

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Félix Roberto Crimi

TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO Y EL ESTADO DE INCONSCIENCIA EN EL MARCO DEL ART. 34 DEL CÓDIGO PENAL ARGENTINO

2009

Citar como: Crimi, F. X. (2009). Trastorno mental transitorio y el estado de inconsciencia en el marco del Art. 34 del Código Penal Argentino. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

	Página
Resumen.....	2
Palabras claves.....	2
1. Introducción.....	3
2. Breve reseña histórica del término Trastorno mental transitorio (TMT).....	5
3. La imputabilidad en la legislación argentina.....	7
3.1. La peritación en el fuero penal.....	9
4. La imputabilidad en la legislación española.....	17
5. Conceptos y definiciones de los trastornos mentales transitorios.....	19
6. Clasificaciones de los trastornos mentales transitorios.....	21
6.1. Trastorno mental transitorio espontáneo (TMTE).....	21
6.1.1. Elementos que componen el TMT.....	21
6.1.2. Causas del trastorno mental transitorio espontáneo.....	22
6.2. Trastorno mental transitorio provocado.....	24
6.2.1. Causas del trastorno mental transitorio provocado.....	25
7. Clasificación de los TMT según su intensidad.....	27
7.1. Trastorno mental transitorio completo.....	27
7.2. Trastorno mental transitorio incompleto.....	33
8. Elementos semiológicos a tener en cuenta en los TMT.....	37
8.1. Consciencia.....	37
8.1.1. Psicopatología de la consciencia.....	38
8.2. Ideación.....	38
8.3. Actividad.....	39
8.3.1. Patología de la actividad.....	39
9. Conclusiones.....	41
10. Bibliografía.....	43

TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO Y EL ESTADO DE INCONSCIENCIA EN EL MARCO DEL ART. 34 DEL CODIGO PENAL ARGENTINO.

RESUMEN

El propósito de este trabajo, es relacionar e integrar conceptos entre las ciencias médico legales y forenses y la del derecho penal; para asesorar al magistrado en los términos de imputabilidad en los trastornos mentales transitorios con el único y firme propósito de colaborar con la justicia en la búsqueda de la verdad.

Para ello es fundamental el conocimiento de los inicios y el origen del término trastorno mental transitorio, su definición, clasificación y los elementos semiológicos que lo caracterizan. Como así también, la comprensión y la correcta interpretación del texto del artículo 34 del Código Penal Argentino; para llevar a cabo un acertado informe pericial. Abordar esta temática resulta relevante e importante ya que un Juez, a la hora de efectuar la sentencia, debe tener en sus manos las herramientas aportadas por el psiquiatra forense, para que pueda expedirse de una manera más justa, clara y objetiva.

PALABRAS CLAVES

Trastorno mental transitorio – Enajenación – Conciencia - Inconsciencia – Imputabilidad – Inimputabilidad – Eximentes – Punibles

1. INTRODUCCION.

En la especialidad de medicina legal, el tema de la imputabilidad y los trastornos mentales transitorios son de gran importancia. Los médicos legistas en su informe pericial, deben ofrecer al Juez, las herramientas necesarias y precisas para que pueda emitir una sentencia justa, clara y objetiva. Estos médicos deben transmitir por medio de la escritura, la situación mental del sospechado en el momento del hecho delictivo.

No es tarea fácil a veces delimitar lo que debe ser considerado o no un trastorno mental transitorio. A falta de mayores precisiones, la jurisprudencia determina que el trastorno mental transitorio debe presentar una perturbación de causa inmediata, de aparición más o menos brusca, de duración en general no muy extensa y que termine con la curación sin dejar huella, debiendo producir una manifiesta y plena perturbación de las facultades mentales y colocar al agente en situación de notoria inconsciencia, ausencia completa de razón y una total extinción de la voluntad.

En nuestra legislación, el término trastorno mental transitorio, no figura en los articulados de los Códigos Penal, ni Civil de la Argentina. Sin embargo, muchos de estos casos son declarados inimputables por el Juez, luego de estudiar minuciosamente el análisis pericial que les fuera solicitado oportunamente a los expertos.

Según el Código Penal Español, el concepto psiquiátrico y forense más trascendente es el del trastorno mental transitorio, que exime de la responsabilidad criminal, y que están exentos de esa responsabilidad, el enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir.

¿Cuáles son, entonces, las circunstancias patológicas que pueden quedar amparadas en ese concepto? Más de las que parecen, pero todas y cada una de ellas han de ser estudiadas con cuidado por el psiquiatra forense, para reflexionar sobre un tema médico legal de frecuente observación, como es evaluar perturbaciones mentales de carácter agudo, en un marco delictivo, para que el especialista pueda determinar el grado de imputabilidad o no de un sujeto que afronta la acusación de un delito.

La mayor dificultad que encuentra la psiquiatría forense en las peritaciones sobre la determinación de la imputabilidad de presuntos enfermos mentales, reside en la distinta configuración teórica y clínica que tienen su concepción de la enfermedad psiquiátrica y la noción de trastorno mental con repercusiones jurídicas sustentada por el Derecho Penal. En efecto, para éste último lo único que resulta significativo es constatar la presencia o ausencia de una perturbación de las facultades cognitivas o volitivas de los sujetos

que los incapacite o limite respecto a la imputabilidad de su conducta, prescindiendo por completo de la índole, causa, y demás circunstancias clínicas del proceso morboso que pudiera padecer.

Para el estudio psiquiátrico forense pericial, el experto debe realizar primero el examen psiquiátrico del imputado, conocer los antecedentes del hecho no solo a través de los dichos del encausado sino también mediante aquellos obrantes en autos. Debe investigar los móviles del delito mediante el análisis de la conducta previa, durante y posterior al hecho delictivo. También debe pedir las interconsultas que crea necesarias.

Por tal motivo, resulta trascendente para el médico legista el conocimiento del término trastorno mental transitorio, para examinar y analizar las facultades mentales que presenta un sujeto en el momento del hecho delictivo; y poder aplicarlas en el contexto del artículo 34 inc. 1º del Código Penal Argentino.

El objetivo de este trabajo es el de sistematizar conceptos presentes en la bibliografía acerca del inicio y del origen del término trastorno mental transitorio, su clasificación, describir las perturbaciones mentales que abarca y repasar algunos aspectos semiológicos de la psiquiatría acerca de este tema. Así también se describirá y analizará el artículo 34 del Código Penal Argentino y se comparará con algunos aspectos en común sobre la cuestión de la imputabilidad en el trastorno mental transitorio que se presentan en el Código Penal Español.

El análisis de estos objetivos servirá para contribuir a un diagnóstico más acertado a la hora de redactar un informe pericial que contribuya con la justicia en la tarea de dictaminar sobre la imputabilidad de un sujeto que haya padecido o no, un trastorno mental transitorio

2. BREVE RESEÑA HISTORICA DEL TERMINO TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO (TMT).

El término trastorno mental transitorio (TMT) se origina en el Código Penal Español de 1932. El jurista español Jiménez de Asúa tuvo un rol importante en su redacción y propuso que, junto al enajenado que resultaba exento de responsabilidad criminal se encontraba también "el que se hallare en situación de inconsciencia".

El psiquiatra valenciano José Sanchis Banus objetó el término situación de inconsciencia por impreciso, y postuló el de estado de inconsciencia que supone admitir como motivo de exención una perturbación transitoria del psiquismo ligada a la acción de alguna causa exógena y la denominó "trastorno mental transitorio".

Jiménez de Asúa aceptó el criterio de su compañero de tareas, pero con las siguientes aclaraciones:

- el TMT cabe no solo para las situaciones en las que hay inconsciencia, sino también para aquellas en que se mantuvo la conciencia, siempre que en esta circunstancia el sujeto no pueda dirigir sus acciones;
- el TMT se refiere también a situaciones fugaces, como el estado crepuscular del sueño, el delirio febril y la sugestión hipnótica;
- ya que se trata de un TMT, no corresponden medidas de seguridad, pero si el trastorno tiene lugar en un sujeto no solo de índole psicopática, sino de índole peligrosa, corresponderá recluirlo en un hospital de enfermos mentales.¹

El Código Penal Argentino contempla como eximente en el art. 34 inc 1º, a la alteración psíquica plena que se aprecia como un TMT completo bajo la forma de estado de inconsciencia, hecho que no trae mayores problemas para hacer el correlato médico - jurídico.²

El problema se plantea cuando el TMT, a pesar de ser evidente o notable, no alcanza la plenitud requerida para la instalación de un estado de inconsciencia; se trataría entonces de un TMT incompleto y por lo tanto, sólo sería un atenuante, no contemplado taxativamente en el Código Penal Argentino. Por otra parte, las figuras que de alguna

1- Alcmeon 30, Año X Vol. 8 "El trastorno mental transitorio y sus implicancias jurídicas y médico- legales" Octubre 1999. Bs.As.

2 - Bonnet, Emilio, P.F., "Psicopatología y Psiquiatría Forense" 2t. Libro XI Capitulo XXVIII López Editores 1983 Bs.As.

manera intentan cubrir estas circunstancias, son eminentemente jurídicas, sin correlato psiquiátrico forense, como es el caso de la llamada emoción violenta.

Durante muchos años se exigió, para establecer el diagnóstico de TMT, que la reacción anómala del sujeto tuviera un trasfondo patológico. Algunos autores, como Alonso Fernández, dicen que hay estados psíquicos que pueden provocar trastornos de la conciencia sin que concurra un fondo morboso como son el agotamiento, la somnolencia y situaciones afectivas intensas como la cólera, la angustia o el éxtasis. Por lo tanto, sostienen que estos trastornos de la conciencia no morbosos pueden tener "el valor de enfermedad" en la psiquiatría forense.

Lo que queda claro, es que la situación del TMT no ha de haber sido buscada a propósito para delinquir. La predisposición al delito excluye la posibilidad de apreciación de la eximente (completa) o la atenuación (incompleta)

3. LA IMPUTABILIDAD EN LA LEGISLACION ARGENTINA

El Código Penal Argentino contempla como eximente, en el artículo 34 lo siguiente.

No son punibles:

1º. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absuelve a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieron peligroso;

2º. El que obrare violentado por fuerza física irresistible o amenazas de sufrir un mal grave e inminente;

3º. El que causare un mal por evitar otro mayor inminente a que ha sido extraño;

4º. El que obrare en cumplimiento de un deber o en el legítimo ejercicio de su derecho, autoridad o cargo;

5º. El que obrare en virtud de obediencia debida;

6º. El que obrare en defensa propia o de sus derechos, siempre que concurrieren las siguientes circunstancias:

a) Agresión ilegítima;

b) Necesidad racional del medio empleado para impedirla o repelerla;

c) Falta de provocación suficiente por parte del que se defiende.

