

EL RETRASO MENTAL: UN CASO DE RETROACTIVIDAD DEL NUEVO CÓDIGO PENAL, POR FAVORABILIDAD, EN MATERIA DE INIMPUTABILIDAD

NÓDIER AGUDELO BETANCUR
Profesor de Derecho Penal en la Universidad de Antioquia

INTRODUCCIÓN

A) *Planteamiento del problema.*—El art. 29 del Código Penal contemplaba tres formas de actividad psicopatológica, a saber: la enajenación mental, la grave anomalía síquica y la intoxicación crónica producida por el alcohol u otras sustancias.

Aparte de otras características, nuestra doctrina y nuestra jurisprudencia destacaron, respecto de la enajenación mental, la de ser un “trastorno general y persistente de las funciones síquicas...”.

Ahora bien: Al parecer, por la nota de la *persistencia*, se consideró a la debilidad mental como una especie de “enajenación”, lo cual condujo a la aplicación del manicomio criminal en tales eventos, pues, según el art. 63 del Código Penal de 1936, tal medida se aplicaba a los “alienados” o “enajenados”.

El nuevo Código Penal consagra como causales de inimputabilidad el trastorno mental y la inmadurez psicológica, y en uno u otro caso asigna medidas de seguridad diferentes: “internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial”, por un término no inferior a 2 años o no inferior a 6 meses, según se trate de trastorno mental permanente o transitorio, del cual no queden perturbaciones mentales; “internación en establecimiento público o particular, aprobado oficialmente, que pueda suministrar educación o adiestramiento industrial, artesanal o agrícola”, en caso de la inmadurez psicológica.

El problema que se plantea es el de saber si un inimputable por debilidad mental, que obró durante la vigencia del Código Penal de 1936 y *que aún no ha sido condenado*, puede ser internado en manicomio criminal conforme con el art. 63 de tal estatuto o si, por el contrario, se le debe aplicar el nuevo Código Penal, considerándolo como inmaduro psicológico (y no como trastornado), para aplicarle internación en establecimiento que pueda suministrar educación o adiestramiento industrial, artesanal o agrícola. Así mismo, respecto

de los débiles mentales *ya condenados* a manicomio criminal, ¿se podrá levantar tal medida para aplicar el nuevo Código de manera retroactiva, es decir, cambiarla por la que la nueva legislación contempla para los casos de inmadurez psicológica?

B) *Punto de partida.*—A mi manera de ver, la debilidad mental, en el nuevo Código Penal, se debe comprender dentro del término “inmadurez psicológica” a que alude el art. 31 y no dentro del término “trastorno mental”.

C) *Punto de llegada.*—Como consecuencia de lo anterior, a los débiles mentales que *fueron condenados* durante la vigencia del anterior Código Penal (como enajenados mentales) a manicomio criminal, se les debe levantar tal medida y cambiarla por la que señala el nuevo estatuto para la inmadurez psicológica, es decir, internación en establecimiento que pueda suministrar educación o adiestramiento industrial, artesanal o agrícola. Y lo mismo debe observarse respecto a los débiles mentales que habiendo cometido el hecho durante la vigencia del Código Penal de 1936 *no han sido condenados* aún: no se les debe condenar a manicomio criminal sino a las medidas contempladas en el art. 96 de la nueva legislación penal.

Lo anterior, por mandato del art. 26 de la Constitución Nacional.

I. BREVE CONCEPTO DE RETRASO MENTAL

La noción de retraso mental está referida, como muchos otros conceptos psicopatológicos, a la fundamentación o explicación de un bajo nivel de desenvolvimiento de la conducta del individuo en relación con el mundo que lo rodea y con las diversas situaciones que debe afrontar.

