

REPERCUSIONES FORENSES DE LAS DEMENCIAS EN LA JURISDICCIÓN PENAL

Roberto Tejero Acevedo¹

Pilar González-Lozano

Sara Fernández-Guinea

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

El presente artículo analiza la relación entre las demencias y la actividad delictiva. Se exponen las características diagnósticas del trastorno y algunos datos epidemiológicos y posibilidades de evaluación. Posteriormente se analizan sus repercusiones legales y forenses, mediante el análisis de la literatura especializada y del contenido de sentencias (31) dictadas por jueces y tribunales españoles. Se obtuvo un mayor número de sentencias donde los sujetos demenciados resultaron ser víctimas, los delitos sufridos fueron principalmente abusos (estafa, timos, hurtos), violencia y abandono. En cuanto a los demenciados como perpetradores de delitos, suelen cometerlos en las fases iniciales del trastorno (el llamado periodo *médico-legal*), donde los juzgadores suelen considerar parcialmente disminuida su imputabilidad, reduciendo las penas o aplicando medidas terapéuticas correspondientes. La tipología de los delitos cometidos es poco variada, siendo la mayoría de contenido sexual y delitos violentos.

PALABRAS CLAVE: *demencias; jurisdicción penal; delito; jurisprudencia.*

Abstract

This article analyzes the relation between dementias and criminal activity. The diagnostic characteristics of the disorder and some epidemiological data and assessment possibilities are reviewed. Subsequently, the legal and forensic consequences are analyzed by means of the analysis of the specialized literature and of the content of the sentences (31) handed down by Spanish judges and courts. A higher number of sentences was obtained when demented subjects were the victims, in which the offences committed were mainly abuse (swindles, tricks, theft), violence, and abandonment. When demented people were the perpetrators of offenses, they usually committed them in the initial phases of the disorder (the so-called *medical-legal* period), during which the judges habitually consider their imputability to be partially diminished, and hence the judges reduce the sentences or apply the corresponding

¹ *Correspondencia:* Dpto. Psicología Clínica, buzón 79, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, (28223) Madrid. E-mail: rtjero@cop.es

therapeutic measures. The typology of the offenses committed was similar, with the majority being either of sexual content or violent offenses.

KEY WORDS: *dementias, penal jurisdiction, offense, jurisprudence.*

Introducción

Las demencias constituyen una patología ligada al envejecimiento poblacional y, por ello, en claro aumento en las sociedades desarrolladas. Es previsible que los legisladores y juzgadores tengan que tomar decisiones respecto a personas que presentan esta patología de forma cada vez más frecuente, y para ello deberán ser auxiliados por técnicos y profesionales peritos en la materia. El psicólogo dispone de herramientas que le permiten formar parte de equipos multidisciplinares, donde puede aportar datos clínicos, neuropsicológicos, conductuales y funcionales, que pueden ser integrados con los datos neurobiológicos y sociales aportados por otros profesionales. Se trata de un trastorno que, por sus evidentes limitaciones funcionales, en fases avanzadas, presenta muchas implicaciones en la jurisdicción civil, en asuntos tales como la *capacidad de obrar, impugnación de testamentos, internamientos involuntarios, anulación de contratos y negocios jurídicos, asignación de tutores o curadores* (e.g. Cabrera, 1997; Casas y Rodríguez, 2000; De Couto, 1999; Gisbert, 1998; Martínez, 2001; Moreno, 2000; Piedrabuena, 2002). En la jurisdicción social (laboral), también las demencias han motivado sentencias de *Gran invalidez* (STS de 27/06/84; STS de 15/02/85; STSJ de Asturias, 26/05/00; STSJ de Cataluña, 14/02/92) o *Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo* (STS de 07/06/89; STS de 29/10/98; STS de 21/07/87).

El presente trabajo se centra únicamente en la jurisdicción penal. En la primera parte se presenta un rápido análisis sobre las características diagnósticas de estos trastornos, su epidemiología y algunos instrumentos de los que disponemos para su evaluación. Posteriormente, se analizan algunos conceptos jurídicos (e.g. la imputabilidad o medidas de seguridad aplicables) y preceptos legales de interés. La parte final del estudio compara las impresiones mostradas tradicionalmente por los expertos forenses, investigadores y juristas respecto a las implicaciones penales de las demencias con los hallazgos obtenidos de sentencias emitidas por tribunales españoles. Los datos se obtuvieron de dos bases de datos de jurisprudencia: *Aranzadi* y *El Derecho*. Se analizaron sentencias que contuvieran el descriptor “*demencia*”, acompañado de otros como “*senil*”, “*Alzheimer*”, “*vascular*” o “*alcohólica*” [la inclusión de otros descriptores como parkinson, huntington, pick, infecciosa, VIH, SIDA, no dio resultados positivos]. Se presenta también un análisis gráfico y descriptivo de la tipología de los delitos cometidos y sufridos por los sujetos demenciados (en calidad de víctimas y victimarios), así como del grado de imputabilidad penal otorgado por los juristas en sus sentencias a los infractores demenciados. Los datos mostrados sólo pueden considerarse de modo orientativo, ya que las bases de datos mencionadas no ofrecen todas las sentencias emitidas por jueces y tribunales españoles, sino una muestra de las mismas.

La demencia como trastorno. Algunos datos epidemiológicos y aproximaciones para su evaluación en el ámbito forense.

Nosológicamente, las demencias se encuentran reconocidas como entidad diagnóstica en las principales clasificaciones de enfermedades mentales (OMS, 1992 y APA, 2002), y constituyen un conjunto de signos y síntomas que conforma un síndrome plurietiopatológico, de ahí la enorme dificultad para su estudio epidemiológico (López-Pousa, 2002). La APA, en su última clasificación publicada, DSM-IV-TR (APA, 2002), igual que en su versión anterior, incluye este trastorno dentro del capítulo de “*Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos*”. Según el manual, las demencias se caracterizan por el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de la memoria), debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías (p. ej., efectos combinados de una enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Alzheimer). Todas las demencias se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes (ver tabla 1), pero se diferencian en su etiología. Los tipos de demencia clasificados por la APA (2002) son: la demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia debida a otras enfermedades médicas (e.g. demencia debida a VIH, traumatismo craneal, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Pick, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumores cerebrales o déficit de vitamina B₁₂), demencia inducida por el consumo persistente de sustancias, demencia debida a etiologías múltiples y la demencia no especificada (cuando no se incluya en las categorías anteriores). La OMS (1992) emplea una clasificación muy similar a la de la APA (ver tabla 1), e incluye a las demencias en el capítulo de “*F00-09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos*”.

Tabla 1. Criterios diagnósticos comunes a las demencias según la APA (2002) y OMS (1992)

Sintomatología común a las demencias según la OMS (1992). CIE-10	Sintomatología común a las demencias según la APA (2002). DSM-IV-TR
<p>A. Presencia de cada uno de los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro de la memoria. 2. Deterioro de las capacidades intelectivas. <p>B. Deterioro en la conducta social, control emocional o motivación.</p> <p>C. Duración de la sintomatología por lo menos de seis meses.</p>	<p>A. Desarrollo de múltiples déficit cognitivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro de la memoria. 2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas: <ul style="list-style-type: none"> - afasia - apraxia - agnosia - alteración de la ejecución. <p>B. Los déficit cognitivos (A1 y A2) provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y una merma importante del nivel previo de actividad.</p> <p>C. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.</p>

No existe información real sobre la prevalencia de las demencias en el mundo, se sabe que es mucho más prevalente en los países desarrollados y la mayor parte de la información epidemiológica global procede de extrapolaciones hechas a partir de estudios realizados en Europa y EE.UU, También se han realizado estudios importantes en Australia y Japón. Se estima que en el mundo existen más de 20 millones de personas potencialmente afectadas: 6-7 millones en EE.UU, 5-6 millones en Europa, 8-10 millones en Asia, 3-4 millones en América Latina, y no se dispone de datos en Africa (Cacabelos, 1999). En EE.UU, alrededor de un 5% de la población mayor de 65 años sufre algún tipo de demencia grave y un 15% en grado leve, mientras que de entre los mayores de 80 años, el 20% sufre demencia grave. (Kaplan, 1997). En España, se han realizado numerosos estudios, López-Pousa (2002) contabiliza 12 estudios de prevalencia de las demencias hasta el año 2001. Pese a las diferencias muestrales y metodológicas, este autor señala que la demencia más prevalente es la demencia tipo Alzheimer, con un 48% (41,7-70%), seguida de la demencia vascular, con un 21,8% (14,3-41,1%); las demencias mixtas, con un 25,7% (0-42%) y las demencias secundarias, con un 4,5% (0-13,3%).