Se entenderá que concurren estas circunstancias respecto de aquel que durante la noche rechazare el escalamiento o fractura de los cercados, paredes o entradas de su casa, o departamento habitado o de sus dependencias, cualquiera que sea el daño ocasionado al agresor.

Igualmente respecto de aquél que encontrare a un extraño dentro de su hogar, siempre que haya resistencia;

7°. El que obrare en defensa de la persona o derechos de otro, siempre que concurren las circunstancias a) y b) del inciso anterior y caso de haber precedido provocación suficiente por parte del agredido, la de que no haya participado en ella el tercero defensor.³

Desde el punto de vista etimológico, imputabilidad significa atribuibilidad de un hecho a su autor; sin embargo, en el plano jurídico penal la imputabilidad se concibe como la capacidad de culpabilidad, en virtud de la cual el sujeto puede responder del hecho delictivo, siempre que al momento de su comisión gozara de las facultades intelectivas y volitivas necesarias para motivarse por la norma y evitar su infracción.

Nuestro Código Penal contempla como eximente, a la alteración psíquica plena, que se aprecia como un TMT completo bajo la forma de estado de inconsciencia, este hecho no trae mayores problemas para efectuar un correlato pericial para entregar al Juez.

El problema se plantea cuando el TMT, a pesar de ser evidente o notable, no alcanza la plenitud requerida para la instalación de un estado de inconsciencia; se trataría entonces de un TMT incompleto y por lo tanto, sólo sería un atenuante, no contemplado taxativamente en nuestro Código Penal.

Por otra parte, las figuras que de alguna manera intentan cubrir estas circunstancias, son eminentemente jurídicas, sin correlato psiquiátrico forense, como es el caso de la llamada emoción violenta.

Cabe mencionar aquí, la legislación argentina al respecto del estado de emoción violenta, como reza el Artículo 81 del Código Penal Argentino:

- 1° Se impondrá reclusión de tres a seis años, o prisión de uno a tres años:

a) Al que matare a otro, encontrándose en un estado de emoción violenta y que las circunstancias hicieren excusable.

b) Al que, con el propósito de causar un daño en el cuerpo o en la salud, produjere la muerte de alguna persona, cuando el medio empleado no debía razonablemente ocasionar la muerte.⁴

De la lectura de este artículo se deben considerar tres elementos que hacen a la interpretación del espíritu de la ley, que son: el elemento descriptivo, el elemento subjetivo o psicológico y el elemento valorativo que se describirán separadamente.

El elemento descriptivo: el que matare a otro. Implica una figura privilegiada, pero es un delito de homicidio, con sus caracteres de acción antijurídica, típica, culpable y sancionada con una pena.

³ - Código Penal Argentino, Libro Primero, Disposiciones Generales, Título V, Imputabilidad, art. 34.

⁴ - Código Penal Argentino, Libro Segundo, De los Delitos, Título XIII, Capítulo I, Delito contra las Personas, art. 81.

El elemento subjetivo o psicológico: en estado de emoción violenta. Presume que hay culpabilidad dolosa, pero dominado por un estado emocional violento. Se refiere a los sentimientos y no a la voluntad de obrar. Debe estar presente en el momento del hecho y debe ser violenta. La reacción vivencial se establece cuando una vivencia impacta en el psiquismo desencadenando un estado reactivo.

Para afirmar una reacción vivencial se necesitan estas tres premisas:

- Necesidad: el estado no hubiese aparecido sin la vivencia
- Comprensibilidad: el contenido debe guardar relación comprensible
- Temporalidad: debe ser contemporáneo a la vivencia

El elemento valorativo: y que las circunstancias lo hicieren excusable. La excusa.

Se debe valorar la conducta: lo que el sujeto hizo con su miedo, ira, dolor. No se excusan por lo que son (miedosos, emotivos), sino por lo que hicieron.

Se excusa la conducta a través del análisis de las circunstancias. Solo le corresponde al Juez con un minucioso análisis y confrontación de los elementos aportados.

3.1. La peritación en el fuero penal. (Referido al artículo 34 inciso 1º del Código Penal Argentino)

Este fuero trata de establecer la salud mental de un sujeto desde el enfoque de la imputabilidad, es decir, toda acción antijurídica y culpable. Solamente la realizan los médicos forenses. Todo el concepto se halla contenido en el mencionado artículo 34 inciso 1º, que dice: "No son punibles", el que no haya podido (I) en el momento del hecho, ya sea por (II) insuficiencia de sus facultades, (III) por alteraciones morbosas de las mismas (IV) o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia (V) de hecho no imputable (VI) comprender la criminalidad del acto o (VII) dirigir sus acciones.

En forma concisa diremos que el apartado (I) es de orden cronológico, (II) (III) y (IV) se apoyan para su interpretación en un criterio psiquiátrico o biológico, el (V) sería de interpretación jurídica y el (VI) y (VII) se basarían en un criterio psíquico y es decisión del Juez.

Se debe interpretar bien en su concepto, para dar una buena información al Juez. Se necesita que el magistrado tenga en sus manos un informe médico, hecho por un perito que conozca el sentido de dicho artículo. Este informe es una ayuda, pero no es determinante ni vinculante, pues la decisión es del Juez y no del perito médico, pero no

se debe olvidar que se está decidiendo sobre la imputabilidad o no de un hecho delictivo a un procesado.

En el artículo intervienen conceptos biológicos, jurídicos y psíquicos. Cada apartado de este artículo, en su inciso 1º merece un comentario o aclaración para mejor comprensión, opinión y toma de decisión. De hecho, se han separado y ordenado para desarrollarlos en forma individual.

Se puede considerar que el apartado I corresponde a un criterio cronológico cuando se refiere al "momento del hecho". Los apartados II, III y IV corresponden a un criterio biológico cuando se refieren a "insuficiencia de sus facultades", "alteración morbosa" y "estado de inconsciencia" respectivamente. El apartado V al referirse a la no imputabilidad es interpretado con un criterio jurídico basado en un criterio criminológico. Por último, los apartados VI y VII deben interpretarse con un criterio psíquico.

El Apartado I, que refiere al momento del hecho, indica que los estados anterior y posterior a dicho momento no se consideran causas determinantes, pero son tenidos en cuenta para llegar a un diagnóstico correcto en que basa la justicia para determinar la imputabilidad, lo que implica condena.

Para mayor basamento diagnóstico y decisión se deben contemplar tres artículos del Código de Procedimiento Penal y Procesal (CPPyP) que se transcriben a continuación y se refieren al estudio de las facultades mentales de los encausados.

Los artículos del Código de Procedimiento en lo Penal útiles a tener en cuenta el adjudicar la capacidad para delinquir y estudio de las "facultades mentales" de los imputados son:

- Art. 260: El Juez a quien corresponda la instrucción, procura hacer constar en las diligencias del sumario, todas las circunstancias personales del procesado que puedan tener influencia para determinar la clasificación legal o la mayor o menor gravedad del hecho que se le imputa.
- Art. 261: (Con el agregado del art. 3º de la Ley 11.177): Cuando el procesado fuese mayor de 10 años y menor de 18 o mayor de 60, el Juez instructor deberá comprobar por medio de información el criterio del procesado, y especialmente su aptitud o discernimiento para delinquir.

En esta información serán oídas las personas que puedan deponer con acierto por sus circunstancias personales y por las relaciones hayan tenido con el procesado, antes y después de haberse ejecutado el hecho.

El Juez deberá además hacer practicar por los médicos de los tribunales un reconocimiento sobre el grado de desarrollo de las facultades intelectuales del procesado, y sobre el estado de su instrucción, por los peritos que correspondan.

Si el procesado fuere sordomudo se practicarán igualmente las diligencias establecidas en los párrafos procedentes.

Cuando al procesado se le impute un delito reprimido con reclusión o prisión de más de diez años, el Juez requerirá informe médico sobre su estado mental y capacidad para delinquir.

- Art. 262: Si se advirtiesen en el procesado indicios de enajenación mental, se averiguará por personas que lo hayan tratado por reconocimiento de facultativos y por medios de prueba y observaciones, si esta enajenación era anterior al delito o ha sobrevivido a él, si es permanente o eventual, o si es cierta o simulada, si es total o parcial.

El apartado II, que refiere a la insuficiencia de sus facultades. Se describen aquí, los criterios biológicos que consideran a los idiotas, imbeciles y débiles mentales. Los débiles mentales los considera la psiquiatría clínica, pero no la forense. Pues este apartado se refiere a las insuficiencias mentales congénitas (idiotas e imbeciles) y no a las adquiridas, por detención del desarrollo (débiles mentales) por lo que no serán descriptos, dado que son contempladas en otro artículo con otras tipificaciones delictivas.

El capítulo que se analizará será el de oligofrenia o frenastenia es decir, poca, débil o escasa mente. Si bien el déficit es intelectual, también involucra las esferas afectiva y volitiva.

De acuerdo a la escala métrica de la intelectualidad, se puede determinar la edad mental del paciente o imputado. Esta determinación se deberá analizar junto al estudio psiquiátrico del paciente para que tenga una valoración aproximada del mismo. También se tendrá en cuenta su rendimiento social y actividades capaces de desarrollar en la vida social. Es decir, intervienen juntos complementando métodos sociológicos y psicológicos, clasificación y síntomas, algunos de ellos fuertemente vinculados con la psiquiatría forense y códigos civil y penal.

Se comenzará con la descripción de los idiotas, del latín idias, que significa aislado. Viven en total aislamiento de su medio ambiente. Es ineducable e imposibilitado de toda convivencia. Algunos balbucean palabras, pero fundamentalmente gritan voces sin contenido o sonidos guturales.

Betta (1981), subdivide a los idiotas en: idiotas profundos y superficiales o menores.

Los idiotas profundos, tienen una facies inexpressiva emiten gritos guturales semejantes a los animales. Su prosexia no es atraída por ningún estímulo. No reconocen ni a sus padres y su instinto de conservación no está desarrollado. Son inactivos, tienen movimientos involuntarios y sus funciones son netamente vegetativas. Tampoco tienen continencia esfinteriana, su boca está entreabierta y con escape de saliva. Su supervivencia no alcanza en muchos casos los 30 años. Su coeficiente llega hasta 0.5 de la escala.

Los idiotas superficiales o menores, pueden tener una actividad psíquica muy rudimentaria. Su atención es inestable, algunos reconocen sus alimentos y hasta pueden comer solos. Tienen buena memoria en cuanto a deseos y necesidades instintivas, reconocen a sus padres y exteriorizan algunas reacciones afectivas pero son ineducable. Son irritables, excitables e impulsivos con gran violencia que lo relacionan con el art. 34 del Código Penal. Poseen una sexualidad mal definida, son onanistas y homosexuales. Puede calcularse su edad hasta los 3 años.

