

DELITOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL**CRIMES IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH**

Bertolín Guillén J. M.

Doctor en medicina y cirugía – Psicólogo.

Jefe de servicio del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Departamento de salud

Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria.

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana.

Valencia (España).

Correspondencia: jmbertolin@comv.es

Resumen: Introducción: Abordaremos las responsabilidades emanadas de nuestros códigos Penal y Civil y legislación adicional que afectan a las actuaciones criminales profesionales del personal sanitario, así como a la delincuencia de los pacientes con patologías mentales graves. **Material y método:** Estudio observacional, narrativo y crítico de la legislación y literatura científica nacional e internacional. Hemos seleccionado las aportaciones más importantes, objetivas y recientes. **Resultados y discusión:** En nuestro vigente código penal los delitos menos graves en el ámbito general de la salud lo son por omisión de la asistencia o por imprudencia. Todo trabajador sanitario está obligado por la *lex artis ad hoc* y por el “*deber de cuidado*”. Los delitos más frecuentes y graves en salud mental son el suicidio por imprudencia facultativa, las lesiones, la omisión del deber de socorro y la revelación de secretos. Importará actuar siempre según la capacitación debida. La malpraxis suele estar en el origen de los delitos imputables al personal sanitario. Por su parte, los criminales con trastornos mentales tienen derecho a un juicio y tratamiento adecuados. Para ellos, las posibles consecuencias penales serán la declaración de exención o atenuación de responsabilidad y las medidas de seguridad. La evaluación de su capacidad mental es un desafío permanente. Han de tenerse en cuenta en especial los arts. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y 381 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. **Conclusiones:** Hemos examinado principalmente las complejas responsabilidades penales y civiles de los técnicos sanitarios y de los pacientes con patologías mentales graves.

Palabras clave: capacidad legal, capacidad mental, trastorno mental, malpraxis médica, España.

Abstract: Introduction: We will deal with the responsibilities that come from our Civil and Penal Codes as well as additional legislation concerning both the health personnel’s criminal professional actions and the crimes by patients with severe mental disease.

Material and method: Critical, narrative and observational study on legislation and national and international scientific literature. The most recent, objective and important contributions have been selected. **Results and discussion:** The less severe crimes in the health general scope are those related to failure to give assistance or to carelessness or negligence according to our current penal code. Every health worker is obligated by *lex artis ad hoc* and by *the duty to care*. The most frequent and severe crimes regarding mental health are suicide due to professional imprudence, injuries or damage, omission of the duty to aid and secret disclosure. To act according to the due qualification is important. Usually, malpractice is the origin of crimes which are attributable to health workers. For their part, criminals with mental disorders have the right to appropriate treatment and trial. For them, the possible penal consequences will be the declaration of exemption or attenuation of liability and security measures. The evaluation of their mental capacity is a permanent challenge. The articles 763 of the Law of Civil Procedure and 381 of the Law of Criminal Procedure have to be taken into account.

Conclusions: We have mainly examined the complex civil and penal liability of health workers and of patients with severe mental diseases.

Keywords: legal capacity, mental capacity, mental disorder, medical malpractice, Spain.

INTRODUCCIÓN

Es necesario para todo paciente y circunstancia que la conducta del profesional que intervenga en cada momento sea ejecutada conforme a las normas de la *lex artis*. Esto incluye por completo al ámbito de la salud mental. Vamos a abordar seguidamente, sin pretensión de exhaustividad, las principales responsabilidades que se establecen en nuestros códigos Penal y Civil y legislación relacionada en lo que afecta a las actuaciones criminales profesionales del personal sanitario y a la delincuencia de los pacientes con patologías mentales importantes.

Respecto al personal de salud mental nos referiremos especialmente a los delitos de omisión y por imprudencia, los derivados de la ausencia de la capacitación y competencia técnica debidas, así como al intrusismo laboral, las variadas

intervenciones terapéuticas y sus efectos indeseables, y cuando haya ausencia de consentimiento del sujeto pasivo. También vamos a referirnos a las actuaciones facultativas realizadas de urgencia y las que se llevan a cabo en el seno de los equipos terapéuticos.

