los trastornos mentales que ya hemos glosado, de lo que se puede deducir que resulta redundante separarlos de su perspectiva genérica.

Si hacemos un recuento de las diversas alteraciones que se han venido considerando dentro del rubro de la G.A.C., apreciaremos que la mayoría de ellas se hallan descritas actualmente con mayor precisión, en la clasificación psiquiátrica contemporánea, como variantes de los trastornos mentales o anomalías psíquicas. Al

38 SERPA, R. (1979). *Tratado de Psiquiatría forense*. Temis.

39 REYES, A. (1984). *Imputabilidad*. Temis.

40 LANGELUDDEKE, A. (1972). *Psiquiatría forense*. Espasa-Calpe.

41 SERPA, R. (1982). Peritación psiquiátrica é inimputabilidad. *Derecho Penal y Criminología*, (17).

respecto podemos señalar que tradicionalmente se han considerado como formas de G.A.C., por los psiquiatras forenses mencionados y otros, a las siguientes anomalías:

- *Delirium tremens* (Hoy tipo de psicosis alcohólica)
- Ebriedad patológica (Hoy otro tipo de psicosis alcohólica)
- Delirio debido a drogas (Hoy psicosis debido a drogas)
- Síndrome de abstinencia (Hoy tipo de psicosis alcohólica o debido a drogas)
- Estado crepuscular epiléptico (Hoy tipo de psicosis orgánica transitoria)
- Delirio febril o toxiinfeccioso (Hoy tipo de psicosis orgánica transitoria)
- Etc.

Lo que hace redundante considerarlos como entidades patológicas, separadas y diferentes a los trastornos mentales o anomalías psíquicas.

Vicente Cabello (1982), con una perspectiva actual, y refiriéndose a la legislación argentina, considera desacertado el uso en psiquiatría forense del término trastorno mental transitorio por las siguientes razones, entre otras: “Crea “Prodomosua” al margen de las ciencias psiquiátricas una categoría taxonómica sin respaldo clínico ni psicopatológico, *abarcando todas las entidades morbosas de evolución aguda o sobre-aguda cuyo ordenamiento es del dominio exclusivo de la psiquiatría*.”

Cuando el derecho legisla sobre enfermedades mentales, ya hemos dicho que es de buena técnica emplear una terminología acorde con la nomenclatura de uso corriente en las ciencias psiquiátricas. De otra forma es ahondar el desconcierto que aún reina entre el derecho penal y la psiquiatría⁴²”.

Por todo lo expuesto nosotros consideramos, como ya lo hemos anotado, que las alteraciones que se incluyen en la G.A.C. por sus intérpretes, constituyen variantes particulares de *los trastornos mentales* agudos de la nosología psiquiátrica contemporánea, caracterizados por la brevedad en su manifestación, siendo algunas de carácter psicótico de diversa intensidad. En otros casos, la llamada G.A.C. prácticamente es equivalente a los síntomas que se aprecian en algunos de los trastornos o anomalías psíquicas de la nosología psiquiátrica actual que ya hemos enumerado, como el “estado crepuscular” epiléptico o de una neurosis histérica, entre otros.

En suma, creemos que el conocimiento psicopatológico actual tiene descritos gran parte de los trastornos o anomalías mentales agudos o transitorios, que las legislaciones penales de antaño incluyeron bajo el rubro de grave alteración de

42 CABELLO, V. (1982). *Psiquiatría forense en el derecho penal*. (Tomo II-B). Hammurabi.

la conciencia, que hoy día ya no se justifica y que en la normalidad penal vigente resulta desfasada, por lo que consideramos que la práctica psicológico forense omitirla, refiriéndose en los casos necesarios a la dilucidación del trastorno o anomalía mental correspondiente en cada caso concreto, mediante un examen pericial serio. Gráficamente, lo que antes eran variantes de “grave alteración de la conciencia”, son realmente formas especiales de *trastorno mental* o bien síntomas de tales anomalías.