En cambio los imbéciles, son oligofrénicos pueden llegar a una edad comparada a los 7 años como máximo. Dentro de las funciones psíquicas pueden desarrollar la memoria y algunas funciones simples como tareas manuales que desarrollan en forma automática y de acuerdo a su memoria pero no pueden desarrollar ningún tipo de tarea o actividad que requieran inteligencia para solucionar variante alguna en su actividad automática. Su atención es espontánea, muy superficial y corta. Pueden leer en forma automática pero sin comprender el contenido de su lectura. No presentan absolutamente ningún grado de abstracción. Las asociaciones son muy rudimentarias. Su juicio es insuficiente. Su raciocinio es inexistente. El pensamiento es lento, perseverante y estereotipado. Su lenguaje es rudimentario, pero desde nuestro punto de vista médico legal, en cuanto al artículo 34º del Código Penal sigue siendo inimputable, para la justicia. Fácilmente desencadenan violentas crisis emocionales y de gran excitación. Tienen serios trastornos de conducta para la capacidad de ser sugestionables e influenciables, pudiendo ser fácilmente utilizables por terceros para fines delictivos como para robos y otras maniobras dolorosas. Presentan grandes transgresiones sexuales, son onanistas, homosexuales y peligrosamente exhibicionistas. Poseen características de bestialidad fundamentalmente con los niños. Sus hábitos alcohólicos y violentos los tornan peligrosos.

Todos ellos tienen hábitos somáticos que ayudan a su diagnóstico y fácil identificación. En el cráneo la anomalía más común es la microcefalia, en estos pacientes la cara tiene un tamaño normal. Cuando existe hidrocefalia se produce el fenómeno inverso donde

aparece la macrocefalia. Una tercera la forman las alteraciones asimétricas del cráneo que puede ser oblicuo, oval, alargado, aplanado, en quilla por una osificación precoz de la sutura sagital. La cara puede ser corrugada, inexpresiva, con malformaciones en los pabellones auriculares, desviaciones de la nariz, labio leporino, paladar ojival, dientes de Hutchinson y macroglosia con sialorrea. Con respecto a los miembros, pueden faltar o presentar sindactilia, polidactilias o macrodactilias. El aparato urogenital puede tener múltiples alteraciones en testículos, pene y vagina. En los oligofrénicos, el sexo puede no definirse totalmente, como ya mencionamos, con formas clínicas de onanismo, perversión y homosexualidad. También presentan hiposensibilidad al frío, calor o dolor. Cuando presentan alteraciones del gusto pueden comer cualquier cosa. Su aparato motor presenta múltiples anomalías como: hipotonías, hipertonías, hiporeflexia, incoordinación de movimientos activos, de manos, marcha, mímica, además de parálisis, espasmos, tics, temblores, atetosis, coreicos, convulsiones, estrabismo, etc.

El apartado III, que refiere a las alteraciones morbosas de las mismas. Según Bonnet (1981) las alteraciones morbosas de las facultades implican alienación mental, adquirida, en cualquiera de sus variedades.

En el artículo 34º del C.P. Inciso 1º no se tipifican las enfermedades pues esa es la excusa para declarar no punibles a neuróticos y psicópatas.

Por otra parte se descartan idiotas e imbeciles, pues prefieren colocarlas en otro apartado anterior, ya descripto. Lo definitorio es que la alteración morbosa impide comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. Generalmente son los alienados y las personas que no comprenden que acto criminal están efectuando o tienen una impotencia para conducir correctamente sus acciones.

López Bolado (1975), en su libro remarca que en última instancia todo es una decisión jurídica. Por ello tendrá que resolverla el Juez. Para ello tendrá en cuenta el informe psiquiátrico y psicológico, sin que ellos sean determinantes. Remarca que el Juez no se subordina al perito. El perito no tendrá necesidad de describir síndromes típicos o conocidos sino que debe dar un conjunto de síntomas que describan el morbo o patología hallados en el que cometa el hecho. Es decir, el supuesto imputado.

En estos síntomas deben describirse e interpretarse que está alterado en el actor el juicio crítico o valorativo, o en su defecto padezca una pérdida de los frenos inhibitorios en su accionar delictivo, sin que sea un determinado tipo de enfermedad.

Dicho de esta forma, es más comprensible y accesible para el pensamiento médico, pues en última instancia se tratara de reconocer características sintomáticas que giran

alrededor de delirios, alucinaciones o alteraciones del juicio crítico. En todo caso, de no ser así y no estar presente estos síntomas en forma más o menos prolongada, estaríamos declarando psicótico por un rato (el del hecho) a un psicópata o un neurótico según advierte Bonnet. Es así, que los médicos que deben interpretar todos estos pensamientos no deben olvidar en qué casos clínicos se presentan aunque en el momento del hecho aparezcan en forma aislada o parcial uno o dos síntomas solamente.

Vale la pena recordar entonces, dos cosas, que tomadas de Nerio Rojas (1958) pueden orientar al médico para informar objetivamente al Juez que, por supuesto decide sobre la imputabilidad o inimputabilidad de un hecho, a un procesado.

- Las características de la alienación mental.

Es un trastorno de la personalidad en su síntesis y conjunto, de las funciones intelectuales superiores, como percepción, asociación de ideas, imaginación, juicio, memoria, etc. que deben ser relativamente intensas y persistentes, aunque no necesariamente definitivas. Esta persistencia, elimina de esta categoría a los estados de inconsciencia que serán contemplados en otro apartado.

El paciente no tiene conciencia de su trastorno pues la locura es una desgracia que se ignora. La adaptación del paciente dará la pauta de su alteración, sus reacciones pondrán en claro su estado de disarmonía o adaptación a las reglas colectivas de la sociedad (lógicas, morales y legales). Esta docilidad puede ser también pasiva como en los dementes, pero será igual patológica.

La pérdida de la adaptación no tendrá utilidad alguna para él o los demás. Además hay desadaptaciones inteligentes en seres vigorosos y activos, que intentan modificar la realidad, pero dentro de límites aceptables como pueden ser un genio o un revolucionario. La adaptación de un tímido o mediocre es pasiva pero de características útiles para él o la sociedad, pero será semejante a una sumisión.

- Las alteraciones morbosas.

Como enumeró Rojas (1958), son de utilidad para tener presente al categorizar uno o dos síntomas morbosos aislados, necesarios para la descripción del art 34 C.P. Inciso 1º, y que a través de su informe será interpretado por el Juez según su enfoque.

Estas alteraciones a pesar de no figurar en el inciso son: manía melancolía, psicosis maníaco depresiva, confusión mental, psicosis puerperal, epilepsia psicótica, delirios sistematizados, demencia en todas sus formas clínicas (precoz, senil, paralítica, tóxica, postraumática, menopáusica, presenil, etc.). Bonnet (1981), menciona el trastorno mental transitorio completo como una alteración morbosa (alineación mental fugaz), dado que el

trastorno es una figura de amplio contexto clínico y psiquiátrico y la inconsciencia es monosintomática, y no abarca el cuadro del trastorno; que en este caso es justamente una forma clínica de alineación mental, la forma transitorio. O sea, es un trastorno o alteración morbosa de las facultades intelectuales y no solo un síntoma imputable a la conciencia.

Debe tenerse en cuenta que no está contemplado en el Código Argentino por lo tanto debe homologarse a un trastorno morboso, Art. 34, inciso 1º 3º párrafo " alteración morbosa de las mismas". En este último párrafo se utiliza demencia en el sentido médico, como déficit intelectual crónico y no jurídico, como se utiliza para igualarlo alienación, siendo este un término de origen médico que ya no se usa sino en sentido jurídico. Por lo tanto se deberán detectar alucinaciones, ideas patológicas (delirantes) o alteraciones del juicio crítico, y ubicarlos dentro de un síndrome medico psiquiátrico. Una alteración morbosa aislada y breve se asemeja mucho a una simulación. Esto debe tenerse en cuenta; describirlo con sus características, pero no agregar comentarios que no se solicitan, pues el artículo no lo menciona en su apartado correspondiente.

El apartado IV, que refiere al estado de inconsciencia. Este apartado tiene relevancia en este trabajo, porque aquí es donde se combina el término TMT utilizado por la justicia española. Es una perturbación de la conciencia profunda y breve. En este párrafo del artículo 34 inciso 1º, es cuando se hace más difícil interpretar estado de inconsciencia, pues inmediatamente se piensa en un individuo que está inconsciente, no tiene conciencia, pero periódicamente y desde el punto de vista psiquiátrico forense no es tan así, aunque clínicamente sea lo primero que nos salta a la mente. Se irá estudiando desde el punto de vista médico, de aquel que no ejerce las especialidades mencionadas.

El estado de inconsciencia que caracteriza al TMT fue definido de la siguiente manera: es un estado patológico caracterizado por la gravedad de la perturbación de la conciencia que llega hasta la supresión y que es muy profundo en comparación con su duración. Es decir, las características básicas para reconocerla y ubicarla que se deben tener en cuenta son:

- estado patológico,
- grave,
- conciencia suprimida,
- profunda y
- breve.

Pero inmediatamente agrega: estas perturbaciones psíquicas especiales son reconocidas por la ley que homologa la perturbación de la conciencia con el término "estados de inconsciencia" considerando que suprimen la capacidad de imputación por la misma razón que los enfermos mentales en el sentido de alienados mentales. Hay que recordar que el término alienado no se utiliza más en la jerga médica, pero está vigente en la legal.

Quizás, los médicos, para comprenderla mejor en su interpretación deberían tomar el concepto de Frías Caballero (1981), que dice, se debe interpretar como un concepto jurídico pero no como una concepción psiquiátrico forense. El propósito de esta comunicación es llegar al profesional médico no necesariamente legista, con el objeto de enriquecer su cultura medica general. Quizás sirva desde el punto de vista práctico, recordar que, un imputado debe tener un mínimo de actividad mental para comprender un hecho o dirigir sus acciones. De ahí la completa redacción del art 34º en su inciso 1º, para su interpretación basada en la formulación mixta, jurídica, biológica y psíquica de su contenido.

Los apartados V, VI y VII, son de interpretación jurídica y son los jueces quienes tienen que determinar sobre estas cuestiones.

4. LA IMPUTABILIDAD EN LA LEGISLACION ESPAÑOLA

El Código Penal Español, admite dos grandes grupos de trastornos mentales con repercusión legal, la enajenación mental y el trastorno mental transitorio, etiquetándola intencionalmente con denominaciones no psiquiátricas.