Con respecto a la capacitación y responsabilidad legal de los pacientes con patologías mentales graves mencionaremos las dificultades que entraña su correcta evaluación. En particular nos referiremos a los criminales que sufren trastornos, alteraciones o anomalías psíquicas o intelectuales. También, a los menores de edad que son víctimas de delitos sexuales. Finalmente, abordaremos la cuestión de quienes precisan internamiento psiquiátrico involuntario por razón de sufrir trastornos mentales.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional y crítico en el que hemos revisado las literaturas científica, jurisprudencial y legal españolas más relevantes. Su objetivo es determinar las capacidades y responsabilidades civiles y penales tanto de los sanitarios implicados como de los pacientes afectados de patologías mentales graves. También hemos escrutado lo que sucede en el resto de Europa y América.

El número de referencias halladas ha sido enorme y muy variado. En consecuencia, hemos seleccionado las revistas más importantes y los artículos más recientes que estaban orientados a nuestro objetivo. Incluimos también algunos capítulos de libro. Seguidamente realizaremos el examen de la cuestión sobre la base de una razonable y amplia búsqueda bibliográfica que ha sido considerada la más adecuada y sin sesgos. El estudio es original, no una revisión sistemática ni exhaustiva.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

► Capacidad y responsabilidad legales del personal sanitario

En el ámbito del derecho sanitario pueden sucederle al personal actuante responsabilidades penales, civiles, disciplinarias y deontológicas. También administrativas o patrimoniales por parte de las Administraciones Públicas, si éstas tuvieran que indemnizar judicialmente^{Nota1}. Por citar un ejemplo, entre 2004-2009 hubo sentencias condenatorias en el 27,59% de las denuncias por responsabilidad médica que llegaron a juicio en Barcelona, y tan solo una fue de privación de libertad (1).

El Código Penal (CP) español, aprobado por la Ley Orgánica (LO) 10/1995, de 23 de noviembre, define el concepto de delito en su art. 10. El CP ha experimentado después multitud de modificaciones. Tras la reforma introducida por la LO 1/2015, de 30 de marzo, los delitos únicamente podrán tipificarse como graves, menos graves y leves. Para los profesionales de la salud, el concepto de *lex artis ad hoc* que les es exigible debe entenderse como el conjunto de reglas y principios aceptados que se consideran básicos. Muchas veces, aunque no siempre, esas reglas y principios se basarán en protocolos y guías orientativos, como subrayaremos después. Dicho esto, el médico no está obligado *ex lege* a seguir siempre los criterios fijados en ellos.

En el vigente CP los delitos punibles menos graves en el ámbito de la salud pueden serlo por omisión de la asistencia sanitaria, art. 196, o por imprudencia, art. 152.1. La imprudencia de especial gravedad queda subsumida en el art. 152.2 (art. 82 de la LO 1/2015). El deber objetivo del “*cuidado debido*” se configura en función de la capacidad del actor para hacer frente a la situación del riesgo sanitario que se le presenta; su incumplimiento podría derivar en una infracción imprudente. En las unidades o salas de hospitalización psiquiátrica, los médicos responsables deberán cerciorarse de que se ha prescrito y se ejecuta correctamente la supervisión constante de los pacientes de riesgo (2).

^{Nota1} Véase al respecto el art. 67 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Tiene particular relevancia si el personal sanitario acusado judicialmente careciera de la capacitación profesional amparada en el correspondiente y preceptivo título académico oficial, y que ahora se transforma en agravante, art. 205 de la LO 1/2015. Habitualmente los tratamientos de los trastornos mentales importantes serán físicos (principalmente psicofarmacológicos) o psicoterapéuticos. En concreto, las psicoterapias o tratamientos psíquicos o psicológicos únicamente deberían ser realizados por médicos o psicólogos especializados oficialmente por el Estado (3,4)^{Nota2}. Retomaremos el asunto cuando hablemos del intrusismo laboral.