En el retraso mental, el bajo nivel de desenvolvimiento conductual se debe a una falta de recursos intelectuales. El retraso mental se define como un “nivel general de desenvolvimiento intelectual notablemente inferior al promedio”, presentándose como factor sobresaliente del fenómeno su condición de crónico¹. Los autores coinciden en caracterizarlo como un “déficit estable de la inteligencia”², que explica el bajo nivel de adaptación o desenvolvimiento de la conducta a que se ha aludido. Como otro de los factores caracterizantes se enuncia el de que se trata de déficit de una consciencia que no ha alcanzado su total desarrollo, para distinguirlo de otros síndromes en los que habiendo la inteligencia alcanzado madurez, se llega a debilitar produciéndose también un rendimiento intelectual y de conducta por debajo del promedio. Tal el caso de una demencia senil, por ejemplo.

¹ IRVING G. SARASON, *Psicología anormal*, Los problemas de la conducta desadaptada, México, 1981, 4ª reimpression, Ed. Trillas, págs. 396 y 398. RENÉ ZAZZO, en la obra conjunta *Los débiles mentales*, destaca cómo BINET denominó “debilidad mental” a la insuficiencia de nivel mental. Barcelona, Ed. Fontanella, 1973, pág. 12.

² BENIGNO DI TULLIO, *Principios de criminología clínica y psiquiatría forense*, Madrid, Edit. Aguilar, 1966, pág. 111.

La American Association on Mental Deficiency (AAMD), ha adoptado un sistema de clasificación teniendo en cuenta el *rendimiento intelectual*, método que fue incorporado al manual de diagnósticos de la American Psychiatric Association. Según la AAMD, "el retraso mental se refiere al rendimiento intelectual general por debajo del promedio, que se origina durante el período de desarrollo y se asocia con una conducta adaptativa deficiente". Cuatro niveles distingue la AAMD:

1. Retraso mental límite, CI de 68-83.
2. Retraso mental leve, CI de 52-67.
3. Retraso mental moderado, CI de 36-51.
4. Retraso mental profundo, CI inferior a 20³.

En lo que va de este trabajo, es bueno anotar, se ha utilizado el término *retraso mental*. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en los tratados y manuales de psiquiatría se menciona el fenómeno con otros nombres. Así, DI TULLIO habla de "frenastenia", englobando dentro de tal rubro la idiocia, la imbecilidad y la debilidad mental, según la profundidad del trastorno⁴; de estos tres grados también habla ANTONIO VALLEJO NÁJERA, pero cobijándolos con la expresión "oligofrenia"⁵, y en igual forma proceden Th. SPOERRI⁶ y EMILIO MIRA Y LÓPEZ⁷.

Hago hincapié en que aquí se ha tomado el término "retraso mental" como concepto genérico a la usanza de la AAMD, la cual no habla de idiocia, imbecilidad y debilidad mental, como una especie dentro de un género, sino precisamente como género, que contempla el retardo en sus grados límite, leve, moderado y profundo, según el cociente intelectual, tal como se ha visto. Sin embargo, como nuestra doctrina y jurisprudencia han manejado esa terminología tradicional mencionada, es importante aludir a esos conceptos. Así, según SPOERRI, el individuo *oligofrénico* se caracteriza porque en la vida práctica y en sus rendimientos intelectuales se halla incapacitado para resolver nuevas tareas. "Según sea el grado de debilidad mental, dice, esta puede manifestarse ya en el aspecto exterior: marcha poco elástica o torpe, dando traspies; mímica indiferente o tosca; lenguaje balbuciente o inarticulado; la construcción de las frases es primitiva o telegráfica. El pensamiento se detiene en lo concreto y habitual, hallándose perturbada la capacidad de abstracción y combinación de ideas así como la formación de conceptos y juicios. El caudal nemónico se halla proporcionalmente reducido"⁸.