GRAVE ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA		
Trastornos mentales	(Psicosis orgánicas) (Psicosis inorgánicas) (Neurosis) (Trastornos de personalidad) (Etc.)	Síntomas específicos

4. INIMPUTABILIDAD POR ALTERACIONES EN LA PERCEPCIÓN

En este caso el Código penal vigente ha incluido una causal de inimputabilidad que puede tener interpretaciones muy diversas, por una redacción no muy feliz del texto.

Literalmente se dice que está exento de responsabilidad, esto es considerado inimputable, el que “*por sufrir alteraciones en la percepción, que afectan gravemente su concepto de la realidad, no posea la facultad de comprender el carácter delictuoso de su acto o para determinarse según esta comprensión*”.

De dicha redacción, según una interpretación gramatical, y tomando en cuenta los criterios psicológicos y psiquiátricos, se puede inferir que tales alteraciones de la percepción básicamente serían las ilusiones y sobre todo las alucinaciones visuales, auditivas, olfatorias, táctiles, entre las principales. Asimismo, estas percepciones sobre todo alucinatorias, generalmente son síntomas de diversos trastornos mentales, y si estas alteraciones afectan gravemente el concepto de la realidad, que dificulten la comprensión del sujeto, estaríamos ante procesos psicóticos, como algunos cuadros de esquizofrenia, psicosis alcohólica, psicosis debida a drogas alucinógenas tipo LSD por ejemplo, entre otras formas de alteración que ya están incluidas en el rubro genérico de Trastorno mental o anomalía psíquica, y si esta es la idea del legislador o el “espíritu de la ley”, se trataría de una causal de inimputabilidad reiterativa y sin razón suficiente, al separarse un síntoma particular de alguno de los diversos trastornos ya mencionados, para considerarlo eximente autónoma.

Sin embargo, si revisamos los antecedentes de dicha eximente en la legislación comparada, podemos entender que el legislador peruano la ha tomado del Código Penal español, artículo 8º, 3 (Ley 8 de 25 de junio de 1983):

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

Que es una nueva redacción que reemplazó a la anterior norma española que se refería al *sordomudo de nacimiento o desde la infancia*, y que nuestro codificador, probablemente para no parecer que hacía una copia fiel del original, eliminó la referencia a la alteración sufrida desde el nacimiento o la infancia, y generó una redacción incomprensible. Por ello se puede entender que dicha causal acogida por nuestro actual Código penal, supuestamente se refiere a dicho problema especial, vinculado al “sordomudo de nacimiento o desde la infancia”.

Al respecto debemos anotar que este supuesto del sordomudo no condiciona necesariamente un estado de inimputabilidad, ya que una persona con estado de inimputabilidad, ya que una persona con esta limitación o deficiencia sensorial (mas no alteración de la percepción), en muchos casos no tienen dificultades o problemas en su sentido de la realidad y mucho menos si han sido educados especialmente, y pueden alcanzar incluso un desarrollo superior en el arte o la ciencia. Sin embargo, esto no obsta para que la limitación o deficiencia sensorial se tome en cuenta por el juez en casos de graduación de la pena. Asimismo, sólo si tuviera trastornos mentales, dichas anomalías podrían ser consideradas como causales de inimputabilidad, pero no por el hecho de ser sordomudo. Incluso muchos limitados sensoriales, sin haber recibido educación especial, no tienen problemas en su adecuación social. El sordomudo es mudo porque generalmente es sordo o anacústico de nacimiento y por tanto no aprende a hablar, pero con una educación especial pueden desarrollar el habla. La sordera o anacusia es además de diversos tipos, y son los grados severo y profundo de nacimiento⁴³, los que condicionan la sordomudez; sin embargo, según Ma. Suria la “inteligencia innata media del deficiente auditivo es igual a la de los niños que oyen. Igualmente pueden presentarse deficientes mentales entre los sordos que entre los oyentes; pero nunca será más deficiente un sordo por el hecho de serlo⁴⁴”. Por ello, como dice Bacigalupo: “la nueva redacción (de la ley española) es tan superflua como la anterior y que no requiere un tratamiento específico”, aconsejando su derogación⁴⁵. Además, la significación delictiva del sordomudo no es importante, al respecto el psiquiatra forense alemán A. Langeluddeke dice: “yo no

43 GALGUERA, I. / HINOJOSA, G. / GALINDO, E. (1984). *El retardo en el desarrollo*. Trillas.

44 SURIA, M. (1974). *Guía para Padres de Niños Sordos*. Hogar.

45 BACIGALUPO, E. (1981). *Manual de Derecho Penal. Parte general*. Temis.

he tenido que informar acerca de ningún sordomudo en mis treinta y cinco años de práctica forense⁴⁶.