Los delitos leves se atienen a la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim), en vigor desde enero de 1883, con versión consolidada de junio de 1997 y última actualización de julio de 2021. Ahora bien, resulta preceptivo que se formalice la denuncia oportuna para que se inicie el procedimiento judicial para ciertos delitos leves o menos graves. En el ejercicio profesional, los delitos más frecuentes e importantes del campo de la salud mental son el suicidio del paciente por imprudencia técnica grave o menos grave, las lesiones, la omisión del deber de socorro y la revelación de secretos (5).

Ha de tenerse en consideración especialmente la LO 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia (6), con la que en España la eutanasia y el suicidio asistido ya son legales desde junio siguiente. Se tiene que asumir al respecto que, al menos en el resto de la Unión Europea, se insiste continuamente en el papel alternativo de la medicina paliativa (7). También conviene recordar la obligación del facultativo de obtener siempre el consentimiento informado, sea cual sea el tratamiento aplicado. Téngase en cuenta asimismo que con arreglo al art. 12 del CP las imprudencias por acción u omisión solo podrán ser castigadas cuando así lo especifique expresamente la Ley. En la considerada “*comisión por omisión*” el sanitario tenía la previa obligación de haber actuado apropiadamente.

Siguiendo con las conductas laborales antijurídicas, la anuencia de la víctima o sujeto pasivo solo podrá atenuar la pena en el supuesto de culpabilidad en un delito de lesiones. Por lo que respecta a la omisión del deber de socorro, se tratará siempre de un delito de peligrosidad, que no necesita para su consumación que se produzca algún resultado lesivo. Y con relación a la revelación de secretos, hay que atenerse a lo dispuesto en la vigente Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Ante una urgencia psicopatológica el facultativo interviniente, médico o psicólogo, tendrá que actuar según su capacitación debida. Si el implicado considerara que no puede evaluar la urgencia convenientemente está obligado a gestionar el traslado del paciente al centro más adecuado. Y si el paciente se negase a ir o a ser llevado (usualmente será una unidad de hospitalización psiquiátrica y, por tanto, con médico psiquiatra de guardia las 24 horas), es deber del facultativo gestionar dicho traslado con carácter forzoso; por ejemplo, prescribiendo una intervención o traslado urgentes a través del Centro de Información y Coordinación de Urgencias, CICU.

En efecto, lo único que no le está permitido a cualquier facultativo, sea quien sea, es no intervenir, inhibirse sin proponer diligentemente una alternativa asistencial factible y adecuada. Es relevante señalar que el facultativo probablemente erraría al dirigir al paciente a otros recursos no asistenciales, tales como una comisaría o juzgado de guardia (8,9), ya que al tratarse de una urgencia será necesaria la inmediata intervención sanitaria.

En un equipo terapéutico como es, por ejemplo, un servicio hospitalario o ambulatorio, de urgencias o de consultas ordinarias, cada miembro tiene su propia responsabilidad basada en la discrecionalidad técnica y en la competencia que le sean inherentes. Por tanto, con arreglo al principio de “*responsabilidad personal*” le corresponde a cada individuo su

^{Nota2} Véase la línea estratégica n.º 9 sobre “*formación*” en la nueva estrategia española de salud mental 2022-2026, aprobada recientemente por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Se promueve en ella explícitamente la “*formación específica*” de los diferentes profesionales del ámbito de la salud mental.

propia obligación administrativa y legal, sin que necesariamente el superior jerárquico tenga que asumir la responsabilidad última. Para todos los miembros del equipo sanitario es aplicable solamente la obligación de poner los medios, la diligencia, no la de garantizar los resultados.

Lo dicho en el párrafo anterior se basa en que la relación médico-paciente, y por extensión cualquier sanitario-paciente, se fundamenta en un arrendamiento de servicios. En particular, la malpraxis del terapeuta se refiere a aquellas circunstancias en que los resultados del tratamiento hayan originado un perjuicio al paciente, siempre y cuando sean peores de los que probablemente hubieran conseguido la mayoría de profesionales análogos. Como dato al respecto, la proporción anual entre 1999-2005 de psiquiatras que fueron denunciados judicialmente por malpraxis en Nueva Inglaterra, US, fue solo del 2,6% (10).