El deterioro cognitivo constituye el núcleo fundamental de las demencias (Fernández-Guinea, Arango y Pelegrín, 2003; Peña-Casanova, 2002; Del Ser, Morales y Bermejo, 1993), sin embargo, no es el único aspecto que resulta deteriorado, incluyéndose aspectos conductuales y funcionales. Otras áreas neurobiológicas resultan afectadas y pueden servir de marcadores, deben ser exploradas con las técnicas adecuadas (Agüera, 1998; Alberca y López-Pousa, 2002; Arango, Fernández-Guinea y Ardila, 2003;), como técnicas de exploración física (reflejo palmomentoniano, oral-visual, de prensión forzada, extinción sensitiva vertical), técnicas de neuroimagen estructural (TAC, RM) o funcional (PET, SPECT), genéticas (historia familiar, subtipo genético APOE-4). Cada uno de estos aspectos presenta especial relevancia en función la fase de la demencia, ello va a requerir el empleo diferencial de instrumentos de evaluación, dependiendo de los objetivos del evaluador y del estado del paciente (Ellis y Young, 1992; Peña-Casanova, 2002; Peña-Casanova, Bertran y Del Ser, 1994; Del Ser, 2000). La fase y los síntomas de las demencias también presentarán repercusiones forenses diferenciales. La evaluación debe realizarse en aproximaciones sucesivas, que deben integrar la mayor cantidad de datos posible. Resultará de gran importancia la historia clínica y exploración psicopatológica básica. El empleo de instrumentos breves puede servir para el contraste inicial de hipótesis y detección de falsos positivos. Avanzando en el proceso de evaluación, pueden utilizarse baterías específicas, instrumentos concretos (aproximación idiográfica) e instrumentos que indaguen las áreas conductual y funcional (Peña-Casanova et al., 1994; Peña-Casanova, 2002).

En el *área cognitiva*, para el estudio transversal pueden emplearse *escalas breves de evaluación cognitiva*, de fácil aplicación y muy útiles para el estudio de poblaciones numerosas. No ofrecen un perfil cognitivo, sino una dicotomía (normal Vs patológico), y resultan de utilidad para la detección de grados moderados de deterioro mental, aunque

pueden aparecer falsos positivos en casos de bajo nivel cultural y edad elevada y efecto techo en caso de sujetos con alto nivel cultural o de escolarización (Peña-Casanova et al., 1994; Del Ser, 2000). Pueden utilizarse también para el seguimiento evolutivo de pacientes. El más popular de estos instrumentos de *screening* es, sin duda, el *Mini Mental State Examination de Folstein* et al. (1975), adaptado al español por Lobo et al. (1979). Otro instrumento de similares características es el *Short Portable Mental Status Questionnaire* (Pfeiffer, 1979). Pueden emplearse también las *baterías neuropsicológicas* (breves o extensas), que permiten la evaluación sistemática de una amplia serie de funciones cognitivas. La mayoría de las baterías extensas (e. g. *Luria-Nebraska*, *Halstead-Reitan*, *Barcelona*) han sido poco aplicadas a la evaluación de las demencias, quizá por su excesivo coste de aplicación (Peña-Casanova et al., 1994; Del Ser, 2000). Respecto a las baterías breves, aplicadas más específicamente a la demencia, destacan la *Mattis Dementia Rating Scale*, la *Extended Scale for Dementia*, el *CAMDEX (Cambridge Index of Mental Disorder in the Elderly)*, adaptado al español por Vilalta et al. (1990). Algunas de estas se centran en tipos específicos de demencias como la *ADAS (Alzheimer Disease, Assesment Scale)*, *CERAD (Consortium to Stablish a registry for Alzheimer's Disease)* (vid. Fernández-Guinea et al., 2003; Peña-Casanova 2002). Para el estudio evolutivo de las demencias pueden emplearse entrevistas con informadores, que resultan de gran utilidad cuando el estado demencial es avanzado y las referencias del evaluado no son fiables. Personas cercanas al explorado (familiares, amigos, compañeros) pueden informar sobre los cambios conductuales y cognitivos experimentados. Puede emplearse una entrevista estructurada sobre la evolución psicobiográfica del paciente, además de cuestionarios específicos creados a tal efecto, como el *Informant Questionnaire on Cognitive Decline (IQCODE)*, adaptado al español por Morales et al. (1995), que indaga sobre el nivel de memoria, aprendizaje, e inteligencia verbal y manipulativa en un periodo de 10 años.

La asociación de alteraciones psicopatológicas y conductuales con las demencias es frecuente (Alarcón, 2003, Agüera, 1998, Vilalta, 1998). En el área de pensamiento y percepción, aparecen delirios, la temática suele ser poco elaborada y relacionada fundamentalmente con la sospecha o el robo (lo que puede originar falsas acusaciones); pueden aparecer también alucinaciones y sintomatología psicótica (especialmente en las demencias con cuerpos de Lewy). Respecto a la afectividad de estos pacientes, puede aparecer sintomatología depresiva o periodos de manía. El suicidio no aparece frecuentemente, siendo las fases moderadas las de especial peligrosidad a este respecto. Las alteraciones más frecuentes de personalidad implican falta de iniciativa, aumento de la irritabilidad, pérdida de interés. Si está implicado el cortex prefrontal en la etiología de la demencia, aparecerán indicadores como: falta de cuidado personal, desinhibición, conducta social inadecuada, hiperoralidad, rigidez cognitiva, conducta perseverante y estereotipada. Trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad o psicóticos pueden formar parte del síndrome demencial (Alarcón, 2003; Peña Casanova et al., 1994). En este sentido,

pueden resultar útiles determinados *instrumentos para la evaluación de alteraciones conductuales y estado emocional y psicopatológico*, tales como: el *Neuropsychiatric Inventory* (Cummings et al., 1994); *Brief Psychiatric Rating Scale* (Overall y Gorham, 1962); *Behavioral Syndromes Scales for Dementia* (Galloway, O'Neill y Simpsom, 2000); escalas de Depresión y Ansiedad (e.g. de Hamilton o de Beck); *Escala de Depresión Geriátrica* de Yesavage; Escala de Zung para la Depresión, *Dementia Mood Assessment Scale*. (vid. e.g. Fernández-Guinea et al., 2003; Peña-Casanova, 2002)

Respecto a la evaluación del área funcional, el deterioro cognitivo influye muy directamente, minando primero las actividades funcionales más complejas (*actividades instrumentales* de la vida diaria como llevar la casa, las finanzas, actividades de ocio, manejar aparatos, cocinar, utilizar medios de transporte, controlar la medicación) y, de forma progresiva, las *actividades básicas* de la vida diaria (como la autonomía en el cuidado personal, peinarse, lavarse, comer). En el ámbito penal, no es en las fases avanzadas donde se cometen delitos (vid. Infra), pero la evaluación del área funcional sí puede ser útil para otras jurisdicciones (especialmente civil y laboral). Existen escalas que nos permiten determinar la influencia del deterioro cognitivo sobre la vida cotidiana del sujeto, bien mediante la observación directa, bien mediante la información de los cuidadores. Este tipo de escalas indaga sobre actividades básicas de la vida diaria, tales como el *Índice de Katz*, *Índice de Barthel*, *Rapid Disability Rating Scale-2* (RDRS-2), *Interview for Deterioration for Daily Life in Dementia*, *Lambeth Screening Questionnaire*, *Escala de Kenny* (vid. e.g. Agüera, 1998; Fernández-Guinea et al., 2003; Peña-Casanova, 2002).

Repercusiones forenses de las demencias

Sobre la imputabilidad en personas con demencia

El concepto de demencia tiene tradición en los códigos y contexto jurídico como un concepto equivalente a la enajenación o trastorno mental en sentido amplio, que ya ha sido superado por las clasificaciones internacionales y hallazgos de las ciencias de la salud (Lobo, 1994). Los textos de Psiquiatría y Psicología Forense coinciden en señalar a las demencias como ejemplo prototípico de ausencia total de imputabilidad en las fases avanzadas (ver cuadro 1). Sin embargo, no suele ser en estas fases avanzadas donde las personas con demencia cometen delitos, sino en las fases iniciales, donde el deterioro es todavía leve, hablándose incluso de un *periodo médico-legal de las demencias* (Cabrera y Fuertes, 1994, 1997; Carrasco y Maza, 1997; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000; García, 2000, 1996; Ortega Monasterio, 1991; Ortiz y Ladrón, 1998).

Cuadro 1. Aspectos forenses de las demencias (adaptado de Cabrera y Fuertes, 1997)

- Cuando la enfermedad está en estado avanzado, los sujetos son claramente inimputables o incapaces.
- Frecuentes problemas legales en los momentos iniciales, cuando la sintomatología no es muy evidente.
- Delictogénesis escasa y poco importante. Suelen originar delitos contra la libertad sexual, hurtos y lesiones leves.
- Son los trastornos mentales que pueden ser evaluados con mayor precisión y fiabilidad (en fases avanzadas)

La *imputabilidad* es un concepto jurídico de base psicológica (Gisbert, 1998), donde los aspectos psicológicos se centran en el origen de la misma y los jurídicos en sus consecuencias. En cualquier caso, se trata de un concepto jurídico y su valoración corresponde al juzgador, que puede recabar cuantos informes periciales precise (e.g. Casas y Rodríguez, 2000; Carrasco y Maza, 1997; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000), sin que tengan carácter vinculante sobre su decisión (LECivil 1/2000, art. 348). El profesor Gisbert Calabuig (1998) definía la imputabilidad como el “*conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requerido por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquica y éticamente por aquéllas*”; situando dos conceptos psicológicos en su base: *inteligencia* (para conocer el alcance de sus actos), y *voluntad* (para actuar libremente). Así, la imputabilidad, aún siendo un concepto estrictamente jurídico, se encontraría en el campo de lo biopsíquico, e implicaría la *posibilidad* (Gisbert, 1998) de que exista *responsabilidad* y *culpabilidad* penal respecto al acto antijurídico cometido, dos conceptos pertenecientes ya íntegramente al campo jurídico (Carrasco y Maza, 1997; Casas y Rodríguez, 2000). No podrá exigirse responsabilidad ni atribuirse culpabilidad a personas inimputables.