DI TULLIO afirma que el *débil mental* representa el grado más leve de deficiencia, dándose contornos borrosos con la imbecilidad, de un lado, y por el otro, con la normalidad. Su edad mental ha sido parangonada por algu-

nos con la de un muchacho de 12 años y por otros con la de uno de 15 a 16 años, siendo el déficit intelectual sobre todo evidente en los trabajos más complejos de la crítica y el juicio⁹. En la *imbecilidad* el paciente solo es capaz de asimilar los conocimientos escolares más elementales y puede ser apto únicamente para los trabajos que no requieren iniciativa¹⁰. Representa el grado medio de deficiencia y algunos autores, como TRAMER, creen poder caracterizar el estado mental de los imbeciles basándose en una relación entre edad mental o grado de desarrollo mental alcanzado por el sujeto y edad cronológica, para parangonar el desarrollo mental máximo de los imbeciles con el de un niño de 8 a 9 años¹¹.

Finalmente tenemos la *idiotia*, que representa el grado más grave de los síndromes mencionados y que se caracteriza por la ausencia o por el desarrollo incompleto del lenguaje. En casos graves, el paciente no tiene aptitud para hablar ni comer solo, ni atender a su aseo personal; muestra tendencia a los movimientos monótonos (por ejemplo, el balanceo de la parte superior del cuerpo) y a romperse los vestidos¹².

II. LA DEBILIDAD MENTAL COMO ENAJENACIÓN Y COMO TRASTORNO PERSISTENTE, EN LA PRÁCTICA DEL C. P. DE 1936

El art. 29 del Código Penal de 1936 decía:

"Cuando al tiempo de cometer el hecho, se hallare el agente en estado de enajenación mental o de intoxicación crónica producida por el alcohol o por cualquiera otra sustancia, o padeciere de grave anomalía síquica, se aplicarán las sanciones fijadas en el capítulo II de este libro.

A cada una de las expresiones "enajenación mental", "grave anomalía síquica" e "intoxicación crónica" nuestra doctrina y nuestra jurisprudencia dieron un significado específico, con efectos distintos en cuanto a las diversas medidas de seguridad aplicables a cada una de las especies de actividad sicopatológica.

Me explico: en realidad, desde un punto de vista psiquiátrico, las expresiones señaladas resultan tautológicas. No cabe duda de que la enajenación es una anomalía del siquismo y que una grave anomalía síquica es una enajenación de un cierto tipo. De la misma manera, la intoxicación crónica entraña una serie de degeneraciones nerviosas con repercusión profunda en las esferas de la personalidad. Sin embargo, esto, que parece claro desde el punto de vista de la psiquiatría, no lo era desde el punto de vista del Código Penal.

³ IRVING G. SARASON, *Psicología anormal*, cit., pág. 398.

⁴ BENIGNO DI TULLIO, *Principios...*, cit., págs. 112 y ss.

⁵ ANTONIO VALLEJO NÁJERA, *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, 1954, págs. 369 y ss.

⁶ TH. SPOERRI, *Compendio de psiquiatría*, Barcelona, Ed. Toray, 1965, págs. 22 y ss.

⁷ EMILIO MIRA Y LÓPEZ, *Psiquiatría básica*, Buenos Aires, Ed. "El Ateneo", 1953, págs. 123 y ss.

⁸ TH. SPOERRI, *Compendio...*, cit., pág. 23.

⁹ BENIGNO DI TULLIO, *Principios...*, cit., pág. 115.

¹⁰ TH. SPOERRI, *Compendio...*, cit., pág. 24.

¹¹ BENIGNO DI TULLIO, *Principios...*, cit., pág. 113.

¹² BENIGNO DI TULLIO, *Principios...*, cit., pág. 112 y TH. SPOERRI, *Compendio...*, cit., pág. 24.

En efecto, el estatuto represivo decía en su art. 63: "El manicomio criminal se destina para recluir a los *alienados* que cometan delitos para los cuales se señalan penas de presidio, o cuyo estado los haga especialmente peligrosos".

Como puede verse, de las tres formas de actividad psicopatológica a las que se refiere el art. 29, solo menciona el art. 63 a los "alienados" para aplicarles la medida de seguridad denominada "manicomio criminal". Este artículo fue la piedra angular de toda una elaboración de los conceptos referidos por el 29, pues, según que se determinara que el sujeto era enajenado (o alienado), sería sometido a manicomio criminal, o a colonia agrícola, o libertad vigilada si se consideraba que se trataba de una intoxicación crónica o una grave anomalía síquica.