La malpraxis, efectivamente, suele estar en el origen de los delitos imputables al personal sanitario, aunque es realidad que los psiquiatras tienen menos probabilidades de ser demandados por negligencia que la mayoría de los otros especialistas médicos (11). Les corresponde a los demandantes aportar las pruebas de la supuesta negligencia. Otro asunto es que las redes sociales tienen frecuente impacto en la salud mental individual (12) y en la valoración subjetiva de los resultados terapéuticos. En parte como contrapartida, en EE. UU., la *American Psychiatric Association* ha elaborado pautas y guías de buena práctica clínica (13), y en nuestro país la Sociedad Española de Psiquiatría ha editado *online* dieciséis guías en vigor al respecto^{Nota3}.

Ahora bien, si la propia intervención asistencial fuera urgente podría conllevar disminución en la correspondiente precisión técnica, exigencia que en consecuencia no le sería exigible tampoco al facultativo. Lo importante será considerar si la urgencia psicopatológica ha sido excepcional o normal para el facultativo por razón de su especialización profesional. Cuando quien intervenga sea un especialista con el preceptivo título universitario o académico su responsabilidad será mayor que si no fuera especialista.

La responsabilidad de cualquier persona que haya intervenido con el damnificado y que no fuera adecuado especialista podría derivar, cuando fuera pertinente, en la comisión delictiva de intrusismo laboral, art. 403.1 del CP. En el Código de Deontología Médica/Guía de Ética Médica, de la Organización Médica Colegial de España, de 1999, ya se decía en su art. 19.1 que: “*El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia*”. La actual edición provisional de 2018, con la excepción de lo dispuesto en el art. 7.1 sobre urgencias médicas, ratifica en el nuevo art. 22.1 lo dicho en el antiguo art. 19.1, de 1999.

En cuanto a los psicólogos, en relación con el intrusismo pueden consultarse varios artículos del Código Deontológico de 2010 del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Este Código fue actualizado para acoplarse a la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de “*Modificación de Diversas Leyes para su Adaptación a la Ley Sobre el Libre Acceso a las Actividades de Servicios y su Ejercicio*”. También es importante señalar la frecuente, pero potencialmente punible, intervención con pseudopsicoterapias en pacientes con patologías mentales (3). Esto ocurre incluso por parte de pretendidos terapeutas con formación psicológica, aunque no sean especialistas titulados oficiales.

Respecto a los enfermeros, puede consultarse el Código Deontológico de la Enfermería Española, que fue aprobado por el Pleno del Consejo General de Enfermería en 1989, actualizado en 1998. También se dispone del Código de Ética del *International Council of Nurses*, revisado en 2021 y redactado en Ginebra, CH^{Nota4}. Se trata éste de una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermería.

Nota3 <http://www.sepsiq.org/enlaces>

Nota4 http://www.colegioenfermeriaroja.org/fileadmin/INFORMACION_PROFESIONAL/ICN_Code-of-Ethics_ESP.pdf

De especial relevancia práctica es lo referente a la autonomía y competencia profesional de los médicos internos-residentes, MIR. Al respecto hay que señalar que el concepto y características de los MIR se rigen por la normativa dictada por el Real Decreto (RD) 183/2008, de 8 de febrero, por el que “*Se Determinan y Clasifican las Especialidades en Ciencias de la Salud y Se Desarrollan Determinados Aspectos del Sistema de Formación Sanitaria Especializada*”. Este RD derogó al anterior RD 127/1984, de 11 de enero.