Las leyes penales, recogidas en los códigos de cada país, establecen qué condiciones debe reunir un acto antijurídico (i.e. opuesto a una norma jurídica) para ser considerado exento de responsabilidad criminal. En el caso del código español, las “*anomalías o alteraciones psíquicas*” (arts 20.1 y 21.1 del CP) pueden ser causa de inimputabilidad, para ello se exige una *base patológica* (“... a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica...”), y una *base psicológica* (“... no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión...”). La jurisprudencia ha establecido diferencias entre el concepto de *anomalía psíquica* (entendida como defectos o disfunciones congénitas precozmente adquiridas tales como el retraso mental o los trastornos de la personalidad) y *alteración psíquica* (entendida como un trastorno mental de nueva aparición en una mente sana y bien desarrollada, tal como una demencia) (vid. e.g. Esbec y Gómez-Jarabo, 2000; Gisbert, 1998; Moyna, 2000).

Sobre las medidas de seguridad aplicables y el cumplimiento de la pena.

Los expertos forenses coinciden en señalar que las demencias constituyen ejemplo de alteración de la imputabilidad en la persona que comete actos delictivos, ya que resultan alteradas las capacidades cognitivas y volitivas (en función del grado de instauración de la demencia). En este sentido, Duboisson señalaba que “*hablar de castigar a un demente es ridículo*” (citado por García, 2000 y Gisbert, 1998). No obstante, el acto antijurídico, aunque sea cometido por una persona no imputable, conlleva peligrosidad para la sociedad. La reacción del ordenamiento jurídico no va a consistir en la aplicación de penas, como ocurre en los individuos imputables, sino en las llamadas *medidas de seguridad*. Los criterios científicos del especialista influirán en las decisiones del juzgador sobre qué tipo de medida o pena aplicar, así como en la fase de cumplimiento de la misma (e.g. Carrasco y Maza, 1997). En general (e.g. Esbec y Gómez-Jarabo, 2000), si los padecimientos del procesado se corresponden con una anomalía o alteración psíquica grave se aplicará la medida de internamiento psiquiátrico, que puede sustituirse por la de tratamiento ambulatorio, previo informe facultativo (art. 95, 97 y 98 del CP). Si se corresponde con una anomalía o alteración psíquica menos grave se aplicará la medida de tratamiento ambulatorio.

Las medidas, pueden ser *privativas* (art 101 al 104 del CP) o *no privativas* de libertad (arts. 105 al 108 del CP), estas últimas no implican internamiento. En el caso de una eximente incompleta (en relación con los números 1º, 2º y 3º del art. 20 CP), p.ej. en persona demenciada, se podrán aplicar de forma concurrente penas y medidas de seguridad (art. 99 CP), el internamiento solo será posible si la pena correspondiente implica privación de libertad (art. 104CP), y no podrá exceder el tiempo que hubiese durado la pena correspondiente (art. 101.1 CP).

Por otra parte, el grado de imputabilidad otorgado al infractor, puede influir en la medida o pena a imponer, incluso después de dictada sentencia, p.ej si se produce una enfermedad mental sobrevenida tras la misma. En este sentido, el art. 60 del CP establece que cuando “*se aprecie en el penado una situación de trastorno mental grave que le impida comprender el sentido de la pena se suspenderá la medida privativa de libertad*”. Esta situación se produce con cierta frecuencia en internos (presos) enfermos de SIDA que desarrollan COMPLEJO DEMENCIA-SIDA, siendo esta causa suficiente para impedir la comprensión del sentido de la pena y aplicar su suspensión. En caso de que la demencia sobreviniese después de cometido el delito, pero antes de dictada sentencia, la LECriminal (arts. 381 y 383) también establece la posibilidad de archivar la causa hasta que el procesado recupere la salud, siempre auxiliado por dictámenes forenses (vid. e.g. Conde-Pumpido, 2000; Molina, 1999; Serrano, 1998). Por otra parte, el juez sentenciador, durante el cumplimiento de la medida, previa propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria, puede modificar las medidas impuestas, dejarlas en suspenso o decretar su cese (art. 97 CP).

Sobre los demenciados como perpetradores de delitos o victimarios.

La criminalidad en las demencias disminuye con el avance progresivo de sus síntomas. Existe consenso en asociar el delito y determinadas fases de las demencias (Cabrera y Fuertes, 1994, 1997; Carrasco y Maza, 1997; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000; García, 2000, 1996; Ortega Monasterio, 1991; Ortiz y Ladrón, 1998). Sin embargo, dicha asociación delito-demencia apenas ha sido analizada de forma sistemática y epidemiológica (Heinik, Kimhi y Hes, 1994; Lobo, 1994). Lobo (1994) cita algunos estudios antiguos y con problemas metodológicos (como la representatividad de la muestra, los instrumentos de evaluación o la ausencia de criterios diagnósticos). Los estudios iniciales americanos (Norwood East, 1944) relacionaban las demencias ("*Síndrome Orgánico Cerebral*") con el delito sin apoyo estadístico. Otros estudios han relacionado las demencias con delitos sexuales (Hucker y Ben-Aron, 1984; Rosner, Wiederlight y Schneider, 1985) o con delitos menores (Hucker, 1984; Petrie, Lawson y Holender, 1982). Incluso se ha intentado relacionar demencias de etiología específica (e.g demencia de Pick o demencia consecuenta a corea de Huntington) con el delito, por sus implicaciones frontales sobre la volición del sujeto. Los resultados de estos estudios parecen no ser significativos, aunque sugerían dicha relación (Toone, 1990).

Heinik, Kimhi y Hes (1994), analizaron de forma cuantitativa la relación entre los estados demenciales y la actividad delictiva en una unidad psiquiátrica forense durante el periodo de 1982 a 1992, en Israel. La muestra consistió en 57 personas mayores de 65 años, que constituían el 1,64% del total de personas (3.467) evaluadas en esa forensía, y el número de personas diagnosticadas con demencia (mediante CIE-9) fue de tan sólo de 17 (el 29,8 de los 57 mayores de 65 años y el 0,49% del total). Los diagnósticos de estos demenciados consistieron en demencia inespecificada (9 casos), senil (5 casos), alcohólica (2 casos) y arterioesclerótica (1 caso). Dentro de estos 57 mayores de 65 años se establecieron 3 grupos: 1) demencias (17 casos); 2) psicosis funcional (14 casos) y 3) trastornos de personalidad (16 casos) [las restantes personas de estos 57 no se consideraron por presentar otros trastornos como retraso mental (2), trastorno orgánico (1) o ningún trastorno (7)]. De los 17 demenciados, el 47% (8 casos) fue considerado imputable, no se especifica el grado, quedando las demencias como término medio entre los otros dos grupos, la psicosis funcional (14% de imputables) y los trastornos de personalidad (100% de imputables). Respecto al tipo de delitos cometidos por esta muestra de personas con demencia, la mayor parte de ellos fueron violentos (53%), sin embargo, los delitos sexuales fueron cometidos con mayor frecuencia que los otros dos grupos (29%, por un 0% en psicóticos y 12% en Trastornos de la personalidad), los delitos como estafa o contra la propiedad perpetrados por los demenciados se registraron en un 18%. En cualquier caso, las limitaciones metodológicas de este estudio, comentadas por los mismos autores, no son pequeñas. Los datos no son extrapolables, por tratarse de una muestra muy reducida y altamente sesgada (con variables no controladas como la región, el sistema judicial, la metodología de evaluación).

Las siguientes líneas exponen un somero análisis de la doctrina y jurisprudencia española en la jurisdicción penal respecto a las demencias y sus repercusiones forenses en relación con las impresiones de expertos forenses españoles (e.g. Cabrera y Fuertes, 1994, 1997; carrasco y Maza, 1997; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000; García, 2000, 1996; Gisbert, 1998; Ortiz y Ladrón, 1998):

Delitos sexuales. Se ha reconocido una mayor incidencia de delitos sexuales en las fases iniciales de la demencia. Ante estos actos han surgido explicaciones de todo tipo, Dide Giraud (citado por Gisbert, 1998) afirmaba que “*el decaimiento del sentido genital normal se acompaña de una necesidad de lujuria especulativa. El senil se complace en palabras, pensamientos y dibujos pornográficos. Le place decir obscenidades delante de los niños*”. Sales Vázquez (citado por Gisbert, 1998) presenta estadísticas donde la violencia y atentados al pudor sobre menores de 15 años constituyen por sí solos la mitad de todos los delitos cometidos por estos ancianos, mientras que un porcentaje insignificante (1,24%) de estos delitos sexuales son cometidos sobre otros adultos. En efecto, se detectaron varios delitos sexuales perpetrados por ancianos con demencia, todos ellos cometidos sobre menores:

- El TS (STS de 09/09/99) condena a un anciano de 70 años, como autor de *dos delitos de abusos sexuales continuados* (se hace succionar el pene por dos niños de 6 y 8 años en 3 y 2 ocasiones respectivamente), concurriendo la circunstancia de *atenuante analógica de enajenación mental* por “*retraso mental leve con iniciación de demencia senil*” a las penas de ocho años y seis meses de prisión por el primer delito, y nueve años de prisión por el segundo. La sala considera probado que en el autor padecía “*retraso mental leve e iniciando un cuadro de demencia orgánica que puede estar determinando una liberación de sus capas instintivas y una disminución de sus frenos éticos para controlar sus impulsos, pero que no excluye la responsabilidad de los hechos derivados de su conducta*”. Se aplicó la atenuante analógica, considerando parcialmente abolida su responsabilidad penal (confirmando la sentencia de la AP, SAP de Murcia, de 16 de octubre de 1998), basándose en la citada “*enajenación mental por iniciación de demencia senil, siendo el juicio diagnóstico de retracción cortical, que no excluye la responsabilidad penal del acusado, que no padecía a la ocurrencia de los hechos ninguna enfermedad psiquiátrica*”.
- El TS (STS, 27/02/92) confirma la sentencia de la AP, que condena al acusado por *delito de exhibicionismo y falta de lesiones*, considerando probada “*La exhibición de los órganos genitales a tres niñas de 13, 10 y 5 años, unida a la expresión «vente al barranco y quítate la ropa que vas a pasar un rato muy bueno, que te voy a tocar las tetas», lanzando contra ellas una pequeña navaja*”. En este caso, *no se aplicó atenuante ni eximente* alguna de responsabilidad criminal, si bien el juzgador impuso penas mínimas “*con prudencia, equilibrio y proporcionalidad [...] teniendo en cuenta la edad del procesado que hasta podría padecer la demencia senil, circunstancia que no se aprecia en autos*”.