Así dijo la Corte Suprema de Justicia en casación de mayo 3 de 1979: "Para que un procesado pueda ser recluso en manicomio criminal se requiere: que sea alienado y que, además, se cumpla a lo menos una de estas dos condiciones: que el delito de que se trata tenga señalada pena de presidio o que aquel estado de alienación lo haga especialmente peligroso (C. P., art. 63). Pero siempre habrá de tratarse de un alienado"¹³.

Resultaba pues de trascendencia suma la determinación de lo que se entendía por enajenación. Nuestra doctrina y jurisprudencia, al interpretar el concepto de "enajenación mental" del art. 29 unánimemente partieron de la noción que de tal fenómeno dio el profesor argentino NERIO ROJAS en su *Medicina legal*: "Alienación mental es el trastorno general y persistente de las funciones síquicas, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo, y que le impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, sin provecho para sí mismo ni la sociedad"¹⁴.

En otro trabajo he resaltado la unanimidad que existió en la doctrina y en la jurisprudencia nuestras en la aceptación de la noción anterior¹⁵. Tam-

¹³ Casación de mayo 3 de 1979: *Jurisprudencia y Doctrina*, VIII, núm. 91, Bogotá, 1979, págs. 526 a 527. La Corte reiteró así una larga trayectoria, que comenzó con la casación de 18 de octubre de 1966: *Gaceta Judicial*, t. CXVIII bis, octubre-noviembre-diciembre de 1966. Esta decisión fue reiterada por la casación de 18 de octubre de 1968: *Revista Derecho Colombiano*, núm. 82, t. XVIII, 1968, págs. 155 a 168; además, por la decisión del 1° de agosto de 1972: *Gaceta Judicial*, núms. 253 a 263 de 1972; 9 de agosto de 1972: *Derecho Colombiano*, núm. 129, Bogotá, setiembre de 1972, págs. 351 a 361; en providencia de 30 de setiembre de 1976, la Corte reitera la tesis y resume todas las anteriores decisiones. *Extractos de jurisprudencia penal de la Corte Suprema de Justicia*, Sala Penal, publicaciones del Fondo Rotatorio del Ministerio de Justicia, Bogotá, 1977, págs. 58 a 60.

¹⁴ NERIO ROJAS, *Medicina legal*, Buenos Aires, Ed. "El Ateneo", 1942, t. II, pág. 151.

¹⁵ NÓDIER AGUDELO BETANCUR, "El trastorno mental como causa de inimputabilidad en el nuevo Código Penal", en revista *Nuevo Foro Penal*, núm. 6, Medellín, Edit. Acosta, 1980, pág. 58. Aquí he reseñado la siguiente doctrina y jurisprudencia: ÁNGEL MARTÍN VÁSQUEZ ABAD, *Tratado de derecho penal colombiano*, t. I, Medellín, Ediciones Universidad Pontificia Bolivariana, 1948, pág. 147; AGUSTÍN GÓMEZ PRADA, *Derecho penal colombiano*, Parte general, Bucaramanga, Imprenta del Departamento, 1952, pág. 222. El mismo autor en la misma obra, editada por la Editorial Temis, Bogotá, 1959, pág. 303. VICENTE LAVERDE APONTE, *Temas penales y de procedimiento criminal*, Bogotá, Edit. Temis 1960, págs. 15 y 16; RAFAEL CAMPO RESTREPO, "La responsabilidad de los anormales en el Código Penal colombiano", en *Diario Jurídico*, Bogotá, 1962, núms. 566-7-8. La cita de autor puede verse en el núm. 567, pág. 134. Este concepto puede verse