El RD 183/2008 afecta a las únicas tres especialidades técnicas oficiales en salud mental: psicología clínica, medicina psiquiátrica y enfermería de salud mental, así como a las otras especialidades facultativas de las demás ciencias de la salud. Este RD desarrolla, por fin, lo dispuesto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, “*De Ordenación de las Profesiones Sanitarias*”, que a su vez derogó la Ley 24/1982, de 16 de junio, “*Sobre Prácticas y Enseñanzas Sanitarias Especializadas*”. El art. 14 regula específicamente el deber general de supervisión, tanto de los distintos profesionales de las unidades asistenciales donde se forman los residentes, como de los responsables de los equipos y del tutor acreditado. En el art. 15 del RD de 2008 se fija la responsabilidad progresiva del especialista en formación, lo que acaba con la ambigüedad que existía antes al respecto.

► Capacidad y responsabilidad legales del paciente

En el contexto de los derechos humanos, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, por sus siglas en inglés), en vigor desde 2008, incluye específicamente a quienes sufren limitaciones psíquicas o intelectuales de larga duración. El art. 13 establece el acceso igualitario a la justicia de los discapacitados y el 25 su derecho a la salud. Véase a: Craigie (14). Por otra parte, desde el punto de vista legislativo tan importante es el uso de la información neurocientífica para evaluar la responsabilidad del paciente afecto de trastornos mentales, como lo será su predecible indicación futura para esclarecer la peligrosidad del delincuente (4,15,16).

Los criminales con patología mental tienen derecho a un juicio justo y un tratamiento adecuado. Las investigaciones forenses tendrán que determinar la aptitud del acusado para ser juzgado y el grado de su responsabilidad penal. En particular, en la práctica, en los casos de agresores sexuales acusados judicialmente, la evaluación de la responsabilidad penal que esté cierta o pretendidamente disminuida es cada vez más importante. Aunque hay bastantes diferencias entre países, concretamente en Alemania se ha propuesto usar los recientes criterios de 2014 de Briken y Müller (17) para establecer una evaluación empírica más fiable de la responsabilidad penal del delincuente sexual (18).

Cuestión especial es el abuso sexual de niños y adolescentes, que se ha convertido en un problema actual de salud pública internacional, incluyendo a España (19). También se ha sugerido que los criminales sexuales son un tipo específico de delincuentes con parecidas características, tanto entre ellos como en su proceder delictivo (20). Las condiciones de ser varón y la presencia de un trastorno mental podrían representar más probabilidades de estar relacionadas con delitos sexuales contra menores de edad que con delitos no sexuales con adultos (21). Por otro lado, los homicidios sexuales que involucran a víctimas de edad avanzada constituyen delitos raros y son también diferentes, con especificidades que les son propias (22).

El desarrollo puberal precoz se viene asociando al comportamiento delictivo en algunas niñas. Esto ha permitido sugerir que al influir probablemente esa pubertad anticipada en el entorno social podría relacionarse con mayor riesgo de delincuencia en ciertas menores más vulnerables (23). En lo que afecta a las mujeres adultas, aunque la tasa de homicidas es baja y por tanto inusual, los rasgos psicopáticos de la personalidad parecen más evidentes entre las delincuentes que fueron anteriormente abusadas o traumatizadas de diversos modos (24).

Los pacientes con trastornos mentales graves permanentes o transitorios corresponden en terminología legal a los que padecen importantes alteraciones o anomalías psíquicas o intelectuales. En la comisión de delitos, las consecuencias penales para ellos son: 1) La posible declaración de exención de responsabilidad o de responsabilidad atenuada mediante

sentencia absolutoria o condenatoria, respectivamente; y 2) La aplicación de medidas de seguridad, entre las que se incluye la posibilidad de internamiento involuntario forzoso, según los arts. 101 y 104 del CP.

Los adultos de la población general de EE. UU. con trastornos por uso de sustancias y comorbilidad con otros trastornos mentales, son quienes tienen mayor riesgo de involucrarse en conductas delictivas (25). Aproximadamente un tercio de los delincuentes de más de 60 años de edad de Flandes, BE, declarados penalmente irresponsables viven en prisión, no en instituciones sanitarias u otras (26). Hay que enfatizar que en nuestro país, cuando haya sucedido la denominada *actio libera in causa* (según la conocida locución latina común en la dogmática penal), de forma dolosa intencional o imprudente, se excluirá que pueda existir cualquier atenuante o eximente, según se especifica en los arts. 20.1 y 20.2 del CP de 1995.