- El TS (STS, 11/09/90), anulando la sentencia de la AP, condena a un anciano como autor de *ocho delitos de abusos deshonestos*, concurriendo la *atenuante analógica* en relación con la eximente *incompleta de enajenación mental*, a la pena de seis meses y un día de prisión menor por cada uno de ellos. En este caso el TS aprecia error en la sentencia previa, que consideraba totalmente imputable al acusado, y para ello se basa en los dictámenes periciales. Los razonamientos que efectúa el TS para aplicar la atenuante son los siguientes: “*En el procesado afloraron síntomas de una psicosis involutiva caracterizada por la presencia de trastornos anormales y progresivos, preludivales de la demencia senil que con el tiempo había de sobrevenirle. Este tipo de demencia, de curso insidioso y lento en la generalidad de los casos, implacable en su marcha progresiva, incide acusadamente en las facultades del individuo, con grave influencia en sus pautas de comportamiento. La senilidad patológica, cuando va acompañada de debilitamiento de las facultades mentales, puede constituir una atenuante y hasta una eximente. Si no existe base para apreciar que la demencia senil del encausado hubiera progresado en las fechas de autos hasta el extremo de que se hallase el mismo ausente de razón, sí puede colegirse que, al menos levemente, la imputabilidad de Juan G. se encontraba afectada, empañada su capacidad de comprender totalmente el significado antijurídico de sus actos o de dirigir su actuación conforme al entendimiento de los mismos. Precisamente por la incipiencia de tales afecciones no puede exceder su repercusión jurídico-penal de la aplicación de la atenuante analógica de que se ha hecho mérito*”.
- No obstante, el TS, había considerado en una sentencia anterior (STS, 26/11/84), que “*una incipiente demencia senil, ni priva de conciencia, ni afecta seriamente a la voluntad del procesado*”, condenando a un sujeto con “*demencia senil arterioesclerótica incipiente*” por el delito de *corrupción de menores*, sin apreciar eximente alguna.
- La AP de Guadalajara (SAP, 23/10/97), confirmando la sentencia de instancia, condena a un anciano afecto de *Alzheimer* por delito de *abusos sexuales* a la pena de arresto de ocho fines de semana, apreciando la *eximente incompleta* de enajenación mental. La sala considera probado que “*el acusado, de 75 años de edad, convenció a Lucía, de 11 años de edad, para que fuera a su casa [...] con el pretexto de que le iba a dar un regalo. [...] donde le bajó los pantalones y la ropa interior realizando diversos tocamientos por el cuerpo de Lucía, a la que llegó a besar en sus partes íntimas*”. Tras examinar el dictamen pericial, se considera que el acusado padecía enfermedad de *Alzheimer*, un “*trastorno demencial moderado, en aumento por su condición progresiva, que disminuía notablemente [no anulaba] su condición cognitiva y volitiva*”.

Se ha informado de la *fácil sugestionabilidad* de estos pacientes (Cabrera y Fuertes, 1997; Carrasco y Maza, 1997; Gisbert, 1998), y cómo esto puede convertirlos en *instrumentos de delincuencia para perpetrar delitos*. Así sucedió en el estos casos:

- La AP de Cádiz (SAP 26/12/00) condena a tres sujetos, uno de ellos aquejado de *Alzheimer*, por *delito continuado de estafa*. Recorrieron el país vendiendo ganado que no era de su propiedad, el sujeto con *Alzheimer* se hacía pasar por el padre de los otros dos. La sala, atendiendo a los informes periciales estimó “*una merma de las facultades intelectivas, que no le impide discernir el bien del mal, y una muy notable merma de las volitivas, suponiéndole una frágil voluntad, muy influenciada por su entorno, situación evidentemente aprovechada por los coencausados. Ello no supone que Antonio R. no participase consciente y voluntariamente en las operaciones descritas, conociendo su obvia ilicitud, pero sí un freno importante a su libre albedrío y a la posibilidad de negarse al negocio propuesto*”. Respecto a la pena impuesta, la sala considera que “*su personalidad fácilmente influenciada, consecuencia de su enfermedad, fue decisiva en su captación para la trama y ejecución del plan, criminal; por ello, se le aplicará la atenuante consistente en eximente incompleta del art. 21.1ª en relación con el 20.1º del Código Penal, reduciéndose la penalidad en un grado imponiéndosele la de prisión de ocho meses; sin que quepa imponer medida de seguridad, por hallarse el acusado ya sujeto a tratamiento psiquiátrico*”.
- El TS (STS, 24/02/95) condena a una señora afecta de *Alzheimer* y *retraso mental moderado* por *delito contra la salud pública* (tráfico de drogas), aplicando la eximente incompleta por enajenación mental. El TS modifica la sentencia de la AP, que solo apreció atenuante analógica, considerando probado que “*la acusada se encuentra afectada de una demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer, de inicio presenil con depresión, teniendo además retraso mental no especificado, que la hace muy sugestionable y disminuye su libertad y su libre discernimiento al afectar funciones intelectivas superiores como son la memoria a corto y largo plazo, la capacidad de juicio crítico y la capacidad de asociación de ideas y conceptos*”, lo que constituye una “*disminución de la libertad y del discernimiento por interacción de la demencia degenerativa y del retraso mental*”.

Respecto a la comisión de *delitos violentos*, los textos forenses informan que los ancianos demenciados no suelen cometer delitos de sangre, aunque sí se describen malos tratos y violencia hacia las personas que les cuidan o con las que conviven (Cabrera y Fuertes, 1997; Carrasco y Maza, 1997; Gisbert, 1998). En la revisión efectuada se detectaron casos relacionados con homicidios consumados o en tentativa y un delito de lesiones:

- El TS (STS, 24/06/94) condena a un anciano por *delito de lesiones*, aplicando la *eximente incompleta* por *demencia senil*, a la pena de cinco meses de arresto mayor. El anciano había intentado vengarse de un vecino, agrediendo con un cuchillo. El TS modifica la sentencia previa de la AP, considerando incompatible el agravante de premeditación con la semi-eximente por demencia senil, razonando que “*pese a la resolución previa de venganza y a la ordenación de medios para cometerla, que llevó*

al acusado a proveerse de un cuchillo de cocina y de dos cuchillas de afeitador montadas sobre un mango de madera, que el «factum» reseña, la demencia senil que aquél padecía y que mermaba sus facultades intelectivas y volitivas impedían que en su mente se pudiera dar la reflexión serena y con la debida y recta apreciación de los móviles y la prohibición por el Derecho de la conducta que pretendía realizar, así como la frialdad del ánimo que la agravante de premeditación exige y que fue, por ello, indebidamente apreciada en la sentencia recurrida”.

- El TS (STS, 12/11/83) condena a un sujeto por *delito de asesinato en grado de frustración*, al atacar a un viandante por la espalda. El TS atenúa la responsabilidad, considerando que el acusado se encontraba *“afecto a una depresión reactiva motivada por la marcha del domicilio familiar,... afección psíquica que le produce una deformación de la realidad con ofuscación y monoideismo, que ha ido agravándose con el tiempo hasta producirle una demencia senil leve prematura, la cual le dificulta, mermándolas, sus facultades intelectivas y volitivas, aunque sin llegar a anularlas, magnificando el sentido de ofensa y disminuyendo su capacidad para distinguir el bien del mal”*.
- El TSJ de Navarra (STSJ, 23/06/99) condena a un anciano de 74 años afecto de *Alzheimer* por matar con una azada a un vecino suyo, tras interpretar que éste había provocado un incendio en sus tierras (*delito de homicidio en grado de consumación*). Se apreció una *eximente incompleta por enajenación mental* y se le aplicó una pena de prisión, modificada por una *medida de seguridad de 10 años de internamiento psiquiátrico*. El jurado consideró probado que *“El acusado en la actualidad y en el momento de la ejecución de los hechos, padecía una demencia degenerativa primaria [diagnosticada de Alzheimer] en estado moderado, que le produce un deterioro crónico e irreversible del funcionamiento intelectual y que le afectó en gran medida su capacidad para comprender tanto la naturaleza de sus actos como sus consecuencias”*.
- La AP de Asturias (SAP, 29/01/01) condena a un sujeto de 73 años como autor responsable de un *delito intentado de homicidio* y otro de *tenencia ilícita de armas* a las penas de cinco años de prisión y un año de prisión. El acusado disparó contra su hermano, sin llegar a herirle, gracias a la acción de dos viandantes. Con base en los dictámenes periciales, se consideró probado que el acusado *“presentaba en el momento del suceso un cuadro de deterioro mental con una demencia senil poco desarrollada, pero que determinaba la disminución de su imputabilidad”*, apreciándose la *“atenuante analógica de alteración psíquica de los arts. 21-6 en relación con 21-1 y 20-1, en ambos delitos”*.

