

## VALORACIÓN PENAL DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

Capitán Auditor Dennis-John DEMPSEY JIMÉNEZ.  
Asesoría Jurídica. Dirección General de la Guardia Civil.

### CONCEPTO Y CLASIFICACIONES.

Aunque no fue hasta el siglo XIX cuando se comenzó a utilizar la palabra *depresión* (1) para calificar a lo que, hasta entonces, era conocido como *melancolía* (2), psicólogos y psiquiatras coinciden hoy en admitir que los *trastornos depresivos* constituyen una de las patologías mentales que mayor incidencia presentan en la sociedad actual (3). A partir de aquí la cuestión se complica, pues al tratar de perfilar el concepto las coincidencias se difuminan e, incluso, las posturas doctrinales abiertamente se contraponen, al tiempo que las distintas perspectivas —jurídica y médica— al situarse ante la misma realidad —un sujeto que ha cometido un hecho delictivo y cuya responsabilidad penal ha de ser determinada y medida— conducen con frecuencia a juicios de valor cualitativamente distintos.

---

(1) Fue el psiquiatra alemán Kräpelin quien, en 1.896, delimitó conceptualmente la *enfermedad maniaco-depresiva*, en cuyo seno incluyó genéricamente todos los casos de *excesos* en la afectividad. Posteriormente, en 1.957, su compatriota Leonhard será el primero en clasificar los desórdenes afectivos en «*bipolar*» (personas con trastornos maniaco depresivos o *circulares*) y «*monopolar*» (personas con historia sólo de depresión o sólo de manía), superando así el concepto de «*maniaco-depresivo*». A partir de la cuarta edición del manual estadístico y de diagnóstico de los desórdenes mentales (DSM-IV), publicado por la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) se reconoce por primera vez oficialmente la distinción entre trastornos bipolar I y bipolar II: Los primeros serían aquellos casos en los que ha existido algún episodio de manía, mientras que en los segundos habría antecedentes de hipomanía (episodios menos graves que no llegan a interferir gravemente con la vida cotidiana del afectado).

(2) Del griego *melaina chole* (bilis negra), la melancolía tenía su origen, según Hipócrates, en desajustes en la secreción o eliminación de esta sustancia dentro del cuerpo humano.

(3) Cerca de un cinco por ciento de la población sufre al menos un episodio de depresión grave durante su vida. Vid. BELLOCH, A. e IBÁÑEZ, E., *Manual de Psicopatología*, Valencia, 1991.

Obviamente, sentirse «triste» o «deprimido» no es suficiente para definir una depresión. Esta particularidad es importante, pues la depresión, entendida como síntoma, está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos (e.g., trastornos de ansiedad, esquizofrenia, etcétera). La depresión *clínica*, en cambio, ha de concebirse como un síndrome, o conjunto de síntomas característicos, cuyo diagnóstico médico exige emplear, además del estado de ánimo, otros criterios simultáneos, no siempre bien concretados, sin que, por otro lado, a menudo resulte fácil diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo depresivos, más o menos cotidianos, hasta el extremo de que para algunos autores los cuadros depresivos se diferenciarían entre sí por la intensidad *cuantitativa* (4) de los síntomas. Otros tratadistas, en cambio, afirman que es posible distinguir *cualitativamente* (5) la depresión patológica. Los criterios clasificatorios, en fin, distan mucho de ser unívocos, sugiriéndose numerosos *subtipos* diferentes de depresión (endógena, psicológica, menstrual, reactiva, biológica, psicótica, existencial, neurótica, puerperal (6), alcohólica, etc).

## 1. DEPRESIÓN ENDÓGENA Y DEPRESIÓN REACTIVA.

La distinción o dicotomía *endógena-reactiva*, muy empleada en los años cincuenta y sesenta, que iría referida a una pretendida diferenciación entre *depresiones biológicas* (o endógenas) y *depresiones psicosociales* (o reactivas), es cuestionada ahora por recientes estudios (7) que juzgan irrelevante la existencia de *precipitantes psicosociales* en la clasificación de los trastornos depresivos.

Lo característico de las depresiones *endógenas* es su mayor recurrencia, la mayor presencia de síntomas graves, como el suicidio, y la superior sintomatología vegetativa (insomnio, retardo psicomotor, pérdida de peso, etcétera), mientras que las depresiones *reactivas* se suelen definir por exclusión, siendo cada vez más frecuente la sustitución de dicho calificativo por el de *no endógenas*, evitando así el concepto de *reactividad*, dado su escaso fundamento empírico.

---

(4) GOLDBERG, D., y HUXLEY, P.: *Common mental disorders: A bio-social model*. Londres, 1.992

(5) PAYKEL, E. S.: *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid, 1.982, pp. 50-82.

(6) Cfr. Auto de la Sala de lo Penal de 8 de noviembre de 1.995.

(7) PAYKEL, E. S.: *Recent life events in the development of depressive disorders*. En *The psychobiology of the depressive disorders*, Nueva York, 1.979.

A la *depresión endógena* aluden, entre otras, las Sentencias de la Sala Segunda del Tribunal Supremo de 8 de febrero de 1995, 15 de marzo de 1990 y 27 de febrero de 1989. En particular, la datada el 15 de marzo de 1990 afirma que: *...En la depresión endógena los síntomas son más frecuentes son la tristeza profunda, el sentimiento de desesperanza, preocupaciones hipocondríacas, ideas de autoacusación y autodesprecio que puedan ser delirantes. La ansiedad y el sentimiento de inferioridad».*

La *depresión reactiva* es mencionada en las Sentencias de la Sala Segunda de 17 de octubre de 1995 y 15 de diciembre de 1987, y en la Sentencia de la Sala Quinta (Penal) de 18 de noviembre de 1988 y 19 de enero de 1989. Para ésta última, *...Este conjunto de síntomas que, en el caso de la depresión reactiva, se presentan en sujetos cuya tolerancia a determinadas situaciones de «stress» es inferior a la normal, puede servir de base, a lo más, para que consideremos aminorada la capacidad de determinar libre y conscientemente la propia conducta, pero muy difícilmente para que admitamos que dicha aptitud ha desaparecido.*

## 2. DEPRESIÓN PSICÓTICA Y DEPRESIÓN NEURÓTICA.

Basada esencialmente en la *gravedad* sintomatológica, esta diferencia ha desaparecido de las clasificaciones más modernas (DSM [8]-III, DSM-III-R, y DSM-IV) que, con propiedad, conservan el término *psicótico* para calificar aquellos trastornos afectivos en los que existen *delirios* (habitualmente, ideas delirantes de ruina económica, culpa o enfermedad) o *alucinaciones* (lo más usual son voces acusatorias o visiones de familiares fallecidos) acompañando al trastorno depresivo. Con anterioridad, el término *depresión neurótica* se empleó para calificar depresiones ligeras, depresiones secundarias a trastornos de personalidad, estados depresivos crónicos, etcétera. Por contra, el calificativo *psicótico* se predicaba de las depresiones endógenas, depresiones graves o depresiones con síntomas psicóticos, propiamente dichos (delirios y alucinaciones).

Jurisprudencialmente, las *neurosis* son definidas como *estados disfuncionales psíquicos o de anormalidad mental de menor intensidad y de gravedad que las psicosis, de las que se distinguen porque en las neurosis la personalidad del sujeto afectado permanece integrada conservando*

---

(8) DSM: Manual estadístico y de diagnóstico de los desórdenes mentales (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), publicado por la Sociedad Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association: APA*). Su primera edición (DSM-I) data de 1.952, habiendo sido sucesivamente renovado desde entonces (DSM-II en 1.968, DSM-III en 1.980, DSM-III-R en 1.987, DSM-IV en 1.994).

*el sentido de la realidad aunque alguna vez se halle levemente distorsionada, así como el juicio moral sobre el acto o conducta que se ve impulsado a realizar conscientemente* (cfr. Sentencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo de 15 de diciembre de 1987).

### 3. TRASTORNO UNIPOLAR Y TRASTORNO BIPOLAR

Esta clasificación, *descriptiva* y no sintomatológica, es la más utilizada en la actualidad en los sistemas de clasificación oficiales (CIE [9]) y DSM). El trastorno *bipolar* —o, si se prefiere, *maníaco-depresivo*, en la terminología anterior— se caracteriza por la aparición de *episodios de manía* (existan o no episodios depresivos) con humor y alegría, expansivos e inmotivados, euforia, exaltación del ánimo, optimismo, hiperactividad física, etcétera. Conviene subrayar que *bipolar* no significa que una persona tenga un estado de ánimo cambiante sino, simplemente, que ha tenido en su biografía algún episodio de *manía* o *hipomanía*.

Por el contrario, los trastornos depresivos unipolares se caracterizan porque el sujeto tiene episodios de depresión sin que nunca haya sufrido un episodio maníaco.

Por lo regular, estos episodios se presentan a lo largo de la vida del sujeto en forma alternativa o sucesiva en el tiempo y, por ende, con un *influjo también variable* en su psiquismo, con *fases o tiempos de remisión espontánea*, libre de síntomas y sin deterioro de las funciones intelectuales, pudiendo ser los ciclos y períodos muy variantes e irregulares.

Es importante advertir que esta clasificación no es equivalente ni superponible a las dos precedentemente analizadas (*endógena-reactiva; psicótica-neurótica*). De hecho, las depresiones bipolares apenas comparan alguno de los síntomas que definen la «*depresión endógena*».

Curiosamente, mientras la *concepción bipolar de la enfermedad mental* (sic.) parece rechazada por la Sentencia de la Sala Segunda de 27 de febrero de 1989, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso de 16 de julio de 1993, al decidir la recuperación del recurrente para poder efectuar sus funciones de Juez, fundándose en informes periciales médicos obrantes en el expediente, la acepta plenamente.

---

(9) CIE: Clasificación internacional de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. En 1.992 fue publicada su décima revisión (CIE-10).

#### 4. TRASTORNO PRIMARIO Y TRASTORNO SECUNDARIO

La calificación *trastorno primario* alude a aquellos cuadros en los que el trastorno del estado de ánimo (depresivo o bipolar) existe *aisladamente*, sin la presencia, actual o pasada, de otro cuadro distinto del afectivo (alcoholismo, trastornos obsesivo-compulsivos, esquizofrenias, fobias, trastornos orgánicos cerebrales, etcétera).

Trastornos anímicos *secundarios* serían aquellos que afectarían a *pacientes con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente diferente de la depresión o la manía* (10).

En relación a estos extremos, la Sentencia de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo de 28 de octubre de 1996 vino a concluir que *...la exención completa o incompleta de la responsabilidad criminal no deriva ni del padecimiento psíquico, ni del abuso de bebidas alcohólicas o del propio consumo de drogas, pues nuestra legislación penal no se basa en una fórmula puramente psiquiátrica, sino que precisa una afectación de la imputabilidad. Por tanto existe la perturbación del psiquismo «depresión ansiosa», pero ello carece de virtualidad aminoradora de la pena correspondiente, porque tal dolencia deja intactas las facultades de entender y querer. Otro tanto ocurre con el consumo alcohólico de forma abusiva, que hoy por hoy en el inatacable «factum» no afecta al psiquismo, pero que de persistir, para el futuro, puede llegar a afectar gravemente a su intelecto y a su voluntad.*

#### 5. CLASIFICACIÓN DEL DSM-IV (11)

El sistema clínico de clasificación más claro es el manual estadístico y de diagnóstico de los desórdenes mentales (*Diagnostic and Statistical*

---

(10) GOODWIN, D. W., y GUZE, S. B., *Psychiatric diagnosis*, 4.ª ed., Oxford, 1.989.

(11) De acuerdo con el DSM-IV, los trastornos del estado de ánimo se clasifican en:

**Trastornos depresivos.**

Trastorno depresivo mayor (episodio único).

Trastorno depresivo mayor (recurrente).

Trastorno distímico.

Trastorno depresivo no especificado en otro lugar.

**Trastornos bipolares.**

Trastorno bipolar I.

Trastorno bipolar II.

Trastorno ciclotímico.

Trastorno bipolar no especificado en otro lugar.

**Trastornos anímicos debidos a condición médica general.**

**Trastornos anímicos inducidos por sustancias.**

**Trastorno anímico no especificado en otro lugar.**

*Manual of mental disorders*: DSM) elaborado por la Sociedad Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*: APA). Su primera edición (DSM-I) data de 1952, habiendo sido sucesivamente renovado desde entonces (DSM-II en 1968, DSM-III en 1980, DSM-III-R en 1987, DSM-IV en 1994), siendo su mayor precisión la principal ventaja frente a sistemas como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, cuya décima revisión (CIE-10) fue publicada en 1992.

En lo que aquí interesa, el DSM-IV distingue tres tipos de episodios: depresivo mayor, maníaco e hipomaníaco. La combinación de estos episodios y la concurrencia plena, o no, de los criterios diagnósticos de los mismos, configura la definición de los trastornos del estado de ánimo. Así, la distinción entre «trastornos depresivos» y «trastornos bipolares» obedece sólo a la presencia o no de episodios maníacos: los trastornos depresivos serían aquellos en los que *nunca* ha habido episodios maníacos o hipomaníacos, mientras que los trastornos bipolares son aquellos en los que el individuo (haya padecido o no depresiones) ha manifestado alguna vez episodios maníacos o hipomaníacos.

Jurisprudencialmente, el DSM ha sido acogido penalmente, entre otras muchas, en las Sentencias de la Sala Segunda del Tribunal Supremo de 20 de junio y 5 de mayo de 1995 y 29 de septiembre de 1993; en la Sentencia de la Audiencia Provincial de Baleares de 8 de junio de 1995; en la Sentencia de la Audiencia Provincial de Lérida de 10 de mayo de 1995; y en las Sentencias de la Audiencia Provincial de Barcelona de 20 de enero y 12 de julio de 1994.

La CIE, por el contrario, se menciona en las Sentencias de la Sala Segunda del Tribunal Supremo de 9 de junio de 1995 y 6 de marzo de 1989; y en la Sentencia de la Audiencia Provincial de Pontevedra de 22 de junio de 1995.

## SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Analizando la relevancia penal de la depresión, la Sentencia de la Sala de lo Militar del Tribunal Supremo de 18 de noviembre de 1988 declaró:

*La Ciencia Psiquiátrica suele referirse a un dato fenomenológico inherente a toda depresión, que es un «descenso del humor que termina siendo triste», al que se asocian una cierta inhibición, es decir, una especie de frenaje o enteltecimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y repliega al sujeto sobre sí mismo*

*empujándole a huir de los demás, y una tendencia secundaria a la auto-depreciación y a la autoacusación o sentimiento de culpabilidad.*

En términos generales, la descripción que del *síndrome* (o conjunto de signos o síntomas) depresivo realiza la Sentencia citada resulta perfectamente válida. No obstante, el cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y en cuanto a su evolución temporal. Sistemáticamente ordenados, los principales rasgos serían:

### 1. Síntomas cognitivos

En relación a su *capacidad de comprender*, la valoración que una persona deprimida hace de su entorno, de sí misma y de su futuro acostumbra a ser negativa. La autodepreciación, sentimiento de culpa y pérdida de autoestima suelen ser elementos destacados en las cogniciones de estas personas, aunque no queda claro si tienen tales elementos tienen naturaleza causal (*etiológica*) o son resultado (*síntoma*) de la misma depresión. En ocasiones, la memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a verse afectadas gravemente.

### 2. Síntomas conductuales y motivacionales

En relación a la *capacidad de decidir y querer*, la apatía, la indiferencia y la disminución de la capacidad de disfrute (o *anhedonia*) es, junto con el estado de ánimo deprimido, el síntoma principal de un estado depresivo. En su forma más grave, este estado de *inhibición* alcanza un entencimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta (*retardo psicomotor*). En casos extremos, puede llegar al «*estupor depresivo*», un estado caracterizado por mutismo y parálisis motora casi totales, muy similar al estupor catatónico.

### 3. Síntomas anímicos

Los sentimientos de tristeza, pesadumbre, abatimiento o infelicidad son los más habituales en el deprimido, aunque en ocasiones el estado de ánimo que predomina es la irratibilidad, el nerviosismo o la sensación de vacío. En casos de depresiones graves, la persona afectada puede llegar a *negar* los sentimientos de tristeza, afirmando que es *incapaz de sentir nada*.

#### 4. Síntomas interpersonales

Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro de sus relaciones personales, al sufrir normalmente el rechazo de los que los rodean, lo que, a su vez, reaccúa (*feed-back*) aislandoles aún más.

#### 5. Síntomas físicos

Este tipo de síntomas en ocasiones se consideran línea divisoria entre la depresión *normal* y la depresión *clínica*. Pertenecen a este grupo los problemas de sueño (insomnio o hipersomnía), fatiga, pérdida de apetito y disminución de la actividad y deseo sexuales. También se quejan de distintas molestias corporales (dolores de espalda, de cabeza, visión borrosa, etcétera).

#### PERSPECTIVA Y EVOLUCIÓN JURISPRUDENCIAL

Jurisprudencialmente, el concepto de depresión se indaga principalmente en sede penal, sin que por ello falten numerosos ejemplos de decisiones civiles (12), contenciosas (13) o sociales (14) en las que la depresión se integra como elemento relevante del fallo judicial.

---

(12) Véanse, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de 11 de marzo, 17 y 7 de mayo de 1.995; la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 1 de octubre de 1.991; la Sentencia de la Audiencia Provincial de Palencia de 21 de junio de 1.995; la Sentencia de la Audiencia Provincial de Toledo de 21 de diciembre de 1.994; la Sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia de 3 de octubre de 1.994; la Sentencia de la Audiencia Provincial de Navarra de 16 de septiembre de 1.993; la Sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga de 2 de noviembre de 1.992; etcétera.

(13) Vid. Sentencias de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 16 de diciembre y 28 de octubre de 1994; 12 de julio y 28 de junio de 1993; 12 de junio de 1992; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 31 de marzo de 1995; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 22 de julio de 1994; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia de 2 de julio de 1994; etcétera.

(14) Vid. Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 1 de junio de 1994; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 31 de julio de 1995; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 14 de julio de 1995; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 19 de julio de 1995; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de 9 de junio de 1995; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de mayo de 1995; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 24 de mayo de 1995; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 26 de mayo de 1995; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura de 26 de abril de 1995; etcétera.



En línea de principio, la depresión se considera como un *...estado que padecen numerosas personas, y sin que por ello se cuestione su incapacidad o la anulación de su intelecto o voluntad, caracteres que sólo coincidirían en situaciones profundas* (cfr. Sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga de 2 de noviembre de 1992).

*...Para su debida inserción en el cuadro taxonómico de entidades nosológicas en el campo en que ahora nos movemos, la gama va desde los simples estados depresivos que no tienen ninguna relevancia penal, a no ser que sean síntomas de una verdadera enfermedad (Sentencia de 26 de octubre de 1988) hasta la psicosis maniaco-depresiva, antes conocida también como locura circular, que altera esencialmente la estructura del psiquismo y produce, por ende, la exención plena de la responsabilidad penal (Sentencia de 13 de mayo de 1983, entre muchas). El problema está en detectar y valorar los estados intermedios o limítrofes con la mentada psicosis con la consiguiente disminución de la imputabilidad. Entre tales estados sobresalen las llamadas en psiquiatría depresiones reactivas anómalas para diferenciarlas de las que afectan al hombre normal que incurre en variaciones de humor orientadas, bien a la excitación, alegría y euforia, bien hacia el decaimiento, la tristeza y la disforia. Un paso más elevado en esta gradación lo proporciona la melancolía endógena, en el que la depresión ya va vinculada a una alteración constitucional que cuando se asocia a la exaltación maniaca da lugar a la psicosis ciclotímica o maniaco-depresiva. Es en la fase maniaca cuando tiene lugar con mayor frecuencia la actividad antisocial y delictiva. Ahora bien, también la melancolía depresiva, aparte de dar lugar a tentativas de autodestrucción, puede propiciar la comisión de delitos violentos, si durante su proceso sobreviene un estado doloroso o de angustia que rompe la paralización psicomotora (raptus melancholicus) (cfr. Sentencia de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo de 27 de febrero de 1989).*

No toda enfermedad mental, naturalmente, puede ser tenida como asiento suficiente para predicar la existencia de una *causa de inimputabilidad* o de *imputabilidad disminuida*, pues a ello se opone la definición *psiquiátrico-psicológica* que la Jurisprudencia ha hecho de la expresada circunstancia (sin que ello suponga acogerse a la llamada *concepción bipolar* de la enfermedad mental; cfr. Sentencia de la Sala Segunda de 27 de febrero de 1989), de tal modo que no sólo se atiende al substrato clínico o al origen biopatológico de la alteración mental, sino también a la repercusión en las capas altas del psiquismo y al concreto efecto sufrido por el sujeto de anulación o disminución de sus capacidades cognosciti-

vas y volitivas, esto es, si dada determinada psicosis o anomalía mental, queda afectada la capacidad de entender el significado antijurídico de la norma y de determinarse u orientarse en tal dirección.

La Sala Segunda del Tribunal Supremo considera que cuando la perturbación psíquica —permanente o pasajera— es *bastante* para delimitar totalmente la conciencia y la voluntad, base de la imputabilidad o culpabilidad (Sentencia de 2 de noviembre de 1983) entonces es causa de exención de responsabilidad; cuando no es total y se manifiesta en una disminución de esas facultades intelectivas o volitivas, con una *indudable limitación para comprender la ilicitud del acto* (Sentencia de 3 de mayo de 1983), o *el conocimiento del alcance y trascendencia de sus actos* (Sentencias de 20 de mayo de 1958 y 15 de abril de 1959) es causa de atenuación privilegiada; y cuando no concurren los presupuestos para apreciar las dos causas anteriores, como completa o incompleta, pero se aprecia una *menor intensidad en la imputabilidad* (Sentencias de 19 de abril de 1978, 10 de mayo de 1982, 27 de marzo de 1985 y 6 de julio de 1987), *cuando la merma o disminución carecen de intensidad y de injundia siendo puramente leves, tenues y de poca incidencia en la imputabilidad de la gente*, se aplica la atenuante analógica de eximente incompleta (cfr. Sentencia de la Sala de lo Penal de 15 de diciembre de 1987).

Acreditado el *trastorno afectivo*, su valoración en orden a la imputabilidad habrá de ser apreciada en el caso concreto, atendiendo a los hechos y al *episodio* que discurra, es decir, dependerá de la fase de la enfermedad en la que el ilícito se cometa y la relación que su situación psíquica tenga con ella, pues en las *episodios depresivos mayores* existe, por lo general, un déficit de la voluntad de tal orden que se produce una notoria dificultad o inhibición para realización de iniciativas o actos vitales, por lo que los delitos propios del mismo y con los que la enfermedad guarda evidente relación, serán los de *omisión o comisión por omisión* (cfr. Sentencias de la Sala Segunda de 14 de diciembre de 1992 y 31 de marzo de 1993) y no aquellas que exigen un planeamiento y actuación positiva, máxime si ésta es compleja. En la fase de euforia o *maníaca*, el sujeto obra con hiperactividad impulsiva correspondiente a la elevación *hipertímica* de su ánimo, por lo que las delitos que cometen en esta fase son, en general, en *cortocircuito* y sin posibilidad de planeamiento, dada la inmediatividad entre la idea y su ejecución propia de esa fase eufórica.

En los grados extremos, tanto de la *manía* como de la *depresión* (*maníacos furiosos y melancólicos delirantes*, en la terminología de la Sentencia de la Sala Segunda de 19 de noviembre de 1992), es criterio

común negar la imputabilidad de manera absoluta, porque aunque el agente pueda comprender fugazmente el valor real de sus actos no es capaz de inhibirlos; en las formas de menor intensidad, sobre todo en los accesos maníacos, puede admitirse una imputabilidad disminuida; finalmente, los casos más leves y en los intervalos o fases intercalares, aunque el enfermo se percate de la trascendencia de sus actos y esté en condiciones de ejercer la acción de su voluntad, no deja de estar afectada aquélla en cierto grado, y ello obliga a un examen cuidadoso de las circunstancias del caso. La fórmula legal de exención penal sería de aplicación incondicional en el primer supuesto, y la atenuación de los restantes, valorando especialmente la relación o conexión de la enfermedad y el delito cometido, y la concurrencia o asociación de otros factores (debilidad mental, psicopatías, drogadicción, alcoholismo). En igual sentido se produce la Sentencia de 24 de mayo de 1991: la imputabilidad ha de ser apreciada en el caso concreto, atendiendo a los hechos, fase cíclica que discurra, y de un modo especial, el atento análisis de la *yoidad* y de la *conciencia*. Ya antes, la Sentencia de 27 de febrero de 1989 distinguía también la fase maniaca como la melancólica, que en sus estados extremos dan lugar a la inimputabilidad en esta *psicosis*. El problema está en valorar los estados intermedios o limítrofes (fases intercalares), que sólo pueden aspirar a una atenuación (cfr. Sentencia de la Sala Segunda de 19 de noviembre de 1992).

Las Sentencias de la Sala Segunda de 8 de febrero de 1995 y 31 de marzo de 1993 señalan que la doctrina casacional ha excluido los episodios depresivos como circunstancias atenuantes en forma analógica (Sentencias de 30 de abril y 17 de mayo de 1991, referidas al síndrome depresivo y a los episodios de tal clase), estimándose irrelevantes las depresiones en la Sentencia de 17 de julio de 1983, la personalidad con tales matices en la Sentencia de 9 de mayo de 1986. Incluso las depresiones motivadas por el repentino e inesperado fallecimiento del hijo, que constituye el ejemplo más similar en el acervo jurisprudencial como atenuante analógica iba unido a un bajo nivel de inteligencia y nula escolarización, prácticamente analfabeta que arrastraba una carga hereditaria de patología psiquiátrica familiar y en situación climatérica por su edad (Sentencia de 29 de enero de 1990).

Igualmente han sido excluidos los episodios depresivos de la atenuación, salvo en un supuesto en que constaba *insuficiencia vertebrovascular y de riesgo vascular afectante al cerebro, con episodios depresivos aminoradores de la capacidad* (Sentencia de 17 de mayo de 1991). Pero se negó la honda afección mental pretendida cuando no existía una propia

entidad nosológica del tipo de una psicosis sobrevenida por causa exógena, sino tan sólo un síndrome depresivo-ansioso (Sentencia de 30 de abril de 1991) y fue rechazado el trastorno mental transitorio aun en su forma incompleta o de semieximente en la mujer que padecía una depresión endógena, que afectaba más bien al *círculo de la vitalidad* en cuanto a tristeza inmotivada, desesperación, pesimismo y disminución de la actividad, tendencia al suicidio, pero con conservación de las funciones de juicio y raciocinio (Sentencia 758/1993, de 31 de marzo).

La misma neurosis ha venido reconducida al ámbito de la simple atenuante analógica (Sentencia de 30 de septiembre de 1992 y resoluciones en ella citadas) e incluso se llegó a estimar irrelevante desde el punto de vista penal (Sentencias de 15 marzo de 1988), 4 de noviembre de 1989 y 19 de julio de 1990) y si, alguna resolución muy aislada (Sentencia de 29 de febrero de 1988) recuerda la posibilidad de una sobreestimación en algunos supuestos de neurosis, requiere inexcusablemente que el trastorno haya incidido profundamente en las estructuras mentales y volitivas del sujeto. En línea semejante, la Sentencia de 5 de octubre de 1992 rechaza la eximente incompleta en el afectado por una cardiopatía isquémica con trastorno de personalidad (neurosis depresiva), que alteraba un poco sus facultades volitivas.

## GLOSARIO

**CIE:** Clasificación internacional de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. En 1992 fue publicada su décima revisión (CIE-10).

**Ciclotimia:** Estado en el que aparecen períodos vitales con síntomas hipomaniacos y períodos con síntomas de depresión, sin que su gravedad alcance la de un episodio depresivo mayor.

**Depresión atípica:** Trastorno depresivo caracterizado por síntomas «atípicos» (agitación o aumento de apetito, hipersomnio, etc.)

**Depresión mayor:** Trastorno no esquizofrénico o psicótico caracterizado por su intensidad, en el que el afectado no ha presentado nunca un episodio maníaco o hipomaniaco.

**Depresión menor:** Trastorno análogo al precedente pero de menor entidad.

**Depresión neurótica:** Concepto impreciso, a menudo utilizado como sinónimo de distimia.

**Depresión psicótica:** Término sintomatológico comúnmente empleado para designar cualquier episodio depresivo acompañado de alucinaciones o delirios.

**Depresión reactiva:** Término empleado para designar depresiones neuróticas causadas por «*stress*».

**Distimia:** Estado depresivo de al menos dos años continuados de duración, acompañado de otros síntomas del trastorno depresivo mayor.

**DSM:** Manual estadístico y de diagnóstico de los desórdenes mentales (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), publicado por la Sociedad Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association: APA*). Su primera edición (DSM-I) data de 1952, habiendo sido sucesivamente renovado desde entonces (DSM-II en 1968, DSM-III en 1980, DSM-III-R en 1987, DSM-IV en 1994).

**Duelo:** Reacción tras el fallecimiento de un ser querido. Sólo se califica en sentido estricto como *trastorno depresivo* cuando su intensidad y sintomatología así lo permitan; en especial, cuando perdure intensamente al menos a los 2 meses de la pérdida.

**Episodio depresivo atípico:** Episodio depresivo mayor que cursa con síntomas no habituales (e.g., aumento de peso o apetito, hipersomnio, mejora del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos, reales o potenciales, etc.).

**Episodio depresivo catatónico:** Episodio depresivo mayor con destacados síntomas motores (estupor, agitación, negativismo, etc.).

**Episodio depresivo mayor:** Presencia durante al menos dos semanas de intensa disminución en la capacidad de disfrute (*anhedonia*) y/o tristeza, acompañada de al menos cinco síntomas depresivos más. Debe interferir con la vida cotidiana de la persona y no se debe a una enfermedad médica ni a ingesta de sustancias. Puede estar presente en trastornos depresivos y en trastornos bipolares.

**Episodio hipomaniaco:** Presencia durante al menos cuatro días de estado de ánimo irritable y/o expansivo, acompañado de al menos tres síntomas maníacos más (e.g., actividad excesiva o disminución de la necesidad de dormir), que suponen un cambio apreciable en el modo de ser habitual de esa persona. El episodio no llega a interferir con la vida cotidiana de la persona y no se debe a una enfermedad médica ni a ingesta de sustancias.

**Episodio maníaco:** Presencia durante al menos una semana de estado de ánimo irritable y/o expansivo, acompañado de al menos tres síntomas maníacos más (e.g., actividad excesiva o disminución de la necesidad

de dormir). Debe interferir con la vida cotidiana de la persona y no deberse a una enfermedad médica ni a ingesta de sustancias.

**Estado de ánimo deprimido:** En ocasiones se emplea el término «*depresión*» para describir esta situación de elevada tristeza y abatimiento. Es un concepto aplicable a casi todas las situaciones de padecimiento psicológico (sea un *trastorno depresivo* en sentido estricto, o no).

**Maníaco-depresivo:** Término que designaba estados de depresión graves. a veces se ha usado para referirse exclusivamente a trastornos cíclicos. En la actualidad es sustituido por la expresión *trastorno bipolar*.

**Melancolía:** Término empleado por primera vez por Hipócrates para aludir a estados de abatimiento, inhibición y tristeza. Hasta fecha reciente, se calificaba con él cualquier estado de inhibición generalizada (incluida la depresión). En la actualidad se emplea para aludir a una depresión con síntomas más vegetativos y más anhedonia.

**Neurosis:** Término extraordinariamente ambiguo que se emplea bien para hacer referencia a un trastorno mental que cursa sin delirios ni alucinaciones, bien para aludir a un trastorno coexistente de personalidad, o incluso, para subrayar la gravedad ligera o moderada de la patología. El Diccionario de la Real Academia la define como *Conjunto de enfermedades cuyos síntomas indican un trastorno del sistema nervioso, sin que el análisis anatómico descubra lesiones de dicho sistema.*

**Psicopatía:** Enfermedad mental.

**Psicosis:** Nombre general que se aplica a todas las enfermedades mentales.

**Síndrome:** Conjunto de síntomas característicos de una enfermedad.

**Recaída:** Acentuación de los síntomas de una persona que todavía no se había recuperado por completo de un episodio previo.

**Recuperación:** Se considera que una persona muestra una recuperación total de un trastorno del estado del ánimo cuando permanece durante al menos seis meses sin mostrar síntomas del trastorno.

**Recurrencia:** Cuando una persona muestra de nuevo un síndrome psicopatológico tras haber pasado una fase de plena recuperación.

**Trastorno anímico estacional:** Trastorno depresivo mayor recurrente o trastorno bipolar con tendencia a aparecer en ciertas épocas del año (e.g., otoño) y a atenuarse en otras (e.g., primavera).

**Trastorno anímico postparto:** Trastorno depresivo o trastorno bipolar cuyo inicio se produzca en las cuatro semanas siguientes al parto.

**Trastorno bipolar:** Trastorno del estado de ánimo en el que exista o haya existido antes un episodio maníaco o hipomaníaco.