Desde la perspectiva del derecho civil tanto el paciente como su tutor legal, si lo hubiera, podrían ser declarados responsables por el tribunal. El tutor designado judicialmente tendrá que cumplir en cualquier circunstancia su deber de vigilancia, salvo fuerza mayor o cuando hubiera culpa o negligencia del tutor ante la comisión delictiva del tutelado. Si el paciente careciese de tutor, el tribunal podrá imponerle la tutela, patria potestad prorrogada o curatela, según los arts. 199 y 200 del Código Civil (CC). Véase también a: Núñez (27).

La evaluación de la capacidad mental es un desafío para los facultativos involucrados. En particular la presencia o ausencia de *insight* (28), aunque es importante, no es en sí misma criterio legal para determinar la capacidad mental. Al menos sucede así para la *Court of Protection* del Reino Unido (29), que fue creada en virtud de su Ley de Capacidad Mental de 2005. En el CP español de 1995 se contempla en el art. 20.1, como hemos dicho antes, la eximente de anomalía o alteración psíquica. La condena penal mediante sentencia firme del incapaz solo podrá durar el tiempo que lo hubiera hecho la privación de libertad para ese delito.

El CC contempla en su art. 200 que las personas que no puedan gobernarse por sí mismas por razón de alteraciones persistentes físicas o psíquicas tendrán que ser incapacitadas. El art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno mental. Téngase en cuenta que se ha declarado inconstitucional el inciso del párrafo primero de dicho art. de la LEC, aunque no se declara nulo, pues se crearía un vacío indeseable en nuestro ordenamiento jurídico. Por su parte, la LECrim dispone en el art. 381 que si el juez instructor advirtiese en el procesado indicios del antiguo concepto de enajenación mental, le someterá inmediatamente a la pertinente observación pericial. Ahora bien, el Tribunal Constitucional ha descartado que el citado art. 381 represente una verdadera medida de internamiento (del paciente trastornado mental imputado en un proceso penal) de modo análogo al previsto en la jurisdicción civil (30).

La cuestión del internamiento involuntario en España está bien contemplada por el legislador desde antiguo. Nuestro ordenamiento jurídico solo considera el internamiento y la incapacitación por razón del criterio favorable terapéutico o médico. Las disposiciones sobre el internamiento comenzaron en el siglo XIX con el RD de 19 de mayo de 1855, siguieron con el Decreto de 3 de julio de 1931, con la reforma del CC de 1983 que lo derogó y, por último, con la vigente LEC de 2000. Desde el punto de vista psicopatológico, en el ingreso urgente involuntario o sin consentimiento que únicamente pretenda estudio y diagnóstico, pero no tratamiento, deberán cumplirse las mismas condiciones que para cualquier ingreso psiquiátrico civil involuntario.

En el ámbito penal, el art. 508 de la LECrim establece la posible medida de “*prisión atenuada*” en el domicilio o en una institución terapéutica adecuada. También puede darse la “*libertad vigilada*”, entendida como medida de seguridad no privativa de libertad, art. 93.3 3ª del CP. La libertad vigilada fue introducida en nuestro CP por la LO 5/2010, de 22 de junio, por la que se modificó la LO 10/1995, del CP. Posteriormente la libertad vigilada ha ampliado su ámbito de aplicación en la citada LO 1/2015.

CONCLUSIONES

En el vigente CP los delitos menos graves en el ámbito de la salud mental pueden serlo por omisión de la asistencia técnica o por imprudencia. En el ejercicio profesional sanitario los delitos más importantes y frecuentes son el suicidio del paciente por imprudencia laboral grave o menos grave, las lesiones, la omisión del deber de socorro y la revelación de secretos.