La causal de inimputabilidad que señala nuestro Código, resulta además muy genérica, lo que incluso la hace más oscura y dudosa que su fuente española, que no obstante ser cuestionada, por lo menos de su redacción se puede inferir que hace referencia a una limitación sensorial presente desde la infancia o el nacimiento, de lo que puede colegirse que alude a sordos, ciegos, anósmicos, entre otros.

Si nuestros codificadores consideraban que este caso del sordomudo e incluso la ceguera, avalaban ser incluidos dentro de las causales de inimputabilidad, una redacción actual y más centrada en tal propósito hubiera sido el de señalar: “...*por padecer limitación o deficiencia sensorial auditiva o visual, desde el nacimiento o la infancia, que afecta gravemente su concepto de la realidad...*”.

Aunque seguimos afirmando que esta deficiencia, si tuviera efectos distorsionadores o psicopatológicos, se hallaría también inmersa dentro del término genérico de anomalía psíquica, conforme a la perspectiva contemporánea de la nosología psiquiátrica. En todo caso, la jurisprudencia será la que opte por una interpretación restrictiva de lo que es *anomalía psíquica*, para dar cabida a esta “causal” especial o bien desarrolle un criterio interpretativo acorde con la opinión técnico-psiquiátrica, y no necesite acudir a la “alteración de la percepción”, en los pocos casos que ocurran, dejándolo de lado y generando una “derogación jurisprudencial”.

Como colofón de estos casos debemos anotar, aunque nuestro Código lo considera ya, que el trastorno mental comprobado en un procesado no es suficiente razón para declararlo inimputable, sino que dicha anomalía debe afectar gravemente su concepto de la realidad que no le permita comprender el carácter delictivo de su acto.

5. INIMPUTABILIDAD POR MINORÍA DE EDAD

En este caso, siguiendo con la tradición legal peruana se considera como eximente, según el inciso 2º. del Art. 20 del C. P. vigente, el hecho de ser “*Menor de 18 años*”.

Esta edad considerada en nuestra legislación penal, prácticamente no genera mayor dificultad de interpretación, porque el criterio cronológico que se adopta es claro, aunque en términos genéricos podemos considerarlo un criterio “arbitrario” por cuanto los fundamentos para tomar como límite los 18 años no tiene un sustento objetivo ni es una edad aceptada por todas las legislaciones penales del mundo.

46 LANGELOUDEKE, A. (1972). *Psiquiatría forense*. Espasa-Calpe.

Por ejemplo, el Código Penal colombiano de 1980 estipula que son inimputables los menores de 16 años, asimismo el español. Otras legislaciones tienen un tope más bajo, considerando inimputables a los menores de 14 años, como el C. P. alemán, así como el C. P. chino vigente desde 1980 (aprobado en julio de 1979).

Probablemente en nuestro medio se puede considerar también que un menor de 18 años es inimputable, porque su capacidad de comprensión no le permite dilucidar entre lo “bueno” y lo “malo” de su conducta, o que carece de “discernimiento” y que su desarrollo mental es todavía inmaduro para ser responsable penalmente. Sin embargo, estas alternativas no tienen una prueba fáctica, en el sentido de que los estudios de la psicología del niño relativos al desarrollo de su inteligencia y conciencia moral nos muestran datos de un grado de madurez antes de los 18 años. Estos nos indican, por ejemplo, que la capacidad valorativa e intelectual del niño mayor de 10 años no avalarían este criterio de la falta de discernimiento, al respecto los Singer afirman que los “conceptos formales, tanto morales, como los otros, parecen dominarse en algún momento entre los 11 y los 16 años de edad⁴⁷”. Sin embargo, algunas legislaciones mantienen en parte este criterio del discernimiento cuando se señalan dos topes de edad, una mínima bajo cuyo límite se considera inimputable absoluto, y otro superior en el que cada caso concreto debe ser evaluado si actuó o no con discernimiento.