Sobre la enajenación mental se puede definir como un término tomado del lenguaje popular, sirve para designar a todas las enfermedades, defectos y anomalías mentales, congénitas o adquiridas, que tienen en común, la anulación o disminución de las facultades psíquicas superiores, y como consecuencia, una afectación del carácter racional y voluntario de la conducta de los sujetos que las padecen en forma duradera y permanente. Esta característica evolutiva de la enajenación, su persistencia, diferenciaría este concepto del trastorno mental transitorio, en el que quedarían englobados todos los procesos patológicos que produjeran una perturbación psíquica de cierta intensidad con carácter agudo y pasajero, siempre que no haya sido buscado a propósito para delinquir.

De acuerdo con ello, el Código califica como inimputables y por lo tanto exentos de responsabilidad criminal los casos de enajenación o de trastornos mentales transitorios completos, mientras que considera solamente como circunstancias atenuante de la culpabilidad la existencia de los mismos cuadros en forma parcial o incompleta en los que no concurren los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad.

Se transcriben los artículos 19 y 20 del Código Penal Español.⁵

Capítulo II. De las causas que eximen de la responsabilidad criminal.

Artículo 19: Los menores de dieciocho años no serán responsables criminalmente con arreglo a este Código.

Cuando un menor de dicha edad cometa un hecho delictivo podrá ser responsable con arreglo a lo dispuesto en la Ley que regule la responsabilidad penal del menor.

Artículo 20: Están exentos de responsabilidad criminal:

1. 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.

⁵ Código Penal Español. Libro I. Disposiciones generales sobre los delitos y las faltas, las personas responsables, las penas, medidas de seguridad y demás consecuencias de la infracción penal. Título I. De la infracción penal. Capítulo II. De las causas que eximen de la responsabilidad criminal.

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.

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

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

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

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

2. Necesidad racional del medio empleado para impedirla o repelerla.

3. Falta de provocación suficiente por parte del defensor.

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

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

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

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

6. El que obre impulsado por miedo insuperable.

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

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

5. CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE LOS TMT.

Serán expuestos los requisitos que deben presentarse para ser considerados TMT:

- Ser desencadenado por una causa inmediata y evidenciable.
- Ser de breve duración
- Que cure rápidamente sin secuelas ni posibilidad de repetición.
- Que haya surgido sobre una base patológica probada.
- Que la intensidad del trastorno mental anule el libre albedrío no bastando la mera ofuscación.

En base en lo anterior se puede formular la siguiente definición de TMT: Los TMT son aquellos estados de perturbación mental pasajeros y curables, debidos a causas ostensibles sobre una base patológica probada, cuya intensidad puede llegar a producir trastornos en la comprensión y la voluntad y por ende, la consiguiente repercusión en la imputabilidad.⁶

Se trata entonces, de una perturbación mental de causa inmediata, de aparición más o menos brusca, de duración en general no muy extensa y que termine con la curación sin dejar huella, debiendo producir una manifiesta y plena perturbación de las facultades mentales y colocar al agente en situación de notoria inconsciencia, ausencia completa de razón y un total apagamiento de la voluntad.

La mayor dificultad que encuentra la Psiquiatría Forense, en las peritaciones sobre determinación de imputabilidad de presuntos enfermos mentales, reside en la distinta configuración teórica y clínica que tienen su concepción de la enfermedad psiquiátrica y la noción de trastorno mental con repercusiones jurídicas sustentada por el Derecho Penal. En efecto, para éste último lo único que resulta significativo es constatar la presencia o ausencia de una perturbación de las facultades cognoscitivas o volitivas de los sujetos que los incapacite o limite respecto a la imputabilidad de su conducta, prescindiendo por completo de la índole, causación y demás circunstancias clínicas del proceso morboso que pudiera padecer.

Por lo tanto la constancia de la existencia de una enfermedad psíquica, no es la verdadera finalidad del peritaje médico-legal, ya que este hecho no es en sí mismo motivo suficiente para modificar la apreciación del caso por parte de la justicia sino que debe estar encaminado únicamente a demostrar y valorar técnicamente los fenómenos

⁶ - Delgado Bueno, Santiago, "Psiquiatría Legal y Forense" Ed. Codex 1994 2t. Madrid.

psicopatológicos que puedan existir, emitiendo conclusiones científicas fundamentadas acerca de la forma y grado que afectan el sustrato psíquico de la imputabilidad.

Desde el punto de vista etimológico, imputabilidad significa atribubilidad de un hecho a su autor; sin embargo, en el plano jurídico penal la imputabilidad se concibe como la capacidad de culpabilidad, en virtud de la cual el sujeto puede responder del hecho delictivo, siempre que al momento de su comisión gozara de las facultades intelectivas y volitivas necesarias para motivarse por la norma y evitar su infracción.

El Código Penal Argentino contempla como eximente en el art. 34 inc. 1º, a la alteración psíquica plena, que se aprecia como un TMT completo bajo la forma de estado de inconsciencia, este hecho no trae mayores problemas para efectuar un correlato pericial para entregar al Juez.

El problema se plantea cuando el TMT, a pesar de ser evidente o notable, no alcanza la plenitud requerida para la instalación de un estado de inconsciencia; se trataría entonces de un TMT incompleto y por lo tanto, sólo sería un atenuante, no contemplado taxativamente en el Código Penal Argentino.

6. CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES TRANSITORIOS.

Una manera de clasificarlos es teniendo en cuenta la producción de las alteraciones, si fue por causa espontánea propia del individuo o por el contrario si la aparición de estas fallas son buscadas a propósito para delinquir. Se deben distinguir entonces dos grupos: el trastorno mental transitorio espontáneo (TMTE), y el trastorno mental provocado (TMTP).

6.1. Trastorno Mental Transitorio Espontáneo (TMTE)

Se enumerarán aquí los elementos que componen los trastornos mentales transitorios espontáneos de acuerdo al origen, comienzo, duración, curación, base patológica e intensidad. Como así también se analizarán las causas físicas, psíquicas y mixtas que están presentes en los TMTE.

6.1.1. Elementos que componen el TMTE

Se expondrán los elementos que deben estar presentes en el TMTE, como ser el origen, comienzo, duración, curación, base patológica e intensidad.

Se abordará primero el origen, aquí las perturbaciones que lo constituyen deben responder necesariamente a una causa externa, inmediata y fácilmente evidenciable. Se trata de reacciones a agentes venidos de afuera y se corresponden en la clínica con los síndromes reactivos a motivos físicos o psíquicos. Por lo tanto, lo que diferencia a los TMT de la enajenación (psicosis endógena) es que, en los TMT las reacciones desaparecen con rapidez, y puede reaparecer sin motivos aparentes en cualquier instante. Además en los TMT estas reacciones no vuelven a repetirse si no vuelve a darse el motivo exógeno.

En cuanto al comienzo, el curso clínico del TMT queda definido, por unos caracteres evolutivos en la fórmula: brusquedad de aparición, brevedad de duración, curación sin secuela. La brusquedad de aparición se refiere al intervalo cronológico y al modo de hacer su irrupción la sintomatología. El TMT ha de ser producido por una causa externa inmediata, necesaria y fácilmente evidenciable, es decir, debe existir una secuencia entre la causa (por ejemplo: la discusión) y el efecto (por ejemplo: la agresión).

Otro aspecto es el modo de hacer su aparición la sintomatología. En la enajenación se inicia en forma insidiosa y paulatinamente. En el TMT, la perturbación hace su presencia con una intensidad elevada como para explicar que por su misma perturbación pueda dar a una infracción de orden jurídico.

Con respecto a la duración, lo que importa aquí no es que su permanencia sea más o menos prolongada o breve, sino que sea pasajera, es decir, que tenga comienzo y terminación y que no tenga posibilidad de reaparición por motivos internos.

Si el trastorno es verdaderamente transitorio, es decir, que una vez cesado no volverá a presentarse, la eximente se aplica incondicionalmente.

En lo referente a la curación, el TMT ha de tener una terminación con curación completa, recuperando el sujeto su estado anterior al episodio de perturbación mental. Es decir, curación completa y sin secuelas.

De acuerdo a la base patológica, en los TMT suelen observarse la existencia de un terreno predisponente, pero no es indispensable. Cuanto más fuerte sea el factor exógeno y menos la predisposición tanto más pura será la reacción exógena. Tienen todos en común las alteraciones de la conciencia unida a una cierta incontinencia afectiva y un condicionamiento conductual. Se describen los de causas físicas, los de causas psíquicas y los mixtos, que luego analizaremos.

En cuanto a la intensidad, puede ser variado. En sus formas más intensas puede llegar a ser una causa de exención cuando ha alcanzado la misma hondura que la que acompaña a la perturbación del enajenado, y coloque al sujeto en un estado de inconsciencia en sus determinaciones (inhibición intelectual y anulación total de la voluntad).

6.1.2. Causas del trastorno mental transitorio espontaneo

Dentro de las causas del trastorno mental transitorio espontáneo se encuentran las físicas, las psíquicas y las mixtas. Se describirán cada una de ellas por separado:

Se detallarán primero las de causa física, corresponden a este grupo, las perturbaciones que no ofrecen duda en la inclusión en el TMT. Por la base orgánica el sujeto está incapacitado o sometido a una estricta vigilancia por lo que raramente delinque. Se analizarán según su agrupación sindrómica en:

- Síndromes de reacción exógena de Bonhoeffer. Se engloban aquí los síndromes de delirium, amenciales, estados crepusculares y cuadros alucinatorios que aparecen como reacciones a distintos estímulos exógenos con una clara base

somática o física, como ser infecciones, intoxicaciones, traumatismos, etc. Pese a las diferencias sindromáticas hay un rasgo común a todos estos cuadros: la alteración de la conciencia unida a cierta incontinencia afectiva.⁷

- Síndromes facultativos de Stertz. Surgen en sujetos en que existe una predisposición constitucional en forma de labilidad endógena, de modo que con un motivo exógeno se pone en marcha un cuadro de colorido epileptoide, maniaco-depresivo, catatonoide, alucinoide, paranoide o incoherente. El cual, no obstante, cede por completo al dejar de actuar el motivo exógeno. Para establecer un diagnóstico valen las siguientes reglas, si la desaparición de la causa exógena hace desaparecer el cuadro psíquico, debe pensarse en un TMT. En cambio si la enfermedad progresa, debe pensarse en una psicosis endógena.
- Casos límites. En primer término, hay psicosis episódicas, emparentadas con las psicosis endógenas pero que aparecen en forma súbita, a veces sin estímulo exógeno, y que desaparecen y pueden no volver a aparecer en el sujeto. Dentro de las epilepsias debemos pensar en los estados crepusculares considerados por muchos autores como enajenación, ante todo por la probabilidad de que aparezcan sin nuevos motivos externos. Es raro que un epiléptico comience su vida morbosa por un estado crepuscular, y más raro que por ese primer estado crepuscular cometa un grave delito. Solo en este supuesto habría que admitir un TMT. Debemos considerar los estados disendócrinos, tales como la hipocalcemia, la hipoglucemia, etc... Estos cuadros deben considerarse como genuinos TMT, con la salvedad que en ellos es necesario un tratamiento que podría llevarlo a la internación en un centro asistencial idóneo. Debe decirse lo mismo de algunas formas especiales de transición hacia la psicosis maniaco-depresiva.