En relación con las conductas sanitarias antijurídicas, la anuencia de la víctima solo puede atenuar la condena penal cuando ésta se deba a un delito de lesiones. En la omisión del deber de socorro, se tratará siempre de un delito de peligrosidad que no necesita para su consumación que se produzca algún daño. Y con relación a la revelación de secretos, hay que atenerse a lo dispuesto en la vigente Ley 41/2002.

Hemos examinado también la responsabilidad de los técnicos asistenciales, sean médicos, psicólogos o enfermeros, en cuanto a las urgencias psicopatológicas y en lo concerniente a la malpraxis.

Por lo que respecta a los criminales con trastornos mentales graves, éstos tienen siempre derecho a enjuiciamiento y tratamiento adecuados. Hemos abordado específicamente el abuso sexual sobre los menores de edad y sus repercusiones como causa potencial de delincuencia futura de las víctimas. También hemos mencionado, por último, ciertas estrategias con finalidad exculpatoria empleadas por algunos delincuentes, como la *actio libera in causa*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giménez-Pérez D, Pujol-Robinat A, Castellá-García J, Espinal-Berenguer A, Vázquez-Fariñas A, Medallo-Muñoz J. Denuncias por responsabilidad profesional médica en Barcelona (2004-2009). Análisis médico-forense. Rev Esp Med Legal. 2020;46(2):56–65. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2019.07.002>
2. Ahn SI, Lee W, Song DH. A descriptive study on the civil lawsuits of medical malpractice occurred during psychiatric ward treatment. Psychiatry Investig. 2020;17(9):865–70. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0350>
3. Bertolín-Guillén JM. Psicoterapias en la psicología clínica y psiquiatría actuales en España. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2020; pii: S1888-9891(20)30023-9 <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.004>
4. Bertolín-Guillén JM. Current state of psychopharmacology, psychotherapies and other interventions in mental health problems and disorders. Eur J Appl Sci. 2021;9(5):251–61. <https://doi.org/10.14738/aivp.95.10994>
5. Bertolín-Guillén JM. Deontología y confidencialidad en psiquiatría y psicología clínica en España. Rev Bioet Der. 2021;[23](52):173–83. <https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.32034>
6. Arimany-Manso J, Martín-Fumadó C. Aspectos médico-legales de la ley de regulación de la eutanasia en España. Rev Esp Med Legal. 2021;47(3):89–91. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2021.04.002>
7. Möller HJ. The ongoing discussion on termination of life on request. A review from a German/European perspective. Int J Psychiatry Clin Pract. 2021;25(1):2–18. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1797097>
8. Bertolín-Guillén JM. Aspectos medicolegales de las urgencias psiquiátricas. En: Bertolín-Guillén JM (director). Evaluación e intervención en las urgencias psiquiátricas. Madrid: Elsevier Doyma; 2009. pp. 28–32.
9. Ramis-Pujol J, López-Martín S, Ramis-Yebra J, Carrera-Burgaya A, Reina de la Torre, F. Análisis de un registro de 10 años de sentencias penales relacionadas con la mala praxis médica. Gac Int Cien For. 2021;[11](38):31–4. https://www.uv.es/gicf/4A3_Reina_GICF_38.pdf
10. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med. 2011;365(7):629–36. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1012370>
11. Frierson RL, Joshi KG. Malpractice law and psychiatry: An overview. Focus (Am Psychiatr Publ). 2019;17(4):332–6. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190017>
12. Przepiórka A, Błachnio A, Sullman M, Gorbaniuk O, Siu NY, Hill T, et al. Facebook intrusion as a mediator between positive capital and general distress: A cross-cultural study. Front Psychiatry. 2021;12:667536. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.667536>