Se detectó un *delito con resultado de muerte* perpetrado por un sujeto con demencia alcohólica que, a tenor de la descripción de los hechos, más parece uno de los frecuentes “despistes” propios de estos sujetos (Cabrera y Fuertes, 1997) que un atentado intencionado contra una persona:

- La AP de Alicante (SAP, 5/06/00) condena a un sujeto de 60 años como autor responsable de un *delito de incendio* en concurso ideal con un *delito de imprudencia grave con resultado de muerte y dos faltas de daños*, concurriendo la *eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica*, a las penas de dos años y nueve meses de prisión y dos fines de semana de arresto procediendo la *medida de internamiento en centro adecuado*. El sujeto incendió un sofá en una casa, sin reparar que en el piso de arriba de la vivienda se encontraba una persona que resultó muerta por intoxicación. Dos informes forenses emitieron diagnósticos de “*Alcoholismo crónico y proceso de demenciación precoz*” y “*demencia inducida por alcohol*”. En ambos dictámenes se habla de una *muy limitada imputabilidad de sus actos*.

Sobre los demenciados como receptores de delitos o víctimas

Los textos forenses informan sobre la especial susceptibilidad de los ancianos demenciados a convertirse en objeto de victimización (Carrasco y Maza, 1997; Gisbert, 1998). Además de la facilidad para ser utilizados como instrumentos de delincuencia en actos criminales, estas personas demenciadas son presas fáciles de la estafa, el timo o el engaño: Los *delitos de estafa* cometidos sobre personas con algún tipo de demencia son frecuentes. La AP de Madrid (SAP, 18/11/99) condena al hermano, sobrina y cuñada de una enferma de *Alzheimer* por aprovecharse de la enfermedad de aquella para que les diera 12 millones de pesetas, negando después haberlos recibido. La sala considera que la enferma “*en el momento realizar dicho acto de disposición, debido a la situación neuropsicológica, no tenía capacidad intelectual y volitiva para semejante acto. Es decir, desconocía la trascendencia de lo que estaba haciendo por lo que debe entenderse que actuó sin voluntad, lo que configura también un error como elemento constitutivo de la estafa*”. El TS (STS, 04/04/92) condena por estafa a unas personas que se aprovecharon de la disminución psíquica de una anciana de 85 años afecta de *demencia senil* secundaria a *esclerosis múltiple*, al comprarle un piso por importe de 2 millones, estando valorado en 14, considerando que “*conocedores los procesados de la limitación psíquica que se dice sufría la anciana, poco a poco fueron aprovechándose de su confianza e influyendo malintencionadamente en su ánimo hasta que captada su voluntad consiguieron el otorgamiento de la escritura*”. En otra ocasión, el TS (STS, 23/11/84) condena a una persona por aprovecharse de un anciana con *demencia senil*, comprándole una finca por 7000.000 Pts., estando valorada en 17 millones, considerando que los documentos se habían suscrito con engaño: “*1º Porque la perjudicada tenía cierta deficiencia mental. 2º Porque ésta era una demencia senil con pérdida de la orientación en el tiempo y en el espacio. 3º Porque era fácilmente sugestionable y la incapacitaba para regir sus bienes*”.

En otras ocasiones, los juzgadores reconocen la firma de contratos claramente desventajosos para los firmantes demenciados, pero no pueden atribuir criminalidad a los beneficiarios (“*contratos criminalizados*”), como en los casos comentados anteriormente. No

es infrecuente que estas personas demenciadas cedan sus propiedades ante las influencias de sus cuidadores, en detrimento de los legítimos herederos, que se convertirán en denunciante. Además, es especialmente difícil detectar la deficiencia mental en sus estados iniciales, incluso para peritos y expertos, cuanto más para las personas legas. En todo caso, contratos de este tipo podrían anularse por vía civil, no penal. Tal ocurrió p. ej. en un caso juzgado por la AP de La Coruña (SAP, 04/04/00), que consideró que *“al margen de rarezas propias de la avanzada edad, ni el director de la entidad bancaria, ni el notario, ni el propio letrado que formuló la denuncia creyendo lo que le había manifestado aquélla, pudieron constatar una demencia senil incapacitante para la contratación, que sí fue descubierta a raíz del reconocimiento por la médico forense varios meses después, no pudiendo afirmar ninguna de las dos forenses que comparecieron al juicio que los síntomas de la aludida patología se manifestasen a las fechas de los contratos; en cualquier caso, la falta de consentimiento por incapacidad de la contratante podría dar lugar a la nulidad del contrato por la vía civil, pero no al elemento engañoso que exige el delito de estafa”*. La misma situación se produjo en Guipúzcoa (SAP, 18/10/99), considerando la AP el informe pericial, que se expresa del modo siguiente *“Es difícil determinar “a posteriori” si en una fecha concreta había un deterioro o el grado de éste. Partimos del diagnóstico, confirmando su origen orgánico con una prueba objetiva como la TAC, de demencia senil 16 meses antes de otorgar las escrituras, además en las declaraciones se aprecia, como ya he citado un haz de argumentos convergentes que indican un deterioro cognitivo. Teniendo en cuenta la precocidad de la debilidad del juicio en estos casos, estimo que tenía alteradas sus cualidades intelectuales y volitivas, con alteración en la capacidad de pensar acciones y consecuencias, alteración de la capacidad de utilizar las experiencias, disminución de la capacidad de dar respuestas inteligentes. El grado exacto de deterioro en aquella fecha no se puede determinar al no haberse realizado ningún estudio específico en aquellas fechas. Como ya he expresado es un cuadro difícil de definir incluso para los profesionales sanitarios, con más motivo a las personas legas”*. Similar situación se produjo en Guipuzcoa (SAP de 28 abril 1999) cuando una señora afecta de *demencia senil* cedió la propiedad de su casa a la empleada de hogar que la atendía. La AP, auxiliada también por el informe pericial, considera *“que la citada enfermedad le había sido diagnosticada en el año 1991, que a consecuencia de dicha enfermedad tenía deterioradas sus facultades lo que no puede determinarse es el grado exacto, siendo muy difícil de definir el cuadro de la enfermedad, incluso para los profesionales sanitarios, llegándose a confundir el que un proceso sea frecuente con el hecho de que eso implique que esa persona está en un estado de salud, sin patología”*.

En el sentido de los anteriores delitos sufridos por personas demenciadas, se hallan los de *apropiación indebida*, como juzgó la AP de Baleares (SAP, 19/05/99), estimando asimismo el agravante de *abuso de superioridad* sobre la víctima por su estado de precariedad, ya que el acusado, abusando de un poder que una anciana le otorgó para que le administrara los bienes, lo aprovecha para lucrarse personalmente sin que las ventas y contravalor de sus bienes se destinaran a su cuidado. En otras ocasiones se producen *hurtos*

que no implican violencia para la víctima. Esto le sucedió a una empleada de hogar que sustrajo joyas a la anciana (afecta de *demencia senil*) que atendía, siendo condenada por una falta de *hurto* (STS, 05/06/98).

No sólo se cometen delitos de estafa sobre este tipo de personas, otras figuras delictivas suelen ser las de *robo*, *hurto*, *agresiones*, *detención ilegal*, *abandono*, incluso delitos sexuales cometidos contra ellos. Así se detectó en las siguientes resoluciones:

Respecto a *delitos violentos* cometidos sobre sujetos demenciados, sin duda, el delito más llamativo de los analizados es un delito de *violación en grado de tentativa* cometido sobre una anciana con *demencia senil*. El TS (STS, 25/05/94) considera probado que “*el acusado abordó a una mujer cuando paseaba por un camino, conociendo que ésta padecía demencia senil que la sitúa en una edad mental entre los 4 y los 8 años, y la introdujo en un huerto. El acusado empujó a la mujer y la acostó bajo un limonero, donde, forcejeando con ella, consiguió levantarle la falda y quitar las bragas, mientras la inmovilizaba y acallaba los gritos que la mujer profería. En estas circunstancias, aparecieron por el lugar unos familiares de la mujer que la buscaban en voz alta, lo que motivó, junto con la falta de erección del pene, que el acusado se levantase y fuese sorprendido en el momento en que procedía a levantarse los pantalones*”.

Se detectaron también *delitos de robo y agresiones*. El TS (STS, 28/12/00) condena a un acusado por un delito *detención ilegal*, tres delitos de *robo con fuerza* y otro de *robo con violencia*, además de una *falta de lesiones*. El acusado entró en la vivienda de una anciana de 74 años con “*demencia senil*” y robó algunos objetos tras atarla de pies y manos y dejarla encerrada en una habitación hasta el día siguiente en que fue hallada por las personas que la asistían. Se consideró el *agravante de abuso de superioridad*. En otra ocasión el TS (STS, 12/07/99) condena a tres acusados por delitos de *robo con violencia* en grado de tentativa y *delito de lesiones* (agravado por *abuso de superioridad*) sobre una anciana de 79 años con “*acusada demencia senil, a la que propinaron diversos golpes para que les entregara lo que tuvieran de valor*”. En otra ocasión es el propio hijo de la persona, una anciana de 72 años de edad (afecta de *Alzheimer*), quien es condenado por delito de *detención ilegal* y delito de *lesiones*, ya que “*no permitía a ésta abandonar la casa y la mantenía encerrada, impidiéndole salir a la calle [...] la golpeó por todo el cuerpo y ocasionó fractura de la mandíbula y diversos hematomas y heridas*” (STS, 28/10/99).

La fuerte carga que provocan estas personas demenciadas en sus familiares y cuidadores puede colocarlas en situaciones de peligro respecto a las reacciones de las personas que les rodean. Se detectó un llamativo caso de *parricidio*, cometido por un sujeto sobre su madre de 85 años, afecta de *Alzheimer*. El sujeto, ante la carga que le suponía el cuidado de su demenciada madre, desarrolla un trastorno depresivo y decide suicidarse precipitándose al mar junto a ella, provocando la muerte de la anciana (SAP de Barcelona, 20/05/96).

Se detectaron también delitos de *estafa* y faltas de *desatención a ancianos* cometidos por personas que regentan establecimientos o residencias dedicadas a su cuidado. Así, se

condena a una ATS que dirigía una de estas residencias por delito continuado de *falsedad en documento oficial* y como autora de una *falta de desatención* y otra falta de *estafa*. La sala considera que hubo negligencias en el cuidado de los ancianos, algunos de ellos demenciados (STS, 20/01/96). Algo similar ocurrió en otra de estas residencias, donde se condena a su regente como autor de un delito de *apropiación indebida* continuado y una *falta contra las personas* (dejar de atender a ancianos a los que se tiene al cargo), ya que disponía de todo el dinero de los ancianos (algunos de ellos demenciados) sin ofrecer sus servicios de forma adecuada. Existían informes que denunciaban la ausencia de medios adecuados en ese centro, y algunos de estos ancianos incluso resultaron arruinados, “*hubieron de marchar a vivir en una chabola en la que carecían de los más elementales medios para llevar una vida adecuada a su edad y circunstancias*” (STS, 06/05/96).

En otras ocasiones, esta falta de atención (con implicaciones criminales) se produce por los propios familiares de las personas demenciadas, con consecuencias tan dramáticas como el siguiente caso, donde el hijo de una anciana fue condenado por los un *delito de homicidio por omisión impropia* (al producirse muerte de la madre por desasistencia médica y falta de cuidado e higiene por parte del hijo). El estado de esta persona fue tal que los médicos forenses no pudieron determinar en la autopsia si la anciana padecía “*Alzheimer, atrofia cerebral cortical o [simplemente] demencia senil*”. La sentencia establece que la anciana “*al menos seis meses antes de su muerte, queda postrada en la cama, dependiendo para todo de los cuidados que pudiera prestarle el procesado, quien se limitó a suministrarle una somera alimentación; omitiendo la más elemental limpieza de la enferma y permitiendo que permaneciera inmóvil durante un tiempo tan prolongado; consintiendo que se iniciase un progresivo fenómeno de caquexia alimentaria y desnutrición sobre el cual fueron confluyendo las correspondientes infecciones; hasta que esta situación inhumana, la hizo entrar en un círculo de deterioro físico que finalmente la llevó a la muerte*” (SAP de Zaragoza, 24/06/96, ratificada por STS, 27/10/97).

Los textos forenses (Carrasco y Maza, 1997; Gisbert, 1998) informan de la existencia de *suicidios* en sujetos con demencia, bien asociada a las crisis depresivas que frecuentemente acompañan a las demencias, bien relacionadas al deterioro cognoscitivo. En este último caso (precipitaciones, atropellos, caídas, ingestión de tóxicos), se hace difícil distinguir entre suicidio o accidente. Eso mismo sucedió en una de las resoluciones revisadas: la AP de Avila (SAP, 23/12/98) absuelve de la acusación de falta por imprudencia al personal de un Centro Asistencial donde *aparece muerto por ahorcamiento un anciano afecto de Alzheimer*, que “*padecía demencia de inicio precoz y en grado avanzado, con deterioro psicofísico importante, hasta el punto de estar privado de facultades cognitivas, y tenía trastornos del comportamiento con episodios de hiperagresividad e hipersexualidad pero no de autolisis*”. La sala entendió que el sujeto no requería supervisión constante y que la intencionalidad suicida estaba razonablemente excluida. Los peritos “*se apartan de la hipótesis del suicidio, pues tal decisión exige un nivel cognitivo del que carecía el enfermo [...] la apraxia ideomotora que sufría el enfermo le dificultaba la realización de movimientos*

tan complejos y el avanzado proceso de su mal excluía razonablemente la intencionalidad suicida”.

Las deficiencias cognitivas de los sujetos demenciados limitan también su *capacidad de recuerdo y testimonio*. El juzgador, en ausencia de otras pruebas, se ve limitado para otorgar credibilidad al testimonio de las presuntas víctimas demenciadas. Estas pueden realizar *falsas acusaciones* sobre personas declaradas inocentes, que podrían derivarse del propio cuadro demencial o delirios que pueden cursar asociados:

- La AP de Zaragoza (SAP, 17/06/96), encuentra inocente a un acusado de violación sobre una anciana afecta de Alzheimer. *“el Tribunal, [...] concluye estableciendo la efectiva existencia de cuadros de delirio en la citada señora, consecuencia de la enfermedad de Alzheimer que padecía”.*
- La Audiencia Provincial de Madrid (SAP, 25/01/95), absuelve a un acusado de perpetrar robo con violencia sobre una anciana afecta de *demencia senil*. La anciana sufrió lesiones pero el juzgador no pudo confirmar las acusaciones de la supuesta víctima, razonándolo del siguiente modo: *“las evidentes perturbaciones psíquicas sufridas por la lesionada y que se ven acreditadas, no sólo por lo referido, en su informe por el médico forense que la atendió y que afirma padecía «demencia senil», aun cuando a su juicio no afectante «a su comportamiento en las materias o aspectos que motivan las presentes diligencias», sino también, y de modo más directo, de la lectura de la declaración prestada en el Juzgado y sus múltiples incongruencias, nos llevan a suscitar una duda respecto del valor y de la fiabilidad que la testigo merece”.*

Algunas consideraciones sobre la tipología y tratamiento de los actos delictivos contenidos en las sentencias analizadas.

El análisis de estos datos obtenidos de la revisión de sentencias tiene un carácter meramente orientativo, sin que puedan extrapolarse conclusiones respecto a la población clínica ni forense, tampoco pueden establecerse comparaciones con los hallazgos en otros estudios similares. Ello es debido a la escasa representatividad de la muestra analizada, por las razones comentadas en la introducción de este trabajo. En cualquier caso, no hay abundancia de estudios epidemiológicos y sistemáticos sobre la relación entre la demencia y los actos delictivos.

Las personas con demencia como agentes delictivos.

Como puede observarse (vid. fig. 1 y tabla 2), no se detectó ni una sola sentencia que considerase totalmente inimputable (art. 20.1 del CP) a una persona con demencia. Sugiere este dato que *no se detectó ningún acto delictivo cometido en las fases avanzadas de las demencias*, donde las capacidades intelectivas y cognoscitivas se hallan totalmente abolidas.

La mayoría de las estimaciones de alteración de la imputabilidad por parte de los jueces consiste en la aplicación de la *eximente incompleta* (art. 21.1 en relación con el 20.1 del actual CP), también se ha aplicado, en menor medida, la *atenuante analógica* (art. 20.6 del actual CP), y se han detectado casos (dos sentencias) donde no se aplicó ningún atenuante sobre el delincuente, a pesar presentar muestras de demencia. Este dato informa de la dificultad de valorar el grado de afectación de las capacidades cognitivo-volitivas, y cómo este grado va aumentando desde muy escaso o nulo en las fases preclínicas e iniciales hasta ser total en las fases terminales (donde por su gravedad no se cometen delitos). En este sentido, las numerosas pruebas neuropsicológicas y psicométricas analizadas en otro apartado, (en combinación con otras, biológicas, genéticas o de neuroimagen), pueden resultar de no poca utilidad en la valoración pericial, con el fin de auxiliar al juzgador.

Tabla 2. Resumen de actos delictivos cometidos por personas demenciadas y estimación del grado de imputabilidad y pena o medida aplicada por los juzgadores en las resoluciones analizadas.

Tipo de delito cometido	Diagnóstico	Grado de imputabilidad	Pena o medida	Resolución judicial
Abusos sexuales continuados sobre dos niñas	Retraso mental leve con inicio de demencia senil	Atenuante analógica	Prisión	STS (9/9/1999)
Eexhibicionismo y falta de lesiones a tres niñas	Indicios de demencia senil (sin diagnóstico)	Imputable	Arresto mayor	STS (7/2/1992)
Ocho delitos de abusos deshonestos sobre menores	Demencia senil	Atenuante analógica	Prisión menor	STS (11/9/92)
Corrupción de menores	Demencia senil arterioesclerótica	Imputable	Prisión menor	STS (26/11/84)
Abusos sexuales a una menor	Alzheimer (grado moderado)	Eximente incompleta	Arresto	SAP de Guadalajara (23/10/97)
Delito continuado de estafa	Alzheimer	Eximente incompleta	Prisión	SAP de Cádiz (26/12/00)
Delito contra la salud pública (tráfico de drogas)	Alzheimer, depresión y retraso mental no especificado	Eximente incompleta	Arresto mayor	STS (24/2/95)
Lesiones	Demencia senil	Eximente incompleta	Arresto mayor	STS (24/6/94)
Aasesinato en grado de frustración	Depresión y demencia senil prematura	-	-	STS (12/11/83)
Homicidio en grado de consumación	Alzheimer	Eximente incompleta	Internamiento psiquiátrico	STSJ de Navarra (23/06/99)
Delito intentado de homicidio y tenencia ilícita de armas	Demencia senil	Atenuante analógica	Prisión	SAP de Asturias (29/01/01)
Delito de imprudencia grave con resultado de muerte y dos faltas de daños	Alcoholismo crónico y demencia inducida por alcohol	Eximente incompleta	Internamiento psiquiátrico	SAP de Alicante (5/6/00)

El tipo de actos delictivos cometidos por estas personas en las sentencias analizadas es muy poco variado (vid fig. 2 y tabla 2). La mayor parte de los actos delictivos analizados son *de contenido sexual* y han sido cometidos por ancianos sobre menores, coincidiendo con las impresiones mostradas en los textos forenses. Por otra parte, los dos únicos casos de personas consideradas imputables se hallan en este apartado de delitos sexuales, a otros dos se les aplicó la atenuante analógica (grado mínimo de alteración de la imputabilidad) y sólo en un caso se aplicó la eximente incompleta. Este dato sugiere que la comisión de estos delitos sexuales se realiza en los periodos iniciales o pre-clínicos de instauración de la demencia (*periodo médico-legal*), donde la frontera entre la imputabilidad e inimputabilidad es muy difusa. Pese a las impresiones forenses sobre la escasez de *delitos violentos* en personas con demencia, sí se detectaron delitos de este tipo (un homicidio consumado, intentos de homicidio, lesiones). En estos casos, a diferencia de los delitos sexuales, se aplicó mayoritariamente la eximente incompleta. Se trata de delitos graves que atentan contra la vida de otras personas, donde los jueces han considerado parcialmente afectada la imputabilidad de los demenciados, consecuente a su psicopatología. Finalmente, se han detectado *otros actos antisociales* que, por sus características, implicarían un estado de lucidez impropio de personas demenciadas. Tal es el caso del delito comentado de *estafa*, donde el juez considera que en realidad el sujeto fue utilizado para la comisión del delito por su fácil sugestionabilidad, o el caso de la demenciada acusada de *tráfico de drogas* (en ambos casos fue aplicada la eximente incompleta). También resulta ilustrativa la *imprudencia* (con resultado de muerte) cometida por un sujeto con demencia al incendiar un sillón en una vivienda sin reparar que la inquilina se encontraba en el interior.

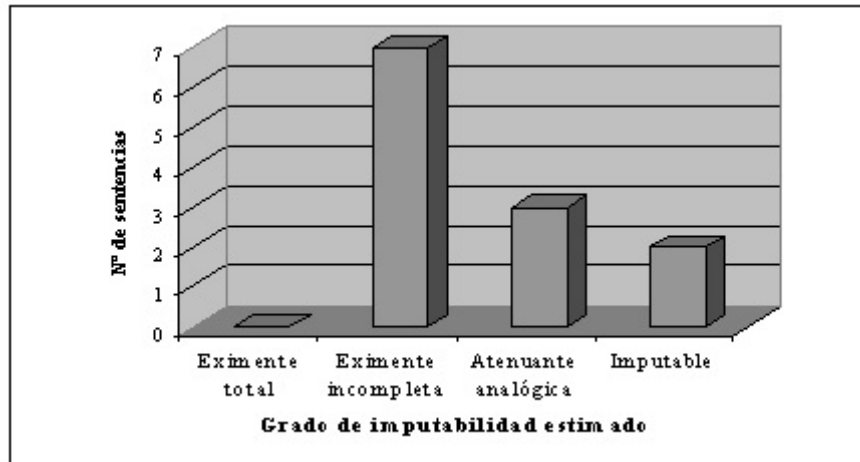


Figura 1. Grado de imputabilidad atribuido a las personas con demencia en las sentencias analizadas.

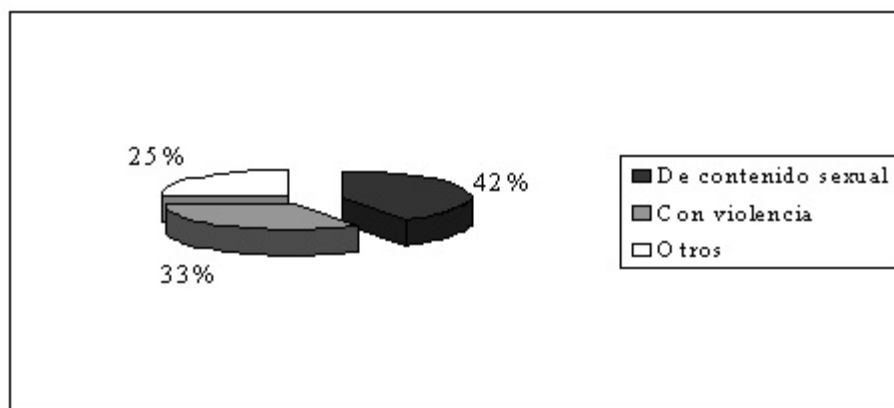


Figura 2. Tipos de delitos, en porcentaje, cometidos por las personas con demencia en las sentencias analizadas.

Las personas con demencia como víctimas de actos delictivos.

Respecto al tipo y cantidad de *actos delictivos sufridos* por personas con algún tipo de demencia en las sentencias comentadas, tal como indican los textos forenses, la situación de demencia sitúa a los sujetos que la padecen en una posición de especial indefensión, ya que sus recursos cognitivos se hallan notablemente disminuidos, quedando en situación de especial vulnerabilidad hacia el abuso por parte de otras personas. Esto puede explicar el mayor número de sentencias penales con personas demenciadas como víctimas que como victimarios (ver fig. 3). En consonancia con esta disminución de recursos en las personas con demencia, los delitos que más han aparecido en las sentencias analizadas son los relacionados con *estafas, timos o hurtos* (ver tabla 3), perpetrados por personas que se aprovechan de la especial vulnerabilidad de estos sujetos. En otras ocasiones, su situación les lleva a la firma de contratos claramente desventajosos, donde ceden sus propiedades o ahorros a cambio de servicios insignificantes. Respecto a la victimización por *delitos violentos*, se han detectado agresiones, donde el móvil ha sido el robo (en dos ocasiones), agresiones perpetradas por los propios hijos de la víctima (dos ocasiones) con un caso de parricidio, e incluso con un móvil sexual, hacia una anciana demenciada, produciéndose una tentativa de violación. La mencionada disminución de recursos, cognoscitivos y físicos en estos ancianos hace que deban ser protegidos por familiares o profesionales. Cuando las personas encargadas de proteger a estos ancianos dementes declinan su responsabilidad, éstos quedan en situación de abandono. En ocasiones son los propios hijos de las víctimas, o las personas encargadas de clínicas y residencias de ancianos, produciéndose delitos de estafa, apropiación indebida o desatención al anciano.

Tabla 3. Resumen de actos delictivos sufridos por personas demenciadas y diagnósticos atribuidos en las resoluciones analizadas.

Tipo de delito sufrido	Diagnóstico de la víctima	Resolución judicial
Estafa	Alzheimer	SAP de Madrid (18/11/99)
Estafa	Demencia senil secundaria a esclerosis múltiple	STS (4/4/92)
Estafa	Demencia senil	STS de 23/11/84
“Contrato criminalizado”	Demencia senil	SAP de La Coruña (4/4/00)
“Contrato criminalizado”	Demencia senil	SAP de Guipúzcoa (18/10/99)
“Contrato criminalizado”	Demencia senil	SAP de Guipúzcoa (28/4/99)
Apropiación indebida	Demencia senil	SAP de Baleares (19/5/99)
Falta de hurto	Demencia senil	STS de 5/6/98
Violación en grado de tentativa	Demencia senil	STS de 25/5/94
Detención ilegal, robo con fuerza y robo con violencia	Demencia senil	STS de 28/12/00
Intento de robo con violencia y delito de lesiones	Demencia senil	STS de 12/7/99
Parricidio	Alzheimer	SAP de Barcelona (20/5/96)
Falsedad en documento oficial; falta de desatención y falta de estafa	Ancianos (algunos demenciados)	STS de 20/1/96
Delito de apropiación indebida continuado y falta contra las personas	Ancianos (algunos demenciados)	STS de 6/5/96
Delito de homicidio por omisión impropia	Probable Alzheimer	STS de 27/10/97

Tabla 4. Hechos delictivos no probados sobre personas demencias en las resoluciones analizadas.

Presunto delito (no probado)	Diagnóstico de la presunta víctima	Resolución judicial
Se acusó al personal de un Centro Asistencial por presunta falta de imprudencia ante el presunto suicidio de un anciano. Resultaron absueltos	Alzheimer	SAP de Ávila (23/12/98)
Se acusó de violación a una persona que resultó absuelta. Se sospechó fabulación.	Alzheimer y cuadros de delirio	SAP de Zaragoza (17/6/96)
Se acusó de robo con violencia y lesiones a una persona que resultó absuelta. Se sospechó fabulación.	Demencia senil	SAP de Madrid (25/1/95)

En algunas de las resoluciones analizadas (ver tabla 4), se procesó a personas que no pudieron ser condenadas por causar daños (no probados) a personas demenciadas, sospechándose de *falsas acusaciones* (relacionadas con el estado mental del demenciado) en dos ocasiones y con un *accidente*, donde se acusó de negligencia a los cuidadores ante lo que se suponía un suicidio (no probado) del demenciado.

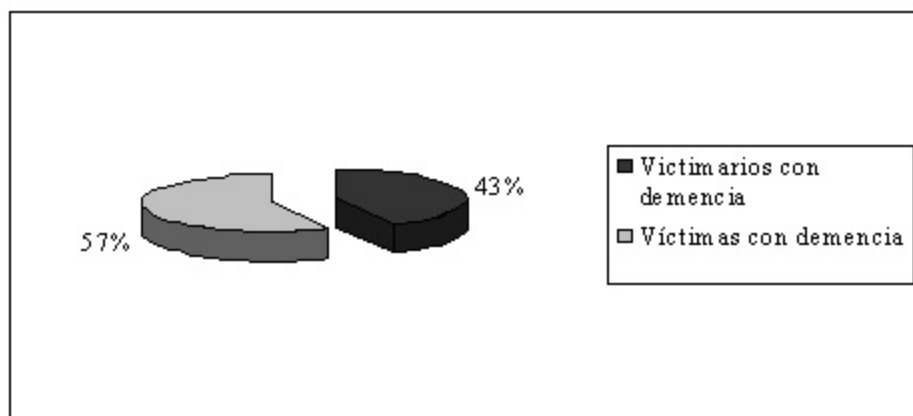


Figura 3. Porcentaje de víctimas y victimarios con demencia en las sentencias analizadas.

ANEXO I

(Abreviaturas utilizadas)

AP	Audiencia Provincial.
CP	Código Penal.
LECivil	Ley de Enjuiciamiento Civil.
LECrim	Ley de Enjuiciamiento Criminal
SAP	Sentencia de la Audiencia Provincial.
STS	Sentencia del Tribunal Supremo.
STSJ	Sentencia del Tribunal Superior de Justicia.
TS	Tribunal Supremo.
TSJ	Tribunal Superior de Justicia.

Referencias

- Alberca, R y López Pousa, S. (Dres.) (2002). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Barcelona. 2ª Ed. Médica Panamericana.
- APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Agüera, L.F. (1998) *Demencia. Una aproximación práctica*. Barcelona: Masson.
- Alarcón, R. P. (2003). Alteraciones psiquiátricas en las demencias. En Arango, J. C., Fernández-Guinea, S. y Ardila, A. *Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. El Manual Moderno*. México D.F.
- Arango, J. C., Fernández-Guinea, S. y Ardila, A. (2003). *Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. El Manual Moderno*. México D.F.
- Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. (1968). The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Brit J Psychiat.*, 114:797-811.
- Cabrera, J. y Fuertes, J.C. (1994) *La enfermedad mental ante la ley*. Universidad Pontificia Comillas: Madrid.
- Cabrera, J. y Fuertes, J.C. (1997) *Psiquiatría y Derecho, dos ciencias obligadas a entenderse. Manual de psiquiatría forense*. Cauce Editorial: Madrid.
- Cabrera, R. (1997) *El Proceso de Incapacitación*. McGraw-Hill: Madrid.
- Cacabelos, R. (1999): *Tratado de neurogeriatría. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Barcelona: Masson.
- Carrasco, J.J y Maza, J. M. (1997) *Psiquiatría legal y forense*. La Ley: Madrid.
- Casas J y Rodríguez M (2000) *Manual de Medicina Legal y Forense*. Madrid. Colex.
- Conde Pumpido, C. (2000) *Código penal, doctrina y jurisprudencia*. Madrid: Trivium.
- De Couto, R.M. (1999) Los problemas legales más frecuentes sobre la tutela, asistencia y protección de personas mayores (procedimientos de incapacitación, internamientos, protección de la persona y del patrimonio). *Publicaciones de la Universidad de Comillas*. MADRID.
- Cummings JL, Mega NT Gray K, (1994): The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology.*; 44: 2308-2314.
- Ellis, A.W, Young, A. *Neuropsicología cognitiva humana*. Masson, Barcelona 1992.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000): *Psicología Forense y Tratamiento Jurídico Legal de la Discapacidad*. Edisufer. Madrid.
- Fernández-Guinea, S. Arango, J. C. y Pelegrín, C (2003). Evaluación Neuropsicológica de las demencias. En Arango, J. C., Fernández-Guinea, S. y Ardila, A. *Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. El Manual Moderno*. México D.F.
- Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. (1975) Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*; 12: 189-194.
- García Andrade, A. (1996) *Psiquiatría criminal y forense*. Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. Madrid.
- García Andrade, J.A. (2000) *Comentarios al Código Penal -Artículo 25*. En M. Cobo, *Comentarios al Código Penal*. Madrid: Edersa.
- Gisbert Calabuig, J A (1998) *Medicina legal y toxicología*. 5ª Ed. Barcelona. Masson.

- Henik, R Kimh, R y Hes, P (1994): Dementia and crime: a Forensic Psychiatry Unit study in Israel. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol 9. Pp 491-494.
- Hucker S. J. and Ben-Arom M.H. (1984) Violent elderly offenders a comparative study. In *Elderly Criminals* (W. Wilbanks and P. K. M. Kim, Eds). The University Press of America.
- Kaplan, H., Sadock, B. y Crehnh, J. (1997) Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana, S.A. (7ª edición).
- Lobo, A. (1994) Las demencias desde el punto de vista forense. En S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez Pulido y J. L. Rivera. *Psiquiatría legal y forense*. Ed. Colex, Vol. 2.
- Lobo A, Ezquerro J, Gomez Burgada F, Sala M Seva Diaz A (1979): El Mini-Examen Cognoscitivo (Un test sencillo, práctico, para la detección de alteraciones intelectuales). *Actas Luso-Españolas Neurol Psiquiat.*, 7: 189-202.
- López- Pousa S. (2002) Epidemiología de las demencias. En Alberca, R y López -Pousa, S. (Dres.) *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Barcelona. 2ª Ed. Médica Panamericana.
- Molina, C (1998): Comentario al artículo 60. En M. Cobo, *Comentarios al Código Penal*. Madrid: Edersa.
- Morales D.L., Gonzalez-Montalvo JI, Bermejo F, Del Ser T (1995): The screening of mild dementia with a shortened spanish version of the "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly". *Alz Dis Assoc Disord*; 9:105-111.
- Moyna Ménguez, V. (2000) *Código Penal, comentarios y jurisprudencia*. Colex. Madrid.
- OMS (1993) CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Ortega-Monasterio, L. (1991). *Psicopatología jurídica y Forense*. Promociones y publicaciones universitarias. Barcelona.
- Ortiz, A. y Ladrón J (1998) *Lecciones de Psiquiatría Forense*. Biblioteca Comares de ciencias jurídicas. Granada.
- Peña-casanova, J. (1998) Exploración Neuropsicológica de la demencia. En Alberca, R y López Pousa, S. (Dres.) *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Barcelona. Ed. Médica Panamericana.
- Peña casanova, J., Bertran Serra y Del Ser Quijano (1994): Evaluación neuropsicológica de la demencia. En Del Ser Quijano, T. y Peña Casanova, J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Bayer: Barcelona.
- Petrie, W. M., Lawson, E. C. and Holender, M. H. (1982) Violence in geriatric patients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 248.
- Pfeiffer E. (1975) A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*; 23: 433-44L.
- Piedrabuena León; S. (2002). Aspectos legales de las demencias. En Alberca, R y López Pousa, S. (Dres.) *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Barcelona. 2ª Ed. Médica Panamericana.
- Rosner, R., Wiederlight, M. and Scimeider, M. (1985) Geriatric felons examined at a forensic psychiatry clinic. *J. Forens. Sci* 30, 730-740
- Del Ser T, Morales JM y Bermejo F. (1993) Evaluación del deterioro mental y la demencia. En: Bermejo F y Del Ser T (Eds.): *Demencias: conceptos actuales*. Madrid. Díaz - Santos. cap. 2, pp 13-38.

- Del Ser, T. (2000): Evaluación de la demencia. Instrumentos cognitivos y funcionales. En: II Curso de Neurología de la Conducta y Demencias. Material del Master en Psicología clínica Legal y Forense (UCM).
- Serrano, I (1998) El concepto penal de incapaz y documento. En I. Serrano, Comentarios al Código Penal. Comares. Granada.
- Toone, B. (1990) Organically determined mental illness En R. Bluglass y P. Bouden (Eds.): Principles and practice of Forensic Psychiatry. Churchill Livingstone.
- Vilalta J, Llinás J, López-Pousa S, Amiel J, Vidal C (1990): CAMDEX. Validación de la adaptación española. Neurología; 5:117-120.
- Vilalta J. (1998): Síntomas no cognitivos de las demencias. En Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Barcelona. Ed. Médica Panamericana.