bién he resaltado cómo la determinación del concepto de anomalía síquica fue una "determinación por exclusión"¹⁶, en el sentido de que frente a una conducta en la que se sospechara alguna forma psicopatológica, se indagaba si se trataba de una intoxicación crónica; luego se examinaba si se trataba de un trastorno general y persistente, o sea de una enajenación; si no se trataba de ninguno de estos dos fenómenos pero el sujeto no había tenido la capacidad de comprender o de determinarse, se declaraba la grave anomalía síquica: esta era, pues, según nuestra doctrina y jurisprudencia, cualquier fenómeno que no siendo intoxicación crónica ni enajenación mental, llevara, sin embargo, al sujeto a la incapacidad de comprender la ilicitud del hecho o a la imposibilidad de determinarse de acuerdo con tal comprensión¹⁷.

en parte transcrito en la obra de BERNARDO GAITÁN MAHECHA, *Curso de derecho penal general*, Bogotá, Ed. Lerner, 1963, págs. 314 a 324; SAMUEL BARRIENTOS RESTREPO, *Elementos de derecho penal*, Medellín, Ed. Bedout, 1977, pág. 342; ALFONSO REYES ECHANDÍA, *Derecho penal colombiano*, Parte general, Bogotá, Publicaciones de la Universidad Externado de Colombia, 1964, pág. 347. El mismo autor, en la última edición de su obra, la misma Editorial, Bogotá, 1980, pág. 284; LUIS CARLOS PÉREZ, *Tratado de derecho penal*, t. I, Bogotá, Edit. Temis, 1967, pág. 592; SERVIO TULIO RUIZ, *La estructura del delito en el derecho penal colombiano*, Bogotá, Edit. Temis, 1969, pág. 154; LUIS ENRIQUE ROMERO SOTO, *Derecho penal*, Parte general, t. II, Bogotá, Edit. Temis, 1969, pág. 24; FEDERICO ESTRADA VÉLEZ, *Manual de derecho penal*, Medellín, Edit. Salesiana, 1972, págs. 345 y 346. ANTONIO VICENTE ARENAS, *Compendio de derecho penal*, 2ª ed., Ed. Derecho Colombiano, Ltda. Bogotá, 1978, pág. 35. Si bien no cita directamente al autor argentino, si maneja el mismo concepto de trastorno general y persistente. Así mismo puede verse a algunos de nuestros siquiátras forenses: ROBERTO SERPA FLÓREZ, *Manual de siquiatria forense*, Bogotá, Ed. Cooperativa Artes Gráficas, 1953, pág. 168; GUILLERMO URIBE CUALLA, *Medicina legal y siquiatria forense*, 9ª ed., Bogotá, Edit. Temis, 1971, pág. 884.

¹⁶ NÓDIER AGUDELO BETANCUR, ob. cit., pág. 60.

¹⁷ Según PABLO A. LLINÁS, obraba dentro de una grave anomalía síquica quien obraba "sin lucidez en la conciencia ni rectitud en el discernimiento o por ímpetu involuntario o superior a su voluntad". *Revista de Medicina Legal de Colombia*, vol. XI, núms. 57 a 58, págs. 17 a 20. VICENTE LAVERDE APONTE exige que "haya una alteración tan intensa de las funciones mentales que anule o suprima la conciencia o la facultad volitiva". Hablaba como ponente de una providencia del Tribunal Superior de Bogotá. *Temas penales y de procedimiento penal*, Bogotá, Edit. Temis, 1960, pág. 24. ESTRADA VÉLEZ en su *Manual*, afirmaba que tal concepto implicaría "una situación que coloque al individuo en incapacidad de entender y de querer". Medellín, Ed. Salesiana, 1972, pág. 343. Nótese cómo al dilucidar tal concepto se aludía a los efectos que se debían operar en la conciencia y/o en la voluntad para que la grave anomalía existiera, pero sin mencionar una verdadera entidad clínica. Correspondió a la jurisprudencia verificar los diversos fenómenos siquiátricos alegados en el proceso y comprobar, además, la incapacidad de comprensión o de determinación, y entonces sí, una vez determinados el fenómeno siquiátrico o psicológico y sus efectos, aceptar la existencia de la grave anomalía síquica. Así, pueden verse los supuestos de hecho, de algunas decisiones de la Corte ya citados: en la casación del 18 de octubre de 1968, en la parte motiva de la providencia se alude a una *embriaguez patológica*; en la sentencia de agosto 1° de 1972, se refiere la Corte a "un estado de grave anomalía síquica debido a una *siconeurosis* de constitución epileptoide"; en la casación de 9 de agosto de 1972, se dice que el sindicado estaba dentro de un estado de grave anomalía síquica, pues estaba en un "estado síquico caracterizado por las siguientes manifestaciones: fugacidad, confusión mental con pérdida momentánea de la conciencia, amnesia anterógrada"; en la casación de 17 de agosto de 1976, se alude a una "personalidad inmadura". Finalmente, en la casación de mayo 3 de 1979, se trataba de una "embriaguez patológica".