Vinculado al criterio cronológico está igualmente el de afirmar que el menor de 18 años no tiene la suficiente madurez, y que por ello no debe ser responsable penalmente, lo que guardaría concordancia con la capacidad civil que en nuestro medio se establece precisamente a partir de dicha edad. Al respecto debemos señalar que hasta antes de la Constitución de 1979 se consideraba como edad para ser ciudadano los 21 años, no obstante que nuestra legislación penal de 1924 lo catalogó imputable penalmente a partir de los 18 años. Este criterio de madurez social es igualmente relativo, y variable según las clases sociales del que procede el menor.

Probablemente la idea de fijar esta edad sobre bases de respectiva tutelar o asistencial a los menores de 18 años, que de todos modos están en una etapa de reciente madurez social y emocional, es el que más adecúa a nuestra realidad nacional, y no precisamente porque sean incapaces de discernimiento o carentes de comprensión moral. En otros términos, no es conveniente, desde nuestra perspectiva, que jóvenes adolescentes menores de 18 años, sean penalizados y sancionados conjuntamente con los adultos de nuestro medio. Sino más bien que en todo caso deben recibir asistencia tutelar conforme a nuestro actual Código del Niño y de los Adolescentes, que en la segunda parte del Art. X del Título Preliminar estipula que:

47 SINGER, R. / SINGER, A. (1971). *Psicología Infantil*. Editorial Interamericana.

“En caso de infracciones a la ley penal será sujeto de medidas socio-educativas o de protección”.

Asimismo, en estos casos, compete el proceso respectivo al Juez del Niño y el adolescente (Art. 161 C.N.A.). Al respecto Santiago Mir Puig afirma que “la minoría de edad penal puede hallarse por encima del momento en que efectivamente se alcanza el “discernimiento”, en buena medida porque la introducción de medidas específicas para el menor ha venido a suplir con ventaja la necesidad de la pena⁴⁸”. Sin embargo, dentro de este contexto, nuestra legislación penal ha tenido una experiencia *sui generis*, para los casos de delito de terrorismo, al haber establecido mediante el Derecho Ley N°. 25564, vigente desde el 21 de junio de 1992, la responsabilidad penal de los menores incurso en tales actos que fueran mayores de 15 años de edad. Felizmente dicha ley fue derogada el 20 de abril de 1995 (Ley N°. 26447), luego de casi tres años de vigencia. De dicho modo, en este período que rigió tal legislación represiva, se creó una doble situación de menores inimputables-imputables, esto es inimputables hasta los 18 años por cualquier otro delito e imputables desde los 15 años por delitos de terrorismo. Media que consideramos una expresión extrema de la tendencia represiva del control penal, que se excedió en su potestad criminalizadora.

Al respecto podemos recordar que el Proyecto de Código penal de 1984 planteó una disminución del límite de edad, proponiendo que toda persona mayor de 16 años sea imputable penalmente. Dicha medida de haberse plasmado en la ley pudo haber originado una disminución de la población de tutelados de nuestros Institutos de menores y un aumento de la población carcelaria del país. Dicha propuesta trató de ser congruente en parte con el vigente Código civil de 1984, que estipula en el inciso 1°. del Art. 43 que son absolutamente incapaces los menores de 16 años de edad. Mientras que en el numeral 44 se dice que son relativamente incapaces los mayores de 16 y menores de 18 años de edad. Asimismo, el artículo 46 estipula que la incapacidad relativa de los mayores de 16 años cesa por matrimonio o por obtener título profesional.

Particularmente, como ya lo hemos visto, consideramos que un joven de 16 años de edad psicológicamente es capaz de comprender las normas sociales y los valores del grupo de pertenencia, los que en parte se trasuntan en la legislación penal, sin embargo, no nos pareció acertada la propuesta de disminuir la imputabilidad hasta dicha edad, porque lamentablemente nuestra experiencia penal y penitenciaria tiende a ser fundamentalmente represiva en la práctica, aunque no en la letra de las normas. Asimismo, los centros de reclusión en nuestro medio son instituciones inadecuadas que no cumplen lo que las disposiciones del código de ejecución penal

48 MIR PUIG, S. (1982). *Función de la pena y teoría del delito en el Estado Social y Democrático de Derecho*. Bosch.

señalan, y hubiera sido terriblemente contraproducente encerrar en centros penitenciarios como “Lurigancho”, “Canto Grande”, “Chorrillos” o en otro centro penal a un joven de 16 años, en vez del Instituto de “Maranga” u otro instituto de menores, no obstante, las deficiencias del sistema tutelar de menores del país.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUDELO, N. (1986). *Los “inimputables” frente a las causales de justificación e inculpabilidad*. Temis.
- AMUCHATEGUI, I. (1993). *Derecho Penal*. Haría.
- BACIGALUPO, E. (1981). *Manual de Derecho Penal. Parte general*. Temis.
- BONNET, E. (1964). El trastorno mental transitorio. *Criminalía*, (4).
- BONNET, E. (1983). *Psicopatología y Psiquiatría Forenses*. (Tomo I). López Libreros Editores.
- BRAMONT ARIAS, L. / BRAMONT-ARIAS TORRES, L. (1995). *Código Penal anotado*. San Marcos.
- CABELLO, V. (1981). *Psiquiatría forense en el derecho penal*. (Tomo I). Hammurabi.
- CABELLO, V. (1982). *Psiquiatría forense en el derecho penal*. (Tomo II-B). Hammurabi.
- DELGADO, H. (1963). *Curso de Psiquiatría*. Ed. Científico- Médica.
- FRIAS CABALLERO, J. (1981). *Imputabilidad penal*. Ediar.
- GALGUERA, I. / HINOJOSA, G. / GALINDO, E. (1984). *El retardo en el desarrollo*. Trillas.
- HERIQUEZ, E. (1955). Factores patológicos y criterios de peligrosidad en el trastorno mental transitorio médico-legal. *Criminalía*, (7).
- JIMENEZ DE ASUA, L. (1959). *La Ley y el Delito*. Hermes.
- LANGELUDDEKE, A. (1972). *Psiquiatría forense*. Espasa-Calpe.
- MLR PUIG, S. (1982). *Función de la pena y teoría del delito en el Estado Social y Democrático de Derecho*. Bosch.
- NAQUIRA, J. (1991). Debilidad mental e inimputabilidad penal. En: *Derecho penal: homenaje al Doctor Raúl Peña Cabrera*. Ed. Jurídicas.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (1978). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. (Vol. 1).

- PEÑA CABRERA, R. (1994). *Tratado de Derecho Penal. Estudio Programático de la Parte General*. Grijley.
- PEREZ, L. (1980). Imputabilidad e inimputabilidad. *Derecho Penal y Criminología*, (12).
- PRADO, V. (1993). *Comentarios al Código Penal de 1991*. Alternativas.
- REYES, A. (1984). *Imputabilidad*. Temis.
- SCHNEIDER, K. (1963). *Patopsicología Clínica*. Ed. Paz Montalvo.
- SERPA, R. (1979). *Tratado de Psiquiatría forense*. Temis.
- SERPA, R. (1982). Peritación psiquiátrica é inimputabilidad. *Derecho Penal y Criminología*, (17).
- SINGER, R. / SINGER, A. (1971). *Psicología Infantil*. Editorial Interamericana.
- SOLIS ESPINOZA, A. (1988). *Criminología: Panorama Contemporáneo*. Desa.
- SOLORZANO, R. (1990). *Psiquiatría, Clínica y Forense*. Temis.
- SURIA, M. (1974). *Guía para Padres de Niños Sordos*. Hogar.
- TIEGHI, O. (1989). *Tratado de Criminología*. Editorial Universidad.
- WOODRUFF, R. / GOODWIN, D. / GUZE, S. (1978). *El Diagnóstico en Psiquiatría*. El Manual Moderno.
- World Health Organization (1992). *Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (Vol. 1). (Tenth revision).