En segundo término se analizarán las de causa psíquica, se señalan aquellas reacciones mentales anómalas a consecuencias de estímulos vivenciales de origen puramente psíquicos. El término reacción psicógena en sentido estricto quiere decir simplemente reacción de un hombre a una vivencia anímica, pero cuando se emplean en un sentido psiquiátrico puro se intenta referir a las reacciones patológicas. Las reacciones psicógenas se definen, por los siguientes rasgos:

- Que no hubieran aparecido in vivencia,
- Que su contenido esté en relación comprensible con ésta,
- Que su curso se ligue también al de la vivencia.

⁷ Delgado Bueno, Santiago, "Psiquiatría legal y forense" Ed. Colex 1994 2t. Madrid

Del principio al fin la reacción psicógena está vinculada al motivo psíquico, se determina por éste, termina con él y hay una relación comprensible con el motivo psíquico y el cuadro clínico de la reacción. Entre otras formas clínicas de reacciones psicógenas pueden mencionarse: crisis convulsivas, estados crepusculares, estupores y fugas por motivos psíquicos, las reacciones depresivas histéricas, esquizofrénicas y paranoicas, los cuadros hipocondríacos y de angustia, los de espanto, y entrelazadas con estos temas las reacciones explosivas y primitivas.

Por último se considerarán las causas mixtas. Existe la posibilidad de que en la génesis de un TMT puedan reunirse motivos exógenos y psicógenos dando lugar a cuadros cuya intensidad puede ser motivo de consideración como eximente o más bien como atenuante. Deben citarse la tuberculosis y el cáncer, como consecuencia de la toxemia propiamente dicha y de las reacciones de la personalidad condicionadas por el medio y la vivencia del destino. También otros casos relacionados con las funciones sexuales de la mujer, como los trastornos mentales de la menstruación, el embarazo, el parto, y el puerperio. En la valoración médico legal habrá que estimar la influencia somática de los cambios humorales, endocrinos, infecciosos, etc., y además una variedad de motivos psíquicos en las circunstancias de cada caso.

6.2. Trastorno mental transitorio provocado.

Existe la posibilidad de que un trastorno mental transitorio sea provocado (TMTP). Para que el TMT cause efecto de eximente o atenuante debe ser preciso que no haya sido buscado como propósito para delinquir (preordenado).

Hay cuadros que generan dudas y que son de observación frecuente relacionadas con el alcohol como la embriaguez aguda y la embriaguez patológica que se da en sujetos con una predisposición especial: epileptoide, esquizoide, histeroide, y a veces sobre cuadros postraumáticos o sobre motivos pasajeros, como el agotamiento, falta de sueño, exposición prolongada a altas temperaturas, insolación, etc... Para que los trastornos de conciencia y de la coordinación motora que puedan provocar un TMT, sean causa de exención o atenuación de la responsabilidad penal, se debe tener la convicción de que tales respuestas eran desconocidas por el sujeto y no respondían a la actitud premeditada de delinquir. Los tóxicos euforizantes y embriagantes (morfina, cocaína, heroína, marihuana, éter, alucinógenos, etc.) plantean los mismos problemas que el alcohol y pueden aplicarse las mismas consideraciones psiquiátrico-forenses.

En resumen, la propuesta médico-jurídica que fundamenta el concepto del TMT es el de una perturbación mental que anula parcial o completamente las facultades psíquicas con privación de la voluntad y el raciocinio, de duración limitada, que desaparece sin dejar secuelas. Está causado por fenómenos exógenos o vivenciales, o endógenos de carácter patológico. Se asimila a la enajenación, siendo su única diferencia la transitoriedad y que no debe haber sido producida intencionalmente.

6.2.1. Causas del trastorno mental transitorio provocado.

Para que el TMT sea eximente es necesario que no haya sido buscado a propósito para delinquir. Por lo tanto si con ánimo de cometer un delito se coloca en esa situación, no está exento de responsabilidad.

- **Embriaguez patológica**

La embriaguez patológica es uno de los más típicos casos de TMT. Surge como resultado de ingerir pequeñas cantidades de alcohol y su cuadro es muy típico y diferente a la simple intolerancia al alcohol, que en pequeñas cantidades provocan borracheras comunes. Se da sólo en sujetos con una predisposición especial, epileptoide, esquizoide, histeroide y a veces sobre cuadros postraumáticos o sobre agotamiento, falta de sueño, insolación, etc...

Aparece tras la ingesta de una pequeña cantidad de alcohol y que produce una excitación repentina, una distimia o un estado crepuscular, donde el sujeto estalla contra las personas que lo rodean sin motivo o por un motivo mínimo. Tiene algunos detalles típicos, como ser titubeo, trabarse la lengua, desorientación, angustia, ira persistente. Este estado suele durar unos minutos hasta varias horas y suele dejar una franca amnesia.

El cuadro llena todos los requisitos para considerarlo TMT, es de iniciación rápida, de duración breve, pasa sin defecto, se elabora sobre una base patológica que no es enajenación, ocurre por un mínimo motivo, produce inconsciencia y no vuelve a ocurrir si no vuelve a actuar el mismo motivo exógeno.

- **Embriaguez ordinaria.**

Los efectos del alcohol sobre el cerebro, es decir, la embriaguez, equivale a una locura corta, cuyas características psicopatológicas permiten incluirla en el concepto de TMT. Puede alcanzar diferentes grados de intensidad.

En la embriaguez intensa, el sujeto actúa con otra personalidad diferente, no tiene conocimiento, está totalmente desligado, desconectado, y por lo tanto impotente para

dirigir y frenar sus acciones. Aquí no se puede hablar de imputabilidad, responsabilidad o culpa. En los casos leves, produce, ligera obnubilación incompleta o parcial de la conciencia. Es capaz de conocer aunque no de inhibir completamente su accionar. La postura psiquiátrica debe acompañar a la realidad legislativa que distingue tres modalidades de embriaguez aguda según su origen y que son las que se describen como:

- Embriaguez fortuita. No ha sido querida, ni prevista, pues el sujeto ignora los efectos de la bebida o la naturaleza del líquido ingerido
- Embriaguez voluntaria. Se conocen los efectos de la bebida y se bebe voluntariamente, aunque no se desea que den origen a conflictos de origen judiciales.
- Embriaguez intencional. Se llega a ella intencionalmente para cometer un delito bajo su influencia, buscando la acción facilitadora del alcohol, o la anulación de las inhibiciones.

Los cuadros de alcoholismo crónico deben ser contemplados como cuadros de enajenación, entre los que pueden citarse: los estados crepusculares alcohólicos, el delirium tremens, y las borracheras delirantes de los bebedores crónicos.

Estos cuadros crónicos hacen muy problemático su encuadre en el TMT, ya que falla el criterio de duración, causa externa y la intensidad.

- Embriagueces no alcohólicas.

Los tóxicos euforizantes y embriagantes (morfina, cocaína, heroína, haschich, éter, alucinógenos) plantean los mismos problemas que el alcohol y pueden aplicarse las mismas consideraciones psiquiátrico-forenses.

Se da aquí un problema especial con las situaciones de abstinencia, en especial con la morfina y la heroína, por darse en ellos cuadros agudos y pasajeros que podrían considerarse como TMT. Correspondería rechazar esa postura, dado que el sujeto presenta un defecto permanente y se darán nuevos episodios de no tratarse, por lo que se debería considerar como un episodio agudo de enajenación.

7. CLASIFICACION LOS TMT SEGUN SU INTENSIDAD.

El TMT puede clasificarse como completo (exención característica del estado de inconsciencia que lleva a la inimputabilidad jurídica) e incompleto (atenuación característica de los cuadros que, sin llegar al estado de inconsciencia, provocan estados crepusculares de la conciencia compatibles con la inimputabilidad disminuida desde el punto de vista jurídico, por lo menos para el código penal español que lo asimila al arrebato y la obcecación (A y O).

7.1. Trastorno mental transitorio completo (TMTC).

En los últimos tiempos se tiende a afirmar que el TMTC es el último estadio de una graduación jurídica que se inicia en la simple irritación, aturdimiento o acaloramiento, sin relevancia penal, pasando por la atenuante del A y O, hasta llegar al TMTC caracterizado por el estado de inconsciencia.

El concepto de estado de inconsciencia no debe interpretarse etimológicamente, sino en un sentido psicológico, es decir, como una "alteración grave de la conciencia". En este sentido, como lo señala Frías Caballero (1981), "el código no exige, pues, una falta absoluta de conciencia sino una profunda perturbación de ella".⁸

De manera tal, que será la intensidad de la perturbación la que incline la decisión del tipo de TMT, ya que en la actualidad se desestima la importancia de la base psicopatológica de la personalidad del imputado y la cualidad de la perturbación y mucho menos, se tiene en cuenta el carácter ético de la respuesta de la víctima.

No se debe confundir el término "inconsciencia" con los puntos de vista neurológico y psicoanalítico.

Desde el punto de vista neurológico, la inconsciencia produce una supresión de la conciencia. En el estado de inconsciencia el individuo es "ser sin mundo". Es una perturbación del estado de vigilia, el individuo se encuentra inconsciente (pérdida del conocimiento), por ejemplo: por un traumatismo de cráneo que puede provocar una conmoción (pérdida de conciencia transitoria sin dejar secuelas), contusión (pérdida de la conciencia con secuelas) o por compresión (masa ocupante ya sea tumoral o hemorrágica).

⁸ Frías Caballero, Jorge "Imputabilidad Penal" Editor 1981 Bs.As.

Desde el punto de vista psiquiátrico se produce una pérdida de la capacidad judicativa por suspensión de la conciencia. Entre los cuadros psiquiátricos que pueden provocar cuadros de inconsciencia se citan todos aquellos capaces de suspender el juicio, como ocurre en el síndrome confusional.

Los estados de inconsciencia desde el punto de vista médico legal pueden estar provocados por intoxicaciones como el alcohol y drogas, pero también por otras motivaciones como el sueño, la epilepsia, la emoción, la hipnosis, el sonambulismo, el dolor, etc. Se describirán cada una de ellas por separado:

Se comenzará la descripción con el sueño. La inconsciencia puede ser un estado normal en el sueño. La inconsciencia patológica puede ser debida a distintas causas (ebriedad del sueño). El sueño es una fase nictameral de los ritmos circadianos regulado por el sistema vagal centroencefálico. Durante el sueño sólo descansa la conciencia perceptiva y discriminativa. Durante este período aumenta la energía del inconsciente psicoanalítico por suspensión cortical del control consciente.