Establecida la enajenación mental como un trastorno general y persistente del sujeto que lo incapacitaba para comprender la ilicitud del hecho o para determinarse de acuerdo con tal comprensión, fácil era reducir la *debilidad mental* al concepto de enajenación. En efecto, según se ha visto, la debilidad mental implica una perturbación permanente, y fue así como en la práctica se ubicó la debilidad mental dentro de la enajenación, con la consecuencia de la aplicación del manicomio criminal como medida de seguridad. Así dijo el honorable Tribunal Superior de Medellín: "...Se produjo un nuevo dictamen por parte de los médicos legistas, en el cual se ratificó su «retardo mental» equiparable a la enajenación mental. Ello determina que la medida de seguridad —sanción específica para los inimputables o ubicados dentro del marco del artículo 29 del Código Penal— sea la reclusión en manicomio criminal, según lo dispuesto por el artículo 63 del Código Penal..."¹⁸.

Tal posición se explicaba por el hecho de que los diversos tratados de siquiatria siempre han señalado la debilidad mental como una de las especies de las entidades siquiátricas. Cuando se alude a las grandes entidades siquiátricas se menciona: la *debilidad mental*, la *sicosis*, la *neurosis* y las *sicopatías*. Así, puede verse en VALLEJO NÁJERA, EMILIO MIRA Y LÓPEZ, TH. SPOERRI, DI TULLIO¹⁹ y JAKOB WYRSCH²⁰.

III. LA CUESTIÓN REFERIDA AL CÓDIGO PENAL DE 1980

En relación con el nuevo Código Penal, si refiriéramos el término "trastorno mental" a la anterior clasificación, con lógica deberíamos concluir que la debilidad mental, cuando acarrea incapacidad de comprensión, es una de las formas que puede asumir el trastorno mental. Y como la debilidad mental es una situación permanente, la consecuencia sería la aplicación de la medida

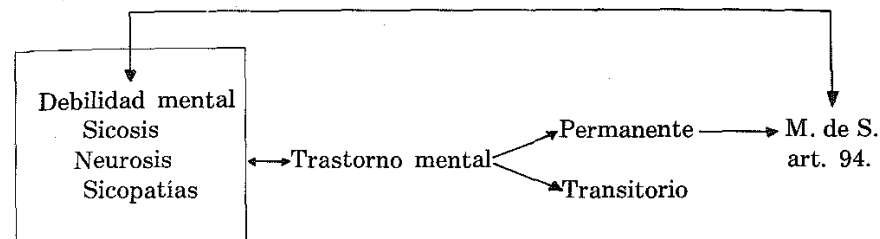
¹⁸ Véase sentencia del 1° de febrero de 1980; ponente, Dr. FERNANDO GÓMEZ GÓMEZ, lo acompañaron en la decisión los doctores JOSÉ SAÚL GÓMEZ PIEDRAHITA y HÉCTOR JIMÉNEZ RODRÍGUEZ. Proceso núm. 495, libro 3, folio 524 (procesado Pisa). La parte de la sentencia citada se encuentra en la pág. 421. El Tribunal confirmó en tal oportunidad, la sentencia del Dr. ÉDGAR ESCOBAR, Juez 9° Superior. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que la jurisprudencia no ha sido unánime en conceptuar la "debilidad mental" como enajenación, pues también he encontrado una casación que la consideró "grave anomalía síquica". Dijo la Corte:

"En concepto de este Despacho, la debilidad mental puede considerarse como una *grave anomalía síquica*, desde luego que en el cuadro nosológico de las enfermedades mentales figura un grupo —el de los frenasténicos— (idiotas, cretinos, imbeciles y débiles mentales propiamente dichos) caracterizado por una marcada y persistente deficiencia del espíritu que coloca a esos sujetos en un plano de notable inferioridad anímica, debido a lo cual son víctimas de fáciles y feroces reacciones delictuosas". Casación de 13 de julio de 1943. "G. J.", t. LVI (2001-5), pág. 366.

¹⁹ Véase las obras de estos autores citadas.

²⁰ JAKOB WYRSCH, *Psiquiatría forense*, Manual para juristas y médicos, Madrid, Edit. Espasa-Calpe, S.A., 1949.

de seguridad prevista en el art. 94, vale decir, "internación en establecimiento siquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento científico que corresponda", así:

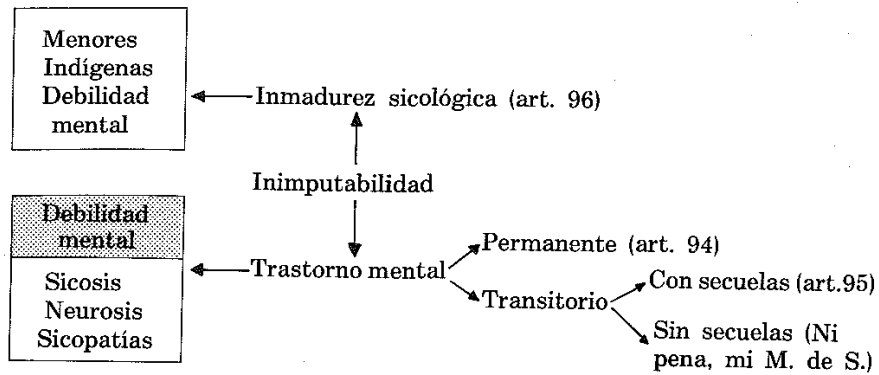


Empero, comprender la debilidad mental dentro de la expresión "trastorno mental" (de carácter permanente), de acuerdo con el concepto siquiátrico, me parece inconveniente por las consecuencias prácticas que de ello se siguen. En efecto, los tratados de siquiatria aconsejan no suministrar idéntico tratamiento en las diversas patologías, y menos, por ejemplo, tratar de la misma forma a un sicótico que a un débil mental. Así, dice Th. SPOERRI, refiriéndose al tratamiento de tales pacientes: "según cuál sea el grado de debilidad mental y el tipo de comportamiento, puede ser necesaria una instrucción y asistencia en un lugar especial para débiles mentales, en el seno de una familia o una institución cerrada"²¹. En ningún momento se sugiere idéntico tratamiento para los afectados de debilidad mental que para los sicóticos, por ejemplo. No sobra recordar el estado calamitoso de la situación nacional en lo que a "establecimientos siquiátricos o clínicas adecuadas de carácter oficial" se refiere.