13. Appelbaum PS. Malpractice claims in psychiatry: Approaches to reducing risk. *World Psychiatry*. 2021;20(3):438–9. <https://doi.org/10.1002/wps.20907>
14. Craigie J, Bach M, Gurbai S, Kanter A, Kim SYH, Lewis O, et al. Legal capacity, mental capacity and supported decision-making: Report from a panel event. *Int J Law Psychiatry*. 2019;62:160–68. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.09.006>
15. Gkotsi GM, Gasser J. Neuroscience in forensic psychiatry: From responsibility to dangerousness. Ethical and legal implications of using neuroscience for dangerousness assessments. *Int J Law Psychiatry*. 2016;46:58–67. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.030>
16. Bertolín-Guillén JM. Las especialidades facultativas del ámbito de la salud mental ante los tribunales de justicia. *Gac Int Cienc For*. 2021;[11](40):33–42. https://www.uv.es/gicf/4A2_Bertolin_GICF_40.pdf
17. Briken P, Müller JL. Beurteilung der Schuldfähigkeit bei paraphiler Störung. *Nervenarzt*. 2014;85:304–11. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3901-x>
18. Dobbrunz S, Daubmann A, Müller JL, Briken P. Predictive validity of operationalized criteria for the assessment of criminal responsibility of sexual offenders with paraphilic disorders-A randomized control trial with mental health and legal professionals. *Front Psychol*. 2020;11:613081. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.613081>
19. Bertolín-Guillén JM. Estado actual del consentimiento sexual de los menores de edad en España. *Rev Int Doctr Jurispr*. 2021;24:1–14. <https://doi.org/10.25115/ridj.v0i24.5372>
20. Chopin J, Beauregard E. Sexual homicide: A criminological perspective. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(12):120. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1107-z>
21. Ferretti F, Carabellese F, Catanesi R, Coluccia A, Ferracuti S, Schimmenti A, et al. DSM-5 personality trait facets amongst child molesters: An exploratory comparison with other types of offenders. *BMC Psychol*. 2021;9(1):117. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00619-1>
22. Chopin J, Beauregard E. The unusual victim: Understanding the specific crime processes and motivations for elderly sexual homicide. *J Forensic Sci*. 2020;65(2):535–43. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14208>
23. Klopock ET, Simons RL, Simons LG. Puberty and girls' delinquency: A test of competing models explaining the relationship between pubertal development and delinquent behavior. *Justice Q*. 2020;37(1):25–52. <https://doi.org/10.1080/07418825.2018.1472291>
24. Carabellese F, Felthous AR, Mandarelli G, Montalbò D, Tegola D, Rossetto I, et al. Psychopathy in Italian female murderers. *Behav Sci Law*. 2019;37(5):602–13. <https://doi.org/10.1002/bsl.2430>
25. Moore KE, Oberleitner LMS, Zonana HV, Buchanan AW, Pittman BP, Verplaetse TL, et al. Psychiatric disorders and crime in the US population: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Wave III. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(2):18m12317. <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12317>
26. De Smet S, De Keyzer W, De Donder L, Ryan D, Verté D, Broekaert E, et al. Older offenders deemed criminally irresponsible in Flanders (Belgium): Descriptive results from a retrospective case note study. *Int J Law Psychiatry*. 2016;46:35–41. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.025>
27. Núñez M, Guija JA, Giner L, Giner J. Aspectos psiquiátricos y jurídicos de la capacidad civil. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija J. (eds). *Psiquiatría y Ley: preguntas y respuestas*. Madrid (ES): Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2016. pp. 163–80.
28. Bertolín-Guillén JM. Importancia del *insight* y la intuición en la psicopatología actual. *Norte Salud Ment*. 2021;17(65):72–6. https://ome-aen.org/wp-content/uploads/2021/02/Norte-de-Salud-Mental-64_compressed.pdf
29. Gurbai S, Fitton E, Martin W. Insight under scrutiny in the Court of Protection: A case law survey. *Front Psychiatry*. 2020;11:560329. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.560329>
30. Lledó C. Trastorno mental grave y procedimiento penal. En: Moreno MJ, Jaén MJ, Lillo R, Guija JA, Medina A (eds). *Trastorno mental grave: psiquiatría y Ley*. Documentos Córdoba 2018. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud; 2020. pp. 29–53.