Las fases del onirismo son cuatro: ritmo alfa: disminución de la amplitud con frecuencia alta (5 al 10% del sueño); ritmo beta: caracterizado por ciclos de 12 a 16 por segundo (50 % del sueño); ritmo REM: que comienza entre 70 a 100 minutos luego de iniciado el sueño y que se repite de 4 a 6 veces durante la noche con disminución del tono muscular (25% del sueño) y el ritmo de las ondas lentas (15 al 20% del sueño).

La inconsciencia patológica es la suspensión completa y transitoria de las operaciones cognoscitivas (evocativa-judicativa-valorativa) con presencia de actividad motora automática independiente (capacidad práxica). Se debe hacer diagnóstico diferencial con el desmayo y el coma. El desmayo es la pérdida de sentido de breve duración (pérdida de la conciencia perceptiva y de los movimientos corporales). El coma es la pérdida de sentido de origen orgánico donde sólo queda la conciencia fisiológica.

El sueño puede colocar a un sujeto en una situación de inconsciencia que, según los supuestos, implica inimputabilidad. Si se considera la inconsciencia completa por sueño como una modalidad del TMT podrá apreciarse todas las graduaciones respecto a las eximentes que el código permite.

El agente desencadenante del TMT por inconsciencia en el sueño será el agotamiento y la falta de descanso. La inconsciencia puede surgir también en forma repentina como consecuencia de la narcolepsia (1x 1000 de las personas), verdadero ataque de sueño que puede durar hasta 15 minutos que produce profunda inconsciencia.

Otro trastorno son los terrores durante el sueño (pesadillas) que pueden durar hasta 10 minutos, en los cuales el individuo puede realizar movimientos violentos, agitación con confusión, a consecuencia del tema de la ensoñación y realizar acciones delictivas (lesiones, homicidios, etc.).

Las epilepsias representan un problema médico legal importante por el número de enfermos afectados, la gravedad de la repercusión social que pueden tener sus crisis o los trastornos conductuales.

Se caracterizan por presentar crisis o descargas neuronales paroxísticas hipersincrónicas que interesan simultáneamente al conjunto de las estructuras cerebrales con alteraciones EEG. bilaterales síncronas y simétricas. Pueden ser crisis generalizadas (gran mal y pequeño mal) y parciales. Las crisis generalizadas tónico-clónicas de las epilepsias convulsivas graves (gran mal epiléptico) se acompañan de la pérdida de conciencia total e inmediata, (con amnesia total del hecho), y de una caída abrupta (coma). Al finalizar la crisis el paciente presenta un cuadro confusional post-crítico con una obnubilación agitada y un desorden motor que se disipa lentamente. El pequeño mal epiléptico de la segunda infancia se acompaña de crisis de ausencias o breve suspensión de la conciencia (5 a 15 segundos) en que la mirada se hace vaga, la palabra se interrumpe y a veces se acompaña de movimientos de globos oculares, párpados, nuca, etc. Al final de la crisis se vuelve a una conciencia clara y el paciente sigue haciendo lo que hacía sin transición.

Las crisis parciales se caracterizan por descargas neuronales hipersincrónicas que afectan a un sector localizado más o menos extendido de las estructuras cerebrales durante escasos minutos y que pueden luego generalizarse o no.

Durante las crisis, ya sean sómatomora (crisis jacksoniana del cortex motor prerrolándico contralateral), sómatosensitiva (región parietal ascendente) o sensoriales como por ejemplo: visuales caracterizadas por relámpagos o luces coloreadas (afectación del cortex occipital contralateral) no hay pérdida de conciencia salvo que se generalicen secundariamente.

En las crisis temporales (frecuentes en el adulto), se presentan sensaciones vegetativas (molestias epigástricas), fenómenos alucinatorios auditivos (ruidos, voces, etc.) olfativas (olores a quemado o podrido), visuales (por ejemplo: visión de animales), sentimientos de extrañeza, miedo, pensamiento forzado, dismnesia paroxística, y trastornos psicomotores de la conducta (automatismos, fugas, furor, etc.). Estas crisis temporales tienen gran importancia médico legal en los casos de TMT.

Los cuadros confusionales epilépticos suelen ser ansiosos, agitados o estuporosos, con delirios por lo general místicos y alucinaciones (onirismo). Pueden durar de días a semanas y provocar cuadros de TMTC

En los estados crepusculares o estados de ensueño prolongado, la claridad de la conciencia con relación al mundo de la realidad exterior nos hace sospechar la riqueza de contenidos patológicos internos que almacena (despersonalización, alucinaciones, delirios e imágenes oníricas y falsos reconocimientos, etc.) y pueden liberar impulsos de violencia extrema (violaciones, incendios, agresiones, homicidios que obedecen a una intencionalidad de inconsciencia patológica). Tienen gran importancia a la hora de definir los cuadros de TMTI.

Los pacientes con epilepsia pueden presentar una variada gama de alteraciones psiquiátricas entre las que figura un cuadro clínico de la personalidad epiléptica considerado como exponente de un trastorno orgánico de la personalidad.

También como trastorno crónico de la personalidad, podemos encontrar las psicosis epilépticas y los cuadros demenciales, que pueden asociarse a crisis paroxísticas o no y con ello los complicados diagnósticos médico-legales.

La emoción es una reacción primaria, explosiva, brusca e intensa. Un estímulo ya sea percibido desde el exterior o representado desde el interior impacta el psiquismo provocando cambios del tono afectivo (huida o ataque) y trastornos neurovegetativos que alteran la conciencia.

La emoción fue definida como la exageración de los sentimientos.

Para comprender la problemática afectiva en los TMT se debe hacer un mínimo recordatorio de la semiología de la afectividad

La afectividad es el engranaje que impulsa toda la vida psíquica.

Los estados afectivos pueden ser agradables o desagradables y dependen del modo de reaccionar de cada uno frente a los estímulos que proceden de variados estados de ánimo que oscilan entre el placer (que estimula) o el displacer (que deprime).

El hombre es como su afectividad lo condiciona. La afectividad se confunde en su origen con las pulsiones instintivas, siendo éstas en última instancia las que condicionan toda la vida afectiva desde que la satisfacción o la insatisfacción determinan respectivamente estados afectivos placenteros o displacenteros. Así las fuerzas instintivas satisfechas provocan sedación y relajación (estado de ánimo placentero) y las insatisfechas aumentan la tensión impulsiva y la excitación (estado de ánimo displacentero).

El temple general representa el potencial o carga afectiva que posee el individuo con su correspondiente capacidad reactiva (humor).

El humor representa el matiz placentero o displacentero que desplaza la carga afectiva de acuerdo con las circunstancias actuantes hacia un polo u otro. La afectividad tiene su origen en lo instintivo, impregna toda la personalidad, participa de las elaboraciones intelectuales y condiciona la conducta. Se manifiesta a través de contenidos: emociones, afectos, sentimientos y pasiones. Las emociones son cambios bruscos de humor o estado de ánimo. Se clasifican en simple o primaria y compleja o secundaria. Las emociones simples son básicamente:

- el miedo (sensación subjetiva de reducción del ámbito personal) que provoca la reacción de huida;
- la cólera (sensación subjetiva de aumento del ámbito personal) que provoca la reacción de ataque; y
- el amor (sensación subjetiva de expansión y proyección del ámbito personal) que provoca la reacción de acercamiento.

Las emociones complejas son, por ejemplo: la ansiedad y la angustia (displacenteras) y la alegría (placentera).

La ansiedad es una exaltación tímica por un temor psíquico que provoca una descarga motora (sobresalto) y la angustia es una sobrecarga emocional por un temor físico que provoca una descarga de llanto (sobrecogimiento).

Los afectos son inclinaciones naturales o tendencias que mediante el aporte emocional primario conducen al humor hacia el plano o polo placentero o displacentero. Se diferencia de las emociones por la mayor estabilidad que presenta los afectos.

Existen inclinaciones egoístas (giran en torno al yo) placenteras (por ej.: optimismo) o displacenteras (por ejemplo: pesimismo) y altruistas (giran en torno a los demás, por ejemplo: amor a los semejantes).

Los sentimientos son estados afectivos elaborados en la conciencia mediante el aporte del juicio y del razonamiento que le configuran estabilidad, subjetividad y especificidad individual. Pueden ser egoístas (culpa), altruistas (amor), impersonales (fe).

Las pasiones son estados afectivos intelectualizados de gran persistencia que en ocasiones puede hacerse permanentes condicionando la conducta. Pueden ser egoístas (odio, venganza), altruistas (caridad, piedad), impersonales (música, pintura, arte, etc.)

En los TMT desde el punto de vista médico legal, nos interesa valorar el grado de intensidad emocional que sufrió un individuo que cometió un ilícito, ya que de acuerdo a la

intensidad de la reacción puede provocar una suspensión judicativa (emoción inconsciencia) o un trastorno de la conciencia sin desconexión total con la realidad caracterizado por un estado crepuscular.

La emoción inconsciencia es un TMTC que configura una eximente de acuerdo al art. 34 inc. 1º del CP, y el estado crepuscular emocional un TMTI.

La personalidad suele estar desestabilizada por patologías previas como las epilepsias, las neurosis, el alcoholismo, la depresión, etc. La desconexión de la conciencia provoca amnesia y automatismos.

El sonambulismo se produce en la fase más profunda del sueño, en la que el sujeto se levanta realizando conductas automáticas y en ocasiones complejas. Los ojos permanecen abiertos y se pueden sortear obstáculos pero no existe estado de conciencia. No se puede entablar una conversación, aunque puede darse el caso de que el sonámbulo hable espontáneamente y en forma ininteligible. Existe amnesia posterior al suceso. Se pueden consumir actos ilícitos durante el episodio sonambúlico. Los episodios pueden durar entre 5 y 30 minutos. Algunos relacionan el sonambulismo con patologías psíquicas como la histeria y la epilepsia.

La hipnosis fue descrita por el cirujano escocés James Braid en 1840. Demostró que durante el sueño magnético las personas no están inconscientes sino muy sensibles a la sugestión. La efectividad de la hipnosis depende de las características de la persona que se pretenda hipnotizar. Al trance hipnótico no accede cualquiera ya que se produce un trastorno de la voluntad evidente, quedando el hipnotizado en situación de sumisión y obediencia con respecto a otra persona. Luego se experimenta una cierta amnesia de lo ocurrido.

Los actos realizados bajo este estado son asimilables al TMT, aunque hay autores que sostienen que las acciones sugeridas pueden ser refrenadas o inhibidas, sobre todo cuando tales órdenes pugnan con convicciones profundas del sujeto. Otros sostienen que en aquellas personas que tienen predisposición para el delito, la inhibición ética hace que la conducta se cumpla automáticamente.

La determinación técnica de la hipnosis, desde el punto de vista penal, se sitúa como una perturbación lindante entre la inhibición de la libre voluntad por sugestión de terceros y el grado de resistencia que pueda oponer el sujeto a la orden del hipnotizador.

7.2. Trastorno mental transitorio incompleto (TMTI).

En el Código Penal español se considera que un sujeto actúa con arrebatos u obcecación cuando sufre alteraciones pasionales o emocionales e incluso psíquicas que afectan a su capacidad cognoscitiva y volitiva, pero sin abolirla, por lo que su alcance es sólo parcial.

El Código Penal Argentino no contempla el término de arrebatos y ofuscación, por lo tanto estos sujetos deben pasar por un examen psiquiátrico para demostrar el estado de consciencia que presentó en el momento del hecho delictivo, para que sea incluido en el art. 34 inc. 1°.

El arrebatos y obcecación es un estado de ánimo que ofusca la mente proyectando su efectividad en situaciones en las que la mayoría de las personas se comporta de manera imprevisible.

Se entiende por arrebatos una pérdida momentánea del autodomínio como consecuencia de la ira o de sentimientos afectivos. Es una reacción ante una determinada situación vivencial, que desemboca en una situación de descontrol. Así los insultos, las agresiones físicas, las situaciones ambientales estresantes, las amenazas y provocaciones pueden dar lugar a respuestas arrebatadas. En el arrebatos no se medita la acción, sino que se actúa acaloradamente, sin prever las repercusiones que ello puede tener. Los hechos realizados bajo arrebatos entrarían en sintonía con las reacciones en cortocircuito.

La obcecación implica una situación de perturbación psíquica por hechos externos o acontecimientos vivenciales, pero con la particularidad de que no puede anular la responsabilidad criminal siendo su alcance sólo atenuante. Toda actuación realizada bajo obcecación responde a un estado que se ha ido gestando durante un período superior al del arrebatos, que es mínimo o inmediato. El obcecado llega a esta situación después de haber sufrido una determinada agresión continua, o haber pasado por un trance desagradable. De manera que la obcecación es un estado de ofuscación transitoria que desaparece después de haberse producido el fenómeno que la detona. Reconoce un estado de ánimo preexistente (un estado interior de malestar, ira, celos o resentimiento) que se extiende en el tiempo y que actúa persistentemente en el sujeto impidiéndole valorar adecuadamente las consecuencias de una acción reactiva ante los estímulos que recibe.

Por lo tanto se puede dar en obsesivos, paranoides, depresivos, etc., que tras un período de obcecación tienen una reacción de ofuscación que los obnubila. Estos cuadros

admiten excepcionalmente la alevosía por excitación psíquica pero nunca la premeditación que exige, entre otros requisitos, la frialdad del ánimo.

Como contrapartida, los estados pasionales y el miedo excesivo (que puede llegar al pánico o al terror) y la acción de drogas pueden constituir auténticos TMT.

El puerperio es definido como el período, después del parto, durante el cual la mujer vuelve a recuperar su estado normal tanto anatómica, como estética y funcionalmente.

Este estado se desarrolla en dos momentos consecutivos: el puerperio inmediato, que es el que sigue a las dos horas siguientes al parto y, el puerperio alejado, que es el período de retorno gradual a las condiciones anteriores a la gestación y suele durar aproximadamente cuarenta días.

En cuanto al estado puerperal, éste se refiere a la condición psíquica de la mujer en el postparto inmediato. Para la obstetricia, el período puerperal (o puerperio) es el tiempo que se extiende desde el parto hasta la reaparición de las menstruaciones.

En este aspecto, existe un período temprano, hasta los treinta o cuarenta días, y otro alejado, hasta la reaparición de las menstruaciones (a veces hasta varios meses, debido a la lactancia).

Pero el estado puerperal es el cuadro psicológico de la parturienta que, en tiempo variable, se halla alterado por factores hormonales, siendo muy conocida la depresión postparto.

En el otro extremo se puede hallar el raro cuadro de psicosis puerperal (de tono totalmente anormal, con franco cuadro de alienación mental).

Frecuentemente, el estado puerperal es un cuadro psíquico en el cual predominan la depresión y otros trastornos emocionales que alteran parcialmente el psiquismo de la madre.

Es una forma de trastorno mental transitorio incompleto; un estado crepuscular de la conciencia, donde ésta no está totalmente abolida. Existe discernimiento y comprensión de los actos y se pueden dirigir las acciones.

La existencia o no de un grado variable de alteración del psiquismo en el estado puerperal será en estos casos, o no, un atenuante o eximente del homicidio calificado por el vínculo. Actualmente se puede definir este cuadro, en términos generales, como la muerte violenta de un niño de corta edad.

- Filicidio, como la muerte del feto al nacer.
- Neonaticidio, a la muerte del recién nacido hasta el mes de edad.
- Infanticidio, a la muerte del niño desde el mes hasta el año de edad.

Lo más adecuado, según los expertos, sería definir a este tipo de homicidio como la muerte violenta del niño que ocurre entre el nacimiento y hasta el año de vida, y al aborto como la muerte del producto de la concepción antes del nacimiento.

Respecto del puerperio Bonnet⁹ menciona: "Obstétricamente considerado el puerperio representa el período de tiempo que transcurre entre el momento del parto y el de reinicio del ciclo menstrual. El término medio de la duración de este período es aproximadamente de cuarenta días, según lo manifiestan la casi totalidad de los obstetras".

Más adelante, este mismo autor agrega: "Para nosotros, el estado puerperal representa un 'estado' psicopatológico, y no un 'período' obstétrico".

Sobre esta misma materia, añade: "El estado puerperal es un trastorno mental transitorio incompleto porque es de corta duración y porque no alcanza a constituir un estado de alienación mental, sino solamente un estado crepuscular".

El estado puerperal es un trastorno mental transitorio incompleto porque es de corta duración y porque no alcanza a constituir un estado de alienación mental, sino solamente un estado crepuscular. Miedos y fantasías que se atenúan. Desde la concepción hasta el parto se suscitan miedos y fantasías que se atenúan o se intensifican durante el puerperio, según la historia personal de la mujer, de su estructura mental y del contexto familiar y sociocultural. Durante el período postparto pueden presentarse algunos trastornos en la mujer:

El post partum blues, este trastorno se define como una forma leve y transitoria de depresión, con una duración generalmente de dos semanas. Se trata de la alteración del estado de ánimo postparto más común. Se caracteriza por irritabilidad, tristeza, fatiga, llanto y labilidad emocional.

La depresión postparto sin psicosis, la alegría del primer momento por el nacimiento de un hijo, se puede ver empañada por una sensación de vacío. La primera separación madre e hijo por el corte del cordón umbilical, puede provocar sentimientos depresivos a los que contribuyen el temor frente a la nueva responsabilidad de ser madre.

La depresión postparto consiste en una profunda tristeza y desajuste en las semanas que siguen al parto. Aparece la culpa, el llanto fácil, fatiga, insomnio, dificultad para concentrarse, incapacidad para realizar las tareas maternas. La mujer se niega a tener contacto físico con el bebé, no habla afectuosamente de él, no logra amamantarlo y le molesta mucho su llanto.

⁹ Bonnet, Emilio P.F., "Psicopatología y psiquiatría forenses" 2t. López Editores 1983 Bs.As.

Las causas de la depresión postparto pueden ser tanto conscientes como inconscientes. Y las primeras tienen que ver con: episodios previos de depresión mayor, conflictos de pareja, tensión por circunstancias económicas adversas conjuntamente con ausencia de sostén afectivo, eventos estresantes antes o durante el embarazo, el ser madre soltera, la baja autoestima materna, embarazo no querido y la imposibilidad de lactar.

Cuando la tristeza y el desajuste se intensifican toman la forma de una psicosis postparto. En su etiología deben tenerse en cuenta, aparte de los factores hereditarios, constitucionales y hormonales, los factores psicosociales, las vivencias actuales, el estilo de apego y los mecanismos de defensa predominantes de la estructura de personalidad de la madre.

La psicosis postparto es un estado confusional y de angustia. Entre sus características clínicas se encuentran: labilidad afectiva, alucinaciones, delirios, lenguaje desorganizado, desorientación y trastornos de sueño. Las ideas delirantes generalmente tienen relación con el bebé e incluyen aspectos sobre malformaciones de él, así como contenido místico-religioso. Pueden sucederse aspectos maniacos y melancólicos por fases.

La mujer vive una serie de escenas no asociadas de carácter triste y hasta terrorífico que despiertan ansiedad y, en un caso extremo, puede llegar a conductas autoagresivas y violentas que desembocan en suicidio o filicidio. El acto filicida ocurre durante un estado delirante o en un momento de obnubilación de la conciencia, el cual remite al poco tiempo alcanzándose una aparente normalidad. Algunas mujeres filicidas asumen que por el acto cometido son portadoras de rasgos positivos. El hijo puede representar para ésta una venganza contra su pareja, un amor frustrado, una vida futura sin disfrute, el producto de un abuso sexual.

En cuanto al estado puerperal, éste se refiere a la condición psíquica de la mujer en el postparto inmediato. Para la obstetricia, el período puerperal (o puerperio) es el tiempo que se extiende desde el parto hasta la reaparición de las menstruaciones.

En este aspecto, existe un período temprano, hasta los treinta o cuarenta días, y otro alejado, hasta la reaparición de las menstruaciones (a veces hasta varios meses, debido a la lactancia). Pero el estado puerperal es el cuadro psicológico de la parturienta que, en tiempo variable, se halla alterado por factores hormonales, siendo muy conocida la depresión postparto.

8. ELEMENTOS SEMIOLOGICOS A TENER EN CUENTA EN EL TMT.

Se hará una breve descripción de los elementos semiológicos a tener en cuenta cuando se debe hacer una pericia de un TMT, sobre todo en lo concerniente a la conciencia, la ideación y la actividad.

8.1. Conciencia.

Es la totalidad de la experiencia momentánea, insertada en la corriente continua de la vida psíquica, mediante la cual se percibe el mundo circundante a través de los órganos sensoriales y de las huellas mnésicas.

Es un fluir en donde el YO puede captar un momento, por lo que conciencia es siempre conciencia de algo, es decir, de intencionalidad.

La conciencia reconoce:

- Una estructura, que es como un escenario que requiere de luz (intensidad) y un campo (amplitud).
- Un contenido, que son los personajes que representan al mundo exterior (objetos a captar) y al mundo interior (vivencias del yo).

Además, la conciencia se divide en áreas o sectores que se pueden graficar en forma concéntrica

El estado vigilia o vigilancia depende de los relojes biológicos autorreguladores neurocerebrales del sueño y la vigilia. En este sistema intervienen el sistema activador reticular ascendente (SARA), la corteza cerebral, el hipotálamo, las hormonas, los estímulos, el riego sanguíneo, etc. Sin estado de vigilancia, no hay claridad de conciencia y por ende no hay lucidez. Lo opuesto a una persona despierta, consciente y vigil, es el sueño fisiológico.

La claridad de conciencia depende de la intensidad de la vivencia, la amplitud del campo de la conciencia y la ordenación del continuo devenir de la vida psíquica. Los factores que intervienen son el tono vital, el grado de interés y el estado anímico, es decir, el conjunto de motivaciones del vivenciar y del comportamiento. La conciencia de sí mismo depende de los elementos anteriores

8.1.1. Psicopatología de la conciencia.

Diversas circunstancias patológicas pueden empañar con mayor o menor intensidad la lucidez de la conciencia.

- Obnubilación de la conciencia: enturbiamiento que alcanza diferentes grados de intensidad, desde el retardo de las elaboraciones hasta la suspensión completa de la actividad psíquica. Los diferentes grados de obnubilación son, el embotamiento, la somnolencia y el coma
- Estrechamiento de la conciencia: hay retracción del campo de la conciencia, solo hay conducta automática y sin registro de la memoria.
- Estado crepuscular: la percepción esta entorpecida incompletamente, la complejidad lleva a la incoherencia y a la incomprensión. Se observa en la confusión mental y en la epilepsia.
- Orientación: depende directamente de la lucidez de la conciencia. Orientación autopsíquica, en el tiempo, en el espacio. Se ven perturbaciones de la orientación en el síndrome oligofrénico, síndrome demencial, síndrome confusional, síndrome esquizofrénico, síndrome delirante, síndrome de excitación psicomotriz y síndrome de depresión psicomotriz.

8.2. Ideación.

Se entiende por ideación a la función de sintetizar las diferentes imágenes sustrayendo lo accesorio y dejando lo esencial.

Las ideaciones patológicas son cuatro:

- La fija o parásita, son ideas que aparecen en la conciencia en el momento menos esperado y están acompañadas de sensaciones displacenteras. Ejemplo de ello son los neuróticos, y habitualmente no condicionan la conducta.
- La sobrevalorada, aquí si hay un valor agregado, en general corresponden a los fanatismos y que en general son ideas que llevan a un error, pero se logra reconocerlo. La idea sobrevalorada se reflexiona, el sujeto sabe que es una apreciación personal.
- La idea delirante, aquí en cambio, el juicio lo acepta como verdadero y entra en un delirio que condiciona la conducta.

- La idea obsesiva, aquí hay un error, el juicio lo reconoce y trata de desterrarlo de la conciencia. El sujeto evita hacer lo que la idea manda a hacer, a través de los rituales. Existen las formas puras, fóbicas y compulsivas. En estas últimas el sujeto no puede evitar que la idea mande y tiene un impulso irracional a efectuar la acción.

8.3. Actividad.

La actividad es la función psicomotriz que se manifiesta a través de los actos.

Los actos son trastornos de la esfera volitiva y están supeditados a la actividad psíquica.

Ellos son:

- Acto instintivo: sin necesidad de aprendizaje previo, resultado de una predisposición hereditaria, específico y común a la especie.
- Acto habitual: resultado de un largo aprendizaje por repetición de los mismos movimientos que permite alcanzar un alto grado de perfección, no pertenece a la filogenia sino al individuo.
- Acto voluntario: condicionado y dirigido por la voluntad y bajo estricta vigilancia de la conciencia. En la ejecución: movimientos ya conocidos o creados en el momento.

8.3.1. Patología de la actividad.

Hay que diferenciar las alteraciones en el período de elaboración, y las alteraciones del período ejecutivo:

Las alteraciones que se manifiestan en el período de elaboración son:

- Cuantitativas: la abulia (neurasténica, esquizofrénica, melancólica y catatónica), la hipobúlica y la hiperbúlica (maníacos, excitados, delirantes).
- Cualitativas: son los impulsos, los actos descontrolados que escapan a la decisión (respuesta instintiva), las compulsiones, que son estados patológicos orientados en dos fuerzas opuestas, el deseo o tendencia que produce un impulso morboso y la resistencia del individuo en su ejecución.

Las Alteraciones que se manifiestan en el período ejecutivo son:

- Apraxias, la imposibilidad de ejecutar actos adecuados al objeto.

- Ecopraxias, la imitación de actos que realizan otras personas (oligofrénicos, esquizofrénicos).
- Amaneramientos, la falta de simplicidad y de espontaneidad en los actos por el agregado de movimientos innecesarios que complican su ejecución corriente.
- Extravagancias estereotípicas, la extravagancia es la exageración del amaneramiento y la estereotipia es la extravagancia repetidamente persistente.
- Interceptación cinética, la interrupción brusca de un acto o movimiento en ejecución.
- Negativismo, la resistencia a cambiar de actitud o a ejecutar cualquier otro acto o movimiento: manifestación catatónica (esquizofrénicos, melancólicos, histeria).
- Obediencia automática, la obediencia y ejecución automática y pasiva de todos los actos y movimientos sugeridos.
- Flexibilidad cérea, también llamada catalepsia, es la blandura y plasticidad muscular, que permite la exageración y persistencia de la actividad postural.
- Cataplexia, poco frecuente, es la pérdida total del tono muscular, aparición súbita y de corta duración.

9. CONCLUSIONES

El conocimiento sobre el tema de la imputabilidad y los trastornos mentales transitorios es de fundamental importancia para el médico legista. Es él, quien debe asesorar al Juez sobre estas cuestiones, para que el magistrado a la hora de efectuar su dictamen tenga presente todas las herramientas sobre el estado psíquico del imputado al momento del hecho delictivo.

Se debe consignar en el escrito, si el sujeto presenta, patología encuadrable dentro de la insuficiencia de las facultades mentales, alteración morbosa o estado de inconsciencia. Es decir, cual es el enfoque psiquiátrico en el marco del apartado biológico, particularmente del estado de inconsciencia al que hay que tener en cuenta en los casos de trastorno mental transitorio; del art. 34 inc. 1° del Código Penal Argentino.

Al el examen semiológico del imputado, hay que establecer, como se encontraba la lucidez del sensorio al momento del hecho (apartado cronológico), si presentó suficiente claridad de la conciencia como para permitirle efectuar conductas adecuadas y orientadas en tiempo y espacio a las circunstancias del hecho y la permanencia de una atención lo suficientemente estructurada como para permitirle percibir y grabar en su memoria la secuencia de los acontecimientos ocurridos.

Luego queda definir, si al momento del hecho delictivo (apartado psicológico), comprendió la criminalidad de sus actos o la libre dirección de sus acciones.

La constancia de la existencia de una enfermedad psíquica, no es la verdadera finalidad del peritaje médico-legal, ya que este hecho no es en sí mismo motivo suficiente para modificar la apreciación del caso por parte de la justicia sino que debe estar encaminado únicamente a demostrar y valorar técnicamente los fenómenos psicopatológicos que puedan existir, emitiendo conclusiones científicas fundamentadas acerca de la forma y grado que afectan el sustrato psíquico del acusado solo al momento del ilícito.

Es fundamental el conocimiento del especialista a cargo de la peritación médico legal, a fin de arribar al diagnóstico de un trastorno mental transitorio (para la justicia española), o un estado de inconsciencia (para la justicia argentina), para ilustrar al Juez sobre si se ha comprobado patología en las funciones mentales intelectivas, y concluir si el sujeto, al momento del hecho, se encontraba con suficiente autonomía para comprender y dirigir sus acciones conforme al art. 34 inc. 1° del Código Penal Argentino.

Sobre este tema tan complejo, es el médico legista quien deberá tener el conocimiento, contar con la idoneidad, prudencia, juicio, comprensión, experiencia, práctica y sobre todo

la habilidad y pericia para ayudar a la justicia en la resolución de un hecho que tendrá como resultado una sentencia judicial que resolverá si el imputado deberá ir a un establecimiento de seguridad curativo, o a prisión.

En este trabajo se han presentado los conceptos acerca del inicio del término trastorno mental transitorio, también se clasificaron estas afecciones y se han descripto las perturbaciones mentales; se han repasado además algunos aspectos semiológicos, y se han comparando la legislación argentina con la española sobre la imputabilidad en los casos de estado de inconsciencia y trastornos mentales transitorios.

En el Código Penal Español la expresión TMT está implícita en la ley de imputabilidad., y en la Argentina la expresión que abarca el artículo 34 inc. 1° del Código Penal es la de estado de inconsciencia. Se ha determinado que siempre se ha de producir una manifiesta y plena perturbación de sus facultades mentales, colocando al sujeto en un notorio estado de inconsciencia, con completa inhibición intelectual y anulación total de la voluntad. Ambos términos tienen el mismo criterio y lectura por parte de la justicia de estos dos países. Por lo tanto se encuentra similitud legal en los casos concernientes a la inimputabilidad sobre los estados de inconsciencia, en la Argentina y en España.

10. BIBLIOGRAFIA

- Alcmeon 30, Año X Vol. 8 "El trastorno mental transitorio y sus implicancias jurídicas y médico- legales" Octubre 1999. Bs. As.
- Betta, Juan C. "Manual de psiquiatría" 8° edición CEA 1981 Buenos Aires
- Bonnet, Emilio P. F., "Medicina Legal" López Editores 2t. 2da. edición 1980 Bs.As.
- Bonnet, Emilio P.F., "Psicopatología y psiquiatría forenses" 2t. López Editores 1983 Bs. As.
- Cabello, Vicente, "Psiquiatría Forense en el Derecho Penal" 5 t. Ed. Hammurabi Bs.As. 1981
- Cabello, Javier Osvaldo, Clasificación de las enfermedades mentales para no especialistas. Editorial Belgrano. Buenos Aires 1999.
- Código Penal Argentino, Libro Primero, Disposiciones Generales, Tomo III, Título V, Imputabilidad, art. 34.
- Código penal español. Libro I. Disposiciones generales sobre los delitos y las faltas, las personas responsables, las penas, medidas de seguridad y demás consecuencias de la infracción penal. Título I. De la infracción penal. Capítulo II. De las causas que eximen de la responsabilidad criminal.
- Delgado Bueno, Santiago, "Psiquiatría legal y forense" Ed. Colex 1994 2t. Madrid.
- Frias Caballero, Jorge, "Imputabilidad penal" Ediar 1981 Bs.As.
- López Bolado, Jorge, "Los homicidios calificados" Ed. Plus Ultra 1975 Bs.As.
- Rojas, Nerio, Tratado de Medicina Legal" Ed. El Ateneo 1958 Bs. As.