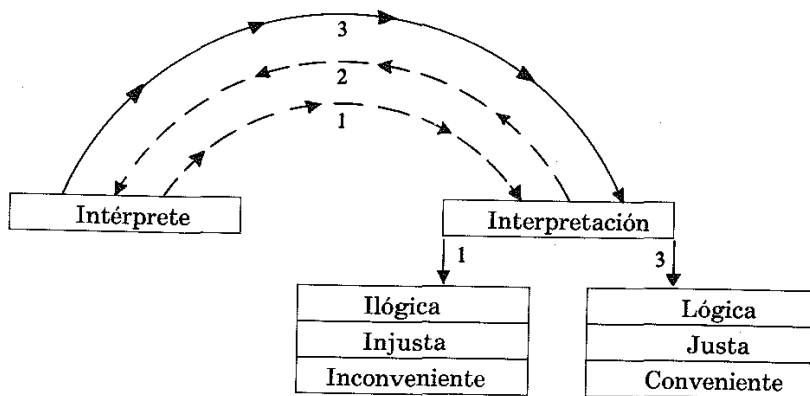
Por tal motivo, me parece que la debilidad mental debe ser comprendida dentro del término "inmadurez sicológica" a que alude el art. 31. En esta forma, las medidas aplicables serían las que contempla el art. 96, o sea "internación en establecimiento público o particular, aprobado oficialmente, que pueda suministrar educación o adiestramiento industrial, artesanal o agrícola", medidas más acordes con el estado referido. Y aunque a esta opinión se le podría objetar que tales establecimientos tampoco existen, a ello respondo que con esa clase de internación, de todas formas, se evitaría recluir a los débiles mentales en establecimiento siquiátrico, lo cual es la finalidad de la interpretación que defiendo.

²¹ Th. SPOERRI, *Compendio...*, cit., pág. 27; KURT KOLLE, *Psiquiatría*, Buenos Aires, Edit. Alhambra, S.A. 1964, págs. 164 y 165.

Así las cosas, el cuadro quedaría como sigue:



Se trata aquí de una interpretación teleológica. Al fin de cuentas la interpretación teleológica es, me atrevería a decir, una "interpretación por el absurdo". Con esto quiero significar que el intérprete, mentalmente, debe situarse de manera "vidente" como si ya tuviese frente a sí la interpretación que a él aparece como la correcta (sentido 1). Ahora bien; si la interpretación que a él le parece correcta conduce a consecuencias ilógicas, injustas o inconvenientes desde el punto de vista de la política criminal, debe retroceder (sentido 2), para proyectar otra interpretación más lógica, o más justa o más conveniente (sentido 3). El siguiente sería el esquema de un tal sistema de interpretación.



Es de anotarse, que los sentidos o proyecciones 1 y 2 ocurren en el campo del pensamiento, mientras que el sentido o proyección 3 ocurre en el campo de la realidad.

Incluir los retrasados mentales en el término "trastorno mental permanente" lleva a la conclusión *inconveniente* de someter al mismo tratamiento o llevar a un lugar de reclusión inadecuado a tales sujetos. En cambio, ubicándolos en el concepto de "inmadurez sicológica" se logran resultados más convenientes. De otra parte, ubicarlos como trastornados mentales permanentes implica la posibilidad de cometer la injusticia de condenarlos a cadena perpetua, pues bien sabemos que el sujeto, aunque pueda llegar a adquirir algunas habilidades, no regresará nunca a "normalidad síquica", que es lo que absurdamente exigen los arts. 94 y 95 para poderse levantar la medida del internamiento. Esto, si a algún juez le diera por aplicar la ley de manera exegética y no de manera sistemática como debe hacerlo²².

Por último, aunque no menos importante, es bueno anotar que en la nueva clasificación de las perturbaciones del siquismo, el retraso mental se presenta como una especie aparte de las denominadas *sicosis*²³.

²² El profesor JUAN FERNÁNDEZ CARRASQUILLA y yo mismo, hemos criticado la existencia de tal disposición. *Derecho penal fundamental*, Bogotá, Edit. Temis, 1982, pág. 96; *Los inimputables frente a las causales de justificación e inculpabilidad*, Bogotá, Edit. Temis, 1982, págs. 95 y ss.

²³ Me refiero en especial a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Véase en la obra *Medicina Forense*, del Dr. CÉSAR AUGUSTO GIRALDO, Bogotá, Colección Pequeño Foro, págs. 310